



Les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue et leur applicabilité aux pratiques en première ligne : perceptions et vécu de médecins

Mémoire

Julie Massé

Maîtrise en santé communautaire - promotion de la santé - avec mémoire
Maître ès sciences (M. Sc.)

Québec, Canada

© Julie Massé, 2019

Les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue et leur applicabilité aux pratiques en première ligne : perceptions et vécu de médecins

Mémoire

Julie Massé

Sous la direction de :

Élisabeth Martin, directrice de recherche
Sophie Dupéré, codirectrice de recherche

Résumé

Objectifs : Ce mémoire explore les apprentissages retirés d'une expérience de stage au sein d'un modèle alternatif d'organisation des services de première ligne et leur potentielle actualisation dans la pratique médicale ultérieure. **Méthode** : L'étude qualitative exploratoire repose sur douze entretiens avec des médecins en exercice ayant transité par La Maison Bleue (le milieu de recherche) lors de stages et trois entretiens avec des informateurs-clés de La Maison Bleue, du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu universitaire, impliqués dans la gestion des stages. **Résultats** : Les principaux apprentissages retirés de l'expérience de stage seraient reliés à : (1) la considération des personnes dans leur globalité et leur contexte ; (2) une perspective réflexive de déconstruction des préjugés et de questionnement des normes, en faveur d'une approche moins stigmatisante ; (3) la richesse et la portée de la pratique bonifiée d'un regard interdisciplinaire ; (4) la définition de l'identité professionnelle. Des barrières organisationnelles à l'application des apprentissages, relevant de la philosophie du système et des caractéristiques propres au milieu de pratique, ont été identifiées. Les facteurs facilitants ont pour leur part davantage été identifiés sur le plan humain, mais semblent n'avoir, au final, qu'un effet marginal sur la réelle capacité des médecins à mettre en application les apprentissages. **Conclusions** : L'étude a permis de souligner la présence, au sein du système de santé et de services sociaux québécois, de médecins de première ligne exprimant une volonté de pratiquer la médecine autrement dans l'objectif de répondre aux besoins et aux attentes des populations en situation de vulnérabilité. Les résultats de notre étude suggèrent la nécessité d'une prise de conscience à l'échelle organisationnelle des barrières qu'expérimentent ces médecins à la mise en œuvre d'une pratique en accord avec leurs valeurs, leurs idéaux et leur identité.

Abstract

Objectives: This master's thesis explores the learning gained from an internship experience within an "alternative" model of organization of front-line services and its potential application in subsequent medical practice. **Method:** The exploratory qualitative study is based on twelve interviews with practicing doctors who completed an internship at La Maison Bleue, our research environment; and three interviews conducted with key informants from La Maison Bleue, and from the health and social services network and academic institutions, involved in the management of internships. **Results:** The main lessons learned from the internship experience are related to: (1) taking into account people in their globality and in their context; (2) a reflexive perspective favorable to the deconstruction of prejudices and the questioning of norms, leading to a less stigmatizing approach; (3) the richness and scope of enhanced practice from an interdisciplinary perspective; (4) the definition of professional identity. Organizational barriers to the application of learning, based on the philosophy of the health and social services system and characteristics specific to the practice environment, have been identified. Facilitating factors have, for their part, been more identified on the human level but seem to have, ultimately, only a marginal effect on the real capacity of physicians to implement learning into their practice. **Conclusions:** This study highlighted the presence, within the Quebec health and social services system, of primary care physicians who express a desire to practice medicine differently in order to meet the needs and expectations of populations in vulnerable situations. The results of our study suggest the need for organizational awareness of the barriers that these physicians experience in implementing a practice in accordance with their values, ideals and identities.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
TABLE DES MATIÈRES.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
1 Problématique de recherche.....	4
1.1 Les inégalités d'accès aux soins et aux services de santé dans une perspective d'acceptabilité.....	5
1.2 Les questionnements soulevés : le soutien organisationnel à la mise en œuvre de pratiques médicales acceptables et la formation médicale.....	6
1.3 Les répercussions d'un stage au sein de modèles alternatifs d'organisation des services de première ligne.....	7
1.4 Pertinence de la problématique de recherche d'un point de vue de santé publique....	9
2 État des connaissances.....	11
2.1 Les répercussions d'une expérience de stage.....	12
2.1.1 Répercussions de l'éducation médicale et des stages en milieu clinique.....	12
2.1.1.1 Le déclin de l'empathie.....	12
2.1.1.2 L'évolution des attitudes.....	15
2.1.1.3 Le cas particulier des milieux de stages non-traditionnels.....	17
2.1.1.4 Les lacunes observées dans la littérature portant sur les répercussions de l'éducation médicale et des stages en milieu clinique.....	20
2.1.1.5 Les cliniques étudiantes.....	21
2.1.1.6 La pédiatrie sociale.....	23
2.2 L'actualisation dans la pratique médicale des apprentissages retirés d'un stage en milieu communautaire.....	25
3 Question et objectifs de recherche.....	28
4 Assises conceptuelles.....	29
4.1 La théorie de l'apprentissage transformationnel.....	29
4.2 La théorie des curricula.....	30
4.2.1 Les trois curricula.....	31
4.2.1.1 Le curriculum formel.....	31
4.2.1.2 Le curriculum informel.....	31
4.2.1.3 Le curriculum caché.....	32
4.3 Le transfert des apprentissages.....	33
5 Méthodologie de recherche.....	35
5.1 Le milieu de recherche.....	35
5.1.1 L'interdisciplinarité comme pilier de l'approche interventionnelle de la Maison Bleue	36

5.1.2	Les valeurs au cœur du modèle interventionnel de La Maison Bleue	37
5.1.3	Les stages en médecine à La Maison Bleue	37
5.2	Les choix méthodologiques	38
5.2.1	Type d'approche et devis de recherche	38
5.2.2	Sélection et processus de recrutement des participants.....	39
5.2.2.1	La stratégie de recrutement.....	40
5.2.2.2	Modalités de manifestation de l'intérêt à participer	42
5.2.3	Collecte de données	43
5.2.3.1	Les entrevues auprès des médecins	44
5.2.3.2	Les entretiens avec les informateurs-clés.....	46
5.2.4	Plan d'analyse.....	46
5.2.4.1	Détail de la démarche d'analyse	47
5.3	Critères de qualité	49
5.4	Considérations éthiques.....	51
6	Résultats	54
6.1	Le profil et le parcours des participants à l'étude	54
6.2	L'expérience de stage	57
6.2.1	Les caractéristiques de l'expérience de stage	57
6.2.2	L'appréciation de l'expérience.....	58
6.2.2.1	La vocation communautaire et la globalité de la prise en charge des femmes et des familles.....	58
6.2.2.2	L'ambiance générale, l'accueil chaleureux et l'intégration des apprenants à la pratique interdisciplinaire	59
6.2.2.3	Le contact avec une clientèle en situation d'extrême vulnérabilité.....	60
6.2.2.4	Le profil des ressources professionnelles.....	60
6.3	Les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue	61
6.3.1	La nature des apprentissages et les caractéristiques de l'expérience qui les ont influencés.....	61
6.3.1.1	Le volet médical/biomédical et les apprentissages cliniques spécialisés.....	61
6.3.1.2	Les apprentissages liés aux aspects psychosociaux, à l'approche et à la relation-patient.....	63
6.3.1.3	L'interdisciplinarité	69
6.3.1.4	La capacité à réagir à l'imprévu de façon créative et innovante	72
6.3.1.5	La définition d'une niche professionnelle	72
6.3.1.6	Un regard critique posé sur le système de santé et de services sociaux	73
6.3.1.7	La prise de conscience de ses pouvoirs et privilèges	74
6.3.2	Synthèse des facteurs qui ont influencé les apprentissages	74
6.4	L'applicabilité des apprentissages aux pratiques de première ligne	77
6.4.1	La pertinence de l'application des apprentissages dans la pratique de première ligne.....	77
6.4.2	L'application concrète des apprentissages aux pratiques de première ligne	78
6.4.2.1	L'application des apprentissages relatifs à la relation et l'approche-patient.....	79
6.4.2.2	L'application des apprentissages liés à l'interdisciplinarité	80
6.4.3	Les barrières à l'application des apprentissages retirés de l'expérience de stage	81
6.4.3.1	Les barrières à l'échelle de la philosophie du système de santé et de services sociaux	81
6.4.3.2	Les barrières à l'échelle du milieu de pratique	82
6.4.3.3	Les barrières à l'échelle de l'individu.....	85
6.4.4	Les facteurs facilitant l'application des apprentissages	86
6.4.4.1	Les facteurs facilitants à l'échelle du milieu de pratique.....	86
6.4.4.2	Les facteurs facilitants à l'échelle individuelle.....	89
6.4.5	En conclusion : L'intérêt de l'exposition à un milieu de stage alternatif.....	91
6.4.5.1	Les perspectives futures	92

7	Discussion	94
7.1	Les apprentissages	94
7.1.1	Les compétences sociales et culturelles, puis les pratiques envers les personnes en situation de vulnérabilité sociale	94
7.1.1.1	Une perspective globale considérant les effets des déterminants sociaux de la santé	94
7.1.1.2	La compétence sociale	95
7.1.1.3	La compétence et l'humilité culturelle	97
7.1.1.4	Un changement de perspective : lien avec la perspective théorique de Mezirow	98
7.1.2	L'interdisciplinarité et la hiérarchie médicale	101
7.1.3	Des apprentissages liés au développement de l'identité professionnelle	103
7.1.3.1	La socialisation au sein d'une communauté de pratique	104
7.1.4	Les curricula	106
7.1.4.1	Le curriculum informel, le curriculum caché et le curriculum formel à La Maison Bleue	106
7.1.4.2	Un regard critique sur la formation médicale	108
7.2	L'application des apprentissages dans les pratiques de première ligne	110
7.2.1	La pertinence de l'application des apprentissages tirés du stage à La Maison Bleue	110
7.2.2	Les barrières à l'application des apprentissages tirés du stage à La Maison Bleue	112
7.2.2.1	Les pratiques invisibles et la distanciation critique par rapport aux exigences du système et aux structures organisationnelles	113
7.2.2.2	Les barrières organisationnelles et les tensions des rôles	114
	Conclusion	117
	Limites, forces et retombées de l'étude	118
	Piste de réflexion	123
	Bibliographie	125
	ANNEXE 1 – COURRIEL DE RECRUTEMENT A	142
	ANNEXE 2 – COURRIEL DE RECRUTEMENT B	144
	ANNEXE 3 – FORMULAIRE WEB	145
	ANNEXE 4 – GUIDE D'ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE (MÉDECINS)	151
	ANNEXE 5 – GUIDE D'ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE (INFORMATEURS-CLÉS)	154
	ANNEXE 6 - FEUILLET D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE À L'ATTENTION DES MÉDECINS	157
	ANNEXE 7 - FEUILLET D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE À L'ATTENTION DES INFORMATEURS-CLÉS	169
	ANNEXE 8 – LETTRE D'APPUI DE LA MAISON BLEUE	181

Liste des tableaux

Tableau 1 – Résultats de l’initiative de recrutement #1

Tableau 2 – Résultats de l’initiative de recrutement #2

Tableau 3 – Résultats de l’initiative de recrutement #4

Tableau 4 – Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants

Tableau 5 – Caractéristiques de l’expérience de stage à La Maison Bleue

Tableau 6 – Résumé des facteurs qui facilitent ou entravent les apprentissages

Liste des abréviations

CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux
CLSC :	Centre local de services communautaires
GMF-U :	Groupe de médecine de famille universitaire
GMF:	Groupe de médecine de famille
IPS :	Infirmière praticienne spécialisée
OLO :	Intervention nutritionnelle visant à minimiser les impacts de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire durant la grossesse (Œuf-Lait-Orange)
R3 :	Troisième année d'un programme de résidence en médecine
UMF:	Unité de médecine de famille

Remerciements

Alors que s'achève ce projet de mémoire, je tiens d'emblée à exprimer mes plus sincères remerciements à tous ceux et celles qui, d'une façon ou d'une autre, ont cru en moi et m'ont permis de réussir.

Je tiens en premier lieu à remercier ma directrice de recherche, madame Élisabeth Martin, de même que ma co-directrice, madame Sophie Dupéré. Je me considère choyée d'avoir eu la chance d'être accompagnée dans cette aventure et d'avoir été introduite au monde de la recherche par deux femmes telles que vous. Merci pour votre accompagnement, votre soutien, votre disponibilité, votre écoute, vos encouragements, vos bons conseils. Merci aussi pour toute cette expertise que vous avez si généreusement partagée avec moi et pour ces questionnements que vous avez si sagement soulevés, qui ont définitivement contribué à aiguïser mon esprit critique et à développer mon potentiel en recherche.

Je souhaite aussi remercier mesdames Christine Loignon et Martine Lévesque qui ont toutes deux contribué à l'évaluation de mon mémoire. Vos commentaires constructifs et éclairés ont certainement contribué à la qualité du présent manuscrit.

Je me dois aussi de communiquer à D^{re} Vania Jimenez, co-fondatrice de La Maison Bleue, l'expression de ma grande gratitude pour avoir cru en la pertinence de ce projet pour l'organisme et, plus largement, pour l'amélioration des pratiques de première ligne auprès des populations en situation de vulnérabilité sociale. Mes plus sincères remerciements vont aussi à madame Sarah Pisanu, responsable de la recherche à La Maison Bleue, pour sa confiance et son engagement envers la réussite du projet, et ce, malgré les défis et les embûches qui ont jalonné le parcours. De même, merci à toutes les autres personnes de La Maison Bleue et de son réseau qui ont été impliquées de près ou de loin dans la mise en œuvre de la recherche, notamment *via* un appui aux activités de recrutement (je pense notamment à madame Pascale Rolland, responsable des communications). Sachez que sans vous, le projet n'aurait tout simplement pas eu lieu.

J'exprime aussi mes plus sincères remerciements à tous les médecins et informateurs avec qui j'ai discuté dans le cadre d'entrevues. En plus de vous rendre disponible malgré vos horaires on ne peut plus chargés, vous m'avez livré avec générosité et franchise un matériel d'une grande richesse. Cette période de collecte de données, où il m'a été donné d'entendre le récit de vos

souvenirs puis l'expression de vos impressions, de vos émotions et de vos aspirations, a été des plus enrichissantes.

Autrement, quelques sources de financement auront appuyé la réalisation de ce projet : un bourse de maîtrise du Fonds stratégique de développement de la recherche du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) et la Bourse de santé publique du Fonds innovation santé de la Faculté de médecine de l'Université Laval. À ces deux organismes qui ont cru en la pertinence de ce projet ainsi qu'en mon potentiel de chercheure, un grand merci.

Sur une note plus personnelle, merci à Claude, mon partenaire de tous les instants. Merci pour ton soutien indéfectible à la réalisation de ce projet un peu fou quand on considère où nous en sommes dans la vie... Merci d'avoir consenti à faire avec moi les sacrifices qu'impose ce nouveau choix de vie. Merci pour tes relectures et la révision linguistique si avisée, mais, surtout, merci pour tes encouragements, merci d'être toujours là quand il faut, avec les mots qu'il faut.

Enfin, merci à mes deux cocottes, Camélia et Anaïs, qui sont là, chaque jour, pour me rappeler ce qui est réellement important dans la vie. Puis à mes parents et mes beaux-parents pour l'appui et l'amour manifestés d'un bout à l'autre de ce processus passionnant, mais éprouvant à ses heures.

Introduction

Il est généralement reconnu dans la littérature que l'incidence de nombreuses problématiques liées à la santé comme les maladies chroniques, les blessures, la mortalité infantile, suivent, dans les pays développés, un gradient social en fonction duquel plus un individu occupe une position socioéconomique défavorable plus il est à risque d'être en mauvaise santé (Mikkonen et Raphael, 2010; Organisation Mondiale de la Santé, 2008). Tel que le soulignent Arcaya et collaborateurs (2015), bon nombre de propositions théoriques tentent d'expliquer les différences de niveau de santé ainsi observées entre les groupes sociaux. Les auteurs (Arcaya, Arcaya et Subramanian, 2015) notent, par exemple, (1) les approches explicatives centrées sur les comportements de santé et les habitudes de vie (Godin, 2012) ; (2) les approches biomédicales fondées sur les différences biologiques (Koster et al., 2005; Skalická, van Lenthe, Bambra, Krokstad et Mackenbach, 2009) ; (3) celles davantage intéressées aux répercussions sur la santé de facteurs psychosociaux comme l'exclusion sociale, la discrimination, le stress, le faible support social (Cassel, 1976 ; McEwen, 1998 ; Rozanski, 2005), puis (4) celles axées sur les conditions matérielles influençant potentiellement la santé (par exemple, l'alimentation, le logement, la pollution et d'autres risques physiques et ressources) et s'intéressant au rôle des structures et des politiques sociales dans la création ou la pérennisation de ces conditions (Skalická et al., 2009). Cela dit, de plus en plus, on tend à aborder la question du gradient social de santé en fonction d'une approche écologique prenant en compte la complexité des liens opérant entre les différents déterminants de la santé. Cette approche écologique permet d'ailleurs de saisir les limites des approches explicatives comportementales et biomédicales « when they focus on the downstream effects of social context without acknowledging why levels of biological [or behavioral] risk factors vary across populations » (Arcaya et al., 2015, p. 9).

Donc, certains individus ou certaines sous-populations seraient exposés à des conditions sociales, économiques et environnementales difficiles qui pourraient ultimement se traduire par des problématiques de santé (Arcaya et al., 2015; Hay, Varga-Toth et Hines, 2006). Quoique plusieurs études statuent sur le fait que de telles inégalités sociales observées sur le plan de la santé découlent majoritairement de déterminants externes au système de santé et de services sociaux, force est de constater que les barrières à l'accès

aux soins et services¹ peuvent jouer un rôle prépondérant dans l'augmentation de ces inégalités (Couffinhal et al., 2005; Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, 2005; Hyppolite, 2013; Lombrail, 2007; Lombrail et Pascal, 2005; Williamson et al., 2006). La littérature soulève d'ailleurs que les populations marginalisées ou en situation de vulnérabilité sociale² bénéficient d'un accès restreint aux soins de santé en raison de barrières de nature géographique, sociale ou physique (Bloch, Rozmovits et Giambrone, 2011; Hay et al., 2006). Au Québec, les barrières à l'accès aux soins et services de santé créent préjudice aux populations vivant en situation de vulnérabilité sociale que sont, notamment, les personnes à faible revenu ou ayant recours à l'assistance sociale, celles présentant des incapacités, les membres des communautés autochtones, les immigrants récents et les réfugiés en situation migratoire précaire (Hutchison, 2007; Lasser, Himmelstein et Woolhandler, 2006). Malgré les efforts de réforme du système de soins visant l'amélioration de la correspondance entre les besoins de la population et l'offre de soins et services, un constat se dégage à l'effet que les inégalités sociales de santé ne sont toujours pas correctement prises en compte (Loignon, Fortin, et al., 2015). Conséquemment, les gains de santé résultant des efforts et des sommes investis semblent profiter inégalement aux individus et groupes sociaux (Lévesque, 2016).

Se fondant sur un devis qualitatif, exploratoire et descriptif, ce mémoire s'intéressera à la question de l'accès aux soins et services sous l'angle particulier de la formation des ressources humaines en santé et, plus particulièrement, des expériences de stages en médecine dans des milieux non-traditionnels ou « alternatifs » déployant une offre de soins et services auprès des populations en situation de vulnérabilité sociale. On voudra comprendre les répercussions de telles expériences sur les apprentissages retirés par les stagiaires en médecine de même que les facteurs qui influencent, s'il y a lieu, l'application de ces apprentissages dans la pratique ultérieure en première ligne.

¹ La notion d'accès est ici conçue au regard du modèle conceptuel développé par Levesque et collaborateurs (2013) selon lequel l'accès se trouve à la confluence des caractéristiques des personnes, des ménages, des environnements sociaux et physiques et de la nature des systèmes, des organisations et des prestataires de soins et services de santé (Levesque, Harris et Russell, 2013; Penchansky et Thomas, 1981). Autrement dit, les auteurs définissent le concept d'accès comme « the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use health care services, and to actually have a need for services fulfilled » (Levesque et al., 2013, p. 1).

² La vulnérabilité sociale sera ici définie au vu de la proposition de Roy (2010) qui y voit une conséquence de l'instabilité, de l'insuffisance ou de l'assouplissement des supports sociaux qui permettent à l'individu de se réaliser. Ainsi, tel que le suggère Charette (2017, p. 8), la vulnérabilité sociale s'insère dans un processus longitudinal associé au parcours de vie et « traduit des incapacités essentiellement individuelles en fonction de cadres et de ressources qui lui sont extrinsèques, et ce, dans un contexte où les supports sociaux sont inadéquats ». En cohérence avec cette proposition, nous parlerons dans ce mémoire de personnes en situation de vulnérabilité sociale et non de personnes vulnérables.

Ce mémoire est divisé en sept chapitres. Dans le premier chapitre, nous traitons de la problématique de recherche et exposons nos questionnements en lien avec le soutien organisationnel à la mise en œuvre de pratiques médicales adaptées aux besoins et aux attentes des populations en situation de vulnérabilité sociale et avec la formation médicale qui prépare à une telle pratique. Dans le deuxième chapitre, nous faisons état de la revue des écrits concernant les répercussions de stages en médecine et l'application des apprentissages retirés aux pratiques ultérieures. Le troisième chapitre décrit les objectifs et la question de recherche. Le quatrième chapitre expose les repères théoriques privilégiés dans le cadre de cette étude. Dans le cinquième chapitre, nous présentons les différents choix méthodologiques privilégiés. Dans le sixième chapitre, nous détaillons les résultats de l'étude. Finalement, le septième et dernier chapitre discute des résultats puis propose des pistes d'interprétation et des pistes de recherche futures. Le tout est suivi d'une conclusion soulignant les grands constats issus de cette étude, les limites et les forces de la recherche, ses retombées puis quelques pistes de réflexion.

1 Problématique de recherche

Ce premier chapitre présentera le problème de recherche puis traitera des questionnements qu'il soulève et de sa pertinence d'un point de vue de santé publique.

Globalement, les recherches récentes s'intéressant aux effets observés de la transition effectuée en première ligne au Québec vers un modèle GMF (Groupe de médecine de famille) – modèle axé sur une approche de *soins primaires* et reposant sur une vision de la première ligne essentiellement circonscrite à la prestation de soins par les cliniciens (Molla, Donaldson, Yordy, Lohr et Vanselow, 1996; Starfield, 1998) –, laissent présager des problèmes récurrents d'accès aux soins et services de santé (Levesque et Bénégeri, 2011; Levesque et al., 2012; Pineault et al., 2016). En effet, en dépit des résultats attendus en termes d'amélioration de l'accès et de la prise en charge, la littérature soulève des enjeux en matière de continuité et de globalité des soins et services, puis d'utilisation des soins et de besoins non-comblés³ (Pineault et al., 2016).

Plus spécifiquement, la littérature suggère la persistance d'enjeux liés à l'équité d'accès⁴ pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale (Levesque et al., 2012; Shi et Stevens, 2005). Dans le contexte spécifique des GMF, ce constat est notamment appuyé par un rapport du Vérificateur général du Québec qui démontre que, bien que le modèle GMF prévoie des incitatifs financiers accordés aux médecins en vue de stimuler l'inscription et le suivi des clientèles vulnérables, le volume des services destinés à ces populations n'a pas connu l'augmentation escomptée. En effet, le rapport fait plutôt état d'un nombre de visites ayant chuté de 25% chez cette clientèle depuis 2006 (Vérificateur général du Québec, 2015).

Concrètement, les inégalités d'accès s'illustrent dans la littérature par le fait que, malgré le fardeau accru de la maladie qui incombe aux personnes en situation de vulnérabilité sociale et les plus grands besoins de santé qui en découlent, ces personnes n'utilisent pas davantage de services (Fiscella et Shin, 2005; Grabovschi, Loignon et Fortin,

³ Du point de vue des utilisateurs, les besoins non-comblés sont définis comme les besoins de santé perçus mais pour lesquels aucun soin n'est obtenu. Ces besoins sont associés à des facteurs relevant de la disponibilité des soins et des caractéristiques de l'offre de service d'une part et des caractéristiques individuelles d'autre part (Hou et Chen, 2002; Sanmartin, Houle, Tremblay et Berthelot, 2002).

⁴ Nous concevons dans le contexte du présent mémoire le principe d'équité d'accès comme un accès égal aux soins et services de santé pour ceux qui présentent des besoins équivalents de santé, principe que Oliver et Mossialos (2004, p. 655) décrivent ainsi : « Equal access for equal needs requires conditions whereby those with equal needs have equal opportunities to access health care [...], and, as a corollary, those with unequal needs have appropriately unequal opportunities to access health care [...] ».

2013). Par exemple, au Québec, les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu sont moins susceptibles d'avoir un médecin de famille pratiquant en première ligne que les autres groupes; les femmes et les hommes de quartiers à faible revenu sont plus susceptibles de déclarer avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille pour des problèmes de santé urgents et non émergents; les personnes vivant dans des quartiers à faible revenu sont aussi plus susceptibles de signaler des besoins en soins de santé qui ne sont pas satisfaits (Cazale, Poirier et Tremblay, 2013). Ces constats suggèrent donc qu'au-delà des questions d'*approchabilité*⁵ que l'on a voulu aborder par l'attribution d'incitatifs financiers aux médecins, d'autres facteurs déterminent le non-recours aux soins et services chez les personnes en situation de vulnérabilité sociale.

1.1 Les inégalités d'accès aux soins et aux services de santé dans une perspective d'acceptabilité

La littérature suggère effectivement que les inégalités d'accès expérimentées par les personnes en situation de vulnérabilité sociale seraient généralement davantage expliquées par des facteurs liés à l'*acceptabilité*⁶ des soins et services (Whitehead, 1991). Certaines études démontrent à ce chapitre que lorsque les personnes en situation de vulnérabilité sociale consultent un professionnel de la santé, les services auxquels elles accèdent ne contribuent souvent pas à répondre au besoin ressenti (Dupéré, 2011). D'autres études ont, dans le même sens, souligné le vécu d'expériences négatives dans le recours aux services de santé et services sociaux dans la mesure où les personnes ont rapporté s'être senties incomprises, méprisées, jugées, stigmatisées et dévalorisées (Dupéré, O'Neill et De Koninck, 2012; Loignon, Hudon, et al., 2015; Stewart et al., 2005).

Parallèlement, des auteurs reconnaissent que les pratiques médicales – notamment en première ligne à cause de la proximité attendue dans la relation-patient (Starr, 1982) – se voient influencées par la distance sociale existant entre les médecins et les patients en situation de vulnérabilité sociale (Loignon, Fortin, et al., 2015; Loignon et al., 2010). Cette distance sociale serait donc, au regard de ce que propose la littérature sur le sujet, à l'origine d'un manque de connaissances et d'une perception erronée de ces médecins de ce

⁵ L'*approchabilité* réfère à une dimension de l'accessibilité définie par Levesque et collaborateurs (2013, p. 5) comme « the fact that people facing health needs can actually identify that some form of services exists, can be reached, and have an impact on the health of the individual. Services can make themselves more or less known among various social or geographical population groups. »

⁶ L'*acceptabilité* se trouve ici conçue comme une dimension de l'accessibilité définie par Levesque et collaborateurs (2013, p. 5) comme « [the] cultural and social factors determining the possibility for people to accept the aspects of the service [...] and the judged appropriateness for the persons to seek care. ».

qu'est la vulnérabilité sociale et de ce qu'implique pour le patient le vécu d'une situation de vulnérabilité sociale (Loignon, Fortin, et al., 2015; Loignon et al., 2010). Il est d'ailleurs constaté que ces lacunes se traduisent par l'adoption de pratiques stigmatisantes et mal adaptées (Bloch et al., 2011; Lévesque et al., 2015; Loignon, Fortin, et al., 2015; Loignon et al., 2010; Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese et De Maeseneer, 2005). À titre d'exemples, des auteurs mentionnent que les médecins ont une tendance à être plus directifs avec les patients en situation de vulnérabilité sociale, à leur accorder moins de temps et à leur fournir moins d'informations sur les options de traitement qui s'offrent à eux (Loignon et al., 2010). De même, alors que les médecins disent se sentir dépourvus et en manque de moyens au moment de déployer une réponse adaptée aux besoins des personnes en situation de vulnérabilité sociale (Ventres et Gordon, 1990; Willems et al., 2005), ces personnes font, en retour, part de difficultés à comprendre les messages émis par les professionnels dans un langage biomédical qui leur est souvent peu accessible (Loignon, Fortin, et al., 2015). Dans le même ordre d'idée, la littérature souligne que la démarche de recherche de soins des personnes en situation de vulnérabilité sociale pourra être affectée par des facteurs comme la littératie en santé (Loignon et al., 2010), l'autonomie personnelle, la capacité et la liberté de choix puis la connaissance du système, de son fonctionnement, des options de soins et des droits individuels (Levesque et al., 2013). Est ainsi mis au jour un défi global lié (1) au développement, par les professionnels, d'une connaissance et d'une compréhension des enjeux de santé liés aux conditions de vie des personnes en situation de vulnérabilité sociale puis (2) à l'acquisition des compétences et des habiletés que requiert la prise en charge de ces personnes.

1.2 Les questionnements soulevés : le soutien organisationnel à la mise en œuvre de pratiques médicales acceptables et la formation médicale

Les enjeux discutés ci-haut soulèvent plusieurs questionnements. Un premier questionnement porte sur la capacité du système de santé et de services sociaux québécois – et du modèle privilégié d'organisation des services de première ligne qui s'y déploie – à soutenir les médecins dans l'éventuelle mise en place de stratégies permettant d'adapter leur pratique de première ligne à la réalité des populations en situation de vulnérabilité sociale, dans une perspective d'acceptabilité des soins. Ce questionnement prend notamment appui sur les propos de Loignon (2015, p. 236) à l'effet que « efforts by

physicians and other providers to treat vulnerable groups need to be recognized and supported. »

Un deuxième questionnaire réfère au parcours de formation médicale et à sa capacité à favoriser le développement, chez les médecins, de compétences sociales⁷. Ce questionnaire est d'ailleurs appuyé par les études soulignant que, étant donné la culture prédominante mettant l'accent sur l'importance de la hiérarchie médicale (Allen, Wainwright, Mount et Hutchinson, 2008), les futurs médecins sont souvent formés selon une approche statuant sur le caractère central de leur profession dans la dynamique de prestation de soins et services en première ligne (Beaulieu et al., 2006; Whitehead, 2007). Ce discours, qui miserait sur des objectifs fondamentalement curatifs, négligerait la formulation d'une réponse holistique aux besoins du patient (Allen et al., 2008; Kleinman, 2008; McNamara et Boudreau, 2011). Dans le même ordre d'idée, les données scientifiques disponibles laissent présager la présence, dans plusieurs milieux de stage, de barrières rencontrées par les apprenants en médecine qui limitent leur capacité à adopter, dans la relation thérapeutique, une approche de *caring* – définie en termes de valeurs, d'attitudes, de compassion et d'empathie –, face aux enjeux qu'engendre une situation de vulnérabilité sociale (Allen et al., 2008; MacLeod, 2011). Selon ces auteurs, ces barrières prennent notamment la forme de façons de faire et de façons d'être institutionnalisées et valorisées, puis d'exigences formulées au sein de l'environnement d'apprentissage, négligeant l'empathie au profit de l'efficacité et déshumanisant les patients (Allen et al., 2008). Taylor et Wendland (2014, p. 55) appuient ce constat lorsqu'ils indiquent que les apprenants « gradually learn to recognize bodily pathologies in their patients and to unsee (as irrelevant) the social pathologies and institutional structures that are powerful predictors of health and disease ».

1.3 Les répercussions d'un stage au sein de modèles alternatifs d'organisation des services de première ligne

C'est avec comme trame de fonds les grands défis de la première ligne (Breton, Lévesque, Pineault et Hogg, 2011) qu'ont graduellement émergé au Québec, dans une visée

⁷ Loignon (2010, p. 1) définit les compétences sociales comme des « knowledge, skills and attitudes that support effective interaction between the physician and patient despite the intervening social distance ». L'auteure souligne que ces compétences permettent au médecin de développer une meilleure compréhension des conditions de vie expérimentées par les patients et à adapter leur pratique aux besoins et aux capacités de ces patients.

de réduction des inégalités d'accès aux soins et services pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale, un certain nombre d'expériences organisationnelles « alternatives » de prestation de soins et services. Citons par exemple, la Coopérative de solidarité SABSA⁸, la Clinique communautaire de santé et d'enseignement SPOT⁹, les Centres de pédiatrie sociale et La Maison Bleue. Ces organisations présentent des modes de fonctionnement souvent définis par un statut d'organisme à but non lucratif, parfois jumelé à un mécanisme d'arrimage avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (Daoust-Boisvert, 2016; Dubois et al., 2015; Michaud et al., 2016). De plus, ces initiatives partagent un certain nombre de caractéristiques fondamentales. Notamment, elles se distinguent par leurs fondements communautaires misant sur la conviction que c'est dans la collectivité que se définissent les liens entre la santé et ses déterminants (Hay et al., 2006). Aussi, elles adoptent de façon générale une approche centrée sur le patient et la population (Canadian Institutes of Health Research, 2012) propice à une ouverture à la flexibilité des rôles et mandats professionnels et à l'instauration d'une pratique collaborative (Bienkowska-Gibbs, King, Saunders et Henham, 2015). De même, elles se caractérisent par l'adoption d'une approche sensible à la diversité économique, culturelle et sociale (Canadian Institutes of Health Research, 2012). Ces expériences organisationnelles, pour la plupart relativement récentes, demeurent de façon générale sous-documentées, au détriment de notre compréhension de leur intérêt, de leur portée et de leurs limites.

Au-delà d'un objectif de structuration et de mise en œuvre d'une offre de soins et services adaptée aux besoins et aux attentes de certains groupes en situation de vulnérabilité sociale, plusieurs de ces organisations « alternatives » se caractérisent aussi, puisqu'ils accueillent des stagiaires, par leur mission de formation et d'enseignement. En tant que milieux de stage, ces organisations « alternatives » permettent aux apprenants un contact direct avec les patients dans un contexte de soins et présentent ainsi, tel que le propose la littérature, le potentiel de constituer un espace déterminant d'acquisition de compétences, d'attitudes et de comportements (Brown, Patel, Howard, Cherry et Shaw, 2011; Paul et al., 2006; Ratanawongsa, Teherani et Hauer, 2005). À ce chapitre, les caractéristiques distinctives de ces milieux de stage « alternatifs », brièvement décrites plus haut, suggèrent

⁸ SABSA est l'acronyme de : Service à bas seuil d'accessibilité.

⁹ SPOT est l'acronyme de : Santé pour tous.

que les stagiaires en médecine qui y transitent sont exposés à un environnement d'apprentissage porteur d'une culture et de valeurs qui lui sont propres. En revanche, à notre connaissance, peu d'études permettent d'identifier et de comprendre (1) ce que les stagiaires en médecine retiennent de leur expérience dans de tels contextes et (2) les facteurs influençant leur capacité à maintenir et appliquer les apprentissages dans leur pratique subséquente de première ligne.

1.4 Pertinence de la problématique de recherche d'un point de vue de santé publique

Le présent projet de mémoire trouve donc ses fondements dans une réflexion superposant les défis d'organisation des services de première ligne au Québec et de structuration d'une éducation médicale favorisant un accès équitable aux soins et services. C'est ainsi que l'on voudra explorer plus en profondeur les répercussions perçues de l'expérience de stage au sein d'un modèle « alternatif » d'organisation des services de première ligne¹⁰. Spécifiquement, on s'attardera aux apprentissages¹¹ retirés par les médecins ayant transité par une telle organisation dans le cadre de stages et les possibilités d'application de ces apprentissages dans leur pratique médicale ultérieure en première ligne.

La problématique est en phase avec les préoccupations de santé publique alors que les questions d'équité en santé, notamment appliquées au développement de mesures favorisant l'accès des personnes en situation de vulnérabilité sociale aux services de première ligne, sont au cœur des préoccupations des instances de santé publique tant à l'échelle provinciale (Commissaire à la santé et au bien-être, 2008; Ministère de la santé et des services sociaux, 2010), nationale (Groupe de travail sur les disparités en matière de santé, 2005; Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains,

¹⁰ Le milieu d'étude choisi pour cette étude est La Maison Bleue. La justification de ce choix ainsi que les caractéristiques propres à La Maison Bleue seront présentées en introduction du chapitre 5 (Méthodologie).

¹¹ Sera ici retenue la définition d'apprentissages proposée par Ketele et coll. (2007). Selon les auteurs, il s'agit d'un « processus systématique et intentionnellement orienté vers l'acquisition de certains savoirs, savoir-faire, savoir-être et savoir-devenir » (p. 216). L'auteur associe les savoirs aux connaissances acquises. Aussi, ils déclinent les savoir-faire en deux catégories : les savoir-faire cognitifs qui relèvent de la capacité à restituer un contenu appris et les savoir-faire pratiques qui relèvent de l'exercice de capacités psychomotrices. Les savoir-être comprennent pour leur part « des activités, en termes de comportements ou d'attitudes ou d'opinions ou de représentations, par lesquelles une personne manifeste non seulement sa façon d'appréhender sa propre personne, les autres, les situations, la vie en général, mais aussi la façon de réagir et d'agir » (p. 228). Enfin, les savoir-devenir réfèrent à « la capacité de se mettre en projet, de le planifier, de le réaliser, de l'évaluer en cours de route, de l'ajuster et de l'évaluer au terme de sa réalisation » (p. 228). À noter que le terme « apprentissages » a été préféré à celui de « compétences » pour éviter toute confusion avec le mode d'apprentissage par compétence, très utilisé en médecine ou celui d'« acquis », dans une préoccupation de précision.

Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les modes de vie sains et Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, 2005; Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, 2009), qu'internationale (Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

Parallèlement, ces préoccupations quant à la formation de ressources médicales qualifiées et aptes à assurer la mise en œuvre d'une offre de services de première ligne acceptable et équitable rejoignent les conclusions soulevées dans le cadre de la Commission du Lancet s'intéressant au futur de la formation en santé. En effet, Frenk et collaborateurs (2010) y ont souligné l'inadéquation entre le cursus d'éducation médicale et les défis appréhendés d'une prestation de soins et services adaptée aux besoins des patients et des populations et proposent à cet égard de faire transiter l'éducation médicale vers des principes fondés sur l'apprentissage transformationnel et l'interdépendance. Ces auteurs encouragent donc une transformation de la formation médicale en arguant que « all health professionals in all countries should be educated to mobilise knowledge and to engage in critical reasoning and ethical conduct so that they are competent to participate in patient and population-centred health systems as members of locally responsive and globally connected teams » (Frenk et al., 2010, p. 1924). De la même façon, l'Organisation mondiale de la santé a émis, en 2013, des recommandations visant la transformation et l'élargissement de la formation des professionnels de la santé en faveur d'une réponse plus adéquate aux besoins de santé des populations (Organisation mondiale de la santé, 2013). On comptait notamment parmi ces recommandations la participation d'intervenants communautaires au processus de formation, la redéfinition des compétences clés requises pour une réponse adéquate aux besoins en évolution et la révision des méthodes d'enseignement (Organisation mondiale de la santé, 2013). Enfin, notre projet s'aligne aussi avec les préoccupations de santé durable et la responsabilité sociale en matière de santé des populations telles qu'é émises par les institutions universitaires nord-américaines (Meili, Ganem-Cuenca, Leung et Zaleschuk, 2011).

2 État des connaissances

La pertinence sociale du projet étant à ce point-ci établie, les prochaines lignes voudront essentiellement présenter, en vue d'asseoir plus solidement sa pertinence scientifique, un état des connaissances portant, d'abord, sur la nature et l'étendue des apprentissages retirés par les médecins d'une expérience de stage et sur les enjeux qui s'y rapportent. Dans un deuxième temps, cette recension s'intéressera à l'actualisation possible de ces apprentissages dans les pratiques médicales ultérieurement adoptées.

L'étudiante-chercheure a bénéficié du soutien d'une ressource-conseil de la bibliothèque de l'Université Laval dans le développement de la stratégie de recherche bibliographique. Les bases de données PUBMED et ERIC ont été fouillées à l'aide de mots clés se référant au stage (*Clerkship, Apprenticeship, Internship, Residency*), à la pratique clinique de première ligne (*Family Practice, Family Physician, Family Doctor, Clinical Medicine*), aux répercussions perçues ou mesurées en termes d'apprentissages (*Educational Measurement, Self-Assessment, Influence, Impact, Effect, Repercussion*) et au type d'apprentissages (*Social Perception, Professional Competence, Clinical Skill, Attitude, Knowledge, Social Behavior, Professional Practice*)¹². Les résultats ont été, dans un premier temps, épurés selon la pertinence du titre et du résumé par rapport aux objectifs poursuivis par la présente recension. Les articles retenus ont été lus en entier question de statuer plus justement sur la pertinence du contenu. Les articles parus avant l'année 2000 ont été rejetés à l'exception de quelques-uns, conservés pour leur apport jugé significatif au développement des thèmes explorés dans le cadre de cette recension. Le résultat de cette première initiative de recherche bibliographique a été bonifié d'une stratégie portant spécifiquement sur les cliniques étudiantes¹³ et les cliniques de pédiatrie sociale¹⁴, des modèles « alternatifs » de première ligne accueillant généralement des apprenants en

¹² Stratégie de recherche bibliographique : (((((Clinical Clerkship[MeSH] OR Clerkships[TIAB] OR Apprenticeships[TIAB] OR "Internship and Residency"[Mesh:NoExp] OR Internship[TIAB] OR Residency[TIAB])) AND ("Physicians, Family/education"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care/education"[Mesh] OR "Family Practice/education"[Mesh] OR Family physicians[TIAB] OR Family practice[TIAB] OR Family doctor[TIAB] OR "Clinical Medicine/education"[Mesh:NoExp])) AND (Educational Measurement[MeSH] OR Self-Assessment[MeSH] OR Educational Measurement[TIAB] OR Self-Assessment[TIAB] OR influence[TIAB] OR impact[TIAB] OR effect[TIAB] OR repercussion[TIAB])) AND ("Social Perception"[Mesh] OR Perception*[TIAB] OR "Professional Competence"[Mesh] OR competenc*[TIAB] OR Clinical Skill*[TIAB] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh:NoExp] OR Attitude*[TIAB] OR "Knowledge"[Mesh] OR knowledge[TIAB] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR "Social Behavior"[Mesh] OR behavior[TIAB] OR "Professional Practice"[Mesh] OR Practice[TIAB])). Cette stratégie a permis de repérer 795 articles.

¹³ Stratégie de recherche bibliographique : ("student-run clinic"[TIAB] OR "student led clinic"[TIAB] OR "student-run clinics"[TIAB] OR "student led clinics"[TIAB] OR "student led initiative"[TIAB] OR "student run initiative"[TIAB])

¹⁴ Stratégie de recherche bibliographique : ("social paediatric*[TIAB] OR "social paediatric*[TIAB])

médecine. Les articles repérés dans le cadre de cette stratégie complémentaire ont aussi été épurés au regard de leur pertinence par rapport aux objectifs poursuivis par la présente recension. Finalement, se sont ajoutés quelques articles repérés par l'étudiante-chercheuse à travers ses lectures ou dans les bibliographies des articles sélectionnés. Au final, un total de 85 articles ont été retenus.

2.1 Les répercussions d'une expérience de stage

Plusieurs études ont voulu documenter de façon générale les effets de la formation médicale et, plus spécifiquement, des stages en milieu clinique sur le développement d'attitudes et de pratiques chez les étudiants en médecine. Les prochaines lignes présentent les principales conclusions se dégageant de ces études.

2.1.1 Répercussions de l'éducation médicale et des stages en milieu clinique¹⁵

2.1.1.1 Le déclin de l'empathie

Plusieurs études établissent un lien entre la progression des étudiants à travers leur parcours de formation médicale et un déclin général de l'empathie et d'autres valeurs humaines (Neumann et al., 2011; Shapiro, 2008; Wear et Kuczewski, 2008). C'est donc dire que, selon ces études, plus les apprenants avancent dans la formation, plus ce déclin se ferait sentir. Les travaux de Neumann et collaborateurs (2011), ayant répertorié, dans le cadre d'une recension des écrits, 18 études documentant la variation autorapportée de l'empathie chez les étudiants en médecine, sont particulièrement évocateurs. En effet, les auteurs soulignent qu'aucune des études sélectionnées ne rapporte une augmentation de l'empathie au cours de la formation médicale (Neumann et al., 2011).

Neumann (2011) identifie un certain nombre de facteurs contributifs à l'explication de ce déclin de l'empathie. Au regard des résultats présentés dans les études répertoriées (Chen, Lew, Hershman et Orlander, 2007; Hojat et al., 2009; Newton, Barber, Clardy, Cleveland et O'sullivan, 2008; Newton et al., 2000), l'auteur suggère notamment un lien entre le choix de la spécialité et le niveau d'empathie maintenu par l'apprenant au cours de sa formation. C'est donc dire que le choix d'une spécialité orientée vers le patient et favorisant la proximité et la continuité de la relation avec le patient (ex. : médecine de famille, pédiatrie) favoriserait le maintien d'un plus grand niveau d'empathie que d'autres

¹⁵ Nous référons ici aux stages effectués tout au long de la formation médicale (préclinique, externat et résidence)

(ex. : chirurgie, radiologie). Les auteurs expliquent notamment cette disparité par le fait que la continuité de la relation de soins qui caractérise certaines spécialités aurait le potentiel d'attirer des individus présentant un profil individuel particulier, favorable au maintien de l'empathie dans le temps. Cela dit, le déclin d'empathie observé chez les individus présentant un tel profil, mais faisant le choix de spécialités permettant moins une telle continuité serait plutôt le résultat de mécanismes adaptatifs ou dits « de survie » (Newton et al., 2008).

Cela dit, bon nombre d'auteurs (Neumann et al., 2011; White, Kumagai, Ross et Fantone, 2009) considèrent l'intégration de milieux cliniques comme la bougie d'allumage de ce déclin de l'empathie. La revue de littérature de Neumann et collaborateurs (2011) souligne d'ailleurs que même si dans de rares cas on observe une augmentation de l'empathie dans les premières années de la formation, un déclin significatif s'opère de façon générale à partir du moment où les étudiants entrent directement en contact avec les patients (Austin, Evans, Magnus et O' Hanlon, 2007; Chen et al., 2007). De la même façon, Wear et collaborateurs (2008), qui s'intéressent plus spécifiquement au déclin de l'empathie dans le contexte d'une prestation de soins à une clientèle marginalisée ou défavorisée, souligne que suite aux contacts répétés entre les apprenants et ces clientèles lors de stages en milieu hospitalier, on constate, en bout de piste, une diminution de l'empathie envers celles-ci. Les études s'intéressant plus particulièrement au déclin de l'empathie chez les résidents abondent dans le même sens et suggèrent que l'empathie décline tout particulièrement chez ces apprenants dans le cadre de la pratique clinique (Neumann et al., 2011).

Plusieurs auteurs associent le déclin de l'empathie à la détresse vécue par certains apprenants en médecine dans le cadre des stages dans des milieux cliniques. Les travaux de Neumann (2011) permettent notamment de souligner que la détresse constitue un facteur causal d'importance à considérer dans la compréhension du déclin de l'empathie. Certaines études suggèrent que cette détresse puisse être notamment provoquée par le vécu de harcèlement, de rabaissement, d'humiliation et de discrimination de la part de supérieurs ou de mentors côtoyés en milieu clinique (Hojat et al., 2004; Newton et al., 2008; Stratton, Saunders et Elam, 2008; Thomas et al., 2007). Aussi, le contact avec la réalité clinique que constituent la maladie, la souffrance et la mort est soulevé comme un facteur

potentiellement contributif à la détresse des apprenants en médecine lorsque mis en contact direct avec les patients (Chen et al., 2007; Hojat et al., 2004). Shapiro (2008, p. 3) a d'ailleurs soulevé que la difficulté qu'a l'éducation médicale à promouvoir l'empathie réside notamment dans le fait que « [m]edical students and residents have complex and mostly unresolved emotional responses to the universal human vulnerability to illness, disability, decay, and ultimately death that they must confront in the process of rendering patient care ». Ainsi, selon l'auteure, l'omission de structurer, au sein d'un environnement d'apprentissage clinique, un discours approprié visant la gestion émotionnelle de la détresse des apprenants face au constat de la vulnérabilité mènerait au développement de mécanismes d'adaptation qui résulteront en un détachement et une déshumanisation du patient (Shapiro, 2008). Les modèles de rôle inadéquats ont aussi été soulignés comme ayant un rôle potentiel à jouer dans la détresse et le déclin conséquent de l'empathie (Hojat et al., 2009; Hojat et al., 2004; Newton et al., 2008; Stratton et al., 2008). White et collaborateurs (2009) suggèrent d'ailleurs que le déclin de l'empathie suite à une expérience de stage en milieu clinique s'expliquerait par le fait que les étudiants perçoivent que les comportements des superviseurs, agissant comme modèles de rôle, entrent en conflit avec les valeurs fondamentales de la pratique médicale axée sur le patient (White et al., 2009). En effet, comme l'indiquent White et collaborateurs (2009), « students reported that during clerkships they experienced strong feelings of powerlessness and conflict between what they had learned about patient-centered care [...] and what they saw role modeled » (White et al., 2009, p. 597). L'idéalisation de la profession médicale par les médias (Hojat et al., 2009; Hojat et al., 2004; Newton et al., 2008; Stratton et al., 2008) et plus largement dans la société, ressort également dans la littérature comme un élément contribuant à la détresse et au déclin de l'empathie dans la mesure où, tel que le souligne Shapiro (2008, p. 3) : « [m]odernist assumptions about the capacity to protect, control, and restore run deep in institutional cultures of mainstream biomedicine and can create barriers to empathic relationships ». Enfin, l'affaiblissement du réseau social et familial à travers leur parcours scolaire (Bellini, Baime et Shea, 2002; Hojat et al., 2004; Stratton et al., 2008), la surcharge de travail (Bellini et al., 2002; Chen et al., 2007; Stratton et al., 2008), le peu de continuité dans la relation médecin-patient, les barrières de temps contraignant la prise en charge holistique des patients, les attentes formulées à l'égard des comportements à

adopter et le pessimisme quant aux possibilités de changement sur les plans organisationnels et systémiques (Chen et al., 2007; Hojat et al., 2009; Hojat et al., 2004; Newton et al., 2008; Stratton et al., 2008; White et al., 2009) ont aussi été identifiés comme des éléments contributifs à la détresse des apprenants en médecine et, par conséquent, au déclin de l'empathie dans le cadre d'une expérience en milieu clinique.

Soulignons pour terminer que les résultats des études consultées ne permettent pas de conclure en une influence significative du genre (Austin et al., 2007; Dilalla, Hull et Dorsey, 2004; Hojat et al., 2009; Newton et al., 2000; Stratton et al., 2008) ou de l'âge (Dilalla et al., 2004; Hojat et al., 2004; Todres, Tsimtsiou, Stephenson et Jones, 2010) sur le déclin de l'empathie.

Ces constats éveillent certaines préoccupations puisqu'il est socialement attendu que, comme le suggère Shapiro (2008, p. 3), face à la maladie, à la douleur, à la mort « the physician must draw closer to the patient, putting the interests of other above those of self, even at some sacrifice to oneself ». Cette perspective altruiste a d'ailleurs fait l'objet d'études qui ont démontré un lien entre altruisme et empathie (Batson, 1991; Darley et Batson, 1973; Monroe, 1996), lien en fonction duquel « empathy is the underlying motivator and enabling force in altruism » (Shapiro, 2008, p. 3). Ainsi, selon les auteurs ayant établi un tel lien, sans empathie, c'est la théorie des échanges sociaux – qui statue que les bénéfiques doivent toujours dépasser les coûts associés à une action – qui devient la ligne directrice et qui oriente par conséquent la dynamique de prestation de soins (Aronson, 2007).

2.1.1.2 L'évolution des attitudes

Dans une perspective plus large, des études s'intéressent aux répercussions de la formation médicale sur l'évolution des attitudes des futurs médecins.

Les travaux de Ewan (1988) soulèvent notamment, une amélioration, en cours de formation, des attitudes des apprenants au regard de la relation patient-médecin, en même temps qu'un déclin des attitudes liées à la considération de facteurs sociaux dans la pratique. Selon l'auteur, c'est l'expérience clinique fondamentalement ancrée dans le paradigme biomédical qui expliquerait la difficulté des futurs médecins à apprécier le lien entre ces facteurs sociaux et les problèmes médicaux (Ewan, 1988).

Certaines études se sont plus spécifiquement attardées à l'attitude des futurs médecins envers des personnes en situation de vulnérabilité sociale, marginalisées et défavorisées (Crandall, Reboussin, Michielutte, Anthony et Naughton, 2007; Crandall, Volk et Loemker, 1993; O'Toole, Gibbon, Harvey et Switzer, 2002; Wear et Kuczewski, 2008). Les conclusions émises par ces études sont par ailleurs mitigées. Notons que, contrairement à O'Toole et collaborateurs (2008) qui observent une amélioration des attitudes envers les patients faisant face à la pauvreté au cours de la formation en médecine, plusieurs études font au contraire état d'un déclin de l'attitude des apprenants au cours de formation au regard de ces clientèles (Crandall et al., 2007; Crandall et al., 1993; Wear et Kuczewski, 2008). En effet, Crandall et collaborateurs (2007) observent que, selon les résultats de leur étude et en cohérence avec des travaux antérieurs (Crandall et al., 1993), les apprenants en médecine voient croître en cours de formation médicale leurs attitudes négatives envers les populations marginalisées, défavorisées et présentant des barrières à l'accès aux soins et services de santé. Cette croissance semble d'ailleurs se démontrer indépendamment du type de curriculum (apprentissage par problème ou curriculum traditionnel) et du sexe de l'apprenant. L'étude de Crandall et collaborateurs (2007) a aussi permis de démontrer que les attitudes n'étaient pas influencées par les enseignements précliniques reçus. En effet, ces travaux, en cohérence avec d'autres (Crandall et al., 1993; O'Toole et al., 2002), identifient l'expérience éducative, le contact avec des modèles de rôle, la baisse de l'idéalisme et le stress comme des facteurs ayant pu influencer le déclin des attitudes.

Il se dégage globalement de ces travaux une préoccupation concernant les répercussions de ce déclin des attitudes chez les futurs médecins en termes de comportements adoptés (Crandall et al., 2007; Neumann et al., 2011; Woloschuk, Harasym et Temple, 2004). En effet, tel que le stipule Woloschuk et collaborateurs (2004, p. 522) alors qu'ils réfèrent à Newble (1992) : « Attitudes are important because they are viewed as a mediating link between clinical competence (knowledge and skills) and clinical performance ; that is, attitudes influence what a doctor does in actual practice. »

2.1.1.3 Le cas particulier des milieux de stages non-traditionnels

D'autres études se sont spécifiquement intéressées aux expériences de stage en milieu non-traditionnel¹⁶ afin d'y déceler des distinctions par rapport à ce qui est vécu dans les milieux de stage classiques.

2.1.1.3.1 Les performances scolaires

En premier lieu, notons que Crampton et collaborateurs (2013), suite à leur recension de 54 articles issus d'études empiriques fournissant des connaissances conceptuelles et contextuelles sur les effets des stages en milieux non-traditionnels, soulignent que, de façon générale, il n'existerait pas de différence significative entre les performances scolaires des apprenants expérimentant un stage en milieu non-traditionnel et leurs collègues en stage dans des milieux plus traditionnels (Lacy, Geske, Goodman, Hartman et Paulman, 2007; Margolis, Davies et Ypinazar, 2005; Power, Harris, Swentko, Halaas et Benson, 2006; Schauer et Schieve, 2006; Waters, Hughes, Forbes et Wilkinson, 2006; Wilson et Cleland, 2008). Certaines études ont par ailleurs contribué à démontrer un plus grand renforcement des compétences cliniques chez les apprenants effectuant un stage en milieu non-traditionnel (Bianchi, Stobbe et Eva, 2008; Schauer et Schieve, 2006; Smucny, Beatty, Grant, Dennison et Wolff, 2005; Waters et al., 2006; Young, Rego et Peterson, 2008). Notamment, les résultats de certaines études suggèrent une plus grande capacité de ces étudiants à établir des liens et à assurer la structuration d'une rencontre-patient efficace en comparaison avec leurs collègues (Zink, Power, Olson, Harris et Brooks, 2010). Aussi, alors qu'on remarque que ces étudiants passent souvent plus de temps à gérer des situations cliniques qu'à s'adonner à des activités d'apprentissages théoriques (Zink, Power, Olson, et al., 2010), certaines études ont souligné le plus faible niveau de connaissances théoriques détenues par ces étudiants expérimentant des stages en milieux non-traditionnels, en comparaison avec les autres (Power et al., 2006; Zink, Power, Finstad et Brooks, 2010). Dans un même ordre d'idée, d'autres auteurs soulignent que le fait d'œuvrer dans un milieu présentant des ressources et technologies limitées pousse les apprenants à se fier à leur jugement clinique plutôt qu'à des tests médicaux poussés (Loignon et al., 2016).

¹⁶ Nous référons ici, tel que le suggèrent Crampton et al. (2013, p. 970), aux stages cliniques réalisés dans des environnements « that does not usually provide such experience to medical students ». En opposition au modèle classique de placement des étudiants en milieu hospitalier, on parlera par exemple de stages en environnement communautaire auprès de populations vulnérables et/ou mal desservies, ou de stages internationaux.

2.1.1.3.2 Les intentions et orientations professionnelles

Certains auteurs ont établi un lien entre l'expérience de stage en contexte non-traditionnel et les intentions et orientations professionnelles. Barrett et collaborateurs (2011), dans leur recension des écrits nord-américains à propos des répercussions du stage en milieu rural sur les étudiants en médecine entre 1966 et 2009, ont conclu que le fait de vivre une telle expérience en milieu rural était associé au choix ultérieur d'exercer en première ligne et en milieu rural (Barrett et al., 2011). Crampton et collaborateurs (2013) vont dans le même sens et ajoutent, au regard des résultats de leur recension des écrits, que le fait d'être soi-même originaire d'un milieu rural pourrait aussi s'avérer un facteur contributoire à ce qu'un apprenant choisisse de s'orienter vers une pratique en milieu rural suite à un stage (Eley, Baker et Chater, 2009; Halaas, Zink, Finstad, Bolin et Center, 2008; Smucny et al., 2005; Stagg, Greenhill et Worley, 2009; Williamson, Gormley, Bills et Farry, 2003). Enfin, les auteurs soulignent que pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à ce type de répercussions, les considérations relatives aux méthodes de formation, à la durée du stage et au moment du vécu de l'expérience constituent des facteurs à éventuellement explorer (Barrett et al., 2011). Dans le même ordre d'idée, certains auteurs identifient les répercussions d'un stage à l'international sur l'engagement subséquent dans des activités de bénévolat, des initiatives humanitaires et desservant des populations en situation de vulnérabilité sociale (Loignon et al., 2016; Smith et Weaver, 2006).

2.1.1.3.3 Une approche holistique et humaine

D'autres études identifient le stage, lorsque réalisé dans un contexte non-traditionnel, comme un espace d'apprentissage susceptible de mener à l'adoption d'une approche congruente, compétente et humaine, apportant une réponse holistique aux attentes des patients, de la société et de la profession (Mapukata-Sondzaba, Dhali, Tsotsi et Ross, 2014; McNair, Griffiths, Reid et Sloan, 2016; Nyangairi, Couper et Sondzaba, 2010). De même, certains auteurs constatent globalement, chez les apprenants expérimentant des stages en milieux non-traditionnels, une hausse du niveau de compassion face au parcours des clientèles vulnérables puis une plus grande sensibilité aux déterminants sociaux de la santé et aux préoccupations de santé publique (Loignon et al., 2016; Smith et Weaver, 2006). Plus spécifiquement, certains auteurs soulignent qu'un stage à l'international se répercute

sur la capacité des apprenants à comprendre les facteurs socioculturels influençant les trajectoires puis sur l'évolution de la façon de percevoir, communiquer et interagir avec les patients (Loignon et al., 2016). Aussi, pour certains, l'approche-patient privilégiée dans le cadre du stage, si elle mise sur la collaboration avec le patient, l'écoute et l'ouverture, a le potentiel de mener à un changement de vision par rapport à la première ligne et aux caractéristiques attendues de la relation avec le patient (Loignon et al., 2016; Nyangairi et al., 2010). D'ailleurs, pour Nyangairi et collaborateurs (2010, p. 469), cette prise de conscience du rôle de la première ligne prend son sens pour les apprenants à travers la participation à une offre de soins et services adaptée aux besoins et attentes des populations en situation de vulnérabilité sociale : « [t]hey were able to see the essence of primary care as an essential form of care for underserved and poor rural communities ».

2.1.1.3.4 La confiance et l'estime de soi

Certains auteurs soulignent les répercussions d'une expérience de stage en milieu non-traditionnel sur le niveau de confiance et d'estime de soi ressenti par les apprenants (Lacy, Paulman et Hartman, 2005; Nyangairi et al., 2010; Okayama et Kajii, 2011; Shannon et al., 2005). Notamment, Nyangairi et collaborateurs (2010) expliquent à cet effet que, au regard des résultats de leur étude, cette confiance et cette estime augmentent au gré des opportunités de mise en pratique des apprentissages théoriques réalisés à travers le cursus puis en fonction du sentiment qu'ils développent, dans le cadre particulier d'une telle expérience non-traditionnelle, de contribuer significativement au mieux-être de la communauté desservie. Les auteurs soulignent que la confiance et l'estime de soi constituent des facteurs importants de motivation et de changement comportemental (Okayama et Kajii, 2011).

2.1.1.3.5 L'évolution des attitudes dans le contexte spécifique des stages en milieu non-traditionnel

Dans le même ordre d'idées, un certain nombre d'études s'attardent à documenter l'effet des stages – vus comme un espace d'exposition des étudiants à certaines clientèles en situation de vulnérabilité sociale –, sur l'évolution de leurs attitudes envers ces dernières. À ce chapitre, la littérature fait notamment état de l'effet sur les attitudes envers certaines clientèles : les victimes de dépendances (Ballon et Skinner, 2008; Ramirez-Cacho, Strickland, Beraun, Meng et Rayburn, 2007), les personnes présentant des troubles

alimentaires (Banas, Redfern, Wanjiku, Lazebnik et Rome, 2013) ou autres troubles mentaux (Bharathy, Foo et Russell, 2016), les homosexuels (Banwari, Mistry, Soni, Parikh et Gandhi, 2015), les populations immigrantes (Lie, Shapiro, Cohn et Najm, 2010), les personnes vivant dans la pauvreté (Carufel-Wert et al., 2007; Loignon, Boudreault-Fournier, Truchon, Labrousse et Fortin, 2014) ou les sans-abris (Morrison, Roman et Borges, 2012). Certaines de ces études soulèvent le sentiment d'incompétence et d'impuissance que partagent initialement les apprenants confrontés à une clientèle présentant des facteurs de vulnérabilité (Bharathy et al., 2016; Loignon et al., 2014) de même que le manque de connaissances préalables quant à la réalité et au contexte qu'expérimentent ces populations (Banwari et al., 2015). Par ailleurs, ces travaux convergent globalement vers des conclusions semblables. En effet, la plupart relie les opportunités expérientielles des étudiants dans le cadre de l'exposition à des clientèles vulnérables ou marginalisées – et ce spécialement lorsque ces expériences sont jugées positives – à leur plus grande compréhension de la réalité de ces groupes et des enjeux particuliers auxquels ils font face puis à l'altération favorable de leurs attitudes, valeurs et croyances. À ce chapitre, plusieurs auteurs identifient les facteurs déterminants du vécu d'une expérience positive et de l'intégration efficace des acquis. Les facteurs qui ressortent sont notamment une formation préalable adéquate, l'engagement dans le processus d'apprentissage de mentors ou de modèles de rôle (Banas et al., 2013; Banwari et al., 2015; Carufel-Wert et al., 2007; Ramirez-Cacho et al., 2007) ou encore l'adoption, par les étudiants, d'une approche réflexive vis-à-vis leur expérience (Ballon et Skinner, 2008; Lie et al., 2010; Loignon et al., 2014)

2.1.1.4 Les lacunes observées dans la littérature portant sur les répercussions de l'éducation médicale et des stages en milieu clinique

Crampton et collaborateurs (2013), suite à leur recension de 54 articles issus d'études empiriques fournissant des connaissances conceptuelles et contextuelles sur les effets des stages en milieux non-traditionnels, constatent la faiblesse généralisée des conclusions tirées. En effet, les auteurs soulignent que les études disponibles négligent souvent la description et la prise en compte adéquate de facteurs contextuels relevant des caractéristiques propres au milieu de stage et du profil individuel de l'apprenant (Crampton et al., 2013). De même, les auteurs font le constat de faiblesses méthodologiques limitant la

validité des données scientifiques disponibles (ex. : choix du milieu d'étude, choix du groupe contrôle, constitution des cohortes, biais de volontariat, mesures quantitatives autorapportées) (Crampton et al., 2013). Enfin, nous soulignons le faible nombre d'études canadiennes et québécoises répertoriées. En effet, les données issues d'études réalisées majoritairement aux États-Unis, dans un contexte où les caractéristiques fondamentales des systèmes de santé et d'éducation divergent de ce qui prévaut au Canada et au Québec, limiteront notre capacité à appliquer ces données à l'objet du présent mémoire. De même, les études répertoriées et traitant d'expériences de stages en milieux non-traditionnels rapportent majoritairement de telles expériences en milieu rural ou à l'international. Bien que nous puissions établir un certain parallèle entre ces expériences et celles réalisées au sein de modèles alternatifs de soins et services tels que ceux décrits au chapitre précédent – particulièrement pour ce qui est de la clientèle en situation de défavorisation et de la perspective communautaire –, nous postulons un nombre significatif de divergences. Ces divergences, notamment sur le plan des caractéristiques du contexte social, politique et économique et sur le plan des modalités de pratique et d'apprentissage, limiteront encore une fois notre capacité à appliquer les conclusions de ces études à notre problématique.

2.1.1.5 Les cliniques étudiantes¹⁷

Au regard des lacunes observées, il nous semble pertinent à ce point-ci de poursuivre la recension des écrits afin d'enrichir notre réflexion des travaux portant sur les répercussions de la participation des étudiants aux cliniques étudiantes (traduction libre de *Student-Led Clinics*). Ces cliniques présentent bon nombre des caractéristiques des modèles alternatifs qui sont d'intérêt dans le cadre du présent projet, soit l'*empowerment*, l'*outreach*, une clientèle en situation de défavorisation, l'interdisciplinarité et l'intersectorialité, une mission de formation et d'accueil de stagiaires et une approche globale centrée sur la personne.

En premier lieu, l'interdisciplinarité constitue pour plusieurs auteurs une caractéristique des cliniques étudiantes qui permet aux apprenants de tirer des apprentissages importants à propos de la reconnaissance des rôles professionnels et des champs d'exercice, mais aussi de l'appréciation des avantages de la communication, du

¹⁷ Haggarty et Dalcin (2014, p. 1) définissent ainsi ces cliniques : « organizations composed of students from a variety of disciplines who collaboratively plan and deliver healthcare and health promotion, typically to underserved populations ».

leadership et du travail d'équipe dans une perspective de réponse holistique aux besoins des patients (Holmqvist, Courtney, Meili et Dick, 2012; Lie, Boker, Gutierrez et Prislin, 2006; Mayer, Peterfy, Crossman, Phipps et Vanderbilt, 2016; Sheu, Zheng, et al., 2011). De plus, en accord avec ce qui a été noté précédemment, les auteurs s'intéressant aux cliniques étudiantes suggèrent que le contact avec des clientèles vulnérables fait en sorte de promouvoir, chez les étudiants, le développement d'une sensibilité aux enjeux sociaux et des valeurs sociales telles la compassion, l'empathie, la responsabilisation et le courage face aux problématiques spécifiques auxquelles ces groupes font face (Clark, Melillo, Wallace, Pierrel et Buck, 2003; Dugani et McGuire, 2011; Lie et al., 2006; Mayer et al., 2016). Aussi, en plus de permettre aux apprenants « to empathize and participate with the patient's health journey » (Haggarty et Dalcin, 2014, p. 3), selon les auteurs, les rencontres cliniques favorisent chez eux l'amélioration des compétences socioculturelles à travers des interactions régulières avec des patients de diverses origines socio-économiques et culturelles (Buchanan et Witlen, 2006). Les auteurs s'entendent généralement pour dire que l'expérience en clinique étudiante renforce positivement les attitudes envers les disparités en santé de même que l'engagement et l'intérêt des étudiants envers la prestation de soins et services aux clientèles vulnérables (Lie et al., 2006; Sheu et al., 2012; Sheu, Zheng, et al., 2011; Smith, Johnson, Rodriguez, Moutier et Beck, 2012; Wee, Yeo, Tay, Lee et Koh, 2010).

Cela dit, les cliniques étudiantes représentent pour l'heure un champ d'études relativement nouveau, surtout au Canada où ces organisations sont un phénomène émergent (Haggarty et Dalcin, 2014). D'ailleurs, encore une fois, la majorité des études répertoriées s'intéressant aux cliniques étudiantes sont américaines, limitant possiblement l'application de leurs conclusions au contexte canadien. De surcroît, tel que le mentionne Schutte et collaborateurs (2015) dans leur revue de la littérature, les données portant sur les effets sur les étudiants de la participation à une clinique étudiante reposent majoritairement sur des opinions d'experts et des études quantitatives soutenues par des enquêtes auprès des étudiants, lesquelles comportent souvent des faiblesses méthodologiques (études quantitatives descriptives, utilisant rarement des instruments validés ou des groupes de contrôle) (Sheu et al., 2012) qui en limitent la validité. Le constat de Schutte et collaborateurs (2015) concorde d'ailleurs avec celui de Meah (2009) à l'effet que de futures

recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les effets d'une participation à une clinique étudiante sur les attitudes, compétences, connaissances et comportements des apprenants y transitant. Des études qualitatives s'avèreraient de ce point de vue particulièrement pertinentes afin de mieux comprendre les processus de production des effets. Aussi, les conclusions de certains auteurs, peu congruentes avec les consensus évoqués précédemment, confirment la nécessité de futures recherches en vue de définir les apprentissages retirés par les étudiants. Notamment, citons Sheu et collaborateurs (2012) qui n'ont pour leur part pas conclu en une amélioration significative des attitudes socioculturelles suite à une participation au sein d'une clinique étudiante, postulant une problématique liée à la sensibilité de leur mesure ou un possible effet différé de la participation, plus facilement observable dans le cadre d'une étude longitudinale.

2.1.1.6 La pédiatrie sociale

Dans le même ordre d'idée, nous souhaitons appuyer notre réflexion par la recension de travaux scientifiques portant sur l'approche de pédiatrie sociale. En effet, tel que décrit par le Dr Gilles Julien (2004, p. 3), le concept de pédiatrie sociale intègre « everything that relates to the child, society, and the community. It provides a much-needed link to preventive and curative health care and social services by taking a global approach that considers the child as a whole person in a specific context ». Dans le cadre de cette approche s'inscrivant dans une dynamique d'*empowerment* et de changement, le principe d'« intercommunication horizontale » entre le prestataire de soins et le patient est considéré essentiel dans l'établissement d'un processus d'échanges bidirectionnels visant la recherche de solutions concertées et adaptées à la réalité de la clientèle (Julien, 2004). Cette approche s'inscrit dans un nouveau paradigme de soins. En effet, elle s'oppose à la relation typiquement verticale favorisant une interaction de nature autoritaire se fondant sur les connaissances du prestataire de soins et présentant un décalage par rapport aux connaissances et repères du patient (Julien, 2004).

Des quelques études répertoriées, il est possible de soulever un certain nombre de constats relatifs aux apprentissages retirés par les apprenants en médecine d'une expérience dans un milieu de soins offrant des soins et services de pédiatrie sociale. À ce chapitre, conformément à ce qui a été mentionné plus tôt, Chin et collaborateurs (2003) dénotent un lien entre la durée de l'exposition aux communautés vivant dans un contexte de pauvreté et

le développement de nouvelles perspectives face aux fardeaux et aux défis qu'affrontent ces groupes. Aussi, selon les auteurs, les apprenants ainsi exposés développent de nouvelles connaissances quant à la capacité des populations en situation de vulnérabilité sociale à entretenir de l'espoir et un sentiment de pouvoir face à leur condition (Chin et al., 2003). Les auteurs cités identifient ainsi le stage clinique dans un milieu de soins de pédiatrie sociale comme une expérience souvent troublante, dérangement et désorientante pour les apprenants en médecine qui y transitent (Chin et al., 2003; van den Heuvel et al., 2014). Cela s'explique notamment par le fait que l'exposition à la réalité des populations vulnérables les confronte à une réalité peu connue et leur fait prendre conscience de leur statut privilégié (van den Heuvel et al., 2014). Cela dit, les apprenants transitant par un milieu offrant des soins et services de pédiatrie sociale tendent aussi à qualifier leur expérience de rafraichissante et inspirante dans la mesure où elle permet de renouveler l'idéalisme et l'enthousiasme initialement perçus vis-à-vis la profession médicale (Chin et al., 2003) et un certain sentiment d'utilité. Finalement, les auteurs soulignent le développement d'une meilleure habileté à référer adéquatement à des ressources communautaires dédiées aux familles pauvres ou présentant des besoins particuliers (Chin et al., 2003) puis un changement de perspective face à leur pratique future, faisant notamment référence à un engagement à prendre action en regard des déterminants sociaux de la santé (van den Heuvel et al., 2014).

Alors que les articles discutés dans le précédent paragraphe concluent en la réalisation d'apprentissages en termes de perspectives, de connaissances et d'attitudes renouvelées dans le cadre d'une expérience de stage médical en pédiatrie sociale, van den Heuvel et al. (2014) ont pour leur part voulu mieux comprendre les déterminants de ces apprentissages. À ce chapitre, les auteurs soulignent que le milieu de stage lui-même semble influencer les apprentissages spécifiques à l'approche de pédiatrie sociale. Par exemple, ils indiquent qu'un centre hospitalier de soins tertiaires est perçu par les apprenants, à cause des différentes barrières organisationnelles qui le caractérisent, comme étant moins propice aux apprentissages susmentionnés qu'un hôpital communautaire ou des visites à domicile (van den Heuvel et al., 2017). Aussi, en cohérence avec ce qui a été évoqué plus tôt, tant les nouvelles connaissances et compréhensions liées à la réalité des populations vulnérables que le sentiment d'utilité renouvelé semblent notamment inspirés

par « how [l'expérience de stage] brought students physically and emotionally closer to the struggle of socioeconomically challenged children and youth while at the same time provided role models for how to intervene and contribute to alleviating health inequities » (van De Heuvel, 2014, p. 552).

Cela dit, à notre connaissance, très peu d'études s'intéressent à la pédiatrie sociale en vue de décrire les apprentissages qui sont retirés d'une expérience de stage dans ces milieux et aucune ne traite de l'applicabilité ultérieure de ces apprentissages aux pratiques de première ligne. Aussi, le très faible nombre d'études répertoriées, malgré la pertinence de celles-ci et leur devis qualitatif, ne permet pas de conclure en la possibilité de transférer leurs résultats à d'autres contextes. D'ailleurs, alors qu'elles soulignent l'abondance de la littérature documentant la façon dont les déterminants sociaux de la santé affectent la santé des enfants et l'importance de former les étudiants et résidents en médecine à ces réalités (van den Heuvel et al., 2014), les études répertoriées soulèvent le peu de travaux portant sur l'enseignement de la pédiatrie dans une perspective de compréhension de la maladie telle qu'inscrite dans les contextes social, environnemental et politique du patient (van den Heuvel et al., 2017) ainsi que sur l'appréciation des apprentissages réalisés dans le domaine (van den Heuvel et al., 2014). Enfin, notons le fait que les études répertoriées aient été réalisées en contextes américain et ontarien où opèrent des modèles de formation médicale différents de ce qu'on observe au Québec.

2.2 L'actualisation dans la pratique médicale des apprentissages retirés d'un stage en milieu communautaire¹⁸

Les précédentes sections, à travers le constat fait (1) du peu d'études disponibles en lien direct avec notre problématique d'intérêt et ce notamment en contexte canadien et québécois puis (2) des faiblesses méthodologiques inhérentes à ces études, ont permis de démontrer la pertinence de s'intéresser aux répercussions d'une expérience de stage en milieu « alternatif » en termes d'apprentissages retirés dans le cadre d'une étude qualitative contextualisée.

La présente section s'intéressera à l'application possible de ces apprentissages aux pratiques médicales adoptées par les médecins une fois en exercice. En effet, dans la

¹⁸ Rappelons, tel que mentionné en note 14, que les stages en milieu communautaire sont une sous catégorie des stages qualifiés de non-traditionnels. Des derniers peuvent plus largement inclure, par exemple, les stages internationaux ou les stages en milieux ruraux.

mesure où la participation à une expérience de stage peut être considérée comme une étape circonscrite s'inscrivant dans une trajectoire professionnelle longue et complexe (Bearman, Lawson et Jones, 2011; Pearson et Lucas, 2011) et que les environnements de pratique sont continuellement en évolution (Meah, Smith et Thomas, 2009), certains auteurs soulignent l'intérêt de projeter l'examen des effets observés du parcours de formation clinique et des stages au-delà du cheminement étudiant. Meah et collaborateurs (2009) soulignent d'ailleurs l'intérêt de recherches futures portant sur la transférabilité à d'autres arènes cliniques des apprentissages retirés d'une expérience au sein d'une clinique étudiante. Les auteurs mentionnent notamment la pertinence d'étudier les répercussions d'une telle expérience en matière de développement de perspectives et d'habiletés à assurer une prestation de services humaine aux clientèles défavorisées. Dans cette perspective, les travaux de Morris et collaborateurs (2008), réalisés *via* un devis quantitatif sondant des médecins gradués, ont d'ailleurs décelé certaines disparités entre les médecins formés en milieu communautaire et ceux formés au sein d'autres types de milieux, notamment en matière d'ouverture à la pratique en milieu défavorisé. De même, Crampton et collaborateurs (2013) font état des travaux s'intéressant aux expériences de stage en milieu rural et démontrant le maintien dans le temps, chez les médecins ayant transité par des tels stages, de l'intérêt pour la première ligne et la pratique en milieu rural (Halaas et al., 2008; Lynch et al., 2001). Cela dit, les auteurs soulignent que l'effet à long terme de l'exposition à un milieu non-traditionnel demeure peu documenté (Crampton et al., 2013).

À notre connaissance, très peu d'études s'intéressent de façon rétrospective aux répercussions et influences de l'expérience de stage du point de vue des praticiens en exercice. En effet, le constat global est à l'effet que le corpus de données disponibles fait majoritairement état des répercussions de l'expérience de stage à très court terme, chez les étudiants ou les résidents, plutôt qu'à moyen et long terme, chez les médecins en exercice. Aussi, la mesure typiquement quantitative des répercussions à long terme de l'exposition à un curriculum de formation sur les attitudes et les pratiques adoptées par les médecins (Hodges et Kuper, 2014) limite la compréhension globale du processus d'intégration et de transfert des apprentissages. Ceci nous semble établir la pertinence scientifique de mener une étude qualitative portant sur l'expérience de stage en milieu « alternatif » afin de combler un déficit de connaissances portant sur les apprentissages retirés d'une telle

expérience et leur potentielle actualisation dans la pratique (Collins, Sato, LaNoue, Michaluk et Verma, 2014; Crampton et al., 2013; Dornan, Boshuizen, King et Scherpbier, 2007; Meah et al., 2009; Turkeshi, Michels, Hendrickx et Remmen, 2015; Van Schalkwyk, Bezuidenhout et De Villiers, 2015). À notre connaissance, aucune étude n'a récemment adopté cette perspective.

3 Question et objectifs de recherche

Au regard de la problématique soulevée et de l'état des connaissances, nous avons voulu explorer plus en profondeur les apprentissages retirés d'une expérience de stage au sein d'un modèle « alternatif » d'organisation des services de première ligne et leur potentiel d'actualisation dans la pratique médicale ultérieure en première ligne. Cette exploration s'est ancrée dans le cas spécifique de La Maison Bleue, un modèle « alternatif » de prestation de soins et services périnataux de première ligne destiné aux femmes et aux familles en situation de vulnérabilité extrême¹⁹.

Ainsi, la question de recherche qui a guidé ce projet est la suivante :

Comment et dans quelle mesure les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue s'actualisent-ils dans les pratiques de première ligne des médecins y ayant transité dans le cadre de leur parcours de formation clinique?

Les objectifs de recherche qui en découlent se déclinent donc ainsi :

- 1- Documenter, du point de vue des médecins y ayant transité dans le cadre de leur parcours de formation clinique, la nature des apprentissages réalisés à travers l'expérience de stage à La Maison Bleue et les caractéristiques de l'expérience qui ont influencé ces apprentissages;
- 2- Comprendre, de leur point de vue, comment les apprentissages réalisés sont actualisés ou non dans leurs pratiques en première ligne.

¹⁹ Une description plus détaillée de ce modèle est fournie en section 5.1.

4 Assises conceptuelles

La présente section a pour but de présenter les travaux qui serviront de principaux repères théoriques dans le cadre de cette étude. D'abord, précisons que notre approche théorique est globalement ancrée dans le paradigme constructiviste, tel qu'appliqué au domaine de l'éducation, qui trouve notamment ses fondements dans les travaux de Vygotsky (1980). Ceux-ci proposent que l'apprentissage²⁰ constitue un processus actif et contextualisé de construction du savoir. Les postulats soutenus par ce paradigme sont à l'effet que l'apprenant contribue à la création de nouveaux savoirs sur la base de ses connaissances actuelles et passées. Ainsi, l'apprenant sélectionne activement des informations, les transforme, construit des hypothèses, les teste et prend des décisions sur la base d'une structure cognitive qui lui est propre. C'est donc au regard de ce paradigme constructiviste que les repères théoriques guidant notre réflexion ont été choisis. Il s'agit de la théorie de l'apprentissage transformationnel, de la théorie des curricula puis de la théorie du transfert des apprentissages pour mieux comprendre les déterminants de l'actualisation ultérieure des apprentissages en milieu de soins.

4.1 La théorie de l'apprentissage transformationnel

L'apprentissage transformationnel est une théorie constructiviste bien établie dans le domaine de l'apprentissage, tant sur le plan théorique que pratique. Cette théorie se fonde notamment sur les travaux de Mezirow, qui en demeure aujourd'hui la figure centrale.

En effet, les travaux de Mezirow (1991) postulent que les adultes voient la vie en fonction de perspectives limitées élaborées selon leurs expériences passées. Ces perspectives structurent leurs croyances et, par conséquent, leur façon de voir le monde (Nerstrom, 2014). L'apprentissage transformationnel se définit dans ce contexte comme un processus par lequel les adultes apprenants peuvent modifier leurs schémas de pensée et les perspectives acquises (Illeris, 2014). Contrairement à ce qui a été historiquement considéré dans le domaine de l'éducation formelle, l'apprentissage est ainsi conceptualisé comme allant au-delà de l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences (Illeris, 2014). En effet, la théorie stipule que, par le vécu de nouvelles expériences, les individus peuvent

²⁰ Voir la note 11 concernant le concept d'apprentissage.

récuser leurs croyances et acquérir de nouvelles perspectives qui seront qualifiées d'apprentissages transformationnels (Nerstrom, 2014).

Sur ces bases, et tel que l'explique Lévesque (2016, p. 40), l'approche théorique de Mezirow (1978) établit que « déclenché par [...] un « dilemme désorientant » – une sorte de dissonance entre un événement, situation ou objet et les cadres usuels d'interprétation –, l'apprentissage transformationnel procède en une séquence de phases qui incluent : la remise en question et mise à l'épreuve des présupposés; la recherche de connaissances et de nouvelles perspectives; l'exploration d'options et de nouvelles actions et l'intégration de ces dernières dans la vie de la personne. »

Cette théorie nous semble pertinente en vue d'approcher la problématique ici identifiée étant donné le caractère central qu'y revêt l'expérience dans la compréhension de l'apprentissage. En effet, une expérience de stage au sein d'un modèle « alternatif » d'organisation de services de première ligne implique une exposition à une culture et des valeurs possiblement différentes de ce qui a été expérimenté antérieurement dans le cadre de la formation médicale (et à travers les expériences de vie plus généralement). Nous postulons par conséquent que cette exposition, puisque susceptible de déclencher un « dilemme désorientant », pourrait avoir le potentiel de contribuer au processus d'apprentissage transformationnel. Par exemple, selon ce point de vue théorique, l'approche valorisée et les fondements de la pratique pourraient initier chez l'apprenant un dilemme désorientant et ainsi l'inciter à réévaluer ses présupposés dans une perspective critique pour éventuellement explorer de nouvelles alternatives. C'est donc sur cette théorie que se fondera, de façon générale, la compréhension de l'étudiante-chercheuse du processus d'apprentissage dans un contexte expérientiel.

4.2 La théorie des curricula

En complément de la théorie de l'apprentissage expérientiel, la théorie des curricula, appliquée au domaine de l'éducation médicale, nous semble une assise théorique pertinente pouvant guider, notamment, l'analyse des résultats issus du présent travail de recherche afin d'appréhender l'éventail d'apprentissages susceptibles d'être retirés d'une expérience de stage. Cette théorie prend notamment assise dans les travaux de Hafferty et Frank (1994) qui ont introduit la notion de curriculum caché en éducation médicale. Les auteurs ont ainsi

postulé que, au-delà des contenus formels enseignés en classe ou au chevet des malades, les étudiants en médecine se développaient au regard d'une multitude d'autres opportunités ayant un rôle à jouer dans l'apprentissage des connaissances, des comportements et des valeurs fondamentales associés au fait d'être médecin (Hafferty et Franks, 1994). Alors qu'on reconnaissait généralement en contexte éducatif l'existence d'une telle contrepartie à l'enseignement formel, « identifying this new lens in the case of medical education came to be what [is] called a disruptive force or innovation » (O'Donnell, 2014, p. 1-2). Nous tenterons dans un premier lieu de définir les trois types de curricula mentionnés dans la littérature pour ensuite discuter les aspects que nous considérons pertinents au présent projet.

4.2.1 Les trois curricula

La littérature fait principalement état de trois types d'espaces curriculaires susceptibles de définir les apprentissages qui seront retirés d'une expérience de formation : le curriculum²¹ formel, le curriculum informel et le curriculum caché. Les prochaines lignes voudront jeter les bases définitionnelles de ces concepts.

4.2.1.1 Le curriculum formel

Le curriculum formel est celui sur lequel se fonde le contenu intentionnellement transmis aux étudiants. La philosophie de l'institution, les objectifs pédagogiques, les syllabus, les référentiels de compétences, le matériel et les activités pédagogiques ainsi que les modes d'évaluation déployés y font en grande partie écho (Hafferty et O'Donnell, 2014). Selon Taylor et Wendland (2014, p. 60), le curriculum formel « teaches an ideal medicine intended to diagnose and treat the disordered physiologies of individual human bodies ».

4.2.1.2 Le curriculum informel

Aussi appelé curriculum expérientiel, l'espace curriculaire informel met l'accent sur les dynamiques interpersonnelles peuplant l'environnement d'apprentissage. O'Donnell (2014) qualifie cet espace potentiel d'apprentissage comme « an education on the fly, and thus often [...] unscripted and highly particular to time and place ». Il souligne dans le

²¹ Nous définirons ici le curriculum comme l'ensemble intégré des actions qui doivent assurer la formation de l'étudiant dans un système d'éducation.

même ordre d'idée le caractère idiosyncrasique, sporadique, fortuit et par conséquent difficilement contrôlable des apprentissages réalisés de façon informelle dans la mesure où ils se produisent « when a student asks questions after class or has a conversation in the cafeteria, dorm room, elevator, or on-call room, or in the corridor outside the patient's room with a peer or teachers » (O'Donnell, 2014, p. 7). L'auteur (O'Donnell, 2014) souligne finalement, alors que dans certains cas le curriculum informel contribue à appuyer les contenus formels enseignés en classe, « it may just as often contradict or undermine the intended and stated curriculum » (O'Donnell, 2014, p. 7).

4.2.1.3 Le curriculum caché

Cet espace curriculaire est pour sa part le siège d'un apprentissage tacite, implicite et latent (Bernard, Malone, Kman, Caterino et Khandelwal, 2011), se définissant dans un contexte plus large, au-delà de l'individu et de ses interactions avec d'autres. Stern (2014) le définit à ce titre comme le résultat d'une myriade d'influences extracurriculaires incluant les croyances, les normes culturelles et les structures organisationnelles propres à un environnement d'apprentissage. Bien que de nature sociale et relationnelle, ce curriculum prend forme dans des artefacts incluant, par exemple, l'organisation physique des lieux, les écarts de pouvoir entre les acteurs, les dynamiques de genre, les comportements valorisés ou récompensés. Donc, le curriculum caché « comprises the organizational contexts and cultural subtexts that shape the way students make sense of their learning environments » (Hafferty et O'Donnell, 2014, p. 8).

Cette conception du caractère central de l'environnement structurel et culturel, des expériences et de la socialisation professionnelle au sein du processus d'apprentissage en médecine, à laquelle les auteurs contemporains réfèrent sous l'appellation de *curriculum caché*, remonte aux travaux des sociologues de l'éducation médicale Merton, Reader et Kendal (1957) et Becker et al. (1961) (Hodges et Kuper, 2014). Il prend aujourd'hui tout son sens alors qu'il est généralement reconnu que le « thinking, acting and feeling like a physician » (Cruess, 2014, p. 3) se concrétise graduellement pour les étudiants en médecine au sein d'un système dynamique de valeurs, de symboles, de normes, de narratifs, de concepts partagés (Bearman et al., 2011) et intériorisés (Cruess, Cruess, Boudreau, Snell et Steinert, 2014), de même qu'à travers une perception de respect, de reconnaissance et de confiance de la part d'une équipe dans la prise en charge de patients (Pearson et Lucas,

2011; Van Schalkwyk et al., 2015). L'omniprésence de cet espace curriculaire au cours du processus d'apprentissage de la médecine, l'importance et la variabilité de ces influences sur les apprentissages retirés de l'expérience de formation en termes de croyances, attitudes et comportements, sa résistance aux influences de l'enseignement formel ainsi que sa connectivité et son interdépendance avec les curricula formel et informel (Stern, 2014) en font, à notre avis, un concept théorique pertinent à prendre en compte afin d'appréhender notre problème de recherche.

Sans nier l'importance des apprentissages et compétences relevant du curriculum formel, notre approche théorique voudra donc être particulièrement sensible aux facteurs structurels, organisationnels et culturels (valeurs, croyances, règles, normes implicites) influençant les apprentissages retirés d'une expérience de stage au sein d'un modèle « alternatif » d'organisation des services de première ligne par les médecins qui y ont transité.

4.3 Le transfert des apprentissages

Le lien à établir entre apprentissage et pratiques ultérieures a fait l'objet de recherches, notamment sous l'angle du concept du transfert des apprentissages. Ses fondements scientifiques sont notamment issus des travaux de Baldwin et Ford (1988) et Ford et Weissbein (1997), encore largement cités aujourd'hui. En effet, selon ces auteurs, le transfert fait en sorte que l'individu sera en mesure de tirer profit de son investissement dans le processus d'apprentissage en mettant ultérieurement en application les acquis dans une situation de travail. Concrètement, le processus auquel on réfère implique tant la généralisation des apprentissages issus de l'environnement de formation que la pérennisation dans le temps des pratiques qui en découlent (Baldwin et Ford, 1988; Ford et Weissbein, 1997). Dans le modèle de Baldwin et Ford (1988), lequel a été bonifié au cours des années (Holton, Bates et Ruona, 2000), les facteurs qui influencent la transposition des apprentissages à la pratique sont regroupés en 3 catégories :

- les caractéristiques de l'apprenant (ex. : ses habiletés cognitives, psychomotrices et physiques, sa personnalité, ses motivations) ;
- l'organisation du programme de formation : (ex. : le contenu et son adéquation avec les exigences du travail, l'intégration à la formation de stratégies d'autogestion) ;
- L'environnement de travail : (ex. : l'appui et les opportunités liés à l'utilisation des connaissances et compétences en situation de travail, la culture organisationnelle).

Appliquant ces assises théoriques plus spécifiquement au domaine médical, Choi et Roulston (2015) se sont intéressés au processus menant à la décision des médecins d'effectivement transférer en milieu de pratique les apprentissages retirés d'une expérience de formation. Les conclusions des auteurs confirment la nécessité d'adapter le modèle proposé par Baldwin et Ford (1988) en y mettant l'accent sur les facteurs liés aux contextes de pratique. En effet, dans un premier temps, Choi et Roulston (2015) indiquent que l'identité professionnelle, la conception individuelle de la profession médicale et de ses objectifs, de même que l'ensemble des croyances et valeurs qui y sont associées déterminent la décision des étudiants de s'investir dans un processus de transfert des apprentissages à la pratique. Dans un deuxième temps, les auteurs suggèrent que la combinaison de signaux interprétés en milieu de pratique quant à la possibilité d'application d'un apprentissage (ex. : définition de protocoles normés, manque général de flexibilité, manque de temps pour la mise en place d'innovations), de même que les conséquences perçues (ex. : résistance à l'instauration d'approches novatrices), influencent l'application des apprentissages en milieu de pratique. Choi et Roulston (2015) statuent, en conclusion de leur analyse, que les études s'intéressant au processus de transfert des apprentissages doivent se renouveler en vue de s'ancrer dans un paradigme non-fonctionnaliste visant à aborder de façon intégrée l'apprentissage et le contexte socioculturel dans lequel il s'insère.

Ce point de vue théorique nous semble pertinent en vue d'aborder l'actualisation des apprentissages retirés d'une expérience de stage en milieu de pratique. Appliqué à une situation d'apprentissage *via* un stage en milieu clinique, le système proposé par Baldwin et Ford (1988), bonifié de la réflexion de Holton et collaborateurs (2000) puis de celle de Choi et Roulston (2015), orientera notamment notre collecte de données et notre analyse dans la quête d'une meilleure compréhension des déterminants de cette actualisation dans le contexte particulier de pratique des médecins de la première ligne.

5 Méthodologie de recherche

La présente section a pour objectif de décrire et justifier les choix méthodologiques privilégiés dans le cadre du présent projet tout en présentant le détail des opérations qui ont été effectuées pour mener à bien la démarche de recherche. Les prochaines lignes permettront ainsi de documenter les caractéristiques du milieu de recherche choisi, puis de détailler la mise en œuvre des différents choix méthodologiques.

5.1 Le milieu de recherche

Afin de situer les choix méthodologiques qui seront décrits dans les sections suivantes, nous tenons en premier lieu à décrire ici le milieu de recherche qui a été privilégié, en l'occurrence, La Maison Bleue²² et à en expliquer le choix. La Maison Bleue est un centre de périnatalité sociale opérant sous le statut d'organisme de bienfaisance et d'organisme à but non lucratif, rattaché au réseau de la santé et des services sociaux par des ententes avec les CIUSSS du territoire. Trois sites sont en activité au moment d'écrire ce rapport : La Maison Bleue de Côte-des-Neiges et La Maison Bleue de Parc-Extension qui sont toutes deux rattachées au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal puis La Maison Bleue de Saint-Michel, pour sa part rattachée au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Bien qu'elles ne soient pas elles-mêmes considérées comme des sites GMF-U du fait de l'offre de services qui y est circonscrite à la périnatalité, les trois Maisons Bleues font toutes partie d'un GMF-U (Maisonneuve-Rosemont pour la Maison Bleue de Saint-Michel, Village Santé pour les Maisons Bleues de Côte-des-Neiges et Parc-Extension). Ainsi, les médecins qui œuvrent dans les Maisons Bleues sont aussi des médecins enseignants des GMF-U concernés dans les deux CIUSSS.

La clientèle de La Maison Bleue peut compter sur une offre de services permettant l'accès privilégié à un médecin de même qu'une prise en charge globale et intégrée de la santé physique et psychosociale des femmes et de leur famille. Le modèle souhaite opérer

²² Cette présentation se fonde notamment sur l'évaluation faite par Dubois et collaborateurs (2015). Cette évaluation s'est appuyée sur un devis de type étude de cas et a mobilisé différentes stratégies de collecte et d'analyse pour répondre aux questions d'évaluation se rapportant (1) à une analyse des profils de la clientèle ; (2) à une analyse de la mise en œuvre ; (3) à l'évaluation des effets du modèle sur la femme, l'enfant et sa famille ; (4) à une analyse de la valeur économique du modèle. Les données quantitatives utilisées dans le cadre de cette évaluation ont principalement été tirées de banques de données administratives, de la banque de données i-CLSC et de documents administratifs et financiers triés et sélectionnés par l'équipe de recherche. Les données qualitatives ont pour leur part été collectées par l'entremise d'entrevues individuelles et de groupes réalisées auprès d'intervenants (professionnels, médecins et gestionnaires de la Maison Bleue et du CSSS), de partenaires de La Maison Bleue et de femmes ayant fréquenté l'organisation entre janvier 2009 et mai 2013. Des questionnaires auto-administrés ont aussi été complétés par les intervenants de La Maison Bleue et des membres de l'équipe Enfance-Famille du CSSS. Enfin, la stratégie a inclus de l'observation non participante à l'un des deux sites (à l'époque) de La Maison Bleue.

selon une logique préventive en assurant la continuité des soins, de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 5 ans.

Ce milieu de recherche a d'abord été privilégié étant donné l'intérêt de l'étudiante-chercheuse pour le domaine de la périnatalité sociale. Aussi, ce choix a été motivé par l'intérêt manifeste et l'ouverture des responsables de La Maison Bleue à soutenir, par des données scientifiques, le positionnement stratégique de l'organisme dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois, notamment en tant qu'environnement de stage et de formation. L'objet de recherche, soit les répercussions d'une expérience de stage à La Maison Bleue, a d'ailleurs été déterminé conjointement par l'étudiante-chercheuse et La Maison Bleue. Les prochaines lignes ont pour but de présenter de façon synthétique les principales caractéristiques du modèle interventionnel de La Maison Bleue.

5.1.1 L'interdisciplinarité comme pilier de l'approche interventionnelle de la Maison Bleue

Dans un premier temps, la pratique à la Maison Bleue se distingue des modèles professionnels d'organisation de la première ligne dans la mesure où le médecin n'y est pas identifié comme l'acteur central de l'offre de soins et services. En effet, bien que le médecin joue un rôle clé dans l'actualisation de la collaboration en milieu de soins, le suivi des familles se fait plutôt dans un mode partenarial à responsabilité partagée. Ce modèle interventionnel implique l'ensemble des membres d'une équipe multidisciplinaire et mise sur le soutien et la vigilance d'un intervenant pivot, dont les rôles et responsabilités se transforment dans le temps en fonction des besoins identifiés et de l'évolution du suivi (Dubois et al., 2015). Concrètement, la mise en application de l'intervention interdisciplinaire prend forme à travers des rencontres formelles et informelles regroupant médecins et intervenants (ex. : discussions quotidiennes de cas, réunions d'équipe multidisciplinaire, rencontres entre pairs, journée annuelle de réflexion, etc.). Selon Dubois et collaborateurs (2015, p. 15), l'interdisciplinarité qui domine la pratique de La Maison Bleue « permet de construire [...] un savoir plus global permettant de rompre les frontières entre les disciplines en cherchant une réciprocité dans la recherche et le développement des connaissances ».

5.1.2 Les valeurs au cœur du modèle interventionnel de La Maison Bleue

Dans sa prestation de soins et services aux familles isolées vivant dans des conditions d'extrême vulnérabilité, La Maison Bleue adopte une vision ancrée dans des valeurs d'ouverture et de respect traduites par des pratiques visant l'*empowerment* et le portage²³ (Dubois et al., 2015). La définition de la vulnérabilité adoptée par La Maison Bleue demeure flexible et peu balisée, laissant place au jugement des professionnels dans l'évaluation des besoins dans une approche de type « cas par cas » (Dubois et al., 2015). Cette approche permet, selon Dubois et collaborateurs (2015), l'adaptation de l'intervention à la réalité culturelle et émotionnelle de la femme, de même qu'aux caractéristiques propres à son parcours familial. Alors que le besoin de consulter un médecin pour un suivi prénatal constitue souvent le premier motif de recours aux services, la grossesse devient, à l'intérieur de ce modèle d'organisation, un moment privilégié pour intervenir de manière précoce, dans une logique préventive, et ainsi contribuer de manière proactive à la préparation de la famille à l'arrivée de l'enfant à naître. Tout au long du processus d'accompagnement, l'engagement des professionnels dans le développement d'une relation de confiance et de compréhension favorise la continuité du parcours périnatal des femmes et de leur famille (Dubois et al., 2015). L'approche de La Maison Bleue s'inscrit donc dans un processus voulant amener la femme à prendre du pouvoir sur sa vie en mobilisant une gamme de ressources personnelles et collectives (Dubois et al., 2015).

5.1.3 Les stages en médecine à La Maison Bleue

La formation de la relève constitue une part importante de la mission de l'organisme de même que le point focal du présent projet. La Maison Bleue accueille des stagiaires au préclinique, à l'externat, à la résidence, ainsi que dans le cadre d'un programme de compétences avancées en soins de santé maternelle et infantile²⁴.

²³ Nous reprenons ici l'interprétation de Dubois et collaborateurs (2015, p. 14) de la notion de « portage » : « En ce qui concerne le portage, La Maison Bleue estime qu'elle doit teinter l'intervention offerte aux familles en adaptant cette dernière à son bagage culturel et émotif [...] La prémisses de l'intervention est que les familles ont les compétences pour s'occuper de leurs enfants, surtout si elles sont entourées et accompagnées. L'intervention vise, en quelque sorte, à « porter » la mère et les personnes significatives qui entoureront l'enfant afin qu'ils puissent faire de même, plus tard, avec leur enfant. [...] L'*empowerment* et le portage prennent vie autant dans le suivi que dans la pratique établie au sein de l'équipe. En intervenant ensemble auprès des femmes et de leur entourage, les intervenants ont une dynamique d'entraide et de reconnaissance des forces de chacun. Les intervenants se « portent » également entre eux, se soutiennent dans leur pratique, et cet échange est rendu possible par l'établissement d'une relation de confiance au sein de l'équipe. »

²⁴ Ce programme s'inscrit dans le cadre d'une troisième année optionnelle offerte aux résidents en médecine de famille qui s'intéressent particulièrement au domaine de la santé maternelle et infantile. Ce type de programme a généralement pour but de permettre aux apprenants de bonifier leurs habiletés pour l'ensemble des soins de santé maternelle et infantile tout en maintenant et consolidant les compétences en obstétrique et en pédiatrie. Ces programmes sont communément appelés « Fellow » ou « Fellowship » (Département de médecine de famille Université McGill, 2018).

Le détail précis des modalités de ces stages en termes de durée, d'engagement et de participation est très variable d'un apprenant à l'autre, notamment en lien avec le type de stage qui est réalisé (stage d'observation, stage de résidence, etc.). Cela dit, trois modèles d'organisation des stages semblent se dégager²⁵ :

- (1) Dans un premier modèle-type, les stagiaires viennent à la Maison Bleue de façon ponctuelle avec leur patron. Dans ces cas, l'apprenant effectue son stage au GMF-U auquel est rattachée La Maison Bleue et est supervisé par un médecin de famille de ce GMF-U qui travaille aussi à La Maison Bleue et qui fait le choix d'y exposer son stagiaire. Comme les GMF-U concernés sont rattachés à l'Université McGill (Côte-des-Neiges, Parc-Extension) et l'Université de Montréal (Saint-Michel), les institutions ont dans ce cadre plusieurs programmes et plusieurs niveaux de formation où les apprenants sont appelés à être jumelés à des médecins de famille.
- (2) Il y a aussi les *fellows*, c'est-à-dire les participants aux programmes de compétences avancées en soins de santé maternelle et infantile (Université McGill, Université de Montréal), qui fréquentent La Maison Bleue de façon ponctuelle dans le cadre de stages du département de médecine familiale de leur institution. Le placement est alors assuré *via* une collaboration entre l'institution d'enseignement et le responsable de la coordination du site de La Maison Bleue ciblé.
- (3) Enfin, il est aussi possible que certains étudiants d'autres universités interpellent personnellement les responsables de la coordination des différents sites de La Maison Bleue afin de réaliser un stage à option dans le cadre de leur parcours de formation.

L'encadrement offert est aussi très variable en fonction du type de stage qui est réalisé. En bref, les apprenants en médecine qui transitent par La Maison Bleue dans le cadre de leur parcours vivent une expérience aux modalités variables en fonction du moment de leur parcours où le stage est effectué et du type de stage effectué, duquel découle le type d'encadrement reçu (ex. : intensité, modalités, responsabilité du patron ou de l'équipe interdisciplinaire).

5.2 Les choix méthodologiques

5.2.1 Type d'approche et devis de recherche

Puisqu'il s'agit d'étudier les perceptions, les vécus et les pratiques des acteurs dans un contexte donné, la présente recherche sera réalisée selon les principes de la méthodologie qualitative (Boutin, 1997; Mucchielli, 2009). Cette recherche qualitative

²⁵ Ces données sont notamment issues des entretiens réalisés avec des informateurs-clés. Ces entretiens avaient notamment pour objectif de permettre à l'étudiante-chercheuse de bonifier sa compréhension des modalités d'organisation et de gestion des stages. De plus amples informations méthodologiques sur la tenue de ces entretiens sont fournies à la section 5.2.3.2.

s'ancrera dans le paradigme épistémologique constructiviste selon lequel les significations et les connaissances sont relatives et situées, variables selon les personnes et les groupes sociaux, dépendantes du contexte (Drisko, 2013) et qu'elles émergent des expériences vécues (Guba et Lincoln, 2005; Von Glasersfeld, 1984). Enfin, étant donné l'objet de recherche peu documenté qu'est l'expérience de stage en milieu communautaire chez les médecins, de même que la perspective novatrice adoptée souhaitant explorer la question du point de vue de médecins en exercice, nous considérons que la recherche veut clarifier un problème peu défini en produisant des connaissances sur un phénomène peu connu (Trudel, Simard et Vonarx, 2007). La démarche de recherche envisagée répond donc aux prérequis d'un devis de type exploratoire et descriptif.

5.2.2 Sélection et processus de recrutement des participants

Les participants à cette étude sont des médecins québécois œuvrant en première ligne et ayant transité par La Maison Bleue dans le cadre de leur parcours de formation clinique (stages précliniques, d'externat, de résidence ou de « fellowship »). La stratégie de recrutement privilégiée a donc reposé sur l'identification d'un sous-groupe de médecins volontaires, dont le profil correspondait aux critères d'inclusion déterminés. L'étudiante-chercheuse avait comme objectif initial de rencontrer un nombre approximatif de douze participants avec une augmentation ou une réduction de ce nombre en cours d'analyse selon le degré de saturation théorique atteint. C'est donc dire que la démarche de recrutement n'a été considérée complétée que lorsque l'étudiante-chercheuse a jugé que les dernières entrevues n'apportaient plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier la cueillette de nouveau matériel empirique (Pires, 1997).

Afin de favoriser un taux de participation permettant l'atteinte de cette saturation théorique, les critères d'inclusion choisis étaient, de prime abord, peu restrictifs, tout en contribuant à la pertinence de l'échantillon par rapport à l'objet de la recherche (Savoie-Zajc, 2006) :

- Être médecin diplômé depuis un an ou plus;
- Avoir réalisé un stage à La Maison Bleue (préclinique, externat et/ou résidence) dans le cadre d'une formation universitaire en médecine poursuivie dans une université québécoise;
- Au moment de l'étude, pratiquer activement au Québec au sein d'une organisation assurant la prestation de services de première ligne.

5.2.2.1 La stratégie de recrutement

Plusieurs stratégies complémentaires ont été mises de l'avant en collaboration avec les ressources de La Maison Bleue afin de rejoindre un maximum de médecins de première ligne, anciens stagiaires de La Maison Bleue. La présente section vise à présenter ces stratégies de même que les résultats qu'ils ont permis d'atteindre en matière de recrutement. Seront aussi décrites les modalités établies visant à permettre aux médecins intéressés de manifester leur intérêt à participer à l'étude. Enfin, la section sera conclue par une discussion visant à présenter les défis qui ont été rencontrés par l'étudiante-chercheure dans l'atteinte de ses objectifs de recrutement de participants répondant aux critères d'inclusion mentionnés ci-haut.

5.2.2.1.1 Initiative de recrutement #1

La première étape du processus a consisté en un exercice de création d'une liste de participants potentiels à partir de la liste des anciens stagiaires en médecine de La Maison Bleue. Cette liste incluait les coordonnées courriel des participants potentiels. Pour des raisons de confidentialité et conformément aux exigences du Bureau d'examen de la recherche du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, la manipulation de la liste des anciens stagiaires de même que l'exercice de repérage de l'adresse électronique ont été assurés par le personnel de La Maison Bleue sans que l'étudiante-chercheure n'y soit associée. Le repérage ainsi effectué a permis de produire une liste de 107 stagiaires ayant transité par La Maison Bleue entre 2013 et 2017 dont 99 ayant une adresse courriel répertoriée (valide ou non).

L'exercice de recrutement s'est amorcé à partir de cette première liste par l'envoi d'un message électronique générique. Le message a été acheminé par La Maison Bleue. En document joint à ce message, on retrouvait une lettre signée par Dre Vania Jimenez, fondatrice de La Maison Bleue. Cette lettre avait pour objectif d'expliquer le projet, d'introduire l'étudiante-chercheure et d'inciter les médecins répondant aux critères d'inclusion à participer à l'étude (Annexe 1). Ce premier envoi s'est échelonné du 30 août 2017 au 1er septembre 2017. Faute de temps et de ressources pour initier un envoi postal, les huit participants potentiels pour lesquels aucune adresse électronique n'aura pu être répertoriée ont été éliminés de la liste. Le tableau qui suit fait état des résultats de cette première stratégie de recrutement :

TABLEAU 1. RESULTATS DE L'INITIATIVE DE RECRUTEMENT #1

Courriels envoyés	Adresses électroniques en erreur	Intérêt manifesté à participer	Critères d'inclusion initiaux respectés
99	8	4	2

5.2.2.1.2 Initiative de recrutement #2

En vue de bonifier l'échantillon suite à l'envoi du premier courriel de recrutement, l'étudiante-chercheuse a eu recours à une technique « boule-de-neige » dans la mesure où les participants ont été appelés à recommander un ou des médecins répondant à leur avis aux critères d'inclusion évoqués (Remler et Van Ryzin, 2010). Les ressources de La Maison Bleue ont aussi dans ce cadre été mises à contribution afin de mettre l'étudiante-chercheuse en contact avec des médecins de leur réseau, anciens stagiaires de La Maison Bleue, n'ayant pas été inclus dans la liste initiale ou n'ayant pas été rejoints par l'envoi initial, et ce pour des raisons qui ne sont pas connues par l'étudiante-chercheuse. Suivant une stratégie de prise de contact concertée entre l'étudiante et l'organisme, définie notamment en fonction du profil du participant potentiel, le message de recrutement (Annexe 1) a été acheminé aux médecins référés en faisant mention de ladite référence.

TABLEAU 2. RESULTATS DE L'INITIATIVE DE RECRUTEMENT #2

Médecins identifiés	Démarche de recrutement initiée	Intérêt manifesté à participer	Critères d'inclusion initiaux respectés
8	8	7	5

5.2.2.1.3 Initiative de recrutement #3

Une troisième stratégie a permis d'utiliser les technologies de l'information et de communications comme mode de transmission d'informations à propos de l'étude. En effet, l'étudiante-chercheuse et les ressources de La Maison Bleue ont convenu de la mise en ligne, sur le site Web de La Maison Bleue ainsi que sur la page Facebook de La Maison Bleue (avec redirection vers le site Web), d'un appel à la participation à l'étude. Une première publication a ainsi été mise en ligne sur Facebook le 17 octobre 2017. Il a généré 11 mentions « j'aime » et 7 partages. Le message comportait aussi un lien vers la lettre de

recrutement complète et vers le formulaire en ligne (voir section 5.3.1.5). La publication a été mise en ligne une deuxième fois le 7 novembre 2017 et a alors généré 7 mentions « j'aime » et un partage. Voici la teneur du message :

Vous êtes médecin de famille œuvrant en première ligne et avez fait un stage à La Maison Bleue dans les dernières années ? Votre expérience nous intéresse !

La Maison Bleue souhaite inviter ses anciens stagiaires en médecine qui œuvrent actuellement en première ligne à participer à une étude s'intéressant aux apprentissages retirés de l'expérience de stage à La Maison Bleue et à leur applicabilité aux pratiques de première ligne. Si vous êtes intéressé(e) à participer à cette étude qui contribuera à l'avancement des connaissances sur le modèle interventionnel de La Maison Bleue en tant qu'espace de formation et de stage, vous êtes prié(e) de consulter le document joint pour plus de détails. L'équipe de La Maison Bleue vous remercie à l'avance de votre intérêt et de votre appui et vous exprime ses plus sincères salutations!

Aucun participant potentiel ne s'est manifesté suite à ces deux publications *via* les médias sociaux et le site Web de La Maison Bleue.

5.2.2.1.4 Initiative de recrutement #4

Pour terminer, à la suggestion d'un participant, un contact a été établi entre une personne de La Maison Bleue agissant en appui au présent projet de recherche et une personne de l'Hôpital Général Juif. Le but de la démarche commune entreprise par ces deux personnes était de produire une liste des *fellows* ayant été accompagnés dans leur parcours de formation, au cours des dernières années, par l'un des médecins œuvrant au sein de l'un des sites de La Maison Bleue.

TABLEAU 3. RESULTATS DE L'INITIATIVE DE RECRUTEMENT #4

Courriels envoyés	Intérêt manifesté à participer	Critères d'inclusion initiaux respectés
11	1	1

5.2.2.2 Modalités de manifestation de l'intérêt à participer

L'identification des médecins intéressés et consentant à ce que l'étudiante-chercheure les contacte pour valider leur intérêt à participer et organiser, le cas échéant, une entrevue, a été faite *via* un formulaire électronique (Annexe 3). En effet, les médecins avaient à remplir ce formulaire construit avec le logiciel SurveyMonkey. C'est donc par ce formulaire que les

médecins intéressés ont transmis à l'étudiante-chercheuse les coordonnées auxquelles ils souhaitaient être rejoints dans le cadre du présent projet. De plus, le formulaire a permis de recueillir un certain nombre d'informations contribuant à dresser le profil des participants potentiels. En plus de contextualiser les entretiens, les informations du profil ont pu contribuer à une stratégie d'analyse plus pointue s'intéressant aux variations observées dans le discours en fonction, par exemple, du moment de la formation où le stage à La Maison Bleue a été effectué (préclinique, externat, résidence, *fellowship*), de sa durée, du choix volontaire ou non de La Maison Bleue comme milieu de stage, du type de milieu de pratique actuel, du nombre d'années de pratique, de l'âge et du sexe. A priori, l'étudiante-chercheuse souhaitait utiliser les données recueillies par le formulaire pour assurer la diversification de son échantillon en vue de « donner le panorama le plus complet possible des problèmes ou situations, une vision d'ensemble ou encore un portrait global d'une question de recherche » (Pires, 1997, p. 64). Cet échantillonnage à variation maximale est d'ailleurs identifié par Sandelowski (2000, p. 337) comme particulièrement pertinent dans le cas d'études qualitatives descriptives puisqu'il « allows researchers to explore the common and unique manifestations of a target phenomenon across a broad range of phenomenally and/or demographically varied cases ». Les difficultés de recrutement ont par ailleurs limité la capacité de l'étudiante-chercheuse à atteindre un tel niveau de diversification.

Cela dit, tous les participants potentiels ayant manifesté leur intérêt à participer à l'étude ont été contactés par l'étudiante-chercheuse qui s'est chargée de valider la correspondance de leur profil avec les critères d'inclusion et de leur fournir un feuillet d'information et de consentement à la recherche qui présente le projet en plus de détails (Annexe 6).

5.2.3 Collecte de données

Comme le propose Sandelowski (2000), l'objectif d'une étude qualitative descriptive est de recueillir un maximum de données en vue de documenter un phénomène, une expérience ou un événement. Dans cette perspective, la présente étude propose deux stratégies de cueillette de données : les entrevues semi-dirigées auprès de médecins ayant transité par La Maison Bleue dans le cadre de leur parcours de formation et les entretiens avec des informateurs-clés.

5.2.3.1 Les entretiens auprès des médecins

Puisque notre objectif est de recueillir des informations dépendantes de la subjectivité des informateurs (description, point de vue, ressenti, etc.) (Mucchielli, 2009), la stratégie de cueillette de données a reposé sur des entretiens individuelles semi-dirigées d'une durée d'environ 60 minutes. En effet, ce type d'entretiens présente les avantages de mettre l'accent sur le vécu en laissant à l'interviewé la liberté de parcourir comme il l'entend la question ouverte qui lui est posée et de raconter ses expériences à son rythme, tout en évitant de s'éloigner de l'axe central de l'entretien (Mucchielli, 2009; Poirier, Clapier-Valladon et Raybaut, 1983). Le processus d'entretien en profondeur a voulu ainsi contribuer à cerner l'essence des apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue telle que vécue par les médecins y ayant transité et à appréhender, s'il y a lieu, les répercussions de ceux-ci sur leurs pratiques actuelles en première ligne.

Les médecins n'ont participé qu'à une seule entrevue. Les entretiens ont eu lieu entre le 18 septembre 2017 et le 26 avril 2018. Cinq de ces entretiens ont été réalisés en personne. Cette approche est d'ailleurs reconnue dans la littérature comme permettant de mieux présenter le contexte et les objectifs de la recherche (Remler et Van Ryzin, 2010). Le participant était libre de déterminer l'endroit qu'il jugeait opportun pour la tenue de l'entretien, le but étant de cibler un environnement propice au libre partage d'informations par la communication verbale et non verbale (Creswell, 2013). Dans un seul de ces cas, l'entretien s'est déroulée sur le lieu de travail de l'informateur, lieu où ce dernier expérimente les questions investiguées (Creswell, 2013). Les quatre autres entretiens en mode face-à-face ont eu lieu dans un café choisi par le participant. Dans les cas où une rencontre en personne n'a pu être organisée, pour des raisons notamment de gestion d'horaire, les entretiens ont alternativement été réalisés par un mode de communication en ligne ou par téléphone. Les modes de communication en ligne, de plus en plus utilisés, font en sorte que « research is no longer limited to face-to-face accessible participants, as online methods have facilitated access to global research participants » (Deakin et Wakefield, 2013, p. 603). Ainsi, cinq entretiens ont eu lieu par FaceTime et, dans les cas où la communication en ligne s'avérait problématique, deux entretiens ont eu lieu par téléphone. Aussi, alors qu'il y était offert que les entretiens se déroulent soit en français soit en anglais à la convenance du participant, toutes ont eu lieu en français. En prévision de l'analyse,

tous les entretiens ont été enregistrés sur support numérique avec le consentement du participant. Tous les entretiens enregistrés ont été retranscrits et les retranscriptions ont été révisées par l'étudiante-chercheure pour s'assurer de la justesse du verbatim en regard du contenu des fichiers audio.

Un guide d'entretien, disponible en annexe 4, a servi d'outil pour la réalisation des entrevues. Le schéma d'entretien s'articule autour des éléments suivants, directement liés aux objectifs de la recherche :

- La cueillette du narratif de l'expérience de stage à La Maison Bleue faisant ressortir ce qui en est retenu par les médecins en termes d'apprentissages (attitudes, croyances, comportements) et les caractéristiques de l'expérience qui ont influencé ces apprentissages;
- L'influence perçue ou non des apprentissages conséquents à l'expérience de stage à La Maison Bleue sur leurs pratiques actuelles en première ligne;
- Les déterminants (barrières et facteurs facilitants) de la mise en application ou non des apprentissages retirés d'un stage à La Maison Bleue dans leur milieu de pratique de première ligne.

Les entretiens ont tous été menés par l'étudiante-chercheure. En début de rencontre, cette dernière s'est assurée de rappeler les objectifs de la recherche au participant, lui a présenté le formulaire d'information et de consentement puis, le cas échéant, a répondu à ses questions et préoccupations. Tout au long des entretiens, exception faite de celles réalisées par téléphone, l'étudiante-chercheure a voulu adopter une attitude empathique et supporter les interlocuteurs dans leur réflexion en mettant de l'avant un ensemble de techniques de communication interpersonnelle et de procédés non verbaux (ex. : techniques d'appel à l'expression et reformulations) (Mucchielli, 2009). Cette façon d'aborder l'entretien visait à obtenir de l'informateur du matériel riche, clair et pertinent. En effet, ces techniques amenant à synthétiser et à valider, au besoin, le discours de l'informateur en cours d'entrevue, ont permis à l'étudiante-chercheure de s'assurer de bien saisir le sens, l'organisation et la logique de ce qui est dit par rapport à l'objet de recherche (Mucchielli, 2009). À ce chapitre, l'étudiante-chercheure souligne d'ailleurs les limites de l'entrevue téléphonique puisque ce mode ne permet notamment pas de percevoir la communication non verbale (Creswell, 2013).

5.2.3.2 Les entretiens avec les informateurs-clés

La collecte de données auprès des médecins a été complétée par des entrevues de 30 à 60 minutes avec des informateurs-clés. Ces entrevues ont eu lieu entre le 18 septembre et le 1^{er} novembre 2017. En plus de servir à la validation des données issues des entrevues avec les médecins, cet exercice voulait contribuer à la bonification, par exemple, de notre compréhension de l'historique de La Maison Bleue au chapitre des stages, de l'intérêt de La Maison Bleue comme milieu de stage pour les milieux universitaires et des modalités d'interactions avec ces milieux, de l'articulation des différents types de stages sur le terrain (ex. : durée, supervision) et des modes d'attribution des stages. Le recrutement de ces informateurs a respecté les modalités d'un échantillonnage intentionnel, voulant obtenir le point de vue des personnes les mieux placées pour répondre à nos questionnements et bonifier nos connaissances en regard de notre objet d'étude (Savoie-Zajc, 2006). Le recrutement des informateurs-clés a lui aussi été opérationnalisé en collaboration avec les représentants de La Maison Bleue qui ont transmis à l'étudiante-chercheure les coordonnées de répondant(s) au sein des organisations externes ciblées. L'étudiante-chercheure a contacté les personnes référées par courriel, en mentionnant que leur nom avait été fourni par les ressources de La Maison Bleue. Le courriel de recrutement est fourni en annexe 2 du présent mémoire. Aussi, le feuillet d'information et de consentement à la recherche produit spécifiquement pour les informateurs-clés est disponible en annexe 7. Enfin, les canevas d'entretien sont présentés en annexe 5. Un journal de bord a permis de colliger l'ensemble des informations recueillies auprès des informateurs-clés.

5.2.4 Plan d'analyse

L'analyse de contenu est proposée par plusieurs auteurs comme une avenue de choix dans le cadre d'une étude qualitative descriptive (Krippendorff, 2012; Mayring, 2010; Sandelowski, 2000; Schreier, 2014). De plus, bien qu'il semble que les chercheurs se soient historiquement peu exprimés sur cette démarche d'analyse d'un point de vue épistémologique (Drisko et Maschi, 2015), la posture qu'adoptent plusieurs des promoteurs de l'analyse de contenu qualitative comme Mayring (2010, 2014), Morgan (1993), Schreier (2012, 2014) et L'Écuyer (1990) s'inscrit dans le paradigme constructiviste.

L'approche proposée par L'Écuyer (1990) sera ici privilégiée. Selon ce dernier, l'objectif ultime de la démarche d'analyse de contenu réside en la recherche de « la

signification exacte du message étudié » (p. 14) de telle façon qu'est assurée la primauté du système de référence de l'auteur dudit message.

Conformément à ce que prône L'Écuyer (1990), l'étudiante-chercheure fait le choix de ne pas quantifier les contenus, mais de limiter la démarche à une analyse qualitative. Ce choix est fait au regard de critères de jugement proposés par L'Écuyer (1990), lorsqu'il réfère à Berelson (1952) : (1) l'analyse est réalisée sur un échantillon de relativement petite taille (12 médecins) duquel découleraient des fréquences faibles, instables et peu significatives; (2) l'analyse porte moins sur les contenus eux-mêmes (contenus manifestes) que sur la manière dont ils reflètent des phénomènes plus profonds (contenus latents).

Les prochaines lignes permettront de détailler l'opérationnalisation d'une telle approche d'analyse en termes de stratégie de codage puis de rapporter les techniques, approches et méthodes mobilisées afin d'assurer, tout au long de la démarche de recherche, le respect de critères de scientificité.

5.2.4.1 Détail de la démarche d'analyse

Dans une première étape, les enregistrements ont été retranscrits mot à mot dans les heures suivant la fin de chaque entrevue. Cette retranscription a été faite à l'aide du logiciel Audionote (Luminant Software Inc., 2016) qui combine des fonctionnalités d'enregistrement audio et de prise de note. Dans un second temps, l'étudiante-chercheure a procédé à une relecture attentive des verbatim parallèlement à l'écoute des fichiers audio en vue de confirmer la concordance entre les documents et, par conséquent, la qualité de la saisie de données.

Par la suite, l'étudiante-chercheure s'est adonnée à une lecture préliminaire de l'ensemble du matériel (L'Écuyer, 1990). De cette façon, elle a voulu prendre contact et se familiariser avec le matériel d'analyse et s'imprégner des données (L'Écuyer, 1990). Cette étape a été réalisée en écoutant attentivement et de façon approfondie le matériel audio tout en lisant simultanément le verbatim, en prenant des notes détaillées sur les impressions et réflexions émergentes (Bardin, 2007). En permettant de faire un premier survol du matériel en son entièreté, cette démarche a permis de cerner un certain nombre d'idées évoquées par le corpus de données puis de repérer les premières unités informationnelles à retenir pour la classification ultérieure du matériel (Drisko et Maschi, 2015; L'Écuyer, 1990).

Conformément à la stratégie suggérée par L'Écuyer (1990), le processus de codification proprement dit s'est amorcé par une démarche de codage ouvert visant à « découper le matériel en énoncés plus restreints possédant un sens complet en eux-mêmes » (p. 59). L'étape suivante a permis la formulation des codes dans un exercice visant à résumer l'idée centrale des unités de sens. Par la suite, le processus de catégorisation et de classification s'est amorcé par la réorganisation du matériel par laquelle on regroupe en catégories les énoncés qui partagent un sens semblable dans la poursuite d'un objectif de mise en évidence des caractéristiques et de la signification de ce qui est analysé (L'Écuyer, 1990). La démarche de codification a été abordée selon une approche majoritairement inductive ou ouverte afin de permettre la génération de catégories fondées sur les données et pour s'assurer que les visions et les voix des participants maintenaient leur priorité sur les idées ou théories issues de la recherche. C'est ainsi que, comme le suggère L'Écuyer (1990), ont été effectués des « regroupements successifs des énoncés selon leur parenté ou leur similitude de sens les uns par rapport aux autres » (p. 66). Cela dit, alors que Drisko et Maschi (2015, p. 106) mentionnent que « concepts and findings identified in the earlier literature may augment and help guide inductive qualitative content analyses in useful ways », l'étudiante-chercheure a gardé en tête les éléments phares de sa recension des écrits, les éléments centraux du guide d'entretien puis les assises conceptuelles retenues au moment de la formulation inductive de sa grille de codage.

Alors que les premiers regroupements ont été faits spontanément au regard des similitudes et divergences évidentes, la codification s'est raffinée *via* une démarche de « questionnement quant à la pertinence réelle des catégories, marquée de plus par un certain raffinement de celles-ci » (L'Écuyer, 1990, p. 69). C'est ainsi que la grille de codage a évolué vers un modèle où les codes « parents » correspondaient aux catégories clés auxquelles étaient reliés des codes « enfants » permettant l'explicitation du contenu en plus de détails, à plusieurs niveaux d'abstraction. Le raffinement de la grille de codage a finalement été fait *via* une démarche itérative et circulaire incluant l'élimination de certains codes et la révision de la hiérarchisation à mesure que l'étudiante-chercheure peaufinait sa compréhension de la signification des discours (Drisko et Maschi, 2015).

Notons aussi qu'afin d'ajouter aux données une dimension contextuelle supplémentaire, l'étudiante-chercheure a aussi tenu un journal de bord (Mucchielli, 2009).

Le journal a servi à documenter certains choix, questions, réflexions sur la dimension méthodologique et les résultats. L'ensemble des informations ainsi consignées constituent la « mémoire vive » (Mucchielli, 2009, p. 130) du projet de recherche. Ainsi, au moment de la formulation et du raffinement de la grille de codage, l'étudiante-chercheuse a pu se référer à ce journal de bord pour se remémorer ses réflexions, ses hypothèses et pour reconstituer certains raisonnements (Mucchielli, 2009).

L'analyse du matériel a été réalisée avec l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives QSR - NVivo For Mac 11. Toutes les transcriptions d'entrevues ont été importées dans le logiciel pour y être codées.

Étant donné l'objectif descriptif poursuivi par le présent projet, la priorité n'est pas accordée à la production d'inférences (L'Écuyer, 1990). Par contre, à la lumière de ce que suggère L'Écuyer (1990) lorsqu'il traite des travaux de Clapier-Valladon (1980), au-delà d'une interprétation tirée directement de l'analyse qualitative des contenus, sera ici proposée un certain niveau d'interprétation symbolique visant à aller « au-delà de ce qui est dit pour en faire ressortir les significations ou motivations inconscientes » (p. 111). L'analyse et la présentation des données ont donc été effectuées suivant un format visant à faire ressortir en premier lieu le contenu manifeste qui réside en ce qui a été dit par les participants, le matériel brut faisant l'objet de l'analyse, tout en laissant une place au contenu latent, qui renvoie pour sa part aux éléments symboliques du matériel analysé, à ce qui est révélé par le discours sans être explicitement dit (L'Écuyer, 1990). L'étudiante-chercheuse a porté une attention particulière à la sélection de citations afin d'assurer la représentation de l'ensemble des données.

5.3 Critères de qualité

L'étudiante-chercheuse a tenté d'utiliser, tout au long du processus de recherche, des critères de validité en phase avec la subjectivité inhérente au paradigme constructiviste. Ainsi, la rigueur et la qualité de la recherche ont voulu être assurées à travers une approche de *trustworthiness* inspirée de Guba et Lincoln (1985). Cette approche propose quatre critères : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. Les prochaines lignes voudront expliciter notre compréhension théorique de ces critères, de même que les mesures qui ont été mises en œuvre dans un souci de les satisfaire au mieux.

D'un point de vue définitionnel, la crédibilité réfère au degré de précision observé dans la description des résultats et à la vraisemblance, la justesse et la pertinence des liens établis (Guba & Lincoln, 1985). La transférabilité fait pour sa part référence à l'éventuelle applicabilité des résultats dégagés à des contextes comparables à ceux étudiés (Guba & Lincoln, 1985). La fiabilité, qui réfère aux procédures et choix méthodologiques, vise à démontrer que les résultats sont constants et pourraient être répétés (Guba et Lincoln, 2005). Finalement, la confirmabilité concerne le fait que les résultats représentent bien les propos et idées présentés par les participants (Guba & Lincoln, 1985).

Dans un premier temps, nous avons voulu assurer le respect des critères de qualité par la mise en place d'un processus de validation de la véracité des données. Ce dernier a été opérationnalisé par un exercice répétitif, itératif et continu de collecte et d'examen des données. Aussi, tant les informations que les perceptions rapportées par les médecins en entrevue ont été contrastées avec celles décrites par les informateurs clés. Aussi, la directrice et codirectrice ont contribué à la bonification du codage et de la grille de codage en fournissant à l'étudiante-chercheuse une rétroaction suite à la lecture d'un verbatim. Finalement, notons que l'étudiante-chercheuse avait prévu au protocole de valider ses données auprès des participants à la recherche dans le cadre d'une activité de discussion des résultats. Les contraintes logistiques rencontrées dans l'organisation d'une telle rencontre ont finalement mené à l'abandon de cette initiative.

Au-delà de ces exercices de validation, la recherche d'une certaine saturation théorique des données a contribué à l'atteinte des critères de qualité, au même titre que la description claire et exhaustive du contexte de la recherche, de la population à l'étude, des critères d'échantillonnage et du profil des participants (Gohier, 2004). Enfin, toujours dans une optique de respect des critères de qualité propres à la recherche qualitative sous le paradigme constructiviste, l'étudiante-chercheuse a voulu adopter une approche transparente concrétisée par la consignation au journal de bord de potentiels biais issus de ses présupposés et orientations épistémologiques. En effet, l'étudiante-chercheuse considère, à l'instar d'autres auteurs, cette réflexivité importante pour identifier ses *a priori*, faire preuve de vigilance dans la démarche d'analyse et d'interprétation des résultats puis, en fin de compte, être en mesure de nommer ses propres limites.

5.4 Considérations éthiques

Tel que prescrit par l'énoncé de politique des trois conseils (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2010), la présente recherche, puisqu'elle fait appel à des participants humains vivants, a été évaluée par un comité d'éthique avant que toute action de sollicitation ou de recrutement ne soit entreprise. Concrètement, le projet a été soumis au Comité d'éthique du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal (Numéro d'approbation : 17-043 31-05-2017) duquel relève La Maison Bleue, de même qu'à celui de l'Université Laval (Numéro d'approbation : 2017-193 25-07-2017), établissement d'enseignement auquel est rattachée l'étudiante-chercheure.

L'étudiante-chercheure est consciente que les informations manipulées permettant de faire le lien entre un individu et son milieu de stage revêtent un caractère confidentiel. À la suggestion du comité, des précautions ont ainsi été prises tout au long du processus de recrutement afin que seuls les médecins y ayant consenti voient leurs informations personnelles transmises à l'étudiante-chercheure. Ainsi, les listes d'anciens stagiaires, tant dans leur version originale que dans leur version bonifiée permettant d'identifier le milieu de pratique et les coordonnées actuelles du médecin-participant, sont demeurées en tout temps la propriété de La Maison Bleue. De plus, ces informations n'ont été traitées que par des représentants autorisés de l'organisme et n'ont en aucun cas été communiquées à l'étudiante-chercheure ou à ses collaborateurs. Concrètement, le formulaire en ligne joint au courriel de recrutement (Annexe 3) a permis d'assurer la confidentialité des informations personnelles des anciens stagiaires approchés par La Maison Bleue puisque seules les coordonnées et informations personnelles des médecins y consentant ont été acheminées à l'étudiante-chercheure. L'information ainsi recueillie n'a été utilisée qu'aux fins de la présente étude.

D'emblée, les parties prenantes à cette étude se sont assurées de préserver en tout temps la dignité humaine de chaque participant en étant sensibles à leurs intérêts physiques, psychologiques et culturels. À notre connaissance, aucune dimension de l'étude n'avait le potentiel de nuire de quelque façon aux participants. De plus, la participation s'est faite sur une base volontaire, chaque individu recruté se voyant accorder le libre choix de participer ou non à l'étude, suite à un processus assurant la transmission de toute

l'information nécessaire à une prise de décision éclairée. Concrètement, un feuillet d'information et de consentement (document joint au présent protocole), incluant l'autorisation à l'enregistrement de l'entretien, a été transmis à l'avance aux participants recrutés (médecins et informateurs-clés) pour qu'ils puissent en prendre connaissance. Le même formulaire a aussi été présenté en introduction aux entretiens individuels. L'étudiante-chercheuse s'est assurée de répondre aux questions et préoccupations des participants avant que le consentement libre et éclairé ne soit recueilli. Le consentement écrit a été recueilli en début d'entretien et une copie a été transmise à chaque répondant pour ses dossiers personnels. Dans le cas des entrevues par voie électronique ou téléphonique, l'étudiante-chercheuse s'est assurée d'obtenir et d'enregistrer sur support numérique le consentement verbal avant le début de l'entretien. Par ailleurs, il a tout de même été demandé à chaque participant d'acheminer le formulaire en format papier, document signé, à l'étudiante-chercheuse par voie postale ou électronique. Un suivi a été effectué et tous les consentements écrits ont effectivement été recueillis. De plus, tous les participants ont été explicitement informés qu'ils demeuraient en tout temps libres de se retirer du projet ou de refuser de répondre à certaines questions posées en cours d'entretien, sans que l'une ou l'autre de ces décisions ne leur porte préjudice.

Le petit nombre d'entrevues de même que la nature des propos recueillis requéraient, de l'avis de l'étudiante-chercheuse, des précautions particulières. Notamment, certains participants ont pu considérer qu'en témoignant de leur expérience ils révélaient des informations sensibles pour eux, pour La Maison Bleue et ses professionnels ou pour leurs collaborateurs actuels en milieu de soins. Ainsi, une attention particulière a été portée au maintien de la confidentialité des propos recueillis. Voici la liste des mesures qui ont ainsi été prises :

- Les noms des participants ne paraissent ni dans les transcriptions ni dans le présent rapport. De même, il ne sera diffusé dans le cadre d'aucune autre activité de diffusion des résultats. En effet, afin de préserver l'anonymat en tout temps, un code alphanumérique aléatoire a été attribué à chaque médecin-participant et a été utilisé pour l'identifier. Seule l'étudiante-chercheuse conserve un accès à la liste des noms et des codes;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- Les données recueillies de même que les consentements sont gardés en lieu sûr et gérés par l'étudiante-chercheuse avec précaution et minutie dans un classeur sous clé ou dans un ordinateur protégé par un mot de passe;

- Les fichiers dans l'ordinateur sont aussi individuellement protégés par un mot de passe;
- Toutes les transcriptions ont été assurées par l'étudiante-chercheure elle-même;
- Les données brutes en format électronique et papier ont été partagées entre l'étudiante-chercheure, sa directrice et sa codirectrice seulement. La Maison Bleue n'a accès qu'aux données agrégées, analysées et anonymisées;
- Une attention a été portée, dans la rédaction et le choix des extraits rapportés dans les documents produits, à ce qu'aucun participant ne puisse être reconnu. En aucun moment le lecteur n'est en mesure d'attribuer les propos rapportés à un individu en particulier. Si, au cours de l'entrevue, un informateur devait communiquer des informations de nature privée, sensible ou confidentielle, il est demeuré en tout temps possible de signaler à l'étudiante-chercheure que ces informations ne pouvaient être citées.
- Les matériaux de recherche seront conservés pendant un an après la fin du projet, délai à la suite duquel ils seront détruits de façon permanente. Pour ce faire, tout matériel en version papier sera déchiqueté par l'étudiante-chercheure à l'aide de l'équipement approprié. Aussi, tout matériel en version électronique sera effacé de façon définitive du disque dur sur lequel il était sauvegardé, et ce en utilisant le logiciel FileShredder 2.1 de VoidTech Inc.

Aucun participant n'a été dédommagé pour sa collaboration à cette étude. Il est possible que cette étude n'ait apporté aucun avantage tangible aux participants. Cependant, le fait de participer à cette recherche leur a offert une occasion de réfléchir à leur expérience de formation clinique, à sa richesse et sa pertinence puis à la transférabilité des apprentissages retirés dans leur milieu de pratique de première ligne actuel. Nous estimons aussi que les résultats sont d'intérêt dans la mesure où les médecins participants pourront éventuellement miser sur l'enrichissement de leurs connaissances sur le sujet à l'étude. Ceux qui en ont exprimé la volonté pourront d'ailleurs se voir acheminer un résumé des résultats et conclusions de la recherche.

6 Résultats

6.1 Le profil et le parcours des participants à l'étude

Rappelons à ce stade que douze entrevues ont été réalisées avec des médecins de famille en exercice ($n=10$) ou des résidents en médecine familiale ($n=2$) ayant préalablement transité par la Maison Bleue dans le cadre de stages²⁶. Le tableau suivant présente les principales données descriptives du profil sociodémographique et professionnel des participants.

TABLEAU 4. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES PARTICIPANTS

Caractéristique du participant		N
Diplomation	Médecin de famille diplômé	10
	Résident en médecine de famille	2
	Total	12
Temps écoulé depuis la diplomation	Moins d'un an	1
	1 an	3
	2 ans	3
	3 ans	1
	4 ans	1
	Plus de 4 ans	1
	Résidents (pas diplômés au moment de leur participation au présent projet)	2
Total	12	
Pratique rurale / urbaine	Pratique urbaine exclusivement	8
	Pratique rurale exclusivement	1
	Pratique rurale et urbaine	3
	Total	12

²⁶ Bien que l'échantillon soit formé d'une majorité de femme, l'usage du masculin dans ce chapitre et les suivants pour référer aux participants a pour but d'uniformiser et alléger le texte puis d'assurer le caractère confidentiel des propos rapportés.

Milieux de pratique de première ligne actuels au Québec	Pratique en GMF ou UMF/GMF-U ²⁷ au Québec (exclusivement ou parmi plusieurs milieux)	9
	Pas de pratique en GMF ou UMF/GMF-U au Québec (2 ont une pratique de première ligne hors Québec et 1 pratique en centre hospitalier)	3
	Total	12
Âge	Moins de 25 ans	1
	25 à 29 ans	8
	30 à 34 ans	1
	35 à 39 ans	1
	40 à 44 ans	1
	Total	12
Sexe	Femme	10
	Homme	2
	Total	12

Du point de vue de la formation antérieure, il est à noter que l'Université McGill a été fréquentée par une majorité de participants, et ce, à un moment où l'autre du parcours ($n=9$). Ceci s'explique par le fait que les sites GMF-U de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension auxquels sont rattachés les sites de La Maison Bleue de Côte-des-Neiges et de Parc-Extension constituent des unités d'enseignement de l'Université McGill. Ainsi, les stagiaires qui sont accueillis en ces GMF-U et qui sont supervisés par des médecins œuvrant à La Maison Bleue se voient souvent offrir par leur patron la possibilité d'y effectuer un stage. Les autres participants ($n=3$) ont fréquenté les autres établissements universitaires ayant une faculté de médecine au Québec soient l'Université Laval, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke.

²⁷ Anciennement appelé UMF, un groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) est un GMF où les résidents en médecine de famille, les étudiants et stagiaires dans différentes disciplines peuvent recevoir de la formation et être supervisés. Les GMF-U bénéficient d'une reconnaissance universitaire en matière d'enseignement et offrent les mêmes services à la population que les GMF (Gouvernement du Québec, 2018).

La grande majorité des participants mentionne avoir eu un intérêt pour le milieu communautaire, l'international et/ou les populations en situation de vulnérabilité sociale préalablement à leur stage à La Maison Bleue ($n=10$). Pour plusieurs, ces intérêts se sont traduits par des expériences concrètes au cours de leur formation médicale. Par exemple, quelques participants ont complété un microprogramme en santé internationale alors que d'autres ont fait des stages internationaux afin de bonifier leur compréhension des enjeux vécus par les populations vulnérables à l'étranger (ex. : Haïti, Afrique, Indonésie). D'autres ont vécu des expériences de stage (ex. : en pédiatrie sociale, auprès de populations autochtones, dans des quartiers défavorisés, dans des régions rurales) ou des expériences de bénévolat (ex. : Médecins du monde) en accord avec leurs intérêts communautaires ou de santé mondiale. Conséquemment, plusieurs participants ont aussi démontré un intérêt particulier pour la médecine de famille vue comme une façon d'entrer en relation avec les gens, de leur apporter de l'aide dans des contextes variés permettant une diversité de pratique, une continuité, et une relation privilégiée avec le patient.

En ce qui concerne leurs responsabilités actuelles, les participants affichent un parcours relativement diversifié. En effet, une majorité de participants mentionne assurer la prise en charge de patients en première ligne, soit par le suivi de leur patientèle régulière, les suivis de grossesse ou le sans rendez-vous ($n=11$). Un participant assure par ailleurs ces fonctions à titre de médecin « dépanneur ». Plusieurs participants réalisent aussi des accouchements dans des centres hospitaliers ($n=9$), dont deux à titre de « dépanneurs ». Des participants ont aussi mentionné assumer des tâches d'enseignement auprès d'étudiants et de résidents en médecine ($n=5$). Aussi, un participant est impliqué en recherche, deux médecins assurent des tâches de gestion et un médecin assure l'accompagnement de stagiaires médicaux à l'international. Deux médecins assurent aussi des gardes ou une tâche de consultation dans d'autres sites (ex. : maison de soins palliatifs, centre jeunesse). Enfin, notons que trois participants assurent actuellement la prise en charge de femmes et de familles à La Maison Bleue.

Rappelons finalement que trois entrevues ont été réalisées avec des informateurs clés issus de La Maison Bleue ($n=1$), du CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal ($n=1$) puis de l'Université McGill ($n=1$).

6.2 L'expérience de stage

6.2.1 Les caractéristiques de l'expérience de stage

Le tableau qui suit présente les principales caractéristiques de l'expérience de stage telle que rapportée par les médecins participants.

TABLEAU 5. CARACTERISTIQUES DE L'EXPERIENCE DE STAGE A LA MAISON BLEUE

Contexte et motivations de l'attribution de La Maison Bleue comme milieu de stage	Choix ou initiative personnelle	10
	Attribution par un tiers	2
	Total	12
Période du parcours de formation pendant laquelle le stage a été effectué	Préclinique seulement	1
	Résidence seulement	2
	Fellow seulement ²⁸	6
	Préclinique ET résidence (2 stages)	1
	Externat ET résidence (2 stages)	2
	Total	12
Durée du stage ²⁹	Quelques jours	6
	Quelques semaines	6
	Total	12

Pour la plupart, le choix de La Maison Bleue comme milieu de stage a été le fruit d'une initiative personnelle (n=10). Par contre, les participants qui indiquent que ce milieu de stage leur a été imposé par un tiers (n=2) mentionnent que cette attribution a été faite en concordance avec les intérêts qu'ils avaient préalablement signifiés aux administrateurs de programme pour la pratique auprès de populations vulnérables et/ou pour la pratique communautaire.

Les participants ayant réalisé leur stage au niveau préclinique et à l'externat font davantage mention d'une expérience d'observation. Les stagiaires sont dans ces cas invités,

²⁸ Ces étudiants, participants aux programmes de compétences avancées en soins de santé maternelle et infantile, se caractérisent par le fait qu'ils ont terminé leurs deux premières années de résidence en médecine familiale au moment du stage à La Maison Bleue et ont donc leur licence médicale en main.

²⁹ À la lumière des résultats obtenus, nous constatons que la durée du stage est un facteur qui varie grandement et ce, par exemple, en fonction du programme de stage duquel l'apprenant est issu, l'époque à laquelle le stage a été réalisé, la philosophie du médecin superviseur.

par exemple, à observer la pratique des différents professionnels auprès des patientes. Autrement, à la résidence et au *fellow*, on parle plutôt d'une combinaison entre de l'observation auprès d'autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire ainsi que de la participation clinique active et autonome auprès des patients sous la supervision d'un patron.

6.2.2 L'appréciation de l'expérience

Les participants ont été questionnés à savoir ce qui, à leurs yeux, distinguait l'expérience de stage à La Maison Bleue de leurs autres expériences de stage. À ce chapitre, la majorité des médecins rencontrés mentionne la singularité de l'expérience et du type d'organisation que représente La Maison Bleue qui présente des caractéristiques jugées uniques. En effet, très peu de participants semblent rétrospectivement considérer que leur expérience de stage à La Maison Bleue se distingue peu de leurs autres expériences de stage. À ce chapitre, les participants ont mis au jour un certain nombre d'éléments qui, de leur point de vue, font en sorte d'effectivement distinguer l'expérience de stage à La Maison Bleue des autres stages effectués au cours de leur parcours de formation médicale. Les principaux éléments évoqués seront exposés dans les prochaines lignes.

6.2.2.1 La vocation communautaire et la globalité de la prise en charge des femmes et des familles

Dans un premier temps, selon les participants, la vocation communautaire, dont l'actualisation est favorisée par le fait que la Maison Bleue opère en périphérie du système de santé et de services sociaux, contribue à distinguer l'expérience de stage à La Maison Bleue. En effet, du dire des médecins rencontrés, de cette vocation découle notamment l'accent particulier qui est mis sur la personne et ses besoins, tel que l'illustre le passage suivant :

On n'est vraiment pas dans l'efficacité ou le débit. À La Maison Bleue, l'objectif c'est vraiment plus d'essayer de soutenir le plus possible les populations, puis c'est vraiment plus orienté vers les gens qu'ailleurs. (Médecin #10)

De plus, au dire des participants, cette vocation se traduit par le caractère global de la prise en charge de la clientèle. Cette prise en charge est d'ailleurs identifiée par les

participants comme un facteur distinctif de La Maison Bleue qui favorise le vécu d'une expérience de stage singulière. En effet, au-delà du volet médical qui réfère aux suivis de grossesses et au suivi médical des enfants, l'expérience se distingue par une mise en contact avec le volet psychosocial, ancrée dans une perspective communautaire, tel que l'illustre le passage suivant :

Le fait que non seulement on s'occupe de l'aspect médical du patient, mais on s'occupe de tout son aspect psychosocial. Tout le monde à La Maison Bleue offre quelque chose à ces patientes-là, même la secrétaire. Ils leur donnent des coupons OLO, ils leur disent où aller chercher des vêtements pour leurs enfants, des poussettes. C'est vraiment la personne prise en charge de A à Z. Ça, c'est vraiment différent. (Médecin #10)

Cette prise en charge globale prend différentes formes sur le terrain. Notamment, plusieurs participants identifient comme particulièrement marquantes les activités de groupe organisées à La Maison Bleue sous forme de suivis prénataux de groupe ou d'autres activités de socialisation visant à briser l'isolement des femmes et des familles.

6.2.2.2 L'ambiance générale, l'accueil chaleureux et l'intégration des apprenants à la pratique interdisciplinaire

Plusieurs participants ont fait mention de l'ambiance conviviale, familiale et accueillante qui règne à La Maison Bleue comme un facteur singulier ayant marqué leur stage. En effet, plusieurs parlent d'une maison qui, en plus d'être une clinique médicale, joue le rôle d'un port d'attache et d'un milieu de vie pour la clientèle.

Ce que je trouvais le plus différent c'est à quel point les gens venaient à la Maison Bleue et se sentaient bien. Les gens débarquaient juste pour prendre un verre d'eau ou juste pour s'asseoir à la cuisine. Ça offrait cette porte qui est toujours ouverte, ce qu'il n'y a pas dans d'autres cliniques. (Médecin #3)

En phase avec cette ambiance générale, plusieurs participants mentionnent aussi l'accueil chaleureux qui leur a été réservé par l'équipe de professionnels de La Maison Bleue comme un facteur marquant de leur expérience de stage. Référant à un engagement de l'équipe professionnelle à encadrer et former les apprenants à l'approche privilégiée à La Maison Bleue dans une perspective interdisciplinaire, les participants font notamment état d'une culture ouverte de partage des connaissances et des expertises.

De plus, l'intégration rapide des apprenants à la dynamique interdisciplinaire qui caractérise le modèle de pratique de La Maison Bleue a été mentionnée comme un élément distinctif de l'expérience de stage. Les participants soulignent à ce chapitre que, pour le stagiaire, la possibilité de participer à la dynamique de prestation de soins et services dans un environnement valorisant une pratique médicale enrichie de la perspective des autres professionnels présente un caractère distinctif. En effet, les participants mentionnent que le co-partage de la prise de décision et de la responsabilité des cas dans une perspective de non-hiérarchisation des savoirs contribue à la singularité de l'expérience d'apprentissage et à l'épanouissement sur le plan professionnel, tel que l'illustre le passage suivant :

À l'hôpital, la hiérarchie est très très forte. C'est dur, tu te sens tout le temps jugé et ça rend ton apprentissage lourd. À La Maison Bleue, ce n'est pas ça du tout, tu n'as pas le poids de la hiérarchie, tu n'as pas le poids du jugement non plus. En tant qu'apprenant, tu as juste le goût de te développer et de fleurir. (Médecin #11)

6.2.2.3 Le contact avec une clientèle en situation d'extrême vulnérabilité

Au dire d'une grande majorité de participants, la prise de contact avec une clientèle en situation d'extrême vulnérabilité s'est aussi avérée un élément distinctif de l'expérience de stage. Au regard des propos tenus par plusieurs médecins rencontrés, cette clientèle se caractérise globalement par la complexité de son parcours migratoire, une situation de défavorisation sociale et matérielle puis l'expérimentation de barrières culturelles et linguistiques ou d'autres problématiques d'accès aux soins et services de santé et services sociaux. Pour certains, l'aspect marquant réside d'ailleurs en le constat (1) des enjeux soulevés par la complexité des trajectoires de vie des patients et (2) de la capacité de ces derniers à affronter les stress intenses vécus et à s'y adapter.

6.2.2.4 Le profil des ressources professionnelles

Enfin, plusieurs ont fait mention du profil et des qualités humaines et professionnelles du personnel de La Maison Bleue comme des facteurs distinguant l'expérience de stage. En effet, un discours commun se dégage et décrit les membres de l'équipe de La Maison Bleue comme des personnes passionnées, motivées, persévérantes, positives, engagées socialement de façon générale puis aussi engagées spécifiquement vis-à-vis La Maison Bleue et sa clientèle :

Tous les gens que j'ai vus impliqués à La Maison Bleue le faisaient par intérêt, par amour. Beaucoup de gens là-bas faisaient du bénévolat. Tu sais, c'est tous des gens qui le font beaucoup par passion, qui ne sont pas découragés ou cyniques par rapport à leur pratique, à comparé à ce que je vois des fois dans d'autres milieux de santé communautaire, où les gens ont l'impression d'être toujours à bout de souffle, à bout de ressources, et tout ça. (Médecin #5)

De façon générale, on peut donc conclure cette section, par le constat que les facteurs identifiés par les participants comme distinguant l'expérience de stage à La Maison Bleue d'autres expériences de stages en milieux plus classiques, est cohérente avec la description que l'on fait des fondements de la pratique au sein de l'organisme et des valeurs qui les sous-tendent.

6.3 Les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue

Le projet voulait dans un premier temps documenter si des apprentissages ont effectivement été réalisés dans le cadre de l'expérience de stage à La Maison Bleue, identifier, s'il y a lieu, la nature de ces apprentissages puis, enfin, apprécier les caractéristiques de l'expérience qui ont influencé ces apprentissages. Les prochaines lignes détailleront ces aspects.

6.3.1 La nature des apprentissages et les caractéristiques de l'expérience qui les ont influencés

Tous les participants, quel que soit leur profil, ont dit avoir retiré, à différents niveaux, des apprentissages de leur expérience de stage. Cette section veut présenter, du point de vue des participants, la nature de ces apprentissages et les caractéristiques de l'expérience qui les ont influencés.

6.3.1.1 Le volet médical/biomédical et les apprentissages cliniques spécialisés

Notons d'emblée que pour la majorité des participants, ce n'est pas le développement de connaissances biomédicales et de savoir-faire médicaux qui ressortent comme apprentissages marquants suite à l'expérience de stage à La Maison Bleue. Cela dit, un participant a, à ce chapitre, fait mention du fait que, étant donné son peu d'expérience clinique au moment du stage, c'est principalement des savoir-faire médicaux de base qui ont été acquis lors de son passage à La Maison Bleue.

C'est un moment où j'étais très réceptif, mais ce que j'étais en train d'apprendre c'était des choses très très de base au niveau de l'entrevue médicale, de la façon de questionner les antécédents. (Médecin #2)

Pour ce participant ayant réalisé son stage à l'étape préclinique de sa formation médicale, le peu d'expérience clinique a contribué à restreindre la possibilité de porter attention aux éléments de contexte et aux enjeux particuliers liés à la prestation de soins et services à une clientèle vulnérable, et d'en tirer éventuellement des apprentissages.

Autrement, certains participants soulèvent le fait que la vocation communautaire de La Maison Bleue, de même que ses objectifs de prise en charge globale de la clientèle, peuvent s'avérer peu propices au développement ou à la consolidation d'une expertise clinique spécialisée, tel que l'illustre le passage suivant :

Il y a de mes collègues qui ont trouvé ça dur parce que le stage ne répondait pas à leurs objectifs. Ils disaient : je suis en R3 pour faire de l'obstétrique, pour voir des complications, pour voir des suivis de grossesse, pour faire du débit, en manger puis en avoir tellement vu que je suis rendu bon. C'est sûr que La Maison Bleue, ce n'est pas ça du tout le concept. (Médecin #11)

Aussi, le peu d'apprentissages réalisés sur le plan des connaissances biomédicales et des compétences cliniques peut en partie s'expliquer, tel que mentionné ici par un participant, par un certain nombre de contraintes logistiques liées à l'organisation physique des lieux :

J'avais le petit bureau garde-robe, c'est peut-être le côté négatif. Juste avant la cuisine, il y a la salle de bain, juste avant la salle de bain, il y a un garde-robe et ça, c'est le bureau des résidents et des externes. Pour un examen vaginal, ce n'est pas parfait. Ce n'est pas un environnement propice pour les étudiants. On est tellement serrés. Puis pas de caméras pour qu'on nous observe. Ce n'était pas très convivial à ce niveau-là. (Médecin #7)

Donc, l'analyse permet de conclure que, en plus de l'expérience clinique de l'apprenant qui a le potentiel d'influencer sa possibilité de retirer des apprentissages ne relevant pas de la sphère clinique, les enjeux liés à l'espace et aux équipements disponibles ont de potentielles répercussions sur les modes d'encadrement possibles des stagiaires et la participation active et efficace des résidents au suivi des patients. Ces contraintes

limiteraient la possibilité de tirer des apprentissages biomédicaux et cliniques, dans une perspective d'apprentissage dans l'action.

6.3.1.2 Les apprentissages liés aux aspects psychosociaux, à l'approche et à la relation-patient

La majorité des participants font autrement ressortir le fait que les apprentissages qu'ils ont retirés de l'expérience de stage sont davantage d'ordre relationnel ou humain. Les sous-sections qui suivent permettront d'élaborer davantage sur la nature de ces apprentissages.

6.3.1.2.1 La prise en compte des personnes dans leur globalité et dans leur contexte, dans une perspective de déconstruction des préjugés

Le fait de voir le patient dans sa globalité et de porter une attention au contexte dans lequel il évolue et à son parcours constitue un apprentissage souvent mentionné par les participants. Alors que plusieurs soulignent à ce chapitre l'importance de bien connaître son patient et de développer les stratégies appropriées pour y arriver, quelques autres avancent qu'il n'est probablement pas nécessaire de connaître tous les détails de la vie de ce patient. Au vu de leurs propos, l'apprentissage réside davantage en une déconstruction des préjugés.

Selon ces participants, l'expérience de stage à La Maison Bleue a mené à une prise de conscience de la diversité et de la complexité des parcours puis à la compréhension du fait que le parcours singulier d'un individu influence sa façon d'être et d'agir, tel que l'illustre le passage suivant :

La personne qui est devant toi a un passé, a une histoire, et c'est pas parce que tu n'y as pas accès, qu'elle ne t'en parle pas, que ce n'est pas là, que ça ne fait pas partie d'elle. (Médecin #12)

Dans le même ordre d'idée, l'analyse des propos de participants permet de déceler que le stage à La Maison Bleue a, dans plusieurs cas, mené à une meilleure compréhension du contexte social dans lequel les patients évoluent et de la manière dont ce contexte pose des contraintes sur le vécu des gens.

Ça t'amène à comprendre que les gens, ce n'est pas qu'ils sont mal intentionnés qu'ils ne suivent pas tes conseils, c'est qu'ils ne peuvent pas des fois. (Médecin #10)

Plus spécifiquement, pour certains participants, le fait de participer à une offre de services adressée à une clientèle multiculturelle dans le cadre du stage les a amenés à prendre conscience d'écarts de normes, de valeurs, de savoirs et de pratiques en matière de santé périnatale. Ce constat a permis une remise en question des acquis et des présupposés et le développement d'une approche critique face à ses propres réflexes culturels, tel que l'explique ici un participant :

Je me souviens les premiers petits bébés pakistanais que j'ai vus. Ils sont tous maquillés. Là tu te dis : oh boy ! Je ne suis pas sûre que ça « fitte » dans mon cadre de référence. Mais, en fait, moi ça m'a ouvert l'esprit. Je pensais que j'étais une personne ouverte d'esprit, mais tu arrives là-bas [à La Maison Bleue] puis tu comprends que tu n'avais pas compris qu'il y avait vraiment d'autres façons d'élever son bébé, de voir les choses... C'est toujours de faire la part des choses, de dire qu'est-ce qui est dangereux pour le bébé, qu'est-ce qui est correct, qu'est-ce qui appartient à mes réflexes culturels ? Puis d'apprendre à faire cette distinction-là dans le respect. C'est tout un apprentissage. (Médecin #11)

Aussi, plusieurs participants mentionnent d'ailleurs avoir appris sur les différents statuts et parcours migratoires dans le cadre d'une activité formelle d'enseignement destinée aux stagiaires de La Maison Bleue. Cette activité du stage a contribué au développement de connaissances et à la sensibilisation des apprenants au processus migratoire et à ses dimensions socio-économiques et culturelles.

Juste de comprendre les contextes migratoires, comment ça fonctionne, par quels processus ils passent, où ils s'en vont, ça a été une révélation pour moi. [...] Tu en viens à saisir des enjeux de parcours, des stress que ces familles-là vivent, la précarité financière... tu comprends pourquoi soudainement c'est si difficile que ça. (Médecin #8)

Selon plusieurs participants, le contexte d'apprentissage proposé par La Maison Bleue s'avère particulièrement propice à la réalisation de ces apprentissages. Notamment, plusieurs médecins rencontrés soulignent le rôle joué par les professionnels (notamment infirmières et travailleurs sociaux) de La Maison Bleue qui s'engagent activement dans la formation des apprenants en partageant ouvertement l'expertise qu'ils détiennent et leur connaissance pointue de la clientèle desservie et de sa réalité.

Je pense à une travailleuse sociale de La Maison Bleue. Elle a travaillé dans le milieu, la prison des immigrants pendant des années. Elle voyait les cas des

gens qui ne respectaient pas les conditions de leur demande d'asile. Elle arrive là puis elle le comprend le système, elle comprend comment ça marche. Quand tu as des personnes comme ça qui te forment dans ton milieu d'apprentissage, forcément tu en viens à mieux comprendre puis à mieux inclure ces enjeux-là dans ton quotidien. (Médecin #8)

Aussi, la souplesse que permet La Maison Bleue notamment par rapport au temps accordé aux rencontres avec les patients et par rapport au lieu de ces rencontres, favorisée par le climat de convivialité, l'organisation interdisciplinaire du travail, l'aménagement physique des lieux et l'approche-patient valorisée, constitue un facteur propice aux apprentissages souligné par les participants. Ces derniers expriment d'ailleurs l'idée qu'une telle souplesse permet aux apprenants de La Maison Bleue d'expérimenter une approche de soins différente qui favorise une pratique plus humaine et plus en phase avec les besoins particuliers de la clientèle desservie, comme l'illustre l'extrait suivant :

On a eu une jeune maman qui avait été dans les centres jeunesse elle-même. Elle est venue un matin parce qu'elle était inquiète pour sa fille parce qu'elle avait un œil rouge. On a fini par profiter de l'occasion pour faire une évaluation complète maman-enfant parce que finalement elle ne s'était pas présentée aux quelques derniers rendez-vous qu'on lui avait donnés. [...] On profite de l'occasion pour essayer de faire le plus d'évaluations possible. (Médecin #5)

6.3.1.2.2 Une approche moins stigmatisante

Dans le même ordre d'idée, plusieurs participants ont fait mention que l'expérience de stage a été une occasion de réflexion et de réflexivité qui a mené à questionner les modes d'intervention couramment utilisés en faveur d'approches considérées moins stigmatisantes, sans jugement, rassurantes, sensibles, indulgentes et adaptées à la réalité sociale et culturelle des patients. Du dire des médecins rencontrés, ces approches se fondent notamment sur l'écoute, la patience, l'ouverture, l'empathie et un profond respect de la personne dans sa globalité.

De plus, quelques participants mentionnent avoir été conscientisés aux défis de la communication interculturelle. Selon eux, les interactions avec des personnes expérimentant des barrières culturelles et linguistiques ont contribué au développement d'une sensibilité et d'une ouverture à réfléchir autrement son approche-patient dans une perspective d'acceptabilité des interventions.

En français, c'est bien facile d'utiliser des tournures de phrases qui sont polies, *soft*, pas incisives, qui ne feront pas en sorte que la personne va se sentir menacée. Par contre, quand tu le dis dans une autre langue, que tu ne maîtrises pas tant que ça, ou que tu passes par un interprète dont tu ne contrôles pas le message, ça amène un questionnement : Comment je vais amener ça ? Comment je vais dire ça ? Comment je vais faire ça ? Est-ce que ça passe bien ? (Médecin #8)

Pour plusieurs participants, l'apprentissage de cette façon moins stigmatisante d'être et d'interagir avec les patients se réalise tout spécialement au contact de modèles de rôle. Ils définissent d'ailleurs ces modèles comme des gens qui adoptent une approche en accord avec leurs valeurs et qu'ils jugent particulièrement inspirants. Un participant parle à ce chapitre d'un « *role model* d'équipe » (Médecin #9), précisant ne pas avoir été inspiré par les pratiques d'une personne en particulier, mais plutôt par les façons de faire et les valeurs partagées par l'ensemble de l'équipe. Autrement, plusieurs identifient des individus en particulier avec qui le contact dans le cadre du stage s'est avéré marquant et a été particulièrement propice à l'apprentissage de façons d'être et d'interagir adaptées à la prestation de soins et services à une clientèle vivant en situation d'extrême vulnérabilité.

Un des exemples qui m'a le plus marqué, c'est le [nom du médecin] qui recevait en suivi de grossesse une patiente qui était revenue d'Égypte depuis 3 ou 4 semaines. Elle avait vécu des violences terribles, elle avait vécu une situation d'abus avec les policiers, des trucs complètement sautés. Moi je me disais : ben voyons donc, quelqu'un ne peut pas vivre ça ! Mais [nom du médecin], juste d'être là, puis d'écouter la personne... On en parle souvent du pouvoir de l'écoute là, mais juste d'être témoin de ça, de dire la personne vit un truc aussi horrible et tout ce qu'on fait c'est l'écouter puis la personne dit : hey merci, ça m'a fait du bien d'en parler. J'ai vraiment pris conscience de la puissance de cet outil-là, de juste t'asseoir, fermer ta gueule, puis écouter. C'est des modèles de pratique ça, ça m'a appris beaucoup. (Médecin #11)

6.3.1.2.3 La prise de conscience de l'importance de l'accompagnement psychosocial et de l'*advocacy*

Plusieurs participants ont mentionné avoir appris, lors de leur passage à La Maison Bleue, l'importance de l'*advocacy*, concept qu'ils définissent pour la plupart comme un accompagnement étroit des clientèles vulnérables à travers leur trajectoire de soins en vue de soutenir l'accès à des ressources sociales et communautaires.

On fait beaucoup d'*advocacy* pour ces patients-là. [...] Les coups de fil aux spécialistes parce que les patients ne sont pas capables de prendre un rendez-vous, une banque alimentaire, les références ici, les références là, la travailleuse sociale qui peut aller à des rendez-vous même avec eux. (Médecin #9)

Selon les participants, le fait de prendre part à un tel accompagnement psychosocial dans le cadre du stage à La Maison Bleue prend particulièrement son sens dans un contexte où l'apprenant est amené à reconnaître l'importance de l'influence des déterminants psychosociaux sur la santé. L'*advocacy*, tel que défini par les informateurs, devient alors une façon d'agir sur ces déterminants et un levier pour les professionnels de la santé dans leur volonté de contribuer au mieux-être des patients.

Aussi, le contact avec les patients, *via* la participation des stagiaires à l'offre de services de La Maison Bleue, a contribué à une prise de conscience des déterminants des inégalités d'accès aux soins de santé et, par conséquent, de l'importance de s'investir, comme médecin voulant défendre des valeurs d'accès et d'équité, dans une démarche d'accompagnement et d'*advocacy*.

On entend souvent des cas, des femmes qui font des choix pour leur santé à cause de l'argent et non ce qui est mieux pour eux. Il y a eu des patients en particulier qui m'ont montré qu'ils n'avaient pas les mêmes ressources que moi et qu'il y a de grandes inégalités dans la façon dont on gère notre propre santé. (Médecin #9)

Plus qu'une prise de conscience, pour certains, le stage a permis d'initier une volonté de jouer un rôle d'agent de changement et est ainsi venu influencer le choix du milieu de pratique. En effet, quelques participants ont mentionné que le stage a permis de statuer sur le fait qu'ils voulaient œuvrer dans un milieu où ils auraient l'occasion de faire entendre leur voix et d'assumer un rôle de leadership en faveur d'une prise de décision cohérente avec leurs valeurs et préoccupations, tel que l'exprime ici un participant :

Les cliniques que j'ai visitées où j'aimerais travailler ce sont des endroits qui sont des cliniques un peu plus petites où le mot que je vais avoir à dire va être entendu, parce que je vais avoir plus de contrôle sur les décisions qui vont être prises. (Médecin #5)

6.3.1.2.4 La prise de conscience de l'importance de l'*empowerment* dans une perspective de responsabilisation et d'autonomisation

Certains participants ont aussi mentionné que leur expérience de stage leur a permis de prendre conscience de l'importance d'adopter une approche favorisant l'*empowerment*, concept qu'ils définissent pour la plupart comme le développement chez les patients d'une estime de soi renouvelée, d'une prise de conscience de leurs capacités et de leurs possibilités dans une perspective visant l'action et la reprise de contrôle sur leur propre vie et leur santé. Un participant illustre ainsi la pertinence d'une telle approche :

Souvent ce sont des femmes à qui on a retiré de l'estime, de la confiance en soi, de la capacité de prendre action. Ça dépend des femmes, mais dans le processus de déportation, souvent, on les force à faire des choix qu'elles n'auraient pas nécessairement faits autrement. Donc, de leur redonner la capacité de prendre soin d'elles-mêmes, j'avais l'impression que ça avait un impact positif. (Médecin #3)

L'observation des répercussions sur les patients des actions mises en œuvre par l'équipe interdisciplinaire de La Maison Bleue a été identifiée par les participants comme propice à leur apprentissage de l'importance de l'*empowerment*. Par ailleurs, soulignant que les répercussions positives chez les patients pourront parfois être observables à plus long terme, certains mentionnent que ce sont surtout les interactions avec les autres professionnels et l'ouverture de ces derniers à partager leurs connaissances et leur vision qui rendra possible cette prise de conscience.

En bref, l'analyse des résultats suggère que l'expérience de stage à La Maison Bleue permet aux stagiaires de remettre en question leurs préjugés et de s'ouvrir à de nouvelles préoccupations relatives à la personne et à son contexte de vie. Ces nouvelles préoccupations mèneraient ainsi les apprenants à privilégier une approche renouvelée, plus engagée, moins stigmatisante. Aussi, l'analyse permet de déceler le rôle important joué par l'observation et les interactions avec d'autres professionnels dans un contexte interdisciplinaire et l'exposition conséquente à des points de vue, savoir-faire et savoir-être nouveaux, dans l'apprentissage d'aspects psychosociaux influençant les soins et la santé.

6.3.1.3 L'interdisciplinarité

Plusieurs médecins rencontrés ont mentionné avoir pris conscience, lors de leur passage à La Maison Bleue, de la richesse et de la portée d'une pratique bonifiée du regard des autres professionnels. Selon eux, la pratique interdisciplinaire telle qu'opérationnalisée à La Maison Bleue optimise la résolution de problème par la documentation de toutes les facettes d'un cas, puis permet la répartition entre les membres de l'équipe du fardeau de la gestion des cas lourds et complexes.

L'objectif est que chacun connaisse les familles d'un certain point de vue. Chaque intervenant a son rôle. En connaissant toutes les facettes, plusieurs points de vue, ils ramassent de l'information à plusieurs, puis ils mettent ça en commun. Ils se servent justement de la collecte de données de tout le monde pour avancer dans la résolution de problèmes pour certaines familles, dans l'apport de solutions, etc. Oui, ils vont clarifier les rôles pour ne pas dédoubler puis ne pas surcharger la famille de rendez-vous, mais au bout du compte, c'est toujours un travail d'équipe. Il n'y a presque personne qui prend une décision juste sur ses épaules, ils les prennent toujours en gang. (Médecin #12)

Aussi, selon leurs propos, le stage à La Maison Bleue a permis aux participants de développer une plus grande connaissance des rôles et mandats des autres catégories de professionnels et de mieux comprendre la contribution de chacun au processus de soins. En conséquence, les médecins rencontrés ont souligné avoir développé une grande confiance et un grand respect pour les autres professionnels et l'expertise qu'ils déploient. De cet apprentissage découle une reconnaissance des limites de ses propres compétences en tant que médecin, le développement d'une réflexion critique sur son rôle, puis le développement du réflexe de référer aux bonnes ressources, en temps opportun.

Un participant a de plus souligné que l'expérience de stage, et plus spécifiquement le fait de partager la responsabilité de la prise en charge avec d'autres professionnels aux expertises complémentaires, a contribué à diminuer son sentiment d'impuissance face aux problématiques vécues par les clientèles vulnérables.

Ce que je trouvais le plus dur en médecine, c'était ça : on est témoin de situations de vulnérabilité extrême puis souvent on se retrouve sans vrais moyens. Juste au niveau émotif, dans ma formation, ça [l'expérience à La Maison Bleue] m'a mis un baume puis ça m'a permis de réaliser que je ne suis pas tout seul, puis il y a moyen de s'occuper de ces gens-là. (Médecin #11)

Plus spécifiquement, la collaboration inédite entre le médecin et la sage-femme a été identifiée par les participants comme un espace d'apprentissage de l'interdisciplinarité. Loin d'y entrevoir des enjeux potentiellement conflictuels tel qu'ils ont pu l'observer en milieu hospitalier par exemple, les participants voient en cet aspect du modèle de La Maison Bleue une opportunité de décloisonnement et de partenariat, favorisant une approche périnatale moins médicalisée.

Aussi, plusieurs participants nomment les rencontres interdisciplinaires tenues quotidiennement comme un lieu important d'apprentissage. Alors qu'un seul participant s'est dit peu engagé dans ce processus puisqu'on y abordait des cas avec lesquels il était souvent peu familier, la plupart considèrent ces rencontres comme un pilier de la pratique interdisciplinaire à La Maison Bleue et y voient un espace de partage des expériences et des idées puis de définition des orientations communes, tel que l'illustre l'extrait suivant :

Tous les matins, on s'assoit tout le monde ensemble pour parler de notre expérience, de ce qu'on fait, de tel patient, etc. Tu as fait ça ; moi j'ai fait ça ; où est-ce qu'on s'en va ? (Médecin #8)

Enfin, la façon dont l'approche interdisciplinaire s'inscrit dans des échanges informels entre les professionnels de La Maison Bleue constitue aussi un élément favorisant l'apprentissage de l'interdisciplinarité souligné par les participants. Ces derniers spécifient d'ailleurs que l'organisation physique des lieux et le fait que les membres de l'équipe se connaissent personnellement et se côtoient au quotidien dans un contexte convivial contribuent positivement à l'informalité des échanges interprofessionnels à La Maison Bleue.

Les contacts sont hyper faciles. On est dans une maison, on est chacun dans notre chambre. Tu peux aller cogner à la chambre du voisin pour poser ta question. À l'hôpital, je commence ma journée, j'arrive à 8h, je ne parle à personne, je vois mes patients. (Médecin #8)

Cela dit, deux participants ont apporté des nuances à propos de l'unicité de l'interdisciplinarité et du travail d'équipe tels que vécus à La Maison Bleue. En effet, ces participants suggèrent que l'interdisciplinarité n'est pas nécessairement l'apanage de La Maison Bleue. Dans un premier temps, un participant souligne en ces termes le

déploiement des pratiques interdisciplinaires en première ligne, à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux :

Le décloisonnement et l'interdisciplinarité qu'on observe à La Maison Bleue c'est quelque chose qui est de plus en plus présent dans la plupart des GMF. Je vous dirais que La Maison Bleue n'est pas tant que ça un milieu hors norme. Dans une unité de courte durée de gériatrie, il y a énormément de décloisonnement et où il y a beaucoup de collaboration interprofessionnelle, des réunions multidisciplinaires, ce genre de choses-là. (Médecin #2)

De la même façon, un autre médecin rapporte que les pratiques de La Maison Bleue sur le plan de l'interdisciplinarité sont similaires à ce qui se fait dans d'autres milieux de pratique, plus alternatifs ceux-là, qui desservent une clientèle en situation de vulnérabilité sociale.

On dirait que, comme j'ai été exposée à la pédiatrie sociale puis que c'est quelque chose qui fait partie de ma pratique, ça ne m'a pas surpris la façon dont ils travaillaient. Oui c'est différent, mais c'est une méthode qui fonctionne avec cette clientèle-là. (Médecin #12)

On comprend donc, au final, à l'analyse des propos des participants, que bien que l'interdisciplinarité soit de plus en plus fréquente dans les milieux de soins, tant en première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux que dans les modèles « alternatifs », cette interdisciplinarité se vit différemment à La Maison Bleue où les façons de faire en équipe sont particulières et sources d'apprentissages uniques pour une majorité de stagiaires.

6.3.1.3.1 La connaissance du milieu communautaire et le développement du réflexe de référer aux services offerts par les organismes communautaires

Au-delà de l'interdisciplinarité, pour plusieurs, le stage à La Maison Bleue a permis de développer une vision intersectorielle se déployant à l'échelle communautaire. Dans un premier temps, au dire de ces participants, le passage à La Maison Bleue a été l'occasion d'amorcer un éveil à l'existence du réseau communautaire et une meilleure connaissance de l'offre de services et des mécanismes de recours à ceux-ci. Dans un deuxième temps, en cohérence avec ce qui a été amené plus tôt concernant l'accompagnement psychosocial et l'*advocacy*, selon les médecins participants, le stage a été l'occasion d'une prise de conscience de la pertinence de développer et maintenir un lien fort avec la communauté et

d'avoir fréquemment et aisément recours à ces ressources dans la prestation de soins et services aux clientèles vulnérables.

Concrètement, au dire de certains participants, un tel apprentissage est favorisé par les modes de pratique interdisciplinaire et l'engagement de l'ensemble des membres de l'équipe dans le processus d'apprentissage qui permettent aux apprenants un accès ouvert et facile aux savoirs des autres. Cela dit, l'analyse suggère que l'apprenant devra aussi faire preuve d'engagement et de curiosité pour combler son déficit de connaissances et ainsi pleinement bénéficier des savoirs qui lui sont accessibles.

C'est beaucoup les réunions de matin. C'est là où je faisais mon heure d'apprentissage continu. Souvent, lors des discussions, la travailleuse sociale disait, mettons : je l'ai référée à Praid, il s'est passé ça. Moi je suis comme : C'est qui Praid ? Qu'est-ce qu'ils font Praid ? C'est quoi ça ? Tu apprends un peu sur le tas à force de poser des questions quand ils présentent ce qui a été fait pour le patient, vers quelle ressource il pourrait être dirigé... c'est là que tu as la main levée tout le temps. (Médecin #8)

6.3.1.4 La capacité à réagir à l'imprévu de façon créative et innovante

Au dire d'un participant, l'expérience de stage à La Maison Bleue contribue aussi au développement chez le stagiaire d'une capacité à faire preuve de créativité, de débrouillardise et à innover. En effet, selon ce participant, c'est le contexte particulier d'exercice de la profession médicale en milieu communautaire, en contexte de ressources limitées, qui favorise ces apprentissages.

6.3.1.5 La définition d'une niche professionnelle

L'expérience de stage à La Maison Bleue a de plus permis à plusieurs médecins rencontrés de confirmer leur intérêt pour la pratique professionnelle communautaire et de cristalliser un idéal de soins de première ligne à reproduire, tel que l'énonce ici un participant :

Moi, j'ai trouvé ma niche professionnelle. Je me suis dit : je veux faire ça dans la vie, je veux créer des opportunités comme ça avec les patients. (Médecin #11)

Pour certains, l'identification de cette niche professionnelle a permis l'émergence d'ambitions entrepreneuriales. En effet, certains ont mentionné avoir le projet d'éventuellement mettre sur pied leur propre projet de clinique. Par ailleurs, pour la plupart,

on parlera plutôt de la définition d'un certain nombre de critères influençant le choix du milieu de pratique. Par exemple, plusieurs ont mentionné avoir convenu, suite à leur passage à La Maison Bleue, du fait qu'ils voulaient impérativement avoir une pratique appuyée par une équipe interdisciplinaire.

En tous cas, moi, comme jeune médecin qui commençait, ça m'a beaucoup donné le goût d'aller dans des cliniques où il y avait ces professionnels-là. Plutôt que de choisir un petit bureau où c'était juste des médecins ensemble et peut-être une infirmière. Ça, j'ai dit non, ça ne m'intéresse pas. Moi j'ai le goût de travailler avec toutes sortes de monde. (Médecin #4)

6.3.1.6 Un regard critique posé sur le système de santé et de services sociaux

Quelques participants ont mentionné être en mesure de poser, au vu des constats qu'ils dégagent de leur passage à La Maison Bleue, un regard critique sur le système de santé et de services sociaux, son organisation et sa capacité à répondre aux besoins des populations. En effet, les participants ayant abordé ce point soutiennent des arguments en faveur d'une ouverture aux initiatives innovantes permettant d'adapter l'offre de services aux besoins des clientèles, à l'échelle locale et communautaire.

C'est une leçon en termes de comment une organisation qui est un OSBL, qui sort du cadre du système de santé québécois est capable d'innover puis d'aller chercher là des options, des façons de soigner qui sont nouvelles. [...] Ce que ça illustre aussi c'est le besoin d'adapter notre pratique puis l'organisation de nos soins à la clientèle qu'on dessert. Des initiatives décentralisées, locales, communautaires peuvent vraiment apporter un plus à la communauté dans une ère où on veut toujours plus centraliser les soins de santé. (Médecin #2)

Au dire des médecins ayant exprimé une telle critique, cette vision s'alimente notamment de l'adéquation observée entre les caractéristiques propres à l'offre de services de La Maison Bleue et les besoins spécifiques de la clientèle en situation d'extrême vulnérabilité qu'elle dessert.

C'est le chaos organisé La Maison Bleue. [...] Souvent, il y a des patients qui se rajoutent, souvent il y a des patients qui ne viennent pas, souvent il y a des patients qui ne viennent pas à l'heure où ils étaient supposés de venir. Ça fait partie de la *game*. Ça fait partie de c'est quoi offrir des services à cette clientèle-là. Ça fait partie aussi juste de c'est quoi travailler dans une clinique communautaire où il y a des gens qui ont des besoins qui ne rentrent pas dans les petites boîtes d'horaires qu'on se fait quand on est en clinique régulière. (Médecin #4)

Les propos des participants suggèrent ainsi un questionnement quant à la pertinence du déploiement d'un modèle de première ligne uniformisé à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux alors qu'ils considèrent que la réalité particulière de communautés justifie le déploiement d'une offre de soins et services adaptée.

6.3.1.7 La prise de conscience de ses pouvoirs et privilèges

Enfin, pour certains, le stage à La Maison Bleue a été l'occasion de comprendre un certain nombre d'enjeux liés à la vulnérabilité et, en conséquence, a permis une prise de conscience à l'échelle identitaire du fait que le statut de médecin, canadien, souvent issu d'une famille aisée, vient avec son lot de pouvoirs et de privilèges.

Pour conclure cette section, mentionnons que plusieurs apprentissages se trouvent encore une fois en concordance avec les caractéristiques fondamentales de la pratique à La Maison Bleue et avec les valeurs qui les sous-tendent. En effet, un des principaux apprentissages soulevés relève d'une remise en question des préjugés et présupposés en faveur d'une approche moins stigmatisante misant sur l'*empowerment* et l'accompagnement psychosocial. Aussi, a été mentionné l'apprentissage de la richesse du travail interdisciplinaire pour documenter toutes les facettes des cas, partager la responsabilité de la prise en charge et pour s'exposer à de nouveaux points de vue. Par ailleurs, les résultats permettent d'aller plus loin puisqu'au-delà du champ de la pratique, des savoir-faire et des savoir-être, le stage a été, pour plusieurs, l'occasion de déployer un regard critique sur le système de santé et de services sociaux et réfléchir sur où et comment ils voulaient s'inscrire comme acteur dans ce système.

6.3.2 Synthèse des facteurs qui ont influencé les apprentissages

Nous avons pris soin, au cours de la section précédente traitant de la nature des apprentissages, de décrire l'influence de divers éléments liés à La Maison Bleue et à l'expérience de stage, à l'apprenant et son parcours, puis aux particularités de la clientèle, sur la réalisation des apprentissages mentionnés. Nous croyons pertinent de faire ici le récapitulatif de ces éléments, tels qu'identifiés par les participants. Le tableau 1 qui suit présente donc ce récapitulatif des facteurs qui facilitent ou entravent les apprentissages, tels que présentés en détail plus haut.

TABLEAU 6. RESUME DES FACTEURS QUI FACILITENT OU ENTRAVENT LES APPRENTISSAGES

	Facteurs qui facilitent les apprentissages	Facteurs qui entravent les apprentissages
Facteurs liés à La Maison Bleue et à l'expérience de stage	<p>A- Observation et interactions avec les autres membres de l'équipe de La Maison Bleue</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'engagement actif des professionnels dans la formation des apprenants • l'identification de modèles de rôle au sein du milieu de pratique • la participation active des apprenants dans un contexte favorisant le partage des responsabilités dans la prise en charge interdisciplinaire des patients • l'exposition à des points de vue complémentaires • le constat de la collaboration inédite entre le médecin et la sage-femme <p>B- Particularités du modèle de La Maison Bleue</p> <ul style="list-style-type: none"> • la souplesse que permet La Maison Bleue par rapport au temps, au lieu et à l'approche • l'organisation physique des lieux qui favorise la proximité physique des professionnels, apprenants et autres membres de l'équipe • l'ambiance conviviale et les liens personnels qui se tissent • le contexte de pratique avec des ressources limitées <p>C- L'organisation d'activités formelles d'enseignement</p>	<p>A- Particularités du modèle de La Maison Bleue</p> <ul style="list-style-type: none"> • la vocation communautaire et son approche holistique (spécifiquement identifiés comme ayant le potentiel de rendre plus difficile le développement ou la consolidation de savoirs et compétences cliniques spécialisées) • des contraintes logistiques liées à l'organisation physique des lieux (aussi identifiées comme facteurs pouvant entraver la réalisation de certains apprentissages cliniques)
Facteurs liés à l'apprenant et son parcours	<ul style="list-style-type: none"> • l'engagement et la curiosité de l'apprenant en vue de combler son déficit de connaissances et de bénéficier des savoirs qui lui sont accessibles 	<ul style="list-style-type: none"> • le peu d'expérience clinique (identifié comme ayant le potentiel de restreindre la possibilité de porter attention aux éléments de contexte et aux

		enjeux particuliers liés à la prestation de soins et services à une clientèle vulnérable, et d'en tirer des apprentissages)
Facteurs liés à la clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • la prise de contact avec la clientèle en situation de vulnérabilité sociale • la prise de contact avec une clientèle multiculturelle • l'observation des répercussions sur les patients des actions mises en œuvre par l'équipe de La Maison Bleue 	

Cela dit, les propos des participants font aussi ressortir le fait que, de façon générale, le parcours de l'apprenant et son degré de familiarité et d'exposition antérieure à un contexte communautaire constituent des facteurs qui influencent les apprentissages.

À titre d'exemple, mentionnons que pour les rares non-initiés rencontrés, l'expérience de stage a représenté un espace de familiarisation et d'exploration des caractéristiques d'une pratique en milieu communautaire. Pour d'autres, l'expérience de stage a plutôt été un espace de consolidation d'acquis et de perfectionnement pour une pratique communautaire.

J'ai eu d'autres expériences avant la Maison Bleue qui m'ont mis dans cette direction aussi. Donc La Maison Bleue c'est une autre étape qui ajoutait à ma volonté de continuer dans cette même direction. (Médecin #9)

Enfin, pour un participant, plus qu'un espace de familiarisation ou de consolidation d'apprentissages et de perfectionnement, l'expérience de stage a été un lieu d'affirmation identitaire. Pour ce participant, cette expérience a conduit à la mise au jour d'un lieu d'exercice d'une médecine qui correspond à ses valeurs et ses objectifs professionnels.

Je me suis senti porté. J'ai senti que j'avais le droit d'être moi-même. J'ai les larmes aux yeux là parce que c'est [l'expérience de stage] vraiment, vraiment venu répondre à un besoin profond de correspondance entre qui je suis comme personne puis comment je peux servir la population. (Médecin #11)

D'ailleurs, plusieurs participants ont souligné que leur personnalité, leurs origines familiales et sociales, leurs valeurs, leurs objectifs et leurs besoins en tant qu'apprenant ont à leurs yeux influencé la réalisation de certains apprentissages. En effet, selon les propos

tenus par ces participants, leur profil individuel a influencé, notamment, leur ouverture et leur engagement envers l'expérience de stage, tel que l'illustre cet extrait:

Pour moi, La Maison Bleue, ça a vraiment été une expérience en or, mais je pense qu'il y a beaucoup de ça aussi qui est lié à ma personne. Autant c'était quoi mes besoins, c'est quoi ma personnalité, comment je fonctionne dans la vie, puis qu'est-ce que je voulais aller chercher. Beaucoup qui sont liés à mes valeurs. (Médecin #11)

Pour conclure cette section, mentionnons qu'un participant a souligné que pour favoriser les apprentissages, il aurait été intéressant d'encourager, au sein même du stage, la création d'espaces d'introspection et de réflexivité visant à mieux comprendre la portée de l'expérience. En effet, selon ce participant, l'entretien réalisé dans le cadre de la présente étude a joué un tel rôle, lui permettant de revenir sur son expérience et ses apprentissages et de remettre son vécu d'apprenant en perspective.

Si tu veux une expérience complète d'apprentissage, il faut qu'à un moment donné tu aies une opportunité de revenir là-dessus. (Médecin #11)

6.4 L'applicabilité des apprentissages aux pratiques de première ligne

Alors qu'ont été exposés la nature des apprentissages retirés de l'expérience de stage et les facteurs qui ont influencé ces apprentissages, nous nous attarderons maintenant à présenter, du point de vue de ces médecins rencontrés, comment les apprentissages réalisés sont actualisés, ou non, dans leurs pratiques en première ligne. Dans un premier temps, leur perception de la pertinence de l'application des apprentissages retirés du stage à La Maison Bleue dans la pratique de première ligne sera présentée. Seront ensuite exposées les façons concrètes que privilégient les participants pour, s'il y a lieu, mettre en application leurs apprentissages. Enfin, les barrières et les facteurs facilitants rencontrés par les participants dans la mise en application des apprentissages seront présentés.

6.4.1 La pertinence de l'application des apprentissages dans la pratique de première ligne

De façon générale, les participants considèrent l'application des apprentissages qu'ils ont retirés de leur passage à La Maison Bleue comme pertinente dans le cadre d'une pratique de première ligne. Pour une majorité de médecins rencontrés, le modèle de pratique de la Maison Bleue se trouve en effet en adéquation soit avec des facteurs

identitaires, soit avec la conception intériorisée du « bon médecin », ce qui rend l'application des apprentissages incontournable à leurs yeux, tel que l'illustre l'extrait suivant :

C'est pertinent parce que c'est qui je suis en tant que personne, qui je suis en tant que médecin, puis qui je suis en tant qu'enseignant. (Médecin #11)

Bien que quelques participants spécifient que l'application des apprentissages réalisés dans le cadre de stage à La Maison Bleue est pertinente dans la prise en charge de tous les cas, la plupart nuancent leur propos à cet effet. Pour plusieurs, l'application des apprentissages s'avère tout particulièrement pertinente dans une pratique destinée aux clientèles vulnérables, qui présentent des problématiques à l'échelle psychosociale et qui nécessitent par conséquent une prise en charge allant au-delà de la sphère médicale.

Ce n'est pas toujours pertinent, mais c'est pertinent pour des clients qui ont des besoins plus que juste sur le plan médical. Alors, quelqu'un qui a besoin d'une chirurgie sur le genou, le genou fait mal, ça va bien dans ma vie, mais j'ai besoin d'une chirurgie, peut-être que cette personne-là n'a pas besoin de tout... cette personne a juste besoin d'un chirurgien pour voir son genou. Mais quand l'environnement psychosocial de la personne affecte le médical, oui c'est pertinent. (Médecin #6)

6.4.2 L'application concrète des apprentissages aux pratiques de première ligne

Au moment de l'étude, une majorité de participants rapportent effectivement mettre en application ces apprentissages ou du moins chercher à le faire à l'intérieur de certaines limites. Cela dit, quelques participants mentionnent avoir eu à prendre un certain recul suite à leur stage et à atteindre une stabilité professionnelle avant d'envisager effectivement mettre en application les apprentissages réalisés. Les prochaines sections présenteront les modalités d'application des apprentissages dans les milieux de pratique de première ligne telles que mentionnées par les médecins rencontrés. Notons que c'est autour de ces deux thèmes que se sont concentrés les propos des participants au moment de discuter de l'application concrète des apprentissages. L'accent sera ici mis sur l'application des apprentissages relatifs à la relation-patient et l'application des apprentissages liés à l'interdisciplinarité. Globalement, les autres apprentissages ont été peu abordés par les participants dans cette section de l'entrevue.

6.4.2.1 L'application des apprentissages relatifs à la relation et l'approche-patient

Dans un premier temps, plusieurs participants ont fait mention d'une répercussion de leur expérience de stage sur la façon dont ils interagissent avec les patients dans le cadre de leur pratique actuelle de première ligne et sur les objectifs poursuivis par ces interactions. Plus encore que de dicter le style de question à poser et la façon de les poser afin d'obtenir l'information pertinente à la prise de décision dans le cadre de l'entrevue médicale, les participants font état d'une sensibilité aux facteurs psychosociaux permettant d'adapter l'approche-patient aux attentes et aux besoins de la personne qu'ils ont devant eux, dans une perspective moins stigmatisante.

La façon d'approcher une famille qui peut être nouvelle dans la région. Est-ce qu'ils sont craintifs ? Est-ce qu'ils ont de la difficulté à communiquer ? Rechercher les situations d'isolement ou de vulnérabilité. M'assurer : Est-ce que vous voyez des gens ? Est-ce qu'il y a des occasions de sortir ? Est-ce que ça fait partie de vos besoins? (Médecin #12)

À ce chapitre, pour certains, le fait de centrer leur approche sur les attentes et les besoins spécifiques du patient en situation de vulnérabilité sociale signifie accepter au quotidien de faire confiance à son instinct, de s'ouvrir à de nouvelles façons de faire et d'ainsi délaissier les protocoles formels.

Concrètement, chez plusieurs participants, l'application de cette approche-patient se traduit par le fait qu'ils assurent aux patients toute la disponibilité nécessaire à la formulation d'une réponse adéquate et opportune à leurs attentes et leurs besoins en prenant le temps nécessaire et en acceptant de prendre du retard à l'horaire, tel que l'illustre le passage suivant :

Je ne suis pas le médecin le plus rapide. Puis je suis souvent en retard. Mais mes patients je pense qu'ils comprennent que quand ils ont besoin de temps, je leur donne. (Médecin #4)

Grosso modo, tel que le rapportent quelques participants, les apprentissages retirés de l'expérience de stage et qui se rapportent à la relation et l'approche-patient seront, pour la plupart, plus facilement applicables puisqu'ils se concrétisent à l'échelle interpersonnelle, entre le médecin et son patient et qu'ils interpellent peu le contexte organisationnel ou interdisciplinaire.

Cela dit, seule l'application d'une approche-patient teintée par une vision d'*empowerment* inspirée par l'expérience de stage à La Maison Bleue se distingue à ce chapitre. En effet, quelques médecins participants relatent que des contraintes organisationnelles (qui seront détaillées plus loin) limitent leur capacité à mettre de l'avant des initiatives comme, par exemple, l'organisation de cours prénataux de groupe. Cela dit, ces participants mentionnent tout de même vouloir, *via* le développement d'une relation de qualité avec les patients et des interventions psychosociales à l'échelle individuelle, favoriser chez les patients la prise de conscience de leur propre valeur et de leurs capacités individuelles à prendre le contrôle de leur propre santé.

6.4.2.2 L'application des apprentissages liés à l'interdisciplinarité

Les participants font aussi état d'efforts soutenus pour intégrer l'interdisciplinarité à leur pratique de première ligne. À ce chapitre, les participants rapportent notamment mettre en pratique des façons de faire favorisant la communication fluide et efficace à propos des cas et un climat de confiance à l'échelle interprofessionnelle.

La travailleuse sociale moi j'ai appris à aller lui parler, cogner à sa porte puis on jase, puis elle fait pareil maintenant elle vient me voir. On a aussi des infirmières auxiliaires qui gèrent le triage. Si je demande tel examen pour telle patiente puis qu'elle soit vue par tel spécialiste, si ça ne se fait pas je peux demander: Peux-tu faire un suivi? Cette fille-là elle sait qu'elle peut venir cogner à ma porte. On n'a pas à s'envoyer des courriels ou des tâches: vient me voir on va le régler. Oui il y a un effort dans ce sens-là. (Médecin #8)

Alors que certains participants font état, notamment dans les GMF-U, de création d'espaces plus formels d'interactions et de partage de connaissances interdisciplinaires, les participants mentionnent généralement une pratique interdisciplinaire circonscrite à la sphère informelle. En effet, les participants rapportent le peu de mécanismes formels favorisant l'interdisciplinarité au sein de leur milieu de pratique de première ligne et soulignent par conséquent l'importance de l'engagement des individus dans le processus de consultation informelle à propos des cas. Dans un contexte organisationnel souvent peu favorable, les médecins rencontrés soulignent que les consultations informelles entre professionnels permettent de tirer profit de la richesse et de la complémentarité des expertises et des capacités.

Ce qui se fait beaucoup, organiquement, c'est la technique de la porte ouverte. Tout le monde a sa porte ouverte. Il y a notre sexologue-psychothérapeute qui est à deux bureaux d'ici. C'est très très facile. Donc la monnaie de base c'est vraiment cette espèce d'informalité là. (Médecin #4)

Enfin, tournés vers leur communauté, quelques participants mentionnent avoir à cœur le maintien d'une connaissance du réseau d'organismes communautaires puis soutenir et encourager activement le recours à ce réseau.

J'essaie de connaître les ressources communautaires où je travaille. S'il y a une banque alimentaire, j'encourage les femmes. Si je pense que la situation est précaire, de voir les travailleurs sociaux, parce que c'est eux qui ont vraiment des liens avec la communauté. (Médecin #9)

6.4.3 Les barrières à l'application des apprentissages retirés de l'expérience de stage

Cette section présentera, du point de vue des participants, les barrières perçues à l'application des apprentissages retirés de leur expérience de stage à La Maison Bleue. Les principales barrières ont trait à la philosophie du système de santé et de services sociaux, au milieu de pratique ainsi qu'à l'individu. Ces trois types de barrières seront explicités dans les prochaines lignes.

6.4.3.1 Les barrières à l'échelle de la philosophie du système de santé et de services sociaux

La philosophie du système de santé et de services sociaux a été identifiée par les participants comme une barrière importante à la mise en application des apprentissages retirés de leur passage à La Maison Bleue. En effet, plusieurs participants parlent d'une philosophie qui favorise l'approche biomédicale axée sur le diagnostic, où l'on priorise le volume de patients vus, l'efficacité budgétaire à court terme et la reddition de compte. Au dire des médecins rencontrés, cette philosophie opère au détriment de la qualité des soins aux patients, du développement d'une vision de santé durable et d'une préoccupation pour les questions d'accès et d'équité en santé, tel que l'illustre le passage suivant :

Des fois ça peut être des choses qu'on coupe parce que c'est perçu plus important de demander une échographie par exemple que de parler d'un contexte particulier du point de vue social. C'est comme si on avait à faire ce choix-là. (Médecin #3)

De même, les participants soulignent que cette philosophie transcende le système de santé et de services sociaux puisqu'elle dicte souvent le choix de modes d'évaluation de la performance, de modes de fixation des priorités cliniques, de modes de rémunération et de modes de formation des ressources en santé. En effet, plusieurs formulent en ce sens une critique de la formation médicale qu'ils considèrent monolithique, ancrée dans une vision traditionnelle axée sur le diagnostic, la hiérarchie et l'hyperspécialisation.

Principalement, les participants, médecins en exercice autant que résidents, mentionnent que leur capacité à répondre aux besoins des populations vulnérables et de prendre adéquatement en considération les enjeux qui découlent de leur parcours et de leur contexte de vie se voit limitée par la contrainte de temps imposée à l'échelle du système, tel que l'illustre l'extrait qui suit :

Je pense que la plus grande barrière, c'est la barrière de temps. Devoir voir tant de personnes, quand tu as 20 à 30 minutes, des fois c'est pas assez pour vraiment comprendre l'histoire de la personne. (...) La restriction de temps, je pense, ça vient plus d'en haut, du ministère, qui demande que tu sois efficace. Si je prenais une heure avec tous les patients qui ont besoin d'une heure, je ne serais pas capable d'y arriver. (Médecin #10)

Enfin, les propos de quelques participants évoquent les stratégies envisageables par le médecin qui expérimente les barrières imposées par le système de santé et de services sociaux à l'application d'une approche en phase avec les apprentissages retirés du stage à La Maison Bleue. Se voyant dans l'obligation de choisir entre rester fidèles à ses valeurs et ses convictions ou se plier aux exigences du système, ces participants évoquent les conséquences découlant de ces choix notamment en termes de stress et de non-reconnaissance de leur contribution sociale, comme le démontre cette citation :

J'ai encore l'opportunité de prendre une ou deux heures par patient, mais je ne sais pas comment de temps ça va durer. J'ai l'impression qu'à un moment donné ils vont me trouver : ah toi, tu ne vois pas assez de patients. Puis là, je vais me faire taper sur les doigts. Il va falloir que je choisisse entre continuer à faire comme je fais, ne pas me faire reconnaître et me faire couper une partie de mon salaire, ou piler sur mes principes puis voir plus de patients. (Médecin #7)

6.4.3.2 Les barrières à l'échelle du milieu de pratique

Au-delà des barrières imposées par la philosophie du système de santé et de services sociaux, d'autres barrières expérimentées sur le terrain, à l'échelle du milieu de pratique,

viennent aussi limiter la capacité des participants à mettre en application les apprentissages qu'ils ont retirés de leur passage à La Maison Bleue. Les prochaines lignes voudront présenter plus en détail, du point de vue des participants, ces barrières qui relèvent des caractéristiques organisationnelles propres au milieu de pratique, des difficultés d'accès aux ressources professionnelles, de la complexité et la non-fluidité des modes de communications et d'échanges d'information entre professionnels et enfin des connaissances et perceptions des ressources en place.

6.4.3.2.1 Les caractéristiques organisationnelles propres au milieu de pratique

En premier lieu, plusieurs participants soulignent que les caractéristiques de l'organisation de soins et services au sein de laquelle ils pratiquent contribuent à limiter leur capacité à mettre en application des apprentissages retirés de leur expérience de stage. Se référant, pour la plupart, spécifiquement au milieu hospitalier, ces médecins identifient la culture et les objectifs organisationnels axés sur la performance, la pratique en silos régie par les protocoles rigides, la lourdeur des processus administratifs, la taille et la complexité de l'organisation ainsi que le volume important de patients à traiter comme des barrières au déploiement d'une offre de services flexible et sensible à la personne et sa réalité. De plus, certains médecins rencontrés identifient la lourdeur des structures et des politiques comme un frein à l'innovation, empêchant la mise en place des façons de faire renouvelées plus en phase avec les apprentissages retirés de l'expérience à La Maison Bleue.

Au niveau de l'organisation, pour amener des changements, tu sais, quand on est dans un petit GMF, c'est une chose. Nous ici, on est dans une structure très lourde. Quand quelqu'un arrive avec un projet d'innovation, pour que ça passe par tous les échelons, pour qu'on évite de froisser... malheureusement, il y a de la politique et il y a une épaisseur administrative impressionnante. On est dans un hôpital alors des fois on a une bonne idée, mais elle meurt au feuilleton parce qu'on s'essouffle. (Médecin #4)

6.4.3.2.2 Les difficultés d'accès aux ressources psychosociales

La problématique d'accès aux ressources psychosociales est aussi soulevée par plusieurs participants comme particulièrement nuisible à l'application d'une approche fondée sur la pratique interdisciplinaire et misant sur la complémentarité de plusieurs expertises. En effet, certains participants soulignent qu'alors que certains modèles de pratique priorisent l'interdisciplinarité avec les infirmières dans la prestation de soins

médicaux, la rareté des ressources fait en sorte que le volet psychosocial est souvent peu intégré aux pratiques interdisciplinaires à l'échelle de l'organisation.

[L]a barrière du nombre de professionnels auxquels on a accès. Nous on a 2 travailleuses sociales pour environ 100 médecins et une population de 30 000 patients je pense. [...] Pour tout ce qui est interdisciplinaire, les réunions multis, oublie ça. (Médecin #10)

6.4.3.2.3 La complexité et la non-fluidité des modes de communications et des échanges d'information entre les professionnels

Dans le même ordre d'idée, les participants mentionnent la complexité et la non-fluidité des modes de communication et des échanges d'information entre professionnels comme des barrières à l'application des apprentissages retirés du stage à La Maison Bleue, notamment en matière d'interdisciplinarité. Se référant notamment au contexte hospitalier, les participants soulignent que les communications doivent souvent y respecter une organisation hiérarchique du travail qui a tendance à contraindre la fluidité des échanges et à limiter la réactivité des acteurs aux demandes d'information. De plus, la taille de l'organisation fait en sorte que la possibilité pour les personnes de créer des liens de familiarité favorables à la connaissance de l'autre professionnel et de son expertise, puis à l'établissement d'un climat de confiance, se trouvent restreintes, tel que l'illustrent ici les propos d'un participant :

Si je réfère à l'équipe de psychologie, nous on ne parle jamais vraiment aux psychologues. Je sais que ce sont de bons psychologues, mais on a moins l'impression que c'est facile de les référer et on n'est jamais certains qu'ils vont être pris en charge avec la sensibilité avec laquelle nous les avons pris en charge nécessairement non plus. (Médecin #5)

6.4.3.2.4 Les connaissances et les perceptions des ressources en place

Aussi, les participants identifient la spécialisation des ressources psychosociales comme une barrière au déploiement d'une pratique interdisciplinaire efficace visant à soutenir la trajectoire des populations vivant dans un contexte de vulnérabilité sociale. En effet, du point de vue de certains médecins rencontrés, les ressources disponibles développent leur expertise et leur réseau de collaborateurs autour de certaines problématiques expérimentées par les clientèles priorisées à l'échelle ministérielle et des milieux de pratique, au détriment d'autres groupes vivant des problématiques différentes, tel que l'illustre le passage qui suit :

Quand j'ai une jeune patiente de 19 ans qui a une petite fille de 5 ans, qui va fumer du pot dehors deux fois par jour puis que son chum dort dans son lit avec elle, le travailleur social à l'hôpital ce n'est pas dans ses compétences... Nous autres ils connaissent les résidences pour personnes âgées, les soins à domicile, les unités de soins palliatifs. (Médecin #5)

Notons par ailleurs que d'autres participants n'y voient pas nécessairement une barrière, identifiant plutôt cette spécialisation comme le simple reflet de l'adaptation de l'offre de services aux besoins spécifiques du milieu au sein de laquelle elle se déploie.

Moi je suis à [nom de la ville]. [Nom de la ville] c'est quand même multiethnique, mais c'est moins multiethnique que d'autres endroits. Il y a un CLSC qui dessert plus ce genre de clientèle là. Mais nous on dessert moins ce genre de clientèle là. C'est sûr que nos travailleurs sociaux sont moins habitués, nos nutritionnistes sont moins habitués à faire face à ce genre de clientèle là. (Médecin #2)

Cela dit, au constat de ces lacunes dans les connaissances et dans les compétences des ressources en vue de faire face aux enjeux découlant de la vulnérabilité sociale, quelques participants soulignent (1) le besoin de formation continue visant à soutenir le développement de telles connaissances et compétences et (2) le manque de soutien organisationnel pour l'accès aux formations pertinentes.

En bref, des participants soulèvent que la faible compréhension des enjeux découlant de la vulnérabilité se traduit par le peu d'intérêt de certains individus au sein du milieu de pratique à s'investir dans une pratique interdisciplinaire pour mieux répondre à ces enjeux.

6.4.3.3 Les barrières à l'échelle de l'individu

À l'échelle de l'individu, la principale barrière soulevée par les participants relève de la capacité pour les jeunes médecins, ou les médecins peu établis, à trouver les leviers pour favoriser l'évolution des façons de faire et ainsi agir comme agents de changement au sein de leur milieu de pratique. En effet, plusieurs participants voient en leur statut de médecin sans expérience, de médecin n'ayant pas de rôle administratif ou décisionnel ou de médecin sans pratique permanente, un obstacle à l'application des apprentissages retirés de leur passage à La Maison Bleue. Ils considèrent avoir peu leur mot à dire dans la définition des pratiques valorisées à l'échelle organisationnelle ou, plus largement, à l'échelle du système, tel que l'illustre l'extrait suivant :

Je le vois, il y a plein de problèmes systémiques qui pourraient être réglés pour améliorer la santé des patients. Mais à ce point-ci dans ma vie, c'est un peu difficile de faire de l'*advocacy*. (Médecin #9)

Somme toute, on soulignera qu'il semble que peu d'apprentissages puissent effectivement être appliqués par les médecins en exercice, du fait des barrières rencontrées, exception faite des apprentissages dont application demeure sous l'égide du médecin et de la relation qu'il établit avec son patient. Les barrières structurelles et organisationnelles semblent intervenir de façon importante dans la capacité des médecins à mettre de l'avant dans leur pratique des savoir-faire et des savoir-être en phase avec les apprentissages retirés de La Maison Bleue.

6.4.4 Les facteurs facilitant l'application des apprentissages

Suite à l'exploration des barrières à l'application des apprentissages, à l'inverse, nous avons voulu connaître, du point de vue des participants, la nature des facteurs qui facilitent ou présentent le potentiel de faciliter l'application dans la pratique de première ligne des apprentissages retirés de leur expérience de stage à La Maison Bleue. Ont été soulevés des facteurs associés au milieu de pratique puis à l'individu lui-même.

6.4.4.1 Les facteurs facilitateurs à l'échelle du milieu de pratique

Dans un premier temps, un certain nombre de facteurs facilitant l'application des apprentissages à la pratique de première ligne à l'échelle du milieu de pratique ont été soulevés par les participants. Les médecins ont à ce chapitre notamment parlé de la mission et des caractéristiques organisationnelles d'un milieu de pratique, du contexte communautaire, de la vision, des objectifs et des valeurs partagées puis des conditions favorables aux interactions efficaces et fluides entre professionnels. La nature et les répercussions de ces facteurs seront discutées dans les prochaines sections.

6.4.4.1.1 Les caractéristiques organisationnelles d'un milieu de pratique

Les caractéristiques organisationnelles d'un milieu de pratique sont identifiées par les participants comme des facteurs pouvant potentiellement contribuer à faciliter l'application de certains apprentissages dans les pratiques de première ligne. Par exemple, les participants qui pratiquent aujourd'hui en GMF-U où se déploie une mission de création et de dissémination de connaissances y trouvent un appui facilitant l'application des principes

d'interdisciplinarité et d'innovation retirés de leur passage à La Maison Bleue, tel que l'illustre l'extrait suivant :

Ici, c'est sûr, on vit un peu plus en interdisciplinarité parce qu'on est dans un milieu universitaire. [...] On est, en théorie, un des meilleurs environnements pour ça à cause de notre vocation donc, ça aide. [...] Aussi, à même la structure, on a quand même des mécanismes d'innovation [...]. (Médecin #4)

Outre le milieu universitaire, d'autres milieux de pratique, comme les cliniques communautaires et les centres de pédiatrie sociale, ont aussi été identifiés comme étant favorables à l'application des apprentissages retirés du stage à La Maison Bleue. Par ailleurs, au dire des participants, ces milieux sont souvent fondés sur des principes et des valeurs similaires et présentent des caractéristiques organisationnelles comparables à celles de La Maison Bleue.

Au centre communautaire, il y a plein de facteurs facilitants parce que c'est un centre communautaire. C'est basé sur plein de principes similaires [à ceux de La Maison Bleue]. (Médecin #5)

6.4.4.1.2 La localisation des lieux de pratique

D'autres participants suggèrent qu'au-delà des caractéristiques organisationnelles propres aux milieux de pratique, la localisation de ces lieux de pratique pourra potentiellement s'avérer facilitante à l'application des apprentissages retirés du stage à La Maison Bleue. Un participant oppose à ce chapitre la pratique en milieu rural dans un contexte où les gens se connaissent souvent personnellement, où le rythme de vie est réputé plus lent, où la perspective communautaire est souvent plus facilement intégrée et où le volume de patients est souvent plus faible à la pratique en milieu urbain davantage axée sur le débit et la performance. Selon ce participant, le milieu rural s'avère favorable à une pratique axée sur le patient et sensible à sa réalité, tel qu'illustré dans l'extrait suivant :

Quand tu as moins de patients puis c'est une plus petite communauté, c'est définitivement plus facile. À [Nom de l'endroit], les infirmières, elles aiment ça que je prenne mon temps, puis elles valorisent ça comme approche. (Médecin #11)

6.4.4.1.3 La vision, les objectifs et les valeurs partagées

D'autres participants soulignent le fait que la vision, les objectifs et les valeurs qui sont partagées par les professionnels à l'échelle d'un milieu de pratique ont le potentiel de

créer un environnement propice à l'application des apprentissages tirés du stage à La Maison Bleue. Par exemple, un participant souligne la valorisation au sein de son milieu de pratique d'une flexibilité quant au temps alloué à chaque patient. Le médecin souligne d'ailleurs que les pratiques ainsi valorisées s'inscrivent dans la poursuite d'un objectif partagé visant le déploiement d'une réponse adaptée à la clientèle vulnérable desservie.

Je ne suis pas du tout dans une clinique où on veut juste faire du débit. (...) Ma clinique ne m'oblige pas à voir des patients aux 20 minutes. Je les vois aussi longtemps que je veux. Si je trouve qu'une patiente est plus vulnérable puis que j'ai besoin d'une heure, la prochaine fois que je la vois, je peux demander une heure. (Médecin #10)

Aussi, pour définir des stratégies d'intervention concertée et adaptée à la réalité de la clientèle desservie, l'expression d'une vision mobilisatrice misant sur l'ouverture, l'innovation, l'engagement des professionnels et gestionnaires a été mentionnée par les participants comme un facteur facilitant l'application des principes d'interdisciplinarité retenus du passage à La Maison Bleue.

Ça prend des gens de tous les niveaux, pas juste des médecins : des gestionnaires, tous les autres professionnels qui veulent la même chose. Des professionnels avec qui on peut parler de ces cas-là, qui ont un intérêt particulier pour dévier du chemin habituel pour réussir à avoir accès à ces gens-là puis à les aider parfois sans être dans les voies toutes tracées. (Médecin #5)

6.4.4.1.4 Les conditions favorables aux interactions efficaces et fluides entre professionnels

Les participants identifient certaines particularités dans l'organisation du travail qu'ils considèrent favorables aux interactions entre professionnels, interactions incontournables à leurs yeux, notamment pour l'application des principes d'interdisciplinarité appris à La Maison Bleue. Plusieurs des médecins interrogés parlent à ce chapitre de l'accès simple et rapide aux ressources professionnelles comme d'un facteur facilitant la pratique interdisciplinaire.

J'ai une équipe. Dans le sens où j'ai de la chance d'avoir des IPS, un travailleur social. On a une pharmacienne aussi... tout le monde. J'ai accès à des gens. (Médecin #3)

Plusieurs participants vont plus loin et associent le facteur facilitant non pas au seul accès aux professionnels, mais plutôt à la proximité physique avec ces derniers. En effet,

selon ces médecins, par la multiplication des occasions d'échanges informels entre professionnels et étant donné qu'elle rend ces échanges plus efficaces et plus fluides, la proximité physique fait en sorte de favoriser le développement d'une relation de familiarité et de convivialité. Cette relation contribue au développement d'une réflexion interdisciplinaire à propos des cas, tel que l'illustre le passage qui suit :

Ça fonctionne plutôt bien, mais en même temps, je pense que ça fonctionne aussi bien parce qu'on travaille dans le même immeuble. Quand tu croises la travailleuse sociale dans le couloir, tout le monde est capable de s'arrêter juste 5 minutes pour discuter d'un petit cas. (Médecin #10)

6.4.4.2 Les facteurs facilitants à l'échelle individuelle

Plusieurs participants ont aussi identifié des facteurs facilitant l'application des apprentissages à l'échelle individuelle. En effet, les participants ont ici abordé des thèmes comme l'engagement individuel, le réseau social et les fonctions d'enseignement, la formation médicale ainsi que la démarche d'apprentissage continu et le transfert de connaissances. Les prochaines sections permettront d'élaborer ces facteurs facilitants en plus de détails, du point de vue des participants.

6.4.4.2.1 L'engagement individuel

Quelques participants voient leur propre attitude de soignant comme un facteur favorisant l'application des apprentissages réalisés lors de leur passage à La Maison Bleue. Dans un contexte où le soutien organisationnel au renouvellement des façons de faire est souvent considéré faible, ces derniers mentionnent prendre conscience de l'importance de leur volonté personnelle de s'engager dans une pratique interdisciplinaire et des actions qu'ils posent en ce sens.

J'ai un rôle quotidien de venir, de vivre ça, de le faire, de parler avec mes collègues de façon régulière. (Médecin #4)

6.4.4.2.2 Le réseau social et les fonctions d'enseignement

Quelques-uns considèrent le partage du vécu au sein d'un réseau social informel formé d'autres médecins ou professionnels de la santé qui ont une vision et des valeurs communes comme favorable à l'application des apprentissages réalisés à La Maison Bleue. En effet, alors que le quotidien contribue parfois à faire oublier les apprentissages réalisés, la discussion des cas au sein d'un tel groupe a le potentiel de permettre au médecin une

certaine réflexivité qui le mènera à potentiellement se recentrer sur ses idéaux de pratique et de les réintégrer à sa pratique de première ligne.

De la même façon, tel qu'illustré dans l'extrait suivant, quelques participants ont mentionné trouver dans leurs fonctions de supervision et d'enseignement clinique une telle occasion de réflexivité et de prise du recul rapport aux cas exposés dans des conditions plus propices à l'application des apprentissages réalisés.

Les résidents voient des patients puis ils viennent réviser avec toi. Je trouve que faire de la supervision ça permet d'avoir un peu de recul. Quand tu es dans une situation où tu as un patient compliqué, que tu ne comprends pas, tu es stressé, tu es en retard... des fois tu oublies de prendre ce recul-là puis tu oublies tes bonnes habitudes. Une fois que tu es superviseur, le résident arrive puis il est dépassé avec sa patiente du Congo qui a l'hépatite C, puis c'est l'enfer. Toi, comme tu as un peu en recul, tu peux mieux réfléchir. (Médecin #10)

6.4.4.2.3 La formation médicale

Notons que pour plusieurs participants, tel qu'il a été mentionné dans la précédente section portant sur les barrières, la formation médicale ne constitue pas un facteur facilitant à la mise en application des apprentissages. Par contre, nous tenons à souligner ici qu'un participant, résident en médecine familiale au moment de l'entretien, a mentionné qu'à ses yeux, une formation médicale de qualité, préalablement aux stages, a été le lieu principal de réalisation des apprentissages pertinents à une pratique adaptée aux populations vulnérables. À ses yeux, cette formation a jeté les bases du déploiement d'une telle pratique. Ainsi, l'expérience de stage sur le terrain constitue pour ce participant un lieu d'application des apprentissages dans un contexte pratique, tel que l'illustre l'extrait qui suit :

C'est sûr qu'on a été très bien formé pour interagir avec eux [les populations vulnérables]. Donc, si j'ai le temps ou si je décide de le prendre, j'ai tous les outils nécessaires, moi, pour interagir avec eux. Ensuite, c'est l'expérience, mais je pense que j'ai été adéquatement formé pour interagir avec eux. (Médecin #2)

6.4.4.2.4 La démarche d'apprentissage continu et le transfert des connaissances

Enfin, au dire des participants, pour que les apprentissages retirés de l'expérience à La Maison Bleue puissent être efficacement intégrés à la pratique ultérieure de première ligne, le processus d'apprentissage doit se poursuivre au-delà du stage et être nourri de

nouvelles expériences visant à consolider et bonifier les acquis. Ce constat soulève l'importance, tant pour l'apprenant que pour le médecin en exercice, de s'engager, tout au long de son parcours professionnel, dans une démarche d'apprentissage continu, tel que l'illustre le passage suivant :

Une partie de mon stage à La Maison Bleue était, je pense, une bonne bougie d'allumage. Après ça, il faut rajouter de l'eau au moulin, continuer d'apprendre puis d'utiliser ce qui a été appris. (Médecin #9)

Un participant a d'ailleurs soulevé l'intérêt potentiel pour La Maison Bleue de s'investir dans un exercice de transfert et de partage de connaissances visant la pérennisation des apprentissages réalisés par les stagiaires et leur application concrète aux pratiques de première ligne. Prenant exemple sur le modèle de pédiatrie sociale, le participant en question mentionne l'intérêt pour l'organisme ayant un modèle de pratique distinctif de le défendre, de le diffuser et de devenir une figure de référence pour les professionnels de la santé qui souhaitent y adhérer et en intégrer les principes à leur pratique de première ligne.

Les professionnels qui veulent faire comme le Dr Julien, ils ont des points de référence. Si je m'ennuie de la pédiatrie sociale, je peux aller lire tel livre, je peux aller regarder les vidéos, on a un réseau qui nous connecte entre personnes qui sont intéressées par la pédiatrie sociale. Il y a quelque chose qui fait qu'on peut retourner là pour se nourrir puis continuer à l'appliquer. C'est la petite coche qui manque [à La Maison Bleue]. (Médecin #11)

En bref, on constate que les facteurs de nature organisationnelle que les participants identifient comme potentiellement facilitants à l'application des apprentissages retirés de La Maison Bleue sont cohérents avec les caractéristiques fondamentales du modèle de La Maison Bleue. Autrement, les autres facteurs identifiés se retrouvent plus spécialement à l'échelle de l'individu et de sa capacité à s'engager, à trouver des espaces pour exercer sa réflexivité et à nourrir sa pratique dans le cadre d'une démarche d'apprentissage continu.

6.4.5 En conclusion : L'intérêt de l'exposition à un milieu de stage alternatif

Considérant les apprentissages qui ont été tirés ou consolidés dans le cadre d'une expérience de stage à La Maison Bleue ainsi que l'applicabilité de ces derniers aux pratiques de première ligne, l'intérêt d'exposer les étudiants en médecine à de tels milieux de stage « alternatifs » a été abordé.

Globalement, notons que le stage dans un organisme comme La Maison Bleue représente, selon les propos d'une majorité de participants, une occasion pour les futurs médecins de comprendre qu'il existe plus d'un modèle médical et d'être exposé à une façon différente de faire les choses.

Dans ce même ordre d'idée, des participants soulignent que l'exposition des apprenants à une approche telle que celle proposée par La Maison Bleue constitue une opportunité pour ceux-ci de développer une ouverture d'esprit et des compétences supplémentaires, référant notamment à la sphère psychosociale et l'interdisciplinarité, comme le souligne l'extrait suivant :

Ça va aider les étudiants à être de meilleurs médecins parce qu'ils vont apprendre à prendre en compte la totalité du patient avec ses expériences passées, ses expériences actuelles, puis comment t'as besoin de plusieurs personnes pour aider ces patients-là, qui sont plus que juste une maladie. (Médecin #10)

6.4.5.1 Les perspectives futures

Au vu des gains qu'ils associent à l'exposition à un modèle alternatif de prestation de soins et services comme La Maison Bleue, les participants ont formulé plusieurs propositions quant aux perspectives futures touchant l'offre de stage au sein d'un tel milieu.

Certains participants ont proposé différentes avenues quant au meilleur moment de l'exposition. Alors que quelques participants suggèrent la mise en œuvre d'un programme de stage destiné aux résidents, d'autres soulignent plutôt l'intérêt d'une exposition hâtive. Au dire d'un participant, l'exposition hâtive à un modèle présentant une culture et des valeurs différentes de ce qui est classiquement présenté en milieu hospitalier, par exemple, pourrait aider certains apprenants à donner un sens à leur cheminement et à mieux conceptualiser leur future pratique médicale, tel que l'illustre le passage suivant :

(...) à la limite, ça peut leur tendre une perche s'ils sont perdus puis s'ils se disent : « à l'hôpital, je ne trouve pas de sens puis je ne trouve pas de modèle de pratique qui m'intéresse ». (Médecin #11)

Différentes alternatives ont aussi été abordées en ce qui concerne l'intensité requise de l'exposition. En effet, plusieurs voient l'intérêt d'un stage obligatoire pour tous, prétextant que ceux qui ont peu d'intérêt pour une exposition à ce type d'environnement en

retireraient probablement le plus. Autrement, certains suggèrent le déploiement d'une offre à plusieurs niveaux, dans une approche sensible à la diversité des intérêts, des besoins et des objectifs des apprenants en médecine.

Il y a plusieurs degrés d'exposition possibles. [...] Ça pourrait être offert à tout le monde de venir faire de l'observation ou voir comment ça se passe, puis tu rétrécis et ce sont vraiment les plus intéressés qui viennent passer plus de temps. (Médecin #11)

Enfin, alors que quelques-uns soulignent la pertinence particulière d'une exposition à un modèle alternatif de prestation de soins et services pour les futurs médecins de famille, plusieurs soulignent plutôt la pertinence d'une telle exposition pour tous les futurs médecins, quelle que soit leur spécialisation. Un participant souligne d'ailleurs à ce chapitre l'intérêt pour les spécialistes de s'exposer à des façons de faire leur permettant de mieux comprendre les répercussions des aspects psychosociaux sur la trajectoire et sur la santé de leurs patients.

Je pense que les spécialistes devraient faire plus de stages dans la communauté parce qu'il faut qu'ils voient plus la vraie vie. Même s'ils vont faire un travail juste à l'hôpital, il faut comprendre un peu ce qui se passe quand la personne quitte l'hôpital. (Médecin #6)

7 Discussion

Cette étude qualitative de type exploratoire et descriptive portait sur les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue (un organisme desservant, dans une perspective communautaire, une clientèle en situation d'extrême vulnérabilité) et leur applicabilité dans les pratiques de première ligne des médecins y ayant transité dans le cadre de stages. L'étude a d'abord tenté de documenter, notamment *via* des entrevues semi-dirigées auprès d'anciens stagiaires en médecine de La Maison Bleue, la nature des apprentissages réalisés lors de leur stage et les caractéristiques de l'expérience qui ont influencé ces apprentissages. Dans un deuxième temps, elle a voulu contribuer à la compréhension, selon l'expérience vécue par les participants ayant transité par La Maison Bleue dans le cadre d'un stage, de l'applicabilité ou non des apprentissages dans leurs pratiques de première ligne. Le présent chapitre a pour but d'interpréter et de discuter les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche à la lumière de la littérature scientifique. Des pistes de recherche sont aussi dégagées.

7.1 Les apprentissages

Les constats tirés de cette étude en matière d'apprentissages réalisés par les médecins ayant transité par La Maison Bleue dans le cadre d'un stage convergent avec la littérature en ce qu'ils permettent d'identifier la formation clinique comme un lieu central d'acquisition de compétences, d'attitudes et de comportements (Brown et al., 2011; Paul et al., 2006; Ratanawongsa et al., 2005). Cette section voudra mettre en perspective les principaux apprentissages présentés dans les résultats au regard de la littérature.

7.1.1 Les compétences sociales et culturelles, puis les pratiques envers les personnes en situation de vulnérabilité sociale

7.1.1.1 Une perspective globale considérant les effets des déterminants sociaux de la santé

D'emblée, au vu des résultats de cette étude, il apparaît que le stage à La Maison Bleue constitue le lieu d'apprentissages qui favorisent l'adhésion des apprenants à une perspective globale considérant les effets des déterminants sociaux de la santé.

À ce chapitre, les résultats de cette étude démontrent que l'expérience de stage à La Maison Bleue a le potentiel d'induire, chez les apprenants en médecine, le développement

d'une connaissance et d'une compréhension des enjeux de santé liées aux conditions de vie des populations vulnérables ainsi qu'aux solutions à mettre en place pour répondre aux besoins complexes qu'elles présentent. Ainsi, les résultats suggèrent que les apprenants, étant donné l'approche globale (biopsychosociale) privilégiée à La Maison Bleue, développeraient une meilleure compréhension et une plus grande sensibilité aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé. De même, l'expérience permettrait de faire le constat, au regard de cas concrets, de la complexité des effets de ces déterminants sur la trajectoire des patients, notamment en contexte de vulnérabilité.

Ces constats convergent d'ailleurs, notamment, avec ceux des travaux de Loignon et collaborateurs (2016) qui soulignent les répercussions d'une expérience de stage à l'international en matière de sensibilisation de résidents en médecine de famille aux effets sur la santé des facteurs sociaux et économiques. Smith et Weaver (2006) font état de résultats semblables au moment de comprendre les répercussions de stages internationaux sur l'idéalisme des étudiants au stage préclinique de leur formation, alors qu'ils soulèvent que : « [s]tudents noted an increased awareness of the social determinants of health and that « disease is a product of living conditions » » (Smith et Weaver, 2006, p. 534).

7.1.1.2 La compétence sociale

Comme le proposent certains auteurs s'intéressant notamment au vécu d'une expérience de stage dans un milieu visant la prestation de soins de pédiatrie sociale (van den Heuvel et al., 2014), l'analyse des résultats de notre étude permet de faire état d'une prise de conscience réflexive par les apprenants de la distance sociale qui existe entre eux et les patients rencontrés à La Maison Bleue. Selon notre interprétation des résultats, cette prise de conscience, alors qu'elle favoriserait chez les apprenants le développement d'une meilleure compréhension des conditions de vie expérimentées par les patients, les mènerait conséquemment à adapter leurs pratiques aux besoins et aux capacités de ces patients.

Ces résultats se trouvent en cohérence avec ceux issus des travaux de Loignon et collaborateurs (2014) qui s'intéressaient, pour leur part, aux répercussions de la participation de résidents en médecine de famille à un projet de *Photovoice* visant la mise au jour et l'examen réflexif des préjugés et des *a priori* à propos de la pauvreté. En effet, tout comme l'expérience rapportée par Loignon et collaborateurs (2014), l'expérience de

stage à La Maison Bleue a été, pour certains, l'occasion de prendre conscience et de réfléchir sur leurs préjugés et perceptions erronées au regard de ce qu'est la vulnérabilité sociale et de ce qu'elle implique au quotidien pour les personnes l'expérimentant. Cette réflexion critique, au terme d'un exercice de déconstruction des préjugés, s'est aussi soldée par la mise en œuvre de pratiques moins stigmatisantes puisqu'enrichie d'une nouvelle compétence sociale.

Ce constat nous mène aussi à souligner que le contexte d'apprentissage, caractérisé notamment par une vocation communautaire, un modèle de pratique singulier, des valeurs partagées, l'intégration des apprenants à une pratique interprofessionnelle enrichie de points de vue complémentaires dans un cadre non-hiérarchique de partage des idées et des connaissances, s'impose comme un facteur important ayant favorisé le développement de compétences sociales. Il est intéressant de considérer à ce chapitre les travaux de Tremblay et collaborateurs (2014) analysant les résultats en matière de réflexivité d'un programme de développement professionnel visant la transformation des pratiques professionnelles en santé. Les résultats issus de ces travaux ont permis de conclure que le fait de prendre part au programme a mené plusieurs participants à modifier, par le biais d'un exercice réflexif, leur vision de la pratique et de leur rôle professionnel (Tremblay, Richard, Brousselle et Beudet, 2014). Les auteurs postulent par ailleurs que les répercussions de l'exercice réflexif se trouveraient probablement influencées par les caractéristiques de l'expérience de participation. En effet, dans ce contexte spécifique, puisque les activités proposées mettaient davantage l'accent sur la pratique et non sur le contexte organisationnel de mise en œuvre de cette pratique, l'exercice a résulté en des nouvelles compréhensions circonscrites à la pratique et au rôle professionnel. Les résultats de notre étude contribuent à appuyer ce postulat puisque l'on constate (1) que la singularité du contexte d'apprentissage s'avère un élément d'importance soulevé par plusieurs participants; (2) les propos de ces participants suggèrent le développement d'une réflexivité critique, allant au-delà de l'exercice formatif, pour questionner les prémisses de la pratique et les enjeux sociaux qui y sont reliés; (3) cette réflexivité critique ne concerne pas seulement la pratique et le rôle professionnels, mais implique une réflexion touchant des considérations organisationnelles et systémiques et visant la formulation d'une réponse adaptée aux besoins des personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Il est par ailleurs intéressant de noter que l'exercice réflexif dans le cadre du stage à La Maison Bleue s'active de façon autonome chez les stagiaires. En effet, à notre connaissance, contrairement à l'expérience rapportée par Loignon et collaborateurs (2014), aucune activité structurée de réflexivité n'est proposée aux stagiaires de la Maison Bleue. Ce constat n'exclut par ailleurs pas qu'une structuration de l'environnement physique ou une organisation particulière de l'action puisse dans une certaine mesure stimuler la réflexivité de certains stagiaires au cours de l'expérience d'apprentissage proposée à La Maison Bleue. On peut donc postuler, au regard des résultats, que plusieurs des participants rencontrés présentaient d'emblée des caractéristiques individuelles ou des habiletés les prédisposant à tirer avantage des aspects du contexte pour se questionner, dans le cadre de leur stage, sur leur pratique et les enjeux sociaux qui en découlent. On peut autrement s'interroger sur le possible effet potentialisant qu'aurait pu avoir une activité structurée de réflexivité dans le cadre du stage à La Maison Bleue. Ces postulats et questionnements permettent de dégager certaines pistes de recherche. Notamment, l'évaluation comparative des répercussions sur le développement de compétences sociales d'expériences de réflexivité structurées et non-structurées dans des milieux de stage, reposant sur un échantillon présentant une plus grande diversité, pourrait s'avérer d'intérêt.

7.1.1.3 La compétence et l'humilité culturelle

Au-delà de la compétence sociale, l'expérience de stage a aussi été pour certains l'occasion de mieux comprendre les enjeux liés à la migration et à la diversité et de développer une préoccupation pour l'acceptabilité culturelle de leur approche de soins. L'expérience a aussi permis à certains de prendre conscience de la subjectivité culturelle de leurs présupposés et d'ainsi développer une approche de réflexivité critique au regard de leurs réactions premières au contact de la diversité des pratiques périnatales et parentales. Ces préoccupations laissent transparaître une certaine humilité culturelle³⁰, reconnaissant le caractère culturellement et socialement construit de la norme sanitaire communément acceptée par les acteurs de santé. Cette humilité s'inscrit dans une perspective d'ouverture à la différence et ayant comme souci premier le bien-être global de la femme et de l'enfant.

Ces constats viennent appuyer ceux d'autres auteurs ayant notamment souligné le fait

³⁰ Une définition du concept d'humilité culturelle sera proposée plus loin dans cette section.

que les rencontres cliniques effectuées dans le cadre d'expériences dans les cliniques étudiantes tendent à favoriser l'amélioration des compétences socioculturelles à travers des interactions régulières avec des patients de diverses origines socio-économiques et culturelles (Buchanan et Witlen, 2006). De même, Loignon et collaborateurs (2016) soulignaient qu'un stage à l'international se répercute sur la capacité des apprenants à comprendre les particularités culturelles influençant les trajectoires des patients puis sur l'évolution de la façon de percevoir, communiquer et interagir avec les patients d'autres cultures. Cela dit, plus qu'un apprentissage formatif ou clinique, la découverte de l'existence d'écart de normes, de valeurs, de savoirs et de pratiques en matière de santé qui pousse à questionner ses préjugés et normes constitue à nos yeux un apprentissage relevant d'une réflexivité critique interpellant le processus de développement de l'identité professionnelle³¹. Certains auteurs établissent d'ailleurs une telle distinction entre la notion traditionnelle de compétence liée à la formation clinique « as a detached mastery of a theoretically finite body of knowledge » et l'humilité culturelle qui « incorporates a lifelong commitment to self-evaluation and self-critique, to redressing the power imbalances in the patient-physician dynamic, and to developing mutually beneficial and nonpaternalistic clinical and advocacy partnerships with communities on behalf of individuals and defined populations » (Tervalon et Murray-Garcia, 1998, p. 117). De même, nos conclusions se trouvent en phase avec le principe de sécurisation culturelle désigné dans la littérature comme une prestation de soins dans le respect de l'identité culturelle du patient, qui vise l'équité et qui est exempte de relations de pouvoir nocives entretenues par le système dominant et ses représentants (Blanchet Garneau et Pepin, 2012; Downing, Kowal et Paradies, 2011; Rix, Barclay, Wilson, Stirling et Tong, 2013).

7.1.1.4 Un changement de perspective : lien avec la perspective théorique de Mezirow

Dans la mesure où les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et les principes d'une approche globale centrée sur la personne sont abordés d'un point de vue théorique dans le curriculum formel de la majorité des programmes de formation en médecine, les résultats de la présente étude suggèrent que le stage à La Maison Bleue permettrait d'ancrer ces apprentissages dans l'action et d'ainsi leur donner une pertinence concrète.

³¹ Voir Tremblay et collaborateurs (2014) pour une définition détaillée des notions de réflexivité formative et réflexivité critique.

Par ailleurs, les résultats de notre étude suggèrent que le stage à La Maison Bleue proposerait un changement de perspective par rapport au modèle médical auquel les apprenants sont exposés à travers les curriculums informels et cachés propres à certains milieux de stage qui misent davantage sur une approche curative et un discours biomédical, tenant peu compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Ce changement de perspective dont font état les participants se trouve d'ailleurs en phase avec ce que propose la théorie de l'apprentissage transformationnel (Mezirow, 1978), un des repères théoriques mis de l'avant dans le cadre de ce mémoire. Le modèle d'apprentissage proposé par La Maison Bleue présente en effet plusieurs des caractéristiques centrales identifiées par Hirsh et collaborateurs (2012), à considérer dans la structuration de modèles de formation cohérents avec l'approche transformationnelle. Ces caractéristiques sont notamment : une formation basée sur les relations interpersonnelles, la conception de rôles authentiques, et une correspondance significative avec les idéaux de la médecine que sont : le service, l'*advocacy* et une approche centrée sur le patient (Hirsh, Walters et Poncelet, 2012). Donc, au vu des résultats de cette étude, l'expérience de stage à La Maison Bleue semble avoir induit, dans certains cas, un dilemme désorientant³² étant donné l'écart perçu entre les apprentissages réalisés lors de certaines expériences passées et ceux réalisés lors du stage. Ce dilemme désorientant serait d'ailleurs, selon nos résultats et tel que le suggèrent van den Heuvel (2014), souvent catalysé par la proximité avec une clientèle en situation d'extrême vulnérabilité sociale ainsi que par les interactions avec une équipe interdisciplinaire compétente au sein de laquelle les stagiaires ont souvent trouvé des modèles de rôle jugés inspirants sur le plan des valeurs, des attitudes, des comportements et des pratiques. Les apprenants auraient ainsi été, dans le cadre de leur expérience à La Maison Bleue, incités à réévaluer, dans une perspective critique, leurs présupposés quant aux objectifs à poursuivre dans le cadre de la pratique de médecine de première ligne, à questionner la capacité du système de santé et de services sociaux à répondre aux besoins et attentes des patients et à explorer de nouvelles alternatives. Ces alternatives, qui correspondent aux apprentissages transformationnels, correspondent à des attitudes, des pratiques et des comportements davantage axés sur le patient, engagés, congruents, humains et plus largement orientés vers une volonté de répondre aux attentes des patients

³² Cette expression fait référence à une des dimensions du cadre théorique proposé par Mezirow. Ce cadre est décrit en plus de détails à la section 4.1 du présent mémoire.

dans une perspective globale et acceptable.

En bref, s'appuyant sur les résultats de la présente étude, le processus réflexif d'apprentissage transformationnel menant à la compétence sociale et la compétence culturelle, tel qu'adapté de la théorie de Mezirow, nous semble avoir suivi la voie suivante:

- (1) l'observation et le vécu d'interactions avec d'autres professionnels et modèles de rôle œuvrant au sein de modèle « alternatif » où est mis en œuvre un modèle de pratique non stigmatisant auprès d'une clientèle en situation de vulnérabilité sociale ;
- (2) le constat d'écarts avec ce qui avait été expérimenté dans d'autres milieux de stage plus classiques, notamment à travers les curricula informels et cachés;
- (3) l'examen et la réflexion critique sur ses préjugés et *a priori* ainsi que sur son rôle et sa pratique en tant que futur médecin;
- (4) l'utilisation des lieux d'échanges interprofessionnels formels et informels pour alimenter sa réflexion critique de nouvelles connaissances et d'une nouvelle compréhension des enjeux liés à la pratique auprès d'une population en situation de vulnérabilité sociale;
- (5) l'exploration d'alternatives et l'expérimentation de nouveaux rôles au sein d'une équipe interdisciplinaire privilégiant une dynamique de collaboration non-hiérarchique;
- (6) la réintégration des nouvelles perspectives dans sa pratique médicale.

Cela dit, pour conclure sur ce point, notons qu'au regard des résultats et en conformité avec ce que suggèrent Barrett et collaborateurs (2011), le moment où le stage est réalisé semble avoir le potentiel d'influencer la capacité de l'apprenant à s'engager dans un tel processus transformationnel. Tel que présenté dans la section des résultats, un des participants ayant réalisé son stage à La Maison Bleue au cours de sa formation préclinique mentionne que les apprentissages de base qu'il était alors à acquérir étaient principalement d'ordre clinique ou technique (ex. : la conduite d'une entrevue médicale). Selon les propos de ce participant, on comprend que le fait de réaliser le stage en début de parcours de formation présenterait le potentiel de limiter la disposition d'un apprenant à réaliser des apprentissages se rapportant aux sphères psychosociales ou à l'adaptation des attitudes, comportements et pratiques aux enjeux spécifiques auxquels sont confrontées les populations en situation de vulnérabilité sociale. Par ailleurs, les propos d'autres participants ayant aussi réalisé leur stage lors de leur formation préclinique divergent sur ce point. En effet, ceux-là expriment plutôt que l'expérience de stage a été l'occasion de se familiariser avec un modèle et une approche de prestation de soins et services « alternatifs »

en accord avec leurs valeurs et leurs objectifs professionnels. Cette expérience aurait ainsi, dans ces cas, initié un processus d'apprentissage transformationnel. Ces résultats divergents suggèrent qu'au-delà du moment de la réalisation du stage, la durée de l'exposition à un modèle de pratique, de même que certaines caractéristiques personnelles, auront potentiellement une incidence sur le degré d'ouverture aux connaissances et expertises disponibles et sur l'engagement des individus envers l'expérience de stage. Bien que les limites de la présente étude³³ aient contraint notre capacité à explorer adéquatement l'influence de cet élément, rappelons que Chin et collaborateurs (2003) ont notamment suggéré, suite à leur évaluation des effets d'une expérience de stage de résidence en pédiatrie en milieu défavorisé, un lien entre la durée de l'exposition à de tels contextes et le développement de connaissances, d'attitudes et compétences face aux fardeaux et aux défis qu'affrontent les communautés. Autrement, notre étude a effectivement permis d'établir, comme l'on fait d'autres auteurs (Illeris, 2014), un lien entre les caractéristiques personnelles que sont, notamment, la personnalité de l'apprenant, ses origines, ses attentes, ses objectifs et motivations, ses valeurs et ses expériences préalables puis sa prédisposition à s'engager dans un processus d'apprentissage transformationnel. Cela dit, des recherches futures s'intéressant plus spécifiquement à ces questions pourraient contribuer à départager plus clairement le rôle des différents facteurs (ex. : caractéristiques personnelles, modalités du stage, facteurs organisationnels) dans la survenue d'un apprentissage transformationnel au sein d'un environnement de stage communautaire. De telles recherches pourraient s'avérer utiles aux décideurs organisationnels impliqués dans la gestion et l'organisation des stages en leur permettant une compréhension plus fine des processus menant aux apprentissages transformationnels dans le cadre de ces stages.

7.1.2 L'interdisciplinarité et la hiérarchie médicale

Tel que discuté plus haut, les résultats de la présente étude laissent présager que la pratique interdisciplinaire constitue une caractéristique centrale du modèle organisationnel de La Maison Bleue qui permet aux apprenants de retirer des apprentissages substantiels. L'importance de cet aspect, tel que soulevée dans le discours des participants, nous semble justifier ici son approfondissement.

³³ Ces limites seront présentées plus en détails en conclusion du présent mémoire.

Dans un contexte où la pratique médicale se trouve enrichie par une diversité de compétences, d'expériences et de jugement professionnels, selon les résultats de notre étude, les principaux apprentissages que permet la pratique interdisciplinaire semblent relever de la meilleure compréhension des rôles professionnels et des champs d'expertise en plus de l'appréciation des avantages d'une pratique bonifiée par l'apport des autres, notamment sur le plan psychosocial. Des conclusions semblables ont d'ailleurs été tirées dans le cadre d'études s'intéressant aux apprentissages retirés d'expériences de stage dans des cliniques étudiantes fondées notamment sur le principe d'interdisciplinarité (Holmqvist et al., 2012; Lie et al., 2006; Mayer et al., 2016; Sheu, Lai, et al., 2011).

En cohérence avec ce que proposent Thistlethwaite et collaborateurs (2016), les pratiques collaboratives à La Maison Bleue présenteraient une ouverture à un certain chevauchement des professions nécessitant négociations et reconstruction de la conception acquise des rôles et responsabilités. De plus, au vu des résultats de notre étude, la pratique interdisciplinaire mise en œuvre à La Maison Bleue présenterait la caractéristique particulière d'être opérationnalisée dans une perspective de non-hiérarchisation des savoirs que l'on pourra dans une certaine mesure comparer aux modalités d'organisation du travail « peu hiérarchisée et plutôt horizontale » proposées dans le modèle initial des CLSC tel que présentées par Plourde (2017, p. 10). Cette organisation du travail peu hiérarchisée serait, selon nos résultats, particulièrement propice aux apprentissages. En effet, grâce à cette pratique interdisciplinaire s'imposerait, à La Maison Bleue, une culture de partage ouvert des connaissances et des expertises qui, jumelée à l'engagement des membres de l'équipe envers la formation des apprenants accueillis, s'opposerait à la conceptualisation traditionnelle de la supervision de stages médicaux fondée sur l'autorité formelle du superviseur sur les apprenants, telle que présentée par certains auteurs (Tamuz, Giardina, Thomas, Menon et Singh, 2011). Alors que les résultats de notre étude suggèrent un co-partage des responsabilités de la prise en charge et de la prise de décision par rapport aux cas, ce type de supervision, (1) permettrait à l'apprenant d'accéder à des connaissances et des expertises complémentaires relevant notamment de la sphère psychosociale et (2) le soulagerait de la lourdeur des responsabilités et du pouvoir médical ainsi que de la peur du jugement des autres qui semble prévaloir, tel que le soulèvent certains auteurs, notamment en milieu hospitalier (Tamuz et al., 2011). En effet, nos résultats convergent avec les

résultats d'autres études suggérant que le stagiaire deviendrait, dans un contexte interprofessionnel, plus disposé à apprendre de l'observation et de l'interaction avec des modèles de rôle et plus engagé dans la recherche d'informations nouvelles, de conseils et de rétroaction (Tamuz et al., 2011).

Tamuz et collaborateurs (2011), à qui nous avons référé ci-haut, ont exploré la question des effets de la hiérarchie médicale sur l'engagement des résidents dans le processus d'apprentissage dans le contexte spécifique des unités de soins intensifs où se superposent supervision traditionnelle et supervision interprofessionnelle. À notre connaissance, cette question a été peu abordée dans un contexte communautaire misant sur la non-hiérarchisation des savoirs interdisciplinaires dans une perspective biopsychosociale. Ces questions, abordées dans un contexte communautaires, pourraient d'ailleurs plus spécifiquement faire l'objet de recherches futures. Cela dit, certains participants à notre étude ont remis en question le caractère exceptionnel de la pratique interdisciplinaire à La Maison Bleue alors que s'observe un certain décloisonnement dans d'autres milieux visant le déploiement d'une réponse aux besoins de groupes spécifiques (ex. : pédiatrie sociale, unités de courte durée gériatrique). Ces perspectives divergentes suggèrent aussi certaines pistes de recherche futures. En effet, dans une perspective prenant en compte l'influence de la culture organisationnelle sur le choix des modes de pratique et de supervision des stagiaires (Tamuz et al., 2011), une étude comparative des caractéristiques organisationnelles propres aux milieux de pratique et leur mise en relief par rapport aux pratiques interdisciplinaires opérationnalisées et à leur capacité à générer des apprentissages distinctifs pourrait être d'intérêt.

7.1.3 Des apprentissages liés au développement de l'identité professionnelle

Il se dégage aussi de notre étude un constat selon lequel l'expérience de stage à La Maison Bleue favoriserait la réalisation d'apprentissages sur le plan identitaire. Rappelons notamment, tel que stipulé plus tôt, que certains stagiaires auraient pris conscience des pouvoirs et privilèges que confère leur statut ou auraient découvert l'existence d'écarts de normes, de valeurs, de savoirs et de pratiques en matière de santé, ce qui aurait contribué à remettre en perspective leurs réflexes culturels. Qui plus est, d'autres stagiaires auraient, à travers leur expérience, confirmé leur intérêt pour la pratique professionnelle communautaire dans un contexte donné (ex. : de petits milieux de soins, favorisant une

pratique interprofessionnelle, auprès des populations marginalisées ou défavorisées).

D'autres auteurs ont aussi établi un lien entre l'expérience de stage en contexte non-traditionnel, et les intentions et orientations professionnelles (Barrett et al., 2011; Crampton et al., 2013). Lorsqu'il relate l'expérience de Plante (2010), une psychiatre s'étant engagée auprès des populations sans domicile, McAll (2017, p. 111) souligne « le poids du savoir expérientiel dans l'orientation d'une pratique professionnelle ». Cela dit, nous entrevoyons dans l'expression de ces intentions et de ces orientations une contribution au développement de l'identité professionnelle dans la mesure où elles constituent à nos yeux la mise en mot, par les participants, des répercussions de l'expérience de stage sur leur devenir de médecin. Le lien entre les apprentissages transformationnels et le développement de l'identité a d'ailleurs déjà été établi dans la littérature (Illeris, 2014), notamment dans un contexte d'études supérieures. Selon Illeris (2014, p. 129) « [s]tudents in (...) higher education are usually somewhere in the last half of the prolonged youth period and this is typically the age when the identity is gradually worked out and stabilized, partly by processus that may have the character of transformative learning ».

7.1.3.1 La socialisation au sein d'une communauté de pratique

Dans ce même ordre d'idée, les résultats suggèrent qu'une expérience d'apprentissage comme celle vécue à La Maison Bleue, puisqu'elle impliquerait un exercice de socialisation et une exposition aux normes distinctives d'une communauté de pratique, jouerait un rôle dans la formation de l'identité professionnelle. En effet, reconnaissant la nature dynamique, contextuelle et sociale de l'apprentissage, la culture de partage des connaissances et des expertises qui semble primer dans les relations interprofessionnelles et teinter le processus d'apprentissage à La Maison Bleue rappelle le concept de communauté de pratique proposé par Wenger (2005). Wenger (2005) décrit la communauté de pratique comme un groupe de personnes qui travaillent ensemble et qui sont amenées à mettre conjointement de l'avant des solutions aux problèmes rencontrés dans leur pratique professionnelle, à l'échelle locale. Dans la perspective de Wenger (1998), l'engagement mutuel contribuerait à structurer une communauté de pratique. À La Maison Bleue, cet engagement se traduit par une confiance et une ouverture au point de vue des autres d'une telle façon que les membres de l'équipe sont en mesure de partager leurs connaissances et de les conjuguer dans une démarche conjointe de résolution de problèmes. Aussi, selon

l'auteur, les objectifs partagés par les membres de l'équipe participeraient aussi à la structuration de cette communauté (Wenger, 1998). À La Maison Bleue, ces objectifs évoluent en fonction des enjeux rencontrés et renforcés par des canaux de communication interprofessionnels comme les rencontres journalières à propos des cas souvent nommées par les participants comme un véhicule important d'apprentissages. C'est ainsi que cette communauté se définit, selon les auteurs et en conformité avec ce que suggèrent nos résultats, à l'intérieur d'un système dynamique de rôles interdépendants, émergeant des responsabilités dévolues, des personnalités individuelles, du processus d'apprentissage et de socialisation professionnelle, de l'environnement physique ainsi que des relations interpersonnelles qui s'y tissent (Bernard et al., 2011; Boor et al., 2008; Cruess et al., 2014; Deketelaere, Kelchtermans, Struyf et De Leyn, 2006; Wenger, 1998).

Donc, en cohérence avec les principes de l'apprentissage transformationnel et tel que le propose certains auteurs (Clark, 1995, 1997), les propos des participants indiquent que l'évolution de l'identité au fil de la socialisation au sein de la communauté de pratique se ferait en fonction d'expériences, de réflexions et d'interactions sociales menant à l'intériorisation de philosophies, de valeurs, de normes et de perspectives issues du milieu de stage qu'est La Maison Bleue. Jarvis-Selinger et collaborateurs (2012), tout comme Monrouxe (2010) et Boor et collaborateurs (2008), ont d'ailleurs fourni une définition du processus développemental et adaptatif de création de l'identité en soulignant l'interaction d'un niveau individuel (référant au développement psychologique de la personne) et d'un niveau collectif (référant à la socialisation de cette personne vis-à-vis de rôles et de modes de participation propres à une communauté de pratique).

Cela dit, les résultats semblent révéler que le processus de modification de l'identité professionnelle observé à La Maison Bleue diverge de ce que propose la littérature. En effet, des auteurs avancent que dans le domaine médical, cette transition se fait généralement graduellement. Elle évolue de façon linéaire, partant d'une participation périphérique légitime (observation, imitation) vers une plus grande responsabilisation face à des tâches complexes et, éventuellement, une pleine participation à la communauté de pratique (Cruess et al., 2014; Cruess, Cruess, Boudreau, Snell et Steinert, 2015). Par ailleurs, les résultats de la présente étude contribuent à mettre en évidence l'importance prépondérante que revêtent l'observation des membres de l'équipe interdisciplinaire et

l'imitation de modèles de rôle dans l'intériorisation identitaire des valeurs et des normes de La Maison Bleue et ce, même chez les résidents et les *fellows* qui expérimentent parallèlement la pleine participation à la communauté de pratique. Le processus d'intériorisation des philosophies, valeurs, normes et perspectives observé à La Maison Bleue – un processus allant au-delà de l'apprentissage d'habiletés techniques – ne serait donc pas linéaire et séquentiel tel que le proposent Cruess et collaborateurs (2014, 2015) puisque les activités de participation périphérique (observation, imitation) y joueraient un rôle central et continu. Au vu de cette divergence, certaines pistes de recherche futures se dégagent. En effet, la conduite d'une étude qualitative explorant, par exemple, les méthodologies d'observation participative pourrait être d'intérêt en vue de mieux comprendre le lien à établir entre les différents niveaux de participation à la communauté de pratique et le développement de l'identité professionnelle dans un milieu de stage communautaire fondant sa pratique sur le principe d'interdisciplinarité. Aussi, certains résultats divergents au regard de l'engagement envers l'expérience de stage suggèrent une variabilité dans la réponse individuelle au processus de socialisation. Cette variabilité, notamment soulignée par Cruess et collaborateurs (2014, 2015) dans leurs travaux théoriques sur le développement de l'identité professionnelle, réitère l'intérêt de la tenue d'études comportant un effectif plus important en vue de comprendre l'effet des caractéristiques individuelles sur le développement identitaire dans un contexte de stage en milieu communautaire.

7.1.4 Les curricula

7.1.4.1 Le curriculum informel, le curriculum caché et le curriculum formel à La Maison Bleue

Il conviendra à ce moment-ci de notre discussion d'établir un lien entre nos résultats et la théorie des curricula, identifiée parmi les repères théoriques du présent mémoire. À ce chapitre, les résultats de cette étude concordent avec ce que soutient la littérature à l'effet que les apprentissages et le développement de l'identité professionnelle sont davantage influencés par les curricula informel et caché que par les expériences d'enseignement formel (Goldie, 2012).

Tel que discuté, les facteurs qui ressortent comme ayant le plus influencé la réalisation des apprentissages sont : (1) le profil individuel de l'apprenant, (2) le contact

avec la clientèle vulnérable, mais surtout (3) l'observation et les interactions avec des modèles de rôle et (4) la participation au sein d'un modèle d'organisation des soins et services qui présente des valeurs et des normes distinctives. L'observation, les interactions avec des modèles de rôle et l'expérience de participation constituent des espaces potentiels de déploiement de dynamiques interpersonnelles favorables à un curriculum informel. En effet, les propos des participants nous démontrent que c'est principalement dans cet espace informel que les logiques qui sous-tendent la pratique se transmettent alors que les ressources professionnelles en place, porteuses des valeurs de La Maison Bleue, sont activement engagées dans le processus d'apprentissage des stagiaires. Cela dit, l'organisation physique des lieux, l'organisation du travail non-hiérarchique, l'ambiance conviviale et les comportements valorisés sont des facteurs sur lesquels le curriculum caché prend assise. On constate ici la relation entre ces deux curricula alors que les apprentissages réalisés dans un cadre informel sont nécessairement influencés par le curriculum caché qui, lui, s'ancre dans l'environnement structurel et culturel du milieu de stage. Cela dit, alors que plusieurs études démontrent les effets néfastes du curriculum caché au cours de la formation médicale (notamment *via* un déclin éthique³⁴) (Coulehan et Williams, 2001; Hirsh, 2014), nos résultats suggèrent plutôt un curriculum caché favorisant l'apprentissage de compétences nécessaires au déploiement d'une pratique médicale répondant aux besoins et aux attentes des populations en situation de vulnérabilité sociale. Plus encore, contrairement aux récits d'étudiants rapportés par certains auteurs (Coulehan et Williams, 2001; Hirsh, 2014), les propos de quelques participants à notre étude laissent croire que le curriculum caché à l'œuvre à La Maison Bleue leur a permis de redonner du sens à un parcours de formation médicale qui, jusque là, avait été une expérience relativement douloureuse.

Cela dit, quelques participants ont cru bon de souligner l'importance d'activités formelles d'enseignement dans l'acquisition de certains savoirs incontournables à la pratique. Par exemple, dans le contexte de La Maison Bleue, ces participants ont mentionné l'importance d'être bien formé et informé à propos des statuts et parcours migratoires pour

³⁴ Hirsh (2014, p. 196) explique en ces mots la notion de déclin éthique (traduction libre de *ethical erosion*) en relation avec le curriculum caché : « the hidden curriculum relates to environment as place and environment as a social construct. In this way, the hidden curriculum can be variably influential and can have an impact on learners with positive (affirming or supportive), neutral, or negative (demeaning or undermining) messages. Those effects that negatively impact the professional or human development of the learner constitute *ethical erosion* ».

comprendre les enjeux que ces trajectoires soulèvent et ainsi adopter une approche plus sensible et adaptée à la réalité de la clientèle migrante. Par ailleurs, hormis cette initiative spécifique de formation sur les parcours migratoires, le curriculum formel n'a pas été souligné comme central aux apprentissages réalisés dans le cadre du stage à La Maison Bleue, d'autant plus que très peu d'initiatives formelles et structurées semblent effectivement être mises en œuvre. Le peu d'importance accordé au contenu formel dans le cadre du stage à La Maison Bleue a d'ailleurs été critiqué par certains participants. Cette critique fait écho à ce que proposent certains auteurs qui identifient une formation formelle préalable adéquate parmi les facteurs déterminants du vécu d'une expérience positive et de l'intégration efficace des acquis (Banas et al., 2013; Banwari et al., 2015; Carufel-Wert et al., 2007; Ramirez-Cacho et al., 2007). Ces constats suggèrent que des projets de recherche interventionnelle pourraient dans le futur vouloir s'intéresser aux effets de l'organisation, dans le cadre du stage en milieu communautaire, d'activités structurées d'enseignement formel – portant sur des thèmes identifiés comme particulièrement pertinents à la pratique auprès des clientèles desservies – sur la réalisation d'apprentissages et l'intégration de ces apprentissages à la pratique.

7.1.4.2 Un regard critique sur la formation médicale

Certains participants abordent aussi la question du curriculum en posant un regard critique sur la formation médicale et sa capacité à bien préparer les médecins de famille à une pratique dans une perspective biopsychosociale. À ce chapitre, les positions exprimées divergent. D'un côté, un participant mentionne que la formation, vue comme le lieu d'acquisition de connaissances sur le plan intellectuel, s'avère de première importance dans le processus d'apprentissage de la façon d'interagir avec les populations vulnérables. Ce point de vue s'accorde encore une fois avec celui des auteurs qui identifient une formation formelle préalable adéquate parmi les facteurs déterminants du vécu d'une expérience positive et de l'intégration efficace des acquis (Banas et al., 2013; Banwari et al., 2015; Carufel-Wert et al., 2007). Soulignons par ailleurs que, selon certains auteurs, cette perspective aurait tendance à limiter la conceptualisation de l'apprentissage à l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences (Illeris, 2014) et à en omettre la dimension sociale. L'expérience serait, dans ce contexte, secondaire dans la mesure où elle ne constituerait qu'une occasion de mise en application des savoirs formels réalisés.

Au contraire, plusieurs participants à notre étude expriment un point de vue se rapprochant davantage de celui des auteurs qui critiquent la formation médicale jugée ancrée dans les principes de la hiérarchie médicale (Allen et al., 2008), dans une approche statuant sur le caractère central de la profession (Beaulieu et al., 2006; Whitehead, 2007), négligeant l'établissement d'une réponse holistique aux besoins du patient et de la communauté, et ce, au profit d'un discours biomédical et clinique (Allen et al., 2008; Kleinman, 2008; McNamara et Boudreau, 2011; White et al., 2009). Cette position des participants, puisqu'elle réfère à l'organisation sociale de la médecine (Taylor et Wendland, 2014), souligne l'importance accordée par ces participants au curriculum informel et, surtout, au curriculum caché. Leurs propos sont en accord avec ce que proposent certains auteurs à l'effet que les apprenants se sentent généralement peu préparés à prendre part à une prestation de soins et services destinée aux populations vulnérables et multiculturelles étant donné le peu d'attention portée aux besoins et enjeux spécifiques à ces clientèles, notamment en ce qui concerne la sphère psychosociale, dans le curriculum traditionnel (Weissman et al., 2005; Weissman, Campbell, Gokhale et Blumenthal, 2001).

Cela dit, les profils distincts des participants ayant adopté ces deux points de vue envers la formation médicale laissent présager une possible influence de la volonté initiale de s'engager dans une pratique auprès des populations en situation de vulnérabilité sociale (Weissman et al., 2001) sur leurs opinions concernant le curriculum formel et son importance relative dans le processus d'apprentissage d'une approche en phase avec les besoins et les attentes de ces groupes. Les expériences cliniques préalables ainsi que la nature des contenus abordés et des méthodes d'enseignement privilégiées dans les programmes de formation médicale pourraient aussi jouer un rôle en ce sens. Ainsi, l'étude spécifique de la perception qu'ont les médecins de la formation en médecine et de sa capacité à bien préparer les praticiens à une pratique globale, adaptée aux besoins des populations en situation de vulnérabilité sociale, pourrait être d'intérêt dans le cadre de futures recherches. Cela dit, cette étude devrait se faire auprès d'un effectif plus important de médecins présentant une plus grande variabilité en termes d'expérience (nombre d'années de pratique) et de type de pratique (milieu, clientèle desservie). Un autre piste de recherche pourrait relever de l'étude documentaire comparative des programmes d'études en médecine dans différentes institutions universitaires pourrait permettre d'identifier le

rôle du curriculum formel (contenus et méthodes pédagogiques) dans le développement de telles perspectives contradictoires.

7.2 L'application des apprentissages dans les pratiques de première ligne

Maintenant qu'ont été discutées la nature des apprentissages réalisés lors de leur stage et les caractéristiques de l'expérience qui ont influencé ces apprentissages, nous voulons, dans cette section, livrer notre interprétation des résultats concernant le point de vue des participants quant à la pertinence de l'application des apprentissages et les barrières à l'application de ces apprentissages dans la pratique de première ligne. Nous discuterons aussi de cette interprétation au regard des écrits.

7.2.1 La pertinence de l'application des apprentissages tirés du stage à La Maison Bleue

Les résultats de cette étude suggèrent que l'application des apprentissages tirés du stage à La Maison Bleue est pertinente à une pratique de première ligne visant le déploiement d'une réponse adaptée aux besoins et aux attentes des populations. Par contre, cette conclusion doit être nuancée par l'opinion de certains participants selon laquelle l'approche centrée sur le patient, tenant compte de son parcours et de son contexte social, ainsi que la pratique interdisciplinaire telle qu'opérationnalisée à La Maison Bleue prennent spécialement leur sens au contact d'une clientèle en situation de vulnérabilité sociale. En effet, au vu des résultats, une conceptualisation divergente de la vulnérabilité semble se dégager et avoir un effet sur la perception qu'ont les participants de la portée des apprentissages retirés de leur expérience de stage. Ainsi, quelques-uns mentionnent qu'à leurs yeux, la vulnérabilité s'inscrit dans un spectre qui justifie l'application des apprentissages, à une intensité variable, à tous les cas. Selon eux, tous seraient exposés, à un moment ou à un autre de leur vie, à un certain niveau d'adversité, de fragilité ou de précarité ayant le potentiel de porter atteinte à leur intégrité et duquel découle la vulnérabilité. Ce point de vue nous semble d'ailleurs en accord avec les modélisations des déterminants de la santé qui proposent une évolution des déterminants et de leurs interactions à travers le parcours de vie (Jobin, Pigeon et Anctil, 2012). Dans une optique s'appuyant sur l'observation que le poids relatif de chaque déterminant dépend des particularités d'un cas au regard de l'état de santé et du contexte (Jobin et al., 2012), toute vulnérabilité, quelle qu'en soit l'origine ou l'intensité, devrait ainsi être identifiée et prise

en compte dans l'approche que le médecin adopte envers son patient. Cette conceptualisation de la vulnérabilité propose donc l'intégration à la pratique du médecin de la prise en compte des effets des déterminants de la santé, conçus largement sur les plans individuel, social, économique et environnemental, sur la santé de ses patients (Jobin et al., 2012).

Cependant, d'autres participants suggèrent que, parfois, les facteurs psychosociaux pourraient ne pas être pertinents dans la détermination de l'état de santé. Dans ces cas, souvent associés à des populations qualifiées de « non-vulnérables », où n'est identifié d'emblée aucun déterminant social au problème de santé, les médecins concernés questionnent la pertinence d'adopter une approche interdisciplinaire ou de mettre en œuvre une approche s'intéressant au parcours et au contexte de vie des patients. Ce constat rappelle notamment celui soulevé par Godrie et collaborateurs (2015) dans leur exercice visant à comprendre comment intégrer la santé et le social dans la réflexion sur les inégalités sociales dans les services sociaux et de santé en première ligne. En effet, ces auteurs rapportent l'exercice par certains praticiens d'une pratique différenciée selon l'origine sociale des personnes et l'illustrent ainsi par un exemple : « l'intervention auprès des personnes de la classe moyenne ou supérieure [...] diffère de celle auprès des personnes qui subissent des inégalités dans l'accès aux soins. Dans ce dernier cas, on choisit de les rejoindre par des pratiques spécifiques ou adaptées [...] » (Godrie et al., 2015, p. 1). Ce point de vue semble adopter une perspective limitée quant aux déterminants sociaux de la santé et leurs effets sur la santé de certains groupes jugés « non-vulnérables ». De plus, dans la mesure où le patient ne va pas nécessairement d'emblée se livrer à son médecin et exposer sa situation de vulnérabilité sociale, cette perspective présume de la capacité du médecin à juger de l'implication ou non de facteurs sociaux dans la détermination de la problématique de santé à laquelle son patient est confronté. La supposition d'une telle capacité se pose comme potentiellement contradictoire avec la reconnaissance, par la communauté scientifique, de la diversité et de la complexité des interactions entre les multiples facteurs sociaux et environnementaux influençant la santé ainsi que des limites des connaissances permettant d'expliquer ces interactions (Jobin et al., 2012).

Les résultats de la présente étude permettent ainsi de poser l'hypothèse que l'expérience de pratique auprès d'une clientèle en situation d'extrême vulnérabilité puisse

contribuer à forger une certaine conception de la vulnérabilité et une compréhension de l'étendue et de la complexité des effets des déterminants de la santé. Tel que le suggère Godrie et collaborateurs (2015, p. 1), « [c]onsidérant les conditions de vie difficiles des personnes qui sont sujettes aux inégalités sociales, [les praticiens œuvrant auprès de ces personnes peuvent en venir à] se demander ce qui relève du problème « normal » – par exemple, le mal de tête de quelqu'un qui en a trop sur les épaules – et ce qui est pathologique ». Une étude spécifique sur le sujet impliquant un effectif plus important de médecins ayant divers modèles de pratique pourrait ainsi être d'intérêt dans le cadre de futures recherches. Les résultats de telles études pourraient notamment contribuer à orienter des actions de formation continue concernant les déterminants sociaux de la santé et leurs effets sur la santé des populations.

7.2.2 Les barrières à l'application des apprentissages tirés du stage à La Maison Bleue

Les participants conviennent globalement d'une volonté et d'efforts concrets pour appliquer à leur pratique de première ligne les apprentissages qu'ils ont retirés de leur stage à La Maison Bleue. Ils constatent d'ailleurs un certain nombre de facteurs facilitant l'application des apprentissages, relevant pour plusieurs de facteurs humains, mais n'ayant au final que peu d'incidence sur la capacité réelle des participants à actualiser les apprentissages dans la pratique. Par contre, la présence de barrières semble nuire à leur capacité à appliquer concrètement ces apprentissages. À ce chapitre, force est d'admettre que, à la lumière des résultats de cette recherche, les barrières à l'application des apprentissages retirés d'un stage à La Maison Bleue seraient avant tout de nature organisationnelle. Elles seraient, dans plusieurs cas, la conséquence de la philosophie adoptée à l'échelle du système de santé et de services sociaux. Plus encore, au-delà des barrières identifiées à l'échelle du système de santé et de services sociaux et de celles perçues en milieu de soins, même les barrières à l'échelle de l'individu réfèrent à un manque de soutien organisationnel ressenti par les jeunes médecins dans leur volonté de changer les façons de faire en faveur de pratiques plus en accord avec leurs valeurs et leurs objectifs.

Ce constat se trouve en phase avec les conclusions d'auteurs soulignant l'importance du soutien organisationnel pour le déploiement d'efforts, sur le terrain, en faveur d'une prestation de soins et services adaptée aux besoins et attentes des populations en situation

de vulnérabilité sociale (Fiscella, 2011; Loignon, Fortin, et al., 2015). Qui plus est, cette importance attribuée par les participants aux barrières organisationnelles concorde avec les conclusions de Choi et Roulston (2015) qui, s'intéressant spécifiquement au domaine médical, ont cru bon d'adapter la théorie du transfert des apprentissages proposée par Baldwin et Ford (1988) en y mettant l'accent sur les facteurs liés aux contextes de pratique. En effet, rappelons que Choi et Roulston (2015) ont relevé, en plus de l'identité professionnelle, des croyances, des valeurs et de la conception individuelle de la profession médicale, plusieurs facteurs issus du contexte organisationnel qu'ils considéraient prioritaires dans le processus menant à l'application des apprentissages.

7.2.2.1 Les pratiques invisibles et la distanciation critique par rapport aux exigences du système et aux structures organisationnelles

Les résultats permettent aussi de souligner qu'étant donné les barrières organisationnelles et structurelles, les médecins trouvent en la relation un à un avec le patient, dans leur bureau, un espace leur permettant, puisqu'ils ont le plein contrôle des événements, d'adapter leurs façons d'être et de faire en cohérence avec les apprentissages retirés de leur stage à La Maison Bleue. Godrie et collaborateurs (2015) soulignent dans le même ordre d'idée la mise en place, par certains médecins, de pratiques qu'ils qualifient d'« invisibles ». Celles-ci consistent en l'assouplissement ou l'adaptation des règles rigides imposées par le système et tendant à exclure certaines personnes. Les auteurs mentionnent cet exemple : « un médecin donne des exercices de rééducation physique qu'une personne peut faire à la maison, parce qu'elle n'a pas accès à des assurances privées et à la physiothérapie, tandis qu'un autre fait valoir que des circonstances particulières peuvent justifier la non-fermeture d'un dossier, malgré la non-présence de la personne à un rendez-vous » (Godrie, 2015, p. 1). Au-delà de ce principe d'*advocacy* qui a bien été soulevée par les participants à notre étude et qui relève d'une volonté d'assurer aux patients l'accès des soins adaptés et acceptables malgré leur situation de vulnérabilité sociale, notons que nos participants ont aussi mentionné prendre des libertés en matière de temps. Le temps est perçu comme une ressource indispensable au déploiement d'une approche adaptée à la réalité des personnes en situation de vulnérabilité sociale. McAll (2017) mentionne d'ailleurs à cet effet que l'organisation du travail, souvent fondée sur une orientation technobureaucratique et centralisatrice, peut restreindre le temps disponible pour la

connaissance des populations et des enjeux qu'elles expérimentent. Aussi, dans notre étude, cette « prise de liberté » ou cette délinquance face à la rigidité du système et des structures organisationnelles est soulevée relativement au vécu de l'interdisciplinarité dans des milieux où les contraintes organisationnelles en limitent le déploiement efficace. En effet, des participants à notre étude ont mentionné que l'interdisciplinarité dans de tels milieux de soins se vit principalement hors des structures formelles alors que l'on travaille, à l'échelle individuelle, à tisser des liens avec d'autres professionnels qui contribuent à la prise en charge de toutes les dimensions de la vie de la personne.

McAll (2017, p. 108) mentionne à propos de cette idée de « prise de liberté » vis-à-vis de la rigidité du système et des structures que : « [t]oute vision technocrate et réductrice du social finit par se heurter au monde réel. Certains cadres de savoir peuvent se vouloir dominants, mais la production quotidienne de la société s'accomplit souvent à la marge ou en dehors de ces cadres, à l'interface entre les services institutionnels ou associatifs et la complexité du monde social. Il peut y avoir disjonction entre cette complexité vécue de près – où les inégalités sociales de conditions et de rapports sont omniprésentes – et le monde imaginé par les savoirs dominants [...] ». Il ajoute à cet effet que « [l]'orientation technobureaucratique et centralisatrice des services publics est fondée en grande partie sur la non-reconnaissance [des] savoirs expérientiels des professionnels, laissant peu d'ouverture à leur partage » (McAll, 2017, p. 111). À la lumière des propos de McAll (2017), nous observons dans cette mise en œuvre de l'interdisciplinarité dans la sphère informelle, telle que soulevée par des participants à cette étude, une distanciation critique envers les pratiques institutionnalisées pour initier des actions alternatives fondées sur la mise en commun, par exemple, des savoirs des sciences sociales et de la santé, des savoirs d'interventions et de gestion.

7.2.2.2 Les barrières organisationnelles et les tensions des rôles

Aussi, les résultats de notre recherche nous révèlent que les barrières organisationnelles auraient le potentiel de générer un conflit entre l'engagement du médecin envers la population qu'il dessert et sa volonté de répondre aux attentes du système qui l'emploie. Ce constat est d'ailleurs cohérent avec ce qui ressort des travaux de Centeno et Bégin (2015) qui se sont intéressés au concept des « loyautés multiples » dans une perspective éthique. Selon ces auteurs (p. 13), « [d]evant assumer divers rôles dans son

poste, son organisation, sa famille, sa communauté, voir son pays, tout un chacun est donc, inévitablement, le destinataire de diverses attentes qui lui sont formulées, plus ou moins explicitement et formellement, par diverses personnes tout autant que par lui-même. » S'inspirant des travaux de Katz et Kahn (1978) puis de ceux de Goode (1960), les auteurs expliquent qu'une tension des rôles serait la conséquence de la difficulté ou de l'impossibilité que perçoit l'individu à répondre de manière satisfaisante et simultanée aux attentes qu'il formule à son propre égard et aux attentes que les autres (individus, organisations, systèmes) ont envers lui. Au vu de la description fournie par Centeno et Bégin (2015) de diverses situations pouvant potentiellement amener une personne à ressentir une tension de rôles, les résultats de la présente étude suggèrent le vécu de telles tensions chez les médecins de famille souhaitant inscrire leur pratique dans une approche teintée des valeurs et des pratiques apprises à La Maison Bleue. En effet, on reconnaîtra notamment le « conflit de rôles avec les valeurs et les priorités » (Centeno et Bégin, 2015, p. 16) puisque ces répondants font le constat que les attentes organisationnelles liées à leur rôle sont souvent en contradiction avec leurs valeurs et la conception qu'ils ont de leur rôle en tant que médecin œuvrant en première ligne. Les résultats permettent aussi de dégager que les médecins expérimenteraient une « incapacité de rôle » (Centeno et Bégin, 2015, p. 18) dans la mesure où ils estiment avoir des ressources insuffisantes, notamment en termes de temps, pour assumer adéquatement le rôle qui leur est conféré en tant que médecin de famille. Au regard des travaux de Choi et Roulston (2015), cette incapacité de rôle pourrait d'ailleurs être considérée comme le résultat des signaux interprétés en milieu de pratique quant à la possibilité d'application d'un apprentissage et à leurs conséquences perçues. En bref, cette conclusion quant à l'existence de tensions de rôles pour les médecins désirant inscrire leur pratique dans un paradigme différent, inspiré des apprentissages retirés de leur stage à La Maison Bleue, s'avère cohérente avec ce qu'avance Genest (2012, p. 38) à l'effet que les médecins expérimentent souvent un « écart important entre ce qu'ils désirent faire, ce que la profession leur demande et ce que la réalité leur permet concrètement de réaliser ».

Les résultats font aussi état des stratégies qui sont adoptées par les médecins au constat de telles tensions de rôle. Certains participants ont, par exemple, évoqué la résistance. Cette stratégie implique pour le médecin d'agir en conformité avec ses valeurs et

ses convictions en appliquant, par exemple, une approche s'intéressant au parcours de vie du patient et à son contexte social et en y accordant le temps nécessaire en faisant fi des attentes du système en matière de nombre de patients vus. Par contre, certains participants y voient un choix potentiellement anxiogène qui exposerait les médecins à une dévalorisation de leur travail au regard des critères d'évaluation de la performance fixés à l'échelle du système de santé et de services sociaux. Les participants mentionnent d'ailleurs, en conformité avec ce que proposent Voswinkel et collaborateurs (2007), que le fait de ne pas voir leur contribution reconnue à sa juste valeur pourrait affecter leur estime de soi et la confiance qu'ils ont en leurs qualités professionnelles. *A contrario*, certains médecins proposent qu'une option soit de se conformer aux attentes du système, de prioriser les actions à l'échelle biomédicale et d'ainsi prendre consciemment la décision de ne pas appliquer certains apprentissages retirés de l'expérience à La Maison Bleue. Par ailleurs, les résultats suggèrent que cette deuxième solution, mise en perspective avec les travaux de Centeno et Bégin (2015), ne réglerait pas la tension des rôles puisqu'elle impliquerait, pour le médecin qui s'y plie, la prise de décision ou l'adoption d'actions qu'il jugera incohérentes avec ses croyances, ses valeurs et son identité.

La littérature semble démontrer une variation du discours quant au vécu des conflits éthiques, des tensions de rôles et de leurs conséquences en fonction du sexe, de l'âge et de la spécialisation des médecins (Richardsen et Burke, 1991). Par exemple, il est possible que ces tensions soient expérimentées différemment en contexte de première ligne étant donné les caractéristiques de la relation de soins attendue entre le professionnel et son patient en termes, notamment, de proximité et de continuité (Starr, 1982). Cela dit, la taille de notre échantillon de même que le peu de variabilité qu'on y observe quant au sexe et à l'âge des participants ne nous permettent pas de conclure en ce sens, ce qui permet de dégager certaines pistes de recherche. En effet, une recherche déployée auprès d'un échantillon de plus grande taille, présentant une plus grande variabilité en termes d'âges et de sexe, puis s'intéressant à une plus grande diversité de parcours (ex. : spécialité, milieu de pratique, clientèle desservie) pourrait être l'occasion, comme le suggérait Genest (2012), de vérifier si certains groupes spécifiques de médecins apparaissent plus à risque de vivre de telles expériences conflictuelles sur le plan éthique et d'approfondir la compréhension de leurs expériences particulières.

Conclusion

Cette étude tentait de mieux comprendre comment et dans quelle mesure les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue s'actualisent dans les pratiques de première ligne des médecins y ayant transité dans le cadre de leur parcours de formation clinique. Pour répondre à cette question, nous avons voulu documenter, du point de vue des médecins y ayant transité dans le cadre de leur parcours de formation clinique, la nature des apprentissages réalisés à travers leur expérience de stage et les caractéristiques de cette expérience qui ont influencé les apprentissages. Cette étude a permis de démontrer que le stage à La Maison Bleue a favorisé des apprentissages liés aux aspects psychosociaux, à l'approche et à la relation médecin-patient. En effet, il a notamment été souligné que l'expérience de stage a permis la prise de conscience de l'importance de la prise en compte des personnes dans leur globalité et dans leur contexte, dans une perspective de déconstruction des préjugés favorable à une approche moins stigmatisante. A aussi été soulevée la prise de conscience, dans le cadre du stage, de la richesse et de la portée d'une pratique bonifiée du regard des autres professionnels et de l'apport des ressources du réseau communautaire. Le stage a de plus été le siège d'apprentissages identitaires relevant de la définition des intentions et orientations professionnelles dans un processus de définition de l'identité professionnelle. Toujours sur le plan identitaire, l'expérience a aussi été l'occasion pour plusieurs participants de prendre conscience des pouvoirs et privilèges que leur accorde leur statut de médecin puis de développer une approche réflexive critique au regard des normes établies par le système dominant. Cela dit, l'étude a aussi permis d'identifier les facteurs qui ont influencé ces apprentissages. D'abord, on note des facteurs liés à La Maison Bleue et aux caractéristiques de l'expérience de stage comme l'observation et les interactions avec les autres membres de l'équipe, souvent identifiés comme modèles de rôle, les particularités organisationnelles de La Maison Bleue et, dans une moindre mesure, l'organisation d'activités formelles d'enseignement. Ensuite, on souligne des facteurs liés à l'apprenant lui-même et à son parcours. Enfin, l'étude a permis d'identifier des facteurs d'influence liés aux caractéristiques de la clientèle desservie par La Maison Bleue. En effet, selon les résultats, la prise de contact avec une clientèle multiculturelle ou en situation de vulnérabilité sociale, de même que l'observation des répercussions des interventions menées par les ressources

de La Maison Bleue sur les patients auraient influencé les apprentissages retirés de l'expérience.

Dans un deuxième temps, nous avons voulu comprendre comment les apprentissages réalisés sont appliqués ou non dans leurs pratiques en première ligne. À ce chapitre, les principaux constats sont à l'effet qu'étant donné les barrières organisationnelles et structurelles à l'application des apprentissages, ce sont plutôt les apprentissages relevant de la relation et de l'approche-patient, que le médecin peut contrôler sur le plan interpersonnel, qui seraient effectivement actualisés dans la pratique. Les barrières sont, pour la plupart, perçues comme relevant de la philosophie du système de santé et de services sociaux et des caractéristiques propres au milieu de pratique (ex. : caractéristiques organisationnelles, faible accès aux ressources psychosociales, complexité des modes de communications interprofessionnels, spécialisation des ressources psychosociales). Les facteurs facilitants sont davantage perçus sur le plan humain, mais semblent n'avoir, au final, qu'un effet marginal sur la réelle capacité des médecins à mettre en application les apprentissages.

Limites, forces et retombées de l'étude

Une attention particulière a été apportée à la rigueur et à la qualité du travail de recherche ici réalisé. En effet, plusieurs stratégies ont été mises de l'avant afin de répondre aux critères de scientificité exposés à la section 5.6. Rappelons notamment que les informations et les perceptions rapportées par les médecins ont été comparées à celles décrites par les informateurs clés dans une perspective de triangulation des méthodes. Aussi, l'étudiante-chercheuse a accordé beaucoup d'attention à décrire de façon étoffée le contexte et le processus de recherche. Nonobstant les efforts déployés, ce projet comporte quelques limites que nous souhaitons soulever ici. Ces dernières concernent, en plus des limites inhérentes au devis exploratoire et descriptif en termes d'envergure et de profondeur, le plan de recrutement et le profil des participants ainsi que le caractère rétrospectif de l'étude.

Un des principaux défis à la réalisation de ce projet de recherche concernait le plan de recrutement. Ainsi, malgré les précautions prises pour favoriser la diversification de l'échantillon, les difficultés de recrutement ont mené à un possible biais de volontariat. En effet, au vu des difficultés de recrutement, notre stratégie s'est globalement repliée vers une

approche de type « boule de neige », démontrée efficace dans d'autres études qualitatives ayant procédé au recrutement de médecins (Aubin, Vézina, Bergeron et Laberge, 2001; Fortin et al., 2006; Solà et al., 2014). Par ailleurs, nous considérons que cette stratégie « boule de neige » a fait en sorte que notre groupe de participants soit formé d'un nombre relativement important de médecins toujours impliqués avec La Maison Bleue et présentant un potentiel parti pris favorable à l'égard de La Maison Bleue. Ce parti pris pressenti n'est, de notre point de vue, vraisemblablement pas partagé par tous les apprenants en médecine ayant transité par La Maison Bleue dans le cadre d'un stage. Ce biais nous prive donc d'informations susceptibles de contrebalancer les résultats obtenus qui rapportent globalement des expériences positives, des apprentissages pertinents et une volonté d'appliquer ces derniers aux pratiques de première ligne. D'ailleurs, le parti pris favorable entrevu, jumelé au petit effectif relativement homogène, limite nos possibilités quant à l'appréciation des effets de différents facteurs (ex. : le sexe, l'âge, le temps écoulé depuis la diplomation) sur la variabilité des propos tenus par les participants. Ces éléments ont été pris en compte dans l'interprétation des résultats.

Dans le même ordre d'idée, nous postulons, en nous appuyant sur les travaux de Grawitz (2001) qui mentionne l'importance de la « motivation de l'enquêté », que les méthodes de recrutements privilégiées auront d'elles-mêmes pu favoriser la participation de médecins présentant un certain profil. En effet, selon l'auteur, les raisons qui justifient le choix de l'enquêté de répondre ou non à la démarche de recrutement (en l'occurrence, dans le cadre du présent projet, le fait de compléter un formulaire en ligne) dépendent de différents facteurs dont le désir d'influencer et le besoin de parler. Ainsi, le désir d'influencer se traduit par le fait que l'enquêté considère que « l'enquête peut, même indirectement, amener un changement heureux et qu'elle a trait à des problèmes qui l'intéressent » (Grawitz, 2001, p. 660). Pour ce qui est du besoin de parler, l'auteur le définit comme « un besoin de communiquer, parfois, plus au moins consciemment, d'être compris » (Grawitz, 2001, p. 660). Donc, certains médecins participants à la présente étude auront potentiellement décidé d'aller de l'avant étant donné leur volonté de s'exprimer sur le sujet à l'étude et leur souhait de contribuer à un changement dans le domaine de la médecine de première ligne ou de l'éducation médicale.

Le parti pris favorable d'une majorité de participants et le lien qu'ils ont, pour

plusieurs, maintenu avec l'organisme suggèrent aussi un potentiel biais de désirabilité. En effet, certains pourront avoir ressenti un inconfort à s'exprimer de façon négative envers certains éléments du modèle ou de certains aspects de leur expérience. Cette limite pourra donc avoir contraint notre capacité à accéder à des informations critiques permettant de dresser un portrait plus juste des expériences vécues. Pour atténuer les effets de ce biais, l'étudiante-chercheuse a tenu, avant chaque entrevue, à mettre les participants en confiance en mentionnant notamment toute l'attention portée au respect de la confidentialité. Aussi, dans la majorité des cas, les entretiens ont été tenus dans un endroit neutre, hors des murs de La Maison Bleue, dans une volonté d'y trouver un environnement favorable au partage libre d'informations. Une seule rencontre a été tenue à La Maison Bleue, à la demande d'un participant.

Notons aussi que les médecins rencontrés qui exercent actuellement à La Maison Bleue en tant que médecin de famille ont mentionné, lors des entrevues, avoir de la difficulté à discerner les éléments liés à l'expérience de stage de ceux liés à leur expérience d'emploi à La Maison Bleue. Le fait que l'expérience rapportée ait ainsi pu, dans certains cas, ne pas relever spécifiquement du stage limite de notre point de vue la qualité des données recueillies. Au constat de cette limite, l'étudiante-chercheuse a pris soin, lors des entretiens, d'amener ces participants à recentrer leur réflexion et leurs propos sur leur expérience de stage.

Les difficultés expérimentées dans le repérage de stagiaires ayant transité par La Maison Bleue avant 2013 posent aussi une limite à notre appréciation de l'applicabilité des apprentissages. En effet, plusieurs des participants recrutés sont jeunes et ne présentent que peu ou pas d'expérience de pratique clinique post-diplomation. Ainsi, nous considérons que les réponses obtenues auraient peut-être été différentes si les participants avaient été plus âgés ou avaient globalement atteint une plus grande stabilité professionnelle. Cet élément a aussi été pris en compte dans l'interprétation des résultats.

Le caractère rétrospectif de l'étude suggère, de plus, un possible biais de rappel. En effet, puisque le stage remonte, pour plusieurs, à quelques années, des participants ont explicitement mentionné avoir de la difficulté à se remémorer certains détails de leur expérience. Le guide d'entretien a par ailleurs été construit afin d'atténuer les effets de ce

biais. Avant d'aborder les questions en lien direct avec les objectifs de recherche, une première question visait à amener le participant à se rappeler le vécu du stage, dans un exercice d'évocation des moments marquants de l'expérience. Cela dit, nous sommes conscients que cet aspect a pu limiter notre capacité à accéder à certaines informations concernant l'expérience de stage à La Maison Bleue et les apprentissages qui en ont été retirés par les médecins rencontrés.

Enfin, notons que la construction de l'objet de recherche, la présentation, l'interprétation et la discussion des résultats ont nécessairement été influencés par l'identité de l'étudiante-chercheuse (jeune femme, mère de famille, blanche, non-médecin), par ses intérêts pour la santé communautaire et pour les questions d'équité d'accès aux soins et services de santé pour les populations en situation de vulnérabilité sociale, puis par son parti pris favorable pour La Maison Bleue et autres modèles « alternatifs » d'organisation des soins et services de première ligne. En effet, en cohérence avec son inscription dans le paradigme constructiviste, l'étudiante-chercheuse prend conscience de sa subjectivité et conçoit que l'unicité du regard qu'elle pose sur le monde teinte nécessairement l'ensemble du processus de recherche de même que les conclusions qui en sont tirées.

Malgré les limites identifiées ci-haut, il nous apparaît indispensable de souligner le caractère novateur de cette recherche dans la mesure où elle s'intéresse de façon rétrospective aux perceptions et au vécu de médecins concernant leur expérience de stage à La Maison Bleue, des apprentissages qu'ils en ont retirés et de l'applicabilité de ces derniers à leur pratique actuelle en première ligne. Les résultats obtenus tendent à démontrer toute l'importance que revêt effectivement l'examen des effets observés des stages au-delà du cheminement étudiant et à reconnaître que ces stages s'inscrivent dans des parcours personnels et professionnels riches et diversifiés qu'il convient de documenter à travers des démarches de recherche qualitatives. Cette perspective a permis l'appréciation de la nature et de l'ampleur du transfert des apprentissages et des facteurs influençant la pérennisation de ces apprentissages dans le temps (McNair et al., 2016).

D'un point de vue méthodologique, dans la mesure où le devis est de nature exploratoire et descriptive, les résultats et conclusions dégagés pourront servir d'assise au déploiement de démarches scientifiques de plus grande envergure s'intéressant aux

apprentissages retirés d'une expérience de stage en milieu communautaire et leurs répercussions sur les pratiques de première ligne (Trudel et al., 2007). Cette recherche exploratoire pourra ainsi permettre de mieux baliser la réalité à étudier puis de choisir les méthodes, les informateurs et les sources de données susceptibles d'informer de façon plus approfondie tant la communauté scientifique que les utilisateurs de connaissances sur les différents aspects investigués (Trudel et al., 2007). Des pistes de recherche, présentées dans le chapitre de discussion, ont d'ailleurs été dégagées.

Sur le plan de la pratique, la présente étude pourra concourir à répondre à un besoin exprimé par La Maison Bleue d'appuyer par des données probantes son positionnement en tant que modèle de référence en matière de périnatalité sociale. En effet, les résultats rapportés ici pourront contribuer à documenter l'intérêt, la portée et les limites de La Maison Bleue comme milieu de formation et de stage, un aspect important de la mission de l'organisme. Aussi, en présentant les caractéristiques du modèle qui ont influencé les apprentissages retirés de l'expérience de stage, les résultats pourront alimenter une réflexion stratégique visant à bonifier cette expérience afin de favoriser la réalisation, l'intégration et la pérennisation des apprentissages. Par exemple, puisque des participants à cette étude ont souligné l'importance de ce facteur dans l'intériorisation des apprentissages et la pérennisation de leur application dans la pratique de première ligne, les gestionnaires de La Maison Bleue pourraient potentiellement être intéressés à mettre en place des espaces de transfert de connaissances pour les anciens stagiaires et autres professionnels de la santé désireux d'aligner leur pratique au modèle proposé par La Maison Bleue. De même, ils pourraient être tentés d'intégrer au stage des espaces de réflexivité structurés à l'intention des apprenants. La réflexivité s'inscrit en effet dans un nouveau paradigme pédagogique qui place l'action et la réflexion professionnelle au cœur du processus d'apprentissage (Boud, 1999). Enfin, ils pourraient vouloir identifier certains thèmes jugés particulièrement pertinents et prévoir l'organisation d'activités structurées visant l'enseignement aux stagiaires de contenus formels les préparant au déploiement d'une pratique adaptée aux besoins des personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Plus largement, les résultats de cette étude pourront contribuer à alimenter la réflexion quant aux changements à apporter à l'éducation professionnelle des médecins. Herbert (2005, p. 1) affirme d'ailleurs à cet effet que « changing the way health providers

are educated is key to achieving system change ». En effet, en permettant de mieux comprendre les répercussions d'un milieu de stage, dans un objectif de renforcement du système de soins, les résultats de l'étude, spécialement les recommandations formulées quant aux modalités de l'offre de stages en milieu communautaire, pourront contribuer à outiller les décideurs politiques et les gestionnaires dans le développement de l'expérience étudiante en vue de former des médecins au profil identitaire en phase avec les besoins et les attentes collectives (Monrouxe, 2010). Ainsi, nos conclusions pourront appuyer le processus décisionnel menant à la mise en place de solutions concrètes à mettre de l'avant par les établissements d'enseignement pour ultimement favoriser l'accès aux soins et la satisfaction vis-à-vis l'expérience de soins, notamment chez les clientèles vulnérables (Sarma, Devlin, Thind et Chu, 2012).

Piste de réflexion

Pour conclure, notons que ce mémoire a permis de souligner la présence, au sein du système de santé et de services sociaux québécois, de médecins de première ligne qui ont une vision et une conception de la profession médicale que l'on qualifiera de « marginale » et qui expriment une volonté de pratiquer la médecine autrement dans l'objectif de répondre aux besoins et aux attentes des populations qu'ils desservent, tout spécialement celles en situation de vulnérabilité sociale. D'autres médecins œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux ont d'ailleurs probablement emprunté d'autres voies que celle du stage à La Maison Bleue pour se forger une telle identité professionnelle. Les résultats de la présente étude suggèrent, à notre avis, la nécessité d'une prise de conscience à l'échelle organisationnelle des barrières qu'expérimentent ces médecins à la mise en œuvre d'une pratique en accord avec leurs valeurs, leurs idéaux et leur identité. Cette prise de conscience nous semble d'ailleurs incontournable dans un contexte où les questions d'équité en santé et d'accès des personnes en situation de vulnérabilité sociale aux services de première ligne sont au cœur des préoccupations de santé publique et où le modèle professionnel de soins et de services de première ligne privilégié se montre souvent peu adapté aux besoins et attentes des populations vulnérables. Les résultats pourront d'ailleurs apporter certaines pistes de solution et ainsi contribuer à une réforme de la première ligne qui, fondée sur les principes d'équité et d'acceptabilité, prendra en considération la diversité et la complexité des trajectoires et des besoins des patients et des populations. En

bref, nous espérons qu'en s'intéressant aux répercussions d'une expérience de stage dans un milieu communautaire présentant des caractéristiques distinctives, ce mémoire aura le potentiel d'offrir une contribution utile aux débats contemporains sur le système de santé et de services sociaux québécois.

Bibliographie

- Allen, D., Wainwright, M., Mount, B. et Hutchinson, T. (2008). The wounding path to becoming healers: medical students' apprenticeship experiences. *Medical Teacher*, 30(3), 260-264. doi: 10.1080/01421590701758665
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. et Subramanian, S. V. (2015). [Inequalities in health: definitions, concepts, and theories]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 38(4), 261.
- Aronson, E. (2007). *Social psychology*. (3rd Canadian ed^e éd.). Toronto: Pearson Prentice Hall.
- Aubin, M., Vézina, L., Bergeron, R. et Laberge, A. (2001). Collaborations entre les médecins de famille et les équipes de maintien à domicile. Est-ce possible? *Canadian Family Physician*, 47, 751.
- Austin, E. J., Evans, P., Magnus, B. et O' Hanlon, K. (2007). A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Medical Education*, 41(7), 684-689. doi: 10.1111/j.1365-2923.2007.02795.x
- Baldwin, T. T. et Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel psychology*, 41(1), 63-105.
- Ballon, B. C. et Skinner, W. (2008). "Attitude is a little thing that makes a big difference": reflection techniques for addiction psychiatry training. *Academic Psychiatry*, 32(3), 218-224. doi: 10.1176/appi.ap.32.3.218
- Banas, D. A., Redfern, R., Wanjiku, S., Lazebnik, R. et Rome, E. S. (2013). Eating disorder training and attitudes among primary care residents. *Clinical Pediatrics*, 52(4), 355-361. doi: 10.1177/0009922813479157
- Banwari, G., Mistry, K., Soni, A., Parikh, N. et Gandhi, H. (2015). Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. *Journal of Postgraduate Medicine*, 61(2), 95-100. doi: 10.4103/0022-3859.153103
- Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Quadrige, dernière édition, PUF.
- Barrett, F. A., Lipsky, M. S. et Nawal Lutfiyya, M. (2011). The Impact of Rural Training Experiences on Medical Students: A Critical Review. *Academic Medicine*, 86(2), 259-263. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182046387
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: toward a social-psychological answer*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bearman, M., Lawson, M. et Jones, A. (2011). Participation and progression: new medical graduates entering professional practice. *Advances in Health Sciences Education*, 16(5), 627-642. doi: 10.1007/s10459-011-9284-5
- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., . . . Guay, H. (2006). L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Montréal : Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale.
- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, C. et Strauss, A. L. (1961). *Boys in white: Student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bellini, L. M., Baime, M. et Shea, J. A. (2002). Variation of Mood and Empathy During Internship. *JAMA*, 287(23), 3143-3146. doi: 10.1001/jama.287.23.3143

- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Glencoe, Ill: Free Press.
- Bernard, A. W., Malone, M., Kman, N. E., Caterino, J. M. et Khandelwal, S. (2011). Medical student professionalism narratives: a thematic analysis and interdisciplinary comparative investigation. *BMC Emergency Medicine*, 11, 11. doi: 10.1186/1471-227x-11-11
- Bharathy, A., Foo, P. L. et Russell, V. (2016). Changing undergraduate attitudes to mental illness. *Clinical Teacher*, 13(1), 58-62. doi: 10.1111/tct.12372
- Bianchi, F., Stobbe, K. et Eva, K. (2008). Comparing academic performance of medical students in distributed learning sites: the McMaster experience. *Medical Teacher*, 2008, Vol.30(1), p.67-71, 30(1), 67-71. doi: 10.1080/01421590701754144
- Bienkowska-Gibbs, T., King, S., Saunders, C. L. et Henham, M.-L. (2015). New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS. A brief overview of recent reports. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Blanchet Garneau, A. et Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 22-35. doi: 10.3917/rsi.111.0022
- Bloch, G., Rozmovits, L. et Giambrone, B. (2011). Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. *BMC family practice*, 12(1), 62.
- Boor, K., Scheele, F., van der Vleuten, C. P., Teunissen, P. W., den Breejen, E. M. et Scherpbier, A. J. (2008). How undergraduate clinical learning climates differ: a multi-method case study. *Medical Education*, 42(10), 1029-1036. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03149.x
- Boud, D. (1999). Avoiding the traps: seeking good practice in the use of self assessment and reflection in professional courses. *Social Work Education: The International Journal*, 18(2), 121-132. doi: 10.1080/02615479911220131
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Presses de l'Université du Québec.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R. et Hogg, W. (2011). Primary care reform: can Quebec's family medicine group model benefit from the experience of Ontario's family health teams? *Healthcare Policy*, 7(2), e122.
- Brown, J. M., Patel, M., Howard, J., Cherry, G. et Shaw, N. J. (2011). Changing clinical practice: significant events that influence trainees' learning. *Education for Primary Care*, 22(1), 25-31.
- Buchanan, D. et Witlen, R. (2006). Balancing service and education: Ethical management of student-run clinics. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17(3), 477-485. doi: 10.1353/hpu.2006.0101
- Canadian Institutes of Health Research (2012). *Community-Based Primary Healthcare*. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/43626.html>
- Carufel-Wert, D. A., Younkin, S., Foertsch, J., Eisenberg, T., Haq, C. L., Crouse, B. J. et Frey Iii, J. J. (2007). LOCUS: immunizing medical students against the loss of professional values. *Family Medicine*, 39(5), 320-325.

- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American journal of epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Cazale, L., Poirier, L.-R. et Tremblay, M.-È. (2013). Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation pour des services sociaux: regard sur l'expérience vécu par les Québécois (Vol. 3). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Centeno, J. et Bégin, L. (2015). *Les loyautés multiples : mal-être au travail et enjeux éthiques*. Montréal (Québec): Nota bene.
- Charette, M. (2017). *Les facteurs d'apparition et de maintien de la vulnérabilité sociale: parcours de vie d'individus en situation de vulnérabilité à Sherbrooke*. (Mémoire de maîtrise en service social, Université de Sherbrooke, Sherbrooke).
- Chen, D., Lew, R., Hershman, W. et Orlander, J. (2007). A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1434-1438. doi: 10.1007/s11606-007-0298-x
- Chin, N. P., Aligne, C. A., Stroncuk, A., Shipley, L. J. et Kaczorowski, J. (2003). Evaluation of a community-based pediatrics residency rotation using narrative analysis. *Academic Medicine*, 78(12), 1266-1270.
- Choi, M. et Roulston, K. (2015). Learning Transfer in Practice: A Qualitative Study of Medical Professionals' Perspectives. *Human Resource Development Quarterly*, 26(3), 249-273. doi: 10.1002/hrdq.21209
- Clapier-Valladon, S. (1980). *Les médecins français d'outre-mer: étude psychosociologique du retour des migrants*. Atelier Reproduction des thèses, Université de Lille III.
- Clark, D. L., Melillo, A., Wallace, D., Pierrel, S. et Buck, D. S. (2003). A multidisciplinary, learner-centered, student-run clinic for the homeless. *Family Medicine*, 35(6), 394-397.
- Clark, P. G. (1995). Quality of life, values, and teamwork in geriatric care: Do we communicate what we mean? *The Gerontologist*, 35(3), 402-411.
- Clark, P. G. (1997). Values in health care professional socialization: Implications for geriatric education in interdisciplinary teamwork. *The Gerontologist*, 37(4), 441-451.
- Collins, L., Sato, R., LaNoue, M., Michaluk, L. et Verma, M. (2014). Impact of a patient-centered medical home clerkship curriculum. *Family Medicine*, 46(6), 440-446.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2008). Améliorer notre système de santé et de services sociaux - Une nouvelle approche pour en apprécier la performance. Québec: Gouvernement du Québec.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des être humains*. Ottawa: Secrétariat interagences en éthique de la recherche. Repéré à http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- Couffinhal, A., Dourgnon, P., Geoffard, P.-Y., Grignon, M., Jusot, F., Lavis, J., . . . Polton, D. (2005). Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen: Première partie: les déterminants

- des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. *Questions d'économie de la santé* (92), 1-5.
- Coulehan, C. J. et Williams, C. P. (2001). Vanquishing Virtue: The Impact of Medical Education. *Academic Medicine*, 76(6), 598-605. doi: 10.1097/00001888-200106000-00008
- Crampton, P. E., McLachlan, J. C. et Illing, J. C. (2013). A systematic literature review of undergraduate clinical placements in underserved areas. *Medical Education*, 47(10), 969-978. doi: 10.1111/medu.12215
- Crandall, S. J., Reboussin, B. A., Michielutte, R., Anthony, J. E. et Naughton, M. J. (2007). Medical students' attitudes toward underserved patients: a longitudinal comparison of problem-based and traditional medical curricula. *Advances in Health Sciences Education*, 12(1), 71-86. doi: 10.1007/s10459-005-2297-1
- Crandall, S. J. S., Volk, R. J. et Loemker, V. (1993). Medical Students' Attitudes Toward Providing Care for the Underserved: Are We Training Socially Responsible Physicians? *JAMA*, 269(19), 2519-2523. doi: 10.1001/jama.1993.03500190063036
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L. et Steinert, Y. (2014). Reframing medical education to support professional identity formation. *Academic Medicine*, 89(11), 1446-1451. doi: 10.1097/acm.0000000000000427
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L. et Steinert, Y. (2015). A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Academic Medicine*, 90(6), 718-725. doi: 10.1097/acm.0000000000000700
- Daoust-Boisvert, A. (2016). La clinique SABSA devient partenaire de Québec. Montréal: La Presse.
- Darley, J. M. et Batson, C. D. (1973). "From Jerusalem to Jericho": A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(1), 100-108. doi: 10.1037/h0034449
- Deakin, H. et Wakefield, K. (2014). Skype interviewing: Reflections of two PhD researchers. *Qualitative Research*, 14(5), 603-616.
- Deketelaere, A., Kelchtermans, G., Struyf, E. et De Leyn, P. (2006). Disentangling clinical learning experiences: an exploratory study on the dynamic tensions in internship. *Medical Education*, 40(9), 908-915. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02551.x
- Département de médecine de famille Université McGill. (2018). Soins de santé maternelle et infantile. Repéré le 28 février 2018 à <https://www.mcgill.ca/familymed/fr/formation/programme-residence/competences-avancees/ssmi>
- Dilalla, L. F., Hull, S. K. et Dorsey, J. K. (2004). Effect of Gender, Age, and Relevant Course Work on Attitudes Toward Empathy, Patient Spirituality, and Physician Wellness. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 16(2), 165-170. doi: 10.1207/s15328015tlm1602_8
- Dornan, T., Boshuizen, H., King, N. et Scherpbier, A. (2007). Experience - based learning: a model linking the processes and outcomes of medical students'

- workplace learning. *Medical Education*, 41(1), 84-91. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02652.x
- Downing, R., Kowal, E. et Paradies, Y. (2011). Indigenous cultural training for health workers in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), 247-257. doi: 10.1093/intqhc/mzr008
- Drisko, J. (2013). Constructivist research in social work. *Qualitative research in social work*, 81-106.
- Drisko, J. et Maschi, T. (2015). *Content analysis*. Pocket Guides to Social Work.
- Dubois, N., Brousselle, A., Hassan, G., Laurin, I., Lemire, M. et Tchouaket, É. (2015). Évaluation de la mise en oeuvre, des effets et de la valeur économique de La Maison Bleue. Repéré le 26 avril 2015 à <http://www.maisonbleue.info/images/6-Publications/Evaluation-La-Maison-Bleue-2015.pdf>
- Dugani, S. et McGuire, R. (2011). Development of IMAGINE: A three-pillar student initiative to promote social accountability and interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, 25(6), 454-456.
- Dupéré, S. (2011). Rouge, jaune, vert... noir: être pauvre et s'en sortir selon des hommes en situation de pauvreté du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal. *Recherches sociographiques*, LII(2), 255-283.
- Dupéré, S., O'Neill, M. et De Koninck, M. (2012). Why Men Experiencing Deep Poverty in Montréal Avoid Using Health and Social Services in Times of Crisis. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2), 781-796. doi: 10.1353/hpu.2012.0071
- Eley, D., Baker, P. et Chater, B. (2009). The Rural Clinical School Tracking Project: More IS better Confirming factors that influence early career entry into the rural medical workforce. *Medical Teacher*, 2009, Vol.31(10), p.e454-e459, 31(10), e454-e459. doi: 10.3109/01421590902850857
- Ewan, C. (1988). Social issues in medicine: a follow - up comparison of senior - year medical students' attitudes with contemporaries in non - medical faculties. *Medical Education*, 22(5), 375-380. doi: 10.1111/j.1365-2923.1988.tb00770.x
- Fiscella, K. (2011). Health Care Reform and Equity: Promise, Pitfalls, and Prescriptions. *Annals of Family Medicine*, 9(1), 78-84. doi: 10.1370/afm.1213
- Fiscella, K. et Shin, P. (2005). The inverse care law: implications for healthcare of vulnerable populations. *The Journal of ambulatory care management*, 28(4), 304-312.
- Ford, J. K. et Weissbein, D. A. (1997). Transfer of training: An updated review and analysis. *Performance improvement quarterly*, 10(2), 22-41.
- Fortin, J.-P., Landry, R., Gagnon, M.-P., Duplantie, J., Bergeron, R., Galarneau, Y., . . . Poirier, C. (2006). La télésanté: une stratégie pour soutenir la pratique des médecins en régions éloignées. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Kelley, P. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Genest, C. (2012). *La souffrance éthique dans le travail des médecins*. (Thèse de doctorat, Université Laval, Québec, Canada). Repéré à

- https://www.crievat.fse.ulaval.ca/fichiers/site_crievat/documents/Essai_memoire_these/These_Genest_Christian.pdf
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé: comprendre pour mieux intervenir*. Les presses de l'Université de Montréal.
- Godrie, B. et Rose, M.-C. (2015). Rencontre entre le social et la santé: Les inégalités sociales et le positionnement des acteurs. *Revue du Crémis*, 8(2).
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches Qualitatives*, 24, 3-17.
- Goldie, J. (2012). The formation of professional identity in medical students: considerations for educators. *Medical Teacher*, 34(9), e641-648. doi: 10.3109/0142159x.2012.687476
- Goode, W. J. (1960). A Theory of Role Strain. *American Sociological Review*, 25(4), 483-496. doi: 10.2307/2092933
- Gouvernement du Québec. (2018). Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/groupe-de-medecine-de-famille-universitaire/>
- Grabovschi, C., Loignon, C. et Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13, 94. doi: 10.1186/1472-6963-13-94
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. (11e éd. éd.). Paris: Dalloz.
- Groupe de travail sur les disparités en matière de santé (2005). Réduire les disparités sur le plan de la santé - Rôles du secteur de la santé: Document de travail. Ottawa: Ministère de la santé,. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/pdf06/disparities_discussion_paper_f.pdf
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage handbook of qualitative research* (p. 193-215). Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.
- Hafferty, F. W. et O'Donnell, J. F. (2014). *The Hidden Curriculum in Health Professional Education*. Hanover, New Hampshire: Dartmouth College Press.
- Hafferty, W. F. et Franks, W. R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69(11), 861-871. doi: 10.1097/00001888-199411000-00001
- Haggarty, D. et Dalcin, D. (2014). Student-run clinics in Canada: an innovative method of delivering interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 570-572. doi: 10.3109/13561820.2014.916658
- Halaas, G. W., Zink, T., Finstad, D., Bolin, K. et Center, B. (2008). Recruitment and Retention of Rural Physicians: Outcomes From the Rural Physician Associate Program of Minnesota. *The Journal of Rural Health*, 24(4), 345-352. doi: 10.1111/j.1748-0361.2008.00180.x
- Hay, D., Varga-Toth, J. et Hines, E. (2006). Les soins de santé de première ligne au Canada : innovations dans la prestation de soins de santé aux populations vulnérables (Résumé). Réseau canadien de recherche en politiques publiques. Repéré à http://cprn.org/documents/45814_fr.pdf

- Herbert, C. P. (2009). Changing the culture: Interprofessional education for collaborative patient-centred practice in Canada. *Journal of Interprofessional Care*.
- Hirsh, D. (2014). Embracing the Hidden Curriculum, Stemming Ethical Erosion, and Transforming Medical Education. Dans F. W. Hafferty & J. F. O'Donnell (dir.), *The Hidden Curriculum in Health Professional Education* (p. 193-202). Hanover, New Hampshire: Dartmouth College Press.
- Hirsh, D., Gaufberg, E., Ogur, B., Cohen, P., Krupat, E., Cox, M., . . . Bor, D. (2012). Educational outcomes of the Harvard Medical School-Cambridge integrated clerkship: a way forward for medical education. *Academic Medicine*, 87(5), 643-650. doi: 10.1097/ACM.0b013e31824d9821
- Hirsh, D., Walters, L. et Poncelet, A. N. (2012). Better learning, better doctors, better delivery system: possibilities from a case study of longitudinal integrated clerkships. *Medical Teacher*, 34(7), 548-554. doi: 10.3109/0142159x.2012.696745
- Hodges, B. D. et Kuper, A. (2014). Education Reform and the Hidden Curriculum: The Canadian Journey. Dans F. W. Hafferty & J. F. O'Donnell (dir.), *The Hidden Curriculum in Health Professional Education* (p. 41-50). Hanover, New Hampshire: Dartmouth College Press.
- Hojat, J. M., Vergare, K. M., Maxwell, A. K., Brainard, S. G., Herrine, S. S., Isenberg, S. G., . . . Gonnella, S. J. (2009). The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S. et Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*, 38(9), 934-941. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x
- Holmqvist, M., Courtney, C., Meili, R. et Dick, A. (2012). Student-Run Clinics: Opportunities for Interprofessional Education and Increasing Social Accountability. *Journal of Research in Interprofessional Practice & Education*, 2(3).
- Holton, E., Bates, R. A. et Ruona, W. E. (2000). Development of a generalized learning transfer system inventory. *Human resource development quarterly*, 11(4), 333-360.
- Hou, F. et Chen, J. (2002). Unmet needs for health care. *Health Reports*, 13(2), 23.
- Hutchison, B. (2007). Disparities in healthcare access and use: yackety-yack, yackety-yack. *Healthcare Policy*, 3(2).
- Hyppolite, S.-R. (2013). Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012. Québec : Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Illeris, K. (2014). Transformative learning and identity. *Journal of Transformative Education*, 12(2), 148-163.
- Jarvis-Selinger, S., Pratt, D. D. et Regehr, G. (2012). Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Academic Medicine*, 87(9), 1185-1190. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182604968

- Jobin, L., Pigeon, M. et Anctil, H. (2012). La santé et ses déterminants: mieux comprendre pour mieux agir. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Julien, G. (2004). *A different kind of care: the social pediatrics approach*. McGill-Queen's Press-MQUP.
- Katz, D. et Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations*. (2d ed^e éd.). New York: Wiley.
- Ketele, J.-M. d. (2007). *Guide du formateur*. (3e éd^e éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Kleinman, A. (2008). Catastrophe and caregiving: the failure of medicine as an art. *The Lancet*, 371(9606), 22-23.
- Koster, A., Penninx, B. W., Bosma, H., Kempen, G. I., Harris, T. B., Newman, A. B., . . . Van Eijk, J. T. (2005). Is there a biomedical explanation for socioeconomic differences in incident mobility limitation? *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(8), 1022-1027.
- Krippendorff, K. (2012). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Sage.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu méthode GPS et concept de soi*. Québec : PUQ.
- Lacy, N. L., Geske, J. A., Goodman, B. J., Hartman, T. L. et Paulman, P. M. (2007). Preceptorship rurality does not affect medical students' shelf exam scores. *Family medicine*, 39(2), 112.
- Lacy, N. L., Paulman, P. M. et Hartman, T. L. (2005). The effect of preceptorship rurality on students' self-perceived clinical competency. *Family medicine*, 37(6), 404. doi: 10.1007/s00270-003-0094-x
- Lasser, K. E., Himmelstein, D. U. et Woolhandler, S. (2006). Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. *American journal of public health*, 96(7), 1300-1307.
- Levesque, J.-F. et Bénigéri, M. (2011). L'expérience de soins de la population: le Québec comparé: résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être.
- Levesque, J. F., Harris, M. F. et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18).
- Levesque, J. F., Pineault, R., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B. et Prud'homme, A. (2012). Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province. *BMC Family Practice*, 13, 66. doi: 10.1186/1471-2296-13-66
- Lévesque, M. C. (2016). *Transformer les pratiques professionnelles vis-à-vis des personnes prestataires de l'aide sociale: développement participatif et évaluation d'une formation continue en cabinet dentaire*. (Thèse de doctorat, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/15999/Levesque_Martine_2016_these.pdf?sequence=7&isAllowed=y

- Lévesque, M. C., Levine, A. et Bedos, C. (2015). Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a continuing education course on social determinants of health. *International journal for equity in health*, 14(1), 41.
- Lie, D., Boker, J., Gutierrez, D. et Prislín, M. (2006). What do medical students learn from early clinical experiences (ECE)? *Medical Teacher*, 28(5), 479-482. doi: 10.1080/01421590600628530
- Lie, D., Shapiro, J., Cohn, F. et Najm, W. (2010). Reflective practice enriches clerkship students' cross-cultural experiences. *Journal of General Internal Medicine*, 25 Suppl 2, S119-125. doi: 10.1007/s11606-009-1205-4
- Loignon, C., Boudreault-Fournier, A., Truchon, K., Labrousse, Y. et Fortin, B. (2014). Medical residents reflect on their prejudices toward poverty: a photovoice training project. *BMC Medical Education*, 14, 1050. doi: 10.1186/s12909-014-0274-1
- Loignon, C., Fortin, M., Bedos, C., Barbeau, D., Boudreault-Fournier, A., Gottin, T., . . . Haggerty, J. L. (2015). Providing care to vulnerable populations: a qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal, Canada. *Family Practice*, 32(2), 232-236. doi: 10.1093/fampra/cm094
- Loignon, C., Gottin, T., Valois, C., Couturier, F., Williams, R. et Roy, P.-M. (2016). Reflective practice and social responsibility in family medicine. *Canadian Family Physician*, 62(11), e699.
- Loignon, C., Haggerty, J. L., Fortin, M., Bedos, C. P., Allen, D. et Barbeau, D. (2010). Physicians' social competence in the provision of care to persons living in poverty: research protocol. *BMC Health Services Research*, 10(1), 79-79. doi: 10.1186/1472-6963-10-79
- Loignon, C., Hudon, C., Goulet, É., Boyer, S., De Laat, M., Fournier, N., . . . Bush, P. (2015). Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUIhealThY project. *International journal for equity in health*, 14(1), 1.
- Lombrail, P. (2007). Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55(1), 23-30.
- Lombrail, P. et Pascal, J. (2005). Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé* (3), 31-39.
- Luminant Software Inc. (2016) AudioNote - Notepad and Voice Recorder.
- Lynch, D. C., Teplin, S. E., Willis, S. E., Pathman, D. E., Larsen, L. C., Steiner, B. D. et Bernstein, J. D. (2001). Interim Evaluation of the Rural Health Scholars Program. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 13(1), 36-42. doi: 10.1207/S15328015TLM1301_7
- MacLeod, A. (2011). Caring, competence and professional identities in medical education. *Advances in Health Sciences Education*, 16(3), 375-394. doi: 10.1007/s10459-010-9269-9
- Mapukata-Sondzaba, N., Dhali, A., Tsotsi, N. et Ross, E. (2014). Developing personal attributes of professionalism during clinical rotations: views of final year bachelor of clinical medical practice students. *BMC Medical Education*, 14, 146. doi: 10.1186/1472-6920-14-146

- Margolis, S. A., Davies, L. M. et Ypinazar, V. (2005). Isolated rural general practice as the focus for teaching core clinical rotations to pre-registration medical students. *BMC Medical Education*, 5(1), 22-22. doi: 10.1186/1472-6920-5-22
- Mayer, S. D., Peterfy, E., Crossman, S. H., Phipps, L. B. et Vanderbilt, A. A. (2016). Patient-centeredness and empathy in a bilingual interprofessional primary care teaching clinic: a pilot study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 395-399. doi: 10.2147/JMDH.S107851
- Mayring, P. (2010). Qualitative inhaltsanalyse. Dans *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (p. 601-613). Springer.
- Mayring, P. (2014). Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution.
- McAll, C., Amiriaux, V., Sallée, N., Godrie, B. et Dos Santos, M. (2017). Des brèches dans le mur : inégalités sociales, sociologie et savoirs d'expérience. *Sociologie et sociétés*, 49(1), 89-117.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3), 171-179. doi: 10.1056/NEJM199801153380307
- McNair, R., Griffiths, L., Reid, K. et Sloan, H. (2016). Medical students developing confidence and patient centredness in diverse clinical settings: a longitudinal survey study. *BMC Medical Education*, 16, 176. doi: 10.1186/s12909-016-0689-y
- McNamara, H. et Boudreau, J. D. (2011). Teaching Whole Person Care in Medical School. Dans T. A. Hutchinson (dir.), *Whole Person Care* (p. 183-200). Montréal: Springer.
- Meah, Y. S., Smith, E. L. et Thomas, D. C. (2009). Student-run health clinic: novel arena to educate medical students on systems-based practice. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76(4), 344-356. doi: 10.1002/msj.20128
- Meili, R., Ganem-Cuenca, A., Leung, J. W.-S. et Zaleschuk, D. (2011). The CARE Model of Social Accountability: Promoting Cultural Change. *Academic Medicine*, 86(9), 1114-1119. doi: 10.1097/ACM.0b013e318226adf6
- Merton, R. K., Reader, G. G. et Kendall, P. L. (1957). *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mezirow, J. (1978). Perspective transformation. *Adult education*, 28(2), 100-110.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Michaud, A.-M., Olivier-D'Avignon, G., Deschesnes, M., Dupéré, S., Fletcher, C. et Loignon, C. (2016). *Suivi d'implantation, SPOT - Clinique communautaire de santé et d'enseignement*
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. York University, School of Health Policy and Management.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2010). Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la santé et des services sociaux (p. 52). Québec: Gouvernement du Québec.
- Molla, S., Donaldson, K., Yordy, D., Lohr, K. et Vanselow, N. (1996). Primary care: America's health in a new era. report of a study by a committee of the institute

- of medicine, division of health care services: National Academy Press
Washington DC.
- Monroe, K., R. (1996). *The heart of altruism: perceptions of a common humanity*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Monrouxe, L. V. (2010). Identity, identification and medical education: why should we care? *Medical Education*, 44(1), 40-49. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03440.x
- Morgan, D. L. (1993). Qualitative Content Analysis: A Guide to Paths not Taken. *Qualitative Health Research*, 3(1), 112-121. doi: 10.1177/104973239300300107
- Morris, C. G., Johnson, B., Kim, S. et Chen, F. (2008). Training family physicians in community health centers: a health workforce solution. *Family Medicine*, 40(4), 271-276.
- Morrison, A., Roman, B. et Borges, N. (2012). Psychiatry and emergency medicine: medical student and physician attitudes toward homeless persons. *Academic Psychiatry*, 36(3), 211-215. doi: 10.1176/appi.ap.10080112
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Armand Colin.
- Nerstrom, N. (2014). *An emerging model for transformative learning*. New Prairie Press.
- Neumann, M., Edelhauser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., . . . Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. doi: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
- Newton, W. B., Barber, W. L., Clardy, W. J., Cleveland, W. E. et O'sullivan, W. P. (2008). Is There Hardening of the Heart During Medical School? *Academic Medicine*, 83(3), 244-249. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181637837
- Newton, W. B., Savidge, A. M., Barber, A. L., Cleveland, A. E., Clardy, A. J., Beeman, A. G. et Hart, A. T. (2000). Differences in Medical Students' Empathy. *Academic Medicine*, 75(12), 1215-1215. doi: 10.1097/00001888-200012000-00020
- Nyangairi, B., Couper, I. et Sondzaba, N. (2010). Exposure to primary healthcare for medical students: experiences of final-year medical students. *South African Family Practice*, 52(5), 467-470.
- O'Donnell, J. (2014). Introduction: The Hidden Curriculum - a Focus on Learning and Closing the Gap. Dans F. W. Hafferty & J. F. O'Donnell (dir.), *The Hidden Curriculum in Health Professional Education* (p. 1-20). Hanover, New Hampshire: Dartmouth College Press.
- O'Toole, T. P., Gibbon, J., Harvey, J. et Switzer, G. (2002). Students' attitudes toward indigent patients. *ACADEMIC MEDICINE*, 77(6), 586-586.
- Okayama, M. et Kajii, E. (2011). Does community-based education increase students' motivation to practice community health care?--a cross sectional study. *BMC Medical Education*, 11, 19. doi: 10.1186/1472-6920-11-19
- Oliver, A. et Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(8), 655-658.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé-

- Rapport final de le Commission des Déterminants Sociaux de la Santé: Genève: OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2013). Transforming and scaling up health professionals' education and training. *World Health Organization guidelines 2013*.
- Paul, T. J., Mitchell, A., Lagrenade, J., McCaw-Binns, A., Falloon, D. et Williams-Green, P. (2006). More questions than answers? Expanding students' reflections from a community health experience. *Education for Health (Abingdon)*, 19(2), 244-250. doi: 10.1080/13576280600783760
- Pearson, D. J. et Lucas, B. J. (2011). Engagement and opportunity in clinical learning: findings from a case study in primary care. *Medical Teacher*, 33(12), e670-677. doi: 10.3109/0142159x.2011.611402
- Penchansky, R. et Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127-140.
- Pineault, R., Borges Da Silva, R., Provost, S., Breton, M., Tousignant, P., Fournier, M., . . . Levesque, J. F. (2016). Impacts of Quebec Primary Healthcare Reforms on Patients' Experience of Care, Unmet Needs, and Use of Services. *International Journal of Family Medicine*, 2016, 8938420. doi: 10.1155/2016/8938420
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113-169.
- Plante, M.-C. (2010). La souffrance psychique et les lieux du social: le long parcours. *Revue du CREMIS*, 3(2), 4-7.
- Plourde, A. (2017). CLSC ou GMF? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources. *IRIS - Note socioéconomique*.
- Poirier, J., Clapier-Valladon, S. et Raybaut, P. (1983). *Les récits de vie: théorie et pratique*. Presses universitaires de France.
- Power, D. V., Harris, I. B., Swentko, W., Halaas, G. W. et Benson, B. J. (2006). Comparing Rural-Trained Medical Students With Their Peers: Performance in a Primary Care OSCE. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 18(3), 196-202. doi: 10.1207/s15328015tlm1803_2
- Ramirez-Cacho, W. A., Strickland, L., Beraun, C., Meng, C. et Rayburn, W. F. (2007). Medical students' attitudes toward pregnant women with substance use disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196(1), 86.e81-85. doi: 10.1016/j.ajog.2006.06.092
- Ratanawongsa, N., Teherani, A. et Hauer, K. E. (2005). Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Academic Medicine*, 80(7), 641-647.
- Remler, D. K. et Van Ryzin, G. G. (2010). *Research methods in practice: Strategies for description and causation*. Sage Publications.
- Richardsen, A. M. et Burke, R. J. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: Sex differences. *Social Science & Medicine*, 33(10), 1179-1187. doi: 10.1016/0277-9536(91)90234-4
- Rix, E. F., Barclay, L., Wilson, S., Stirling, J. et Tong, A. (2013). Service providers' perspectives, attitudes and beliefs on health services delivery for Aboriginal

- people receiving haemodialysis in rural Australia: a qualitative study. *BMJ Open*, 3(10). doi: 10.1136/bmjopen-2013-003581
- Roy, S. (2010). De l'exclusion à la vulnérabilité. Dans V. Châtel & S. Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité: visages de la fragilisation du social* (p. 13-34). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Rozanski, D. A. et Kubzansky, D. L. (2005). Psychologic Functioning and Physical Health: A Paradigm of Flexibility. *Psychosomatic Medicine*, 67 Suppl 1(1), S47-S53. doi: 10.1097/01.psy.0000164253.69550.49
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340.
- Sanmartin, C., Houle, C., Tremblay, S. et Berthelot, J.-M. (2002). Besoins non satisfaits de soins de santé: évolution. *Rapports sur la santé*, 13(3), 17.
- Sarma, S., Devlin, R. A., Thind, A. et Chu, M. K. (2012). Canadian family physicians' decision to collaborate: age, period and cohort effects. *Social Science and Medicine*, 75(10), 1811-1819. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.028
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, 99-111.
- Schauer, W. R. et Schieve, W. D. (2006). Performance of Medical Students in a Nontraditional Rural Clinical Program, 1998-99 through 2003-04. *Academic Medicine*, 81(7), 603-607. doi: 10.1097/01.ACM.0000232409.20271.7a
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Sage Publications.
- Schreier, M. (2014). *Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten*. Communication présentée Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research.
- Schutte, T., Tichelaar, J., Dekker, R. S., van Agtmael, M. A., de Vries, T. P. et Richir, M. C. (2015). Learning in student-run clinics: a systematic review. *Medical Education*, 49(3), 249-263. doi: 10.1111/medu.12625
- Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les modes de vie sains et Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. (2005). *La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*. Ottawa.
- Shannon, C. K., Baker, H., Jackson, J., Roy, A., Heady, H. et Gunel, E. (2005). Evaluation of a required statewide interdisciplinary Rural Health Education Program: student attitudes, career intents and perceived quality. *Rural and remote health*, 5(4), 405.
- Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM*, 3, 10-10. doi: 10.1186/1747-5341-3-10
- Sheu, L., Lai, C. J., Coelho, A. D., Lin, L. D., Zheng, P., Hom, P., . . . O'Sullivan, P. S. (2012). Impact of Student-Run Clinics on Preclinical Sociocultural and Interprofessional Attitudes: A Prospective Cohort Analysis. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(3), 1058-1072.
- Sheu, L. C., Lai, C. J., Coelho, A. D., Lin, L., Zheng, P., Hom, P., . . . O'Sullivan, P. S. (2011). Impact of Student-Run Clinics on Preclinical Students' Sociocultural Awareness

- and Interprofessional Attitudes: A Prospective Cohort Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 26, S121-S121.
- Sheu, L. C., Zheng, P., Coelho, A. D., Lin, L. D., O'Sullivan, P. S., O'Brien, B. C., . . . Lai, C. J. (2011). Learning Through Service: Student Perceptions on Volunteering at Interprofessional Hepatitis B Student-run Clinics. *Journal of Cancer Education*, 26(2), 228-233. doi: 10.1007/s13187-010-0142-6
- Shi, L. et Stevens, G. (2005). Vulnerability and unmet health care needs. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 148-154. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.40136.x
- Skalická, V., van Lenthe, F., Bambra, C., Krokstad, S. et Mackenbach, J. (2009). Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. *International Journal of Epidemiology*, 38(5), 1272-1284. doi: 10.1093/ije/dyp262
- Smith, J. K. et Weaver, D. B. (2006). Capturing medical students' idealism. *Annals of family medicine*, 4 Suppl 1, S32.
- Smith, S. D., Johnson, M. L., Rodriguez, N., Moutier, C. et Beck, E. (2012). Medical student perceptions of the educational value of a student-run free clinic. *Family Medicine-Kansas City*, 44(9), 646.
- Smucny, T. J., Beatty, T. P., Grant, T. W., Dennison, T. T. et Wolff, T. L. (2005). An Evaluation of the Rural Medical Education Program of the State University of New York Upstate Medical University, 1990–2003. *Academic Medicine*, 80(8), 733-738. doi: 10.1097/00001888-200508000-00006
- Solà, I., Carrasco, J. M., del Campo, P. D., Gracia, J., Orrego, C., Martínez, F., . . . de Gaminde, I. (2014). Attitudes and perceptions about clinical guidelines: a qualitative study with Spanish physicians. *PloS one*, 9(2), e86065.
- Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. (2009). Résumé - Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations - Un Canada en santé et productif: Une approche axée sur les déterminants de la santé. Ottawa: Réseau pancanadien de santé publique.
- Stagg, P., Greenhill, J. et Worley, P. S. (2009). A new model to understand the career choice and practice location decisions of medical graduates. *Rural and remote health*, 9(4), 1245. doi: 10.2165/11203660-000000000-00000
- Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press, USA.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. Basic Books.
- Stern, D. T. (2014). A Hidden Narrative. Dans F. W. Hafferty & J. F. O'Donnell (dir.), *The Hidden Curriculum in Health Professional Education* (p. 23-31). Hanover, New Hampshire: Dartmouth College Press.
- Stewart, M., Reutter, L., Makwarimba, E., Rootman, I., Williamson, D., Raine, K., . . . McFall, S. (2005). Determinants of health-service use by low-income people. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(3), 104-131.
- Stratton, T. D., Saunders, J. A. et Elam, C. L. (2008). Changes in Medical Students' Emotional Intelligence: An Exploratory Study. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 20(3), 279-284. doi: 10.1080/10401330802199625

- Tamuz, M., Giardina, T. D., Thomas, E. J., Menon, S. et Singh, H. (2011). Rethinking resident supervision to improve safety: from hierarchical to interprofessional models. *Journal of Hospital Medicine*, 6(8), 445-452. doi: 10.1002/jhm.919
- Taylor, J. S. et Wendland, C. (2014). The Hidden Curriculum in Medicine's "Culture of No Culture". Dans F. W. Hafferty & J. F. O'Donnell (dir.), *The Hidden Curriculum in Health Professional Education* (p. 53-62). Hanover, New Hampshire: Dartmouth College Press.
- Tervalon, M. et Murray-García, J. (1998). Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125. doi: 10.1353/hpu.2010.0233
- Thistlethwaite, J. E., Kumar, K. et Roberts, C. (2016). Becoming interprofessional. Dans R. L. Cruess, S. R. Cruess & Y. Steinert (dir.), *Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity*: Cambridge University Press.
- Thomas, M., Dyrbye, L., Huntington, J., Lawson, K., Novotny, P., Sloan, J. et Shanafelt, T. (2007). How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 177-183. doi: 10.1007/s11606-006-0039-6
- Todres, M., Tsimtsiou, Z., Stephenson, A. et Jones, R. (2010). The emotional intelligence of medical students: An exploratory cross-sectional study. *Medical Teacher*, 2010, Vol.32(1), p.e42-e48, 32(1), e42-e48. doi: 10.3109/01421590903199668
- Tremblay, M.-C., Richard, L., Brousselle, A. et Beaudet, N. (2014). Learning reflexively from a health promotion professional development program in Canada. *Health Promotion International*, 29(3), 538-548. doi: 10.1093/heapro/dat062
- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches qualitatives*, 38-45.
- Turkeshi, E., Michels, N. R., Hendrickx, K. et Remmen, R. (2015). Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. *BMJ Open*, 5(8), e008265. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008265
- van den Heuvel, M., Au, H., Levin, L., Bernstein, S., Ford-Jones, E. et Martimianakis, M. A. (2014). Evaluation of a Social Pediatrics Elective Transforming Students' Perspective Through Reflection. *Clinical Pediatrics*, 53(6), 549-555. doi: 10.1177/0009922814526974
- van den Heuvel, M., Martimianakis, M. A. T., Levy, R., Atkinson, A., Ford-Jones, E. et Shouldice, M. (2017). Social pediatrics: weaving horizontal and vertical threads through pediatric residency. *BMC Medical Education*, 17. doi: 10.1186/s12909-016-0845-4
- Van Schalkwyk, S. C., Bezuidenhout, J. et De Villiers, M. R. (2015). Understanding rural clinical learning spaces: Being and becoming a doctor. *Medical Teacher*, 37(6), 589-594. doi: 10.3109/0142159x.2014.956064
- Ventres, W. et Gordon, P. (1990). Communication Strategies in Caring for the Underserved. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 1(3), 305-314. doi: 10.1353/hpu.2010.0251

- Vérificateur général du Québec. (2015). Rémunération des médecins: conception et suivi des ententes. *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Von Glasersfeld, E. (1984). An introduction to radical constructivism. *The invented reality, 1740*.
- Voswinkel, S., Gernet, I. et Renault, E. (2007). L'admiration sans appréciation. Les paradoxes de la double reconnaissance du travail subjectivisé. *Travailler, 18*(2), 59. doi: 10.3917/trav.018.0059
- Vygotsky, L. S. (1980). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard university press.
- Waters, B., Hughes, J., Forbes, K. et Wilkinson, D. (2006). Comparative academic performance of medical students in rural and urban clinical settings. *Medical Education, 40*(2), 117-120. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02363.x
- Wear, G. D. et Kuczewski, G. M. (2008). Perspective: Medical Students' Perceptions of the Poor: What Impact Can Medical Education Have? *Academic Medicine, 83*(7), 639-645. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181782d67
- Wee, L. E., Yeo, W. X., Tay, C. M., Lee, J. J. et Koh, G. C. (2010). The pedagogical value of a student-run community-based experiential learning project: the Yong Loo Lin School of Medicine Public Health Screening. *Annals Academy of Medicine Singapore, 39*(9), 686.
- Weissman, J. S., Betancourt, J., Campbell, E. G., Park, E. R., Kim, M., Clarridge, B., . . . Maina, A. W. (2005). Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *Jama, 294*(9), 1058-1067. doi: 10.1001/jama.294.9.1058
- Weissman, J. S., Campbell, E. G., Gokhale, M. et Blumenthal, D. (2001). Residents' preferences and preparation for caring for underserved populations. *Journal of Urban Health, 78*(3), 535-549. doi: 10.1093/jurban/78.3.535
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge university press.
- Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique*. [Québec]: Les Presses de l'Université Laval.
- White, C. B., Kumagai, A. K., Ross, P. T. et Fantone, J. C. (2009). A qualitative exploration of how the conflict between the formal and informal curriculum influences student values and behaviors. *Academic Medicine, 84*(5), 597-603. doi: 10.1097/ACM.0b013e31819fba36
- Whitehead, C. (2007). The doctor dilemma in interprofessional education and care: how and why will physicians collaborate? *Medical education, 41*(10), 1010-1016.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International, 6*(3), 217-228. doi: 10.1093/heapro/6.3.217
- Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A. et De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling, 56*(2), 139-146. doi: 10.1016/j.pec.2004.02.011
- Williamson, D. L., Stewart, M. J., Hayward, K., Letourneau, N., Makwarimba, E., Masuda, J., . . . Wilson, D. (2006). Low-income Canadians' experiences with health-

- related services: implications for health care reform. *Health Policy*, 76(1), 106-121.
- Williamson, M., Gormley, A., Bills, J. et Farry, P. (2003). The new rural health curriculum at Dunedin School of Medicine: how has it influenced the attitudes of medical students to a career in rural general practice? *The New Zealand medical journal*, 116(1179), U537.
- Wilson, M. et Cleland, J. (2008). Evidence for the acceptability and academic success of an innovative remote and rural extended placement. *Rural Remote Health*, 8(3), 960.
- Woloschuk, W., Harasym, P. H. et Temple, W. (2004). Attitude change during medical school: a cohort study. *Medical education*, 38(5), 522.
- Young, L., Rego, P. et Peterson, R. (2008). Clinical Location and Student Learning: Outcomes From the LCAP Program in Queensland, Australia. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 20(3), 261-266. doi: 10.1080/10401330802199583
- Zink, T., Power, D. V., Finstad, D. et Brooks, K. D. (2010). Is there equivalency between students in a longitudinal, rural clerkship and a traditional urban-based program? *Family medicine*, 42(10), 702.
- Zink, T., Power, D. V., Olson, K., Harris, I. B. et Brooks, K. D. (2010). Qualitative differences between traditional and rural-longitudinal medical student OSCE performance. *Family medicine*, 42(10), 707.

ANNEXE 1 – COURRIEL DE RECRUTEMENT A

(adressé aux médecins – ex-stagiaires de La Maison Bleue)

English version follows

Objet : Recrutement dans le cadre d’une étude portant sur l’expérience de stage à La Maison Bleue

Cher (Chère) Dr (Dre) (NOM),

La Maison Bleue, qui a eu la chance de vous accueillir en ses murs au cours des dernières années, célèbre ses 10 ans dans le quartier Côte-des-Neiges, alors qu’une deuxième Maison a vu le jour en 2011 dans le quartier Parc-Extension et qu’une troisième a ouvert ses portes en février 2017, dans le quartier Saint-Michel. Toujours en développement, l’organisme a à cœur une implication active aux côtés de la communauté scientifique en vue de mieux connaître l’intérêt, la portée et les limites de son modèle organisationnel, de bonifier sa réflexion stratégique et de maximiser son apport à l’amélioration de l’offre de service de première ligne, au Québec.

C’est dans ce contexte que nous vous invitons, à titre d’ancien(ne) stagiaire ou résident(e), à participer à une étude s’intéressant aux apprentissages que vous avez retirés de votre expérience à La Maison Bleue et à leur applicabilité dans vos pratiques actuelles de première ligne. Cette étude est menée par Madame Julie Massé, étudiante à la maîtrise en santé communautaire avec mémoire à l’Université Laval sous la supervision de Mme Élisabeth Martin, Ph.D. et de Mme Sophie Dupéré, Ph.D. Dans le cadre de ce projet, Mme Massé réalise des entretiens individuels d’une durée de 45 à 60 minutes avec des médecins ayant transité par La Maison Bleue dans le cadre de leur parcours de formation clinique. Ces entretiens ont la possibilité d’être réalisés en personne, par Skype ou par téléphone.

Si vous êtes médecin diplômé depuis un an ou plus, que vous oeuvrez au sein d’une organisation assurant la prestation de soins et services de première ligne et que vous êtes intéressé(e) à participer à cette étude qui contribuera à l’avancement des connaissances sur le modèle interventionnel de La Maison Bleue en tant qu’espace de formation et de stage, vous êtes prié(e) de remplir le formulaire en ligne disponible [ici](#). Suite à la réception de ces informations, Mme Massé se chargera de fournir aux médecins intéressés un feuillet d’information qui présente le projet plus en détails.

Vous remerciant à l’avance de votre intérêt et de votre appui, nous vous transmettons nos plus sincères salutations,

Signature...

COURRIEL DE RECRUTEMENT (adressé aux médecins – ex-stagiaires de La Maison Bleue) - English version

Subject: Recruitment for a research project on the traineeship experience at La Maison Bleue

Dear Dr (NAME),

La Maison Bleue, which had the chance to welcome you as a trainee or resident in recent years, is celebrating its 10th birthday in the Côte-des-Neiges district, while a second Maison Bleue was founded in 2011 in the Parc-Extension district and a third opened in February 2017 in the Saint-Michel district. Still under development, the organization is committed to active involvement with the scientific community in order to better understand the interest, scope and limitations of its organizational model, to improve its strategic planning and to maximize its contribution to the improvement of the primary health care offer in Quebec.

It is in this context that we invite you, as a former trainee or resident, to participate in a study on the learning you have gained from your experience at La Maison Bleue and its applicability in your current primary care practice. This study is conducted by Ms Julie Massé, a Master's student in Community Health at Université Laval, under the supervision of Élisabeth Martin, Ph.D. and Sophie Dupéré, Ph.D. Within this project, Ms Massé conducts individual interviews lasting 45 to 60 minutes with clinicians who have experienced La Maison Bleue as part of their clinical training. These interviews can be done in person, by Skype or by phone.

This study will contribute to the advancement of knowledge about La Maison Bleue's interventional model as a training space. If you have graduated as a physician one year ago or more, are currently working in an organization that provides primary care services and are interested in participating in this study, you are invited to fill in the online form available [here](#). Following receipt of this information, Ms. Massé will provide you with an information sheet that will present the project in more detail.

Thank you in advance for your interest and support.
Regards.

Signature...

ANNEXE 2 – COURRIEL DE RECRUTEMENT B

(adressé aux informateurs-clés du milieu universitaire et du CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal)

English version follows

Objet : Étude portant sur l'expérience de stage à La Maison Bleue

Madame, Monsieur,

La Maison Bleue célèbre ses 10 ans dans le quartier Côte-des-Neiges, alors qu'une deuxième Maison a vu le jour en 2011 dans le quartier Parc-Extension et qu'une troisième a ouvert ses portes en février 2017, dans le quartier Saint-Michel. Toujours en développement, l'organisme a à cœur une implication active aux côtés de la communauté scientifique en vue de mieux connaître l'intérêt, la portée et les limites de son modèle organisationnel, de bonifier sa réflexion stratégique et de maximiser son apport à l'amélioration de l'offre de service de première ligne, au Québec.

C'est dans ce contexte que nous vous invitons, à titre de partenaire de la mise en œuvre de l'offre de stages à La Maison Bleue, à participer à une étude s'intéressant aux apprentissages retirés d'une expérience à La Maison Bleue par les stagiaires en médecine et à l'applicabilité de ces apprentissages dans leurs pratiques ultérieures en première ligne. Cette étude est menée par Madame Julie Massé, étudiante à la maîtrise en santé communautaire avec mémoire à l'Université Laval sous la supervision de Mme Élisabeth Martin, Ph.D. et de Mme Sophie Dupéré, Ph.D. Dans le cadre de ce projet, en plus d'entrevues individuelles avec des médecins ayant transité par La Maison Bleue, Mme Massé réalise quelques entretiens d'environ 45 minutes avec des informateurs-clés du milieu universitaire et du CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal.

Nous apprécierions grandement si vous ou un collègue particulièrement au fait de l'historique du partenariat entre votre organisation et La Maison Bleue, des modalités administratives d'attribution des stages, et des caractéristiques de La Maison Bleue comme milieu de stages, pouviez rencontrer Mme Massé. Si vous êtes intéressé(e) à participer à cette étude qui contribuera à l'avancement des connaissances sur le modèle interventionnel de La Maison Bleue en tant qu'espace de formation et de stage, vous êtes prié(e) de bien vouloir contacter directement Mme Massé au julie.masse.1@ulaval.ca ou par téléphone au (numéro de téléphone).

Vous remerciant à l'avance de votre intérêt et de votre appui, nous vous transmettons nos plus sincères salutations,

Signature...

ANNEXE 3 – FORMULAIRE WEB

(À JOINDRE AU COURRIEL DE RECRUTEMENT DES MÉDECINS)

English version follows

Bonjour,

Je tiens en premier lieu à vous remercier pour l'intérêt manifesté envers le projet de recherche voulant répondre à la question de recherche suivante :

Comment et dans quelle mesure les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue s'actualisent-ils dans les pratiques de première ligne des médecins y ayant transité dans le cadre de leurs parcours de formation clinique?

Le court formulaire qui suit a pour objectif de :

- i identifier les médecins intéressés à participer au projet de recherche et consentant à ce que leurs coordonnées soient transmises à l'étudiante-chercheuse ;
- ii dresser le profil de ces participants potentiels pour en confirmer la concordance avec un certain nombre de critères d'inclusion (être médecin diplômé depuis un an ou plus ; avoir transité par La Maison Bleue dans le cadre du parcours de formation clinique (stages précliniques, externat et/ou résidence) ; pratiquer activement au sein d'une organisation assurant la prestation de services de première ligne), contextualiser la collecte de données, assurer la diversification de l'échantillon puis permettre une stratégie d'analyse pointue, définie en fonction de critères susceptibles de contribuer aux variations du discours des participants.

Merci à l'avance d'y répondre au meilleur de votre connaissance.

Julie Massé, MBA

Étudiante à la maîtrise en santé communautaire, Université Laval

Questionnaire

Consentement à la transmission d'informations personnelles (Section obligatoire)

1 Par la présente, je confirme mon intérêt à participer à la présente étude et, par conséquent, je consens à ce que mes coordonnées soient transmises à l'étudiante-chercheuse pour la poursuite des démarches (transmission du feuillet d'informations détaillé, formulaires de consentement, prise de rendez-vous, etc.)

Oui, je confirme et consens (coche obligatoire pour passer aux questions suivantes)

Vos coordonnées (Section obligatoire)

2 Votre nom : _____

3 Numéro de téléphone auquel vous souhaitez être rejoint(e) par l'étudiante-

chercheure : _____

4 Adresse courriel à laquelle vous souhaitez être rejoint(e) par l'étudiante-chercheure :

Votre profil professionnel (Section non obligatoire. En cas de non-réponse, le formulaire sera administré par téléphone ou en personne, en introduction à l'entretien. Le répondant est libre de refuser de répondre à une ou plusieurs questions sans que cela n'affecte sa possibilité de participer à l'étude)

5 Êtes-vous médecin diplômé?

Oui Non (précisez : _____)

Si oui, depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

moins d'un an 1 an 2 ans 3 ans 4 ans plus de 4 ans

Êtes-vous médecin de famille ?

Oui Non (précisez votre spécialité : _____)

De quel établissement avez-vous obtenu votre diplôme ?

Université Laval Université McGill Université de Montréal

Université de Sherbrooke Autre (précisez : _____)

6 Avez-vous réalisé un stage à La Maison Bleue dans le cadre d'une formation universitaire en médecine?

Oui Non (précisez : _____)

Si oui, de quel type de stage s'agit-il ?

Stage In community – médecine familiale (Université de Montréal)

Stage en médecine communautaire et engagement social (Université de Montréal)

Résidence en médecine familiale (McGill et Université de Montréal)

Stage d'observation en médecine familiale (McGill et Université de Sherbrooke)

Autre (précisez : _____)

Combien de temps votre stage a-t-il duré ?

Quelques heures Quelques jours Quelques semaines Plusieurs semaines

Si vous êtes en mesure de préciser la durée exacte de votre stage, nous vous invitons à le faire : _____

À quel moment de votre parcours a-t-il eu lieu ?

Formation préclinique Externat Résidence (précisez : _____) Autre (précisez : _____)

Avez-vous délibérément choisi de faire un stage à La Maison Bleue ?

Oui Non, ce milieu de stage m'a été imposé

7 Pratiquez-vous activement au Québec au sein d'une organisation assurant la prestation de services de première ligne ? (Veuillez cocher tous les milieux au sein desquels vous pratiquez actuellement)

- Oui, en GMF Oui, en UMF/GMF-U Oui, en clinique réseau
 Oui, en clinique médicale privée Oui, en CLSC
 Oui, en centre hospitalier (précisez : _____) Oui, en CHSLD
 Oui, dans un autre type d'organisation de première ligne (précisez : _____)
 Non (précisez : _____)

Si oui, depuis quand y pratiquez-vous ? (Veuillez choisir une durée pour chaque milieu coché à la question précédente)

En GMF

- moins d'un an 1 an 2 ans 3 ans 4 ans plus de 4 ans

En UMF/GMF-U

- moins d'un an 1 an 2 ans 3 ans 4 ans plus de 4 ans

En clinique réseau

- moins d'un an 1 an 2 ans 3 ans 4 ans plus de 4 ans

En clinique médicale privée

- moins d'un an 1 an 2 ans 3 ans 4 ans plus de 4 ans

En CLSC

- moins d'un an 1 an 2 ans 3 ans 4 ans plus de 4 ans

En centre hospitalier

- moins d'un an 1 an 2 ans 3 ans 4 ans plus de 4 ans

En CHSLD

- moins d'un an 1 an 2 ans 3 ans 4 ans plus de 4 ans

Dans un autre type d'organisation de première ligne

- moins d'un an 1 an 2 ans 3 ans 4 ans plus de 4 ans

Pratiquez-vous en milieu rural ou urbain ?

- rural urbain les deux

Données sociodémographiques

8 Votre sexe

- Femme Homme

9 Votre âge

- Moins de 25 ans 25 à 29 ans 30 à 34 ans 35 à 39 ans 40 à 44 ans
 45 à 49 ans 50 ans et plus

**FORMULAIRE WEB À JOINDRE AU COURRIEL DE RECRUTEMENT DES
MÉDECINS – English Version**

I would first like to thank you for your interest in this research study addressing the following question:

How and to what extent does the learning gained from an internship experience at La Maison Bleue translate into the primary care practices of physicians who have undergone it as part of their clinical training?

The following short form aims to:

- i. identify physicians interested in participating in the research project and consenting to the transmission of their contact information to the student-researcher;
- ii. gather information about the potential participants to confirm the consistency of their profile with a number of inclusion criteria (to be a physician who has graduated over a year ago or more; to have experienced La Maison Bleue as part of clinical training, to be currently working in an organization that provides primary care and services), to contextualize data collection, to ensure diversification of the sample, and to allow for a in-depth and detailed analysis strategy.

Please answer to the best of your knowledge.

Regards,

Julie Massé, MBA

Master's Student in Community Health, Université Laval

Consent to the transmission of personal information (Mandatory section)

1. I hereby confirm my interest in participating in this study and, therefore, consent to my contact information being forwarded to the student-researcher for further utilisation (transmitting Information and Consent form, scheduling appointments, etc.)
- Yes, I confirm and agree (checkmark required to skip to next questions)

Your contact information (Mandatory section)

2 Your name: _____

3 Telephone number at which the student-researcher may contact you: _____

4 Email address where you may be contacted by the student-researcher: _____

Your professional profile (Non-mandatory section. In the event of a non-response, the form will be administered by telephone or in person as an introduction to the interview. The respondent is free to refuse to answer one or more questions.)

5 Are you a graduate physician?

Yes No (specify: _____)

If so, for how long have you been a graduate physician?

less than 1 year 1 year 2 years 3 years 4 years more than 4 years

Are you a family physician?

Yes No (specify your specialty: _____)

Which institution did you graduate from?

Université Laval McGill University Université de Montréal

Université de Sherbrooke Other (specify: _____)

6 Did you complete an internship (preclinical, clerkship or residency) at La Maison Bleue as part of your medical education?

Yes No (specify: _____)

If yes, what type of traineeship was it?

Internship in Family Medicine (Université de Montréal)

Internship in Community Medicine and Social Engagement (Université de Montréal)

Residency in Family Medicine (McGill and Université de Montréal)

Observational internship in Family Medicine (McGill and Université de Sherbrooke)

Other (specify: _____)

How long did your internship last?

Few hours Few days Few weeks Several weeks

If you are able to specify the exact duration of your internship, we invite you to do so:

At what point of your academic journey did the intership take place?

Preclinical Clerkship Residency (specify: _____) Other (specify: _____)

Had you deliberately chosen to do an internship at La Maison Bleue?

Yes No, this training environment was imposed

7 Do you actively practice in Quebec within an (or several) organization(s) that provide(s) primary care services? (Please check all the settings in which you are currently practicing)

Yes, in FMG Yes, in FMU Yes, in a network clinic

- Yes, in a private medical clinic Yes, in CLSC
- Yes, in a hospital setting (specify: _____) Yes, in a CHSLD
- Yes, in another type of primary care organization (specify: _____)
- No (specify: _____)

If so, how long have you been working there? (Please choose a duration for each setting checked at the previous question)

in FMG

- less than 1 year 1 year 2 years 3 years 4 years more than 4 years

in FMU

- less than 1 year 1 year 2 years 3 years 4 years more than 4 years

in a network clinic

- less than 1 year 1 year 2 years 3 years 4 years more than 4 years

In a private medical clinic

- less than 1 year 1 year 2 years 3 years 4 years more than 4 years

In a CLSC

- less than 1 year 1 year 2 years 3 years 4 years more than 4 years

In hospital setting

- less than 1 year 1 year 2 years 3 years 4 years more than 4 years

In CHSLD

- less than 1 year 1 year 2 years 3 years 4 years more than 4 years

In another type of primary care organisation

- less than 1 year 1 year 2 years 3 years 4 years more than 4 years

Do you practice in rural or urban areas?

- rural urban both

Sociodemographic data (Non-mandatory section. In the event of a non-response, the form will be administered by telephone or in person as an introduction to the interview. The respondent is free to refuse to answer one or more questions.)

8 Your sex

- Female Male

9 Your age

- Less than 25 years old 25 to 29 years old 30 to 34 years old 35 to 39 years old 40 to 44 years old 45 to 49 years 50 years and over

ANNEXE 4 – GUIDE D’ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE (MÉDECINS)

Présentation du projet de recherche

Dans le cadre d’un projet de maîtrise en santé communautaire, nous nous intéressons à l’expérience de stage des médecins ayant transité par l’organisme La Maison Bleue au cours de leur parcours de formation clinique. Notre objectif est, dans un premier temps, de documenter, du point de vue de ces médecins, la nature des apprentissages réalisés à travers l’expérience de stage à La Maison Bleue et les caractéristiques propres à l’expérience ayant influencé ces apprentissages. Aussi, la recherche voudra contribuer à la compréhension des modalités d’actualisation ou non de ces apprentissages dans les pratiques médicales ultérieures en première ligne.

- Remerciements
- Rappel des modalités de consentement éthique
- Explication du déroulement de l’entretien
- Questions
- Signature du formulaire de consentement

Introduction

- 1. Pour débiter, pourriez-vous me dresser un bref portrait de votre parcours académique puis de votre carrière et de vos responsabilités actuelles ?**

Note pour l’interviewer : Choix délibéré de faire un stage à La Maison Bleue? Si oui, pourquoi? D’autres stages en milieu communautaire?

Première partie : Les apprentissages retirés d’une expérience de stage à La Maison Bleue

Cette première section a pour but de mieux comprendre votre expérience de stage à La Maison et ce que vous en avez retiré.

- 2. Pourriez-vous me dresser le portrait de votre expérience de stage à La Maison Bleue?**

Note pour l’interviewer : quel type de stage a été réalisé, à quelles situations cliniques ont-ils été confrontés, auprès de quelle clientèle sont-ils intervenu, quelles responsabilités? etc. ?

- 3. Qu’avez-vous retiré concrètement de cette expérience de stage?**

Note pour l’interviewer : apprentissages, compétences, habiletés et, aptitudes développées, valeurs, croyances, changements d’attitudes, etc.

- 4. À quoi attribuez-vous ces apprentissages?**

Note pour l’interviewer : caractéristiques du milieu d’accueil, de la clientèle, de

l'encadrement, profil individuel de l'apprenant, parcours de formation médicale préalable, etc.

Deuxième partie : L'actualisation des apprentissages en milieu de pratique médical

Cette deuxième section a pour but de mieux comprendre comment et dans quelle mesure les apprentissages retirés de l'expérience de stage à La Maison s'actualisent dans vos pratiques médicales actuelles en première ligne.

- 5. Selon vous, y a-t-il lieu d'appliquer concrètement les apprentissages retirés de votre expérience de stage à La Maison Bleue dans vos pratiques actuelles en première ligne?**
 - a. Si oui, qu'apportent selon vous ces apprentissages à votre pratique?
 - b. Sinon, pourriez-vous m'en expliquer les principales raisons?

- 6. Suite à votre expérience de stage à La Maison Bleue, aviez-vous l'intention de mettre en application les apprentissages réalisés dans votre pratique médicale ultérieure?**
 - a. Si oui, quelle importance cette perspective d'actualisation des apprentissages revêtait-elle pour vous?
 - b. Si non, à quoi l'attribuez-vous?

- 7. Appliquez-vous effectivement ces apprentissages dans votre (vos) milieu(x) de pratique en première ligne?**
 - a. Si oui, comment cette mise en application s'articule-t-elle concrètement?
Note pour l'interviewer : Pourriez-vous de donner des exemples concrets (ex. : sensibilité à la réalité de la clientèle vulnérable : accommodements, référence à des organismes)?
 - b. Sinon, passer à la question 8

- 8. Pourriez-vous me parler, s'il y a lieu, des barrières et défis que vous percevez à la mise en application des apprentissages retirés de votre expérience de stage à La Maison Bleue dans votre pratique actuelle?**
 - a. Est-ce que ces défis varient selon les milieux de pratique de 1^{re} ligne dans lesquels vous exercez ?

- 9. Pourriez-vous, en contrepartie, me parler de certains éléments qui facilitent la mise en application des apprentissages retirés de votre expérience de stage à La Maison Bleue?**

- a. Est-ce que ces éléments facilitants varient selon les milieux de pratique de 1re ligne dans lesquels vous exercez ?

Conclusion

10. En conclusion, en portant un regard sur votre propre expérience et ses répercussions, vous semble-t-il pertinent que les étudiants en médecine soient exposés à des environnements de stage comme La Maison Bleue? Pourquoi?

Note pour l'interviewer : Pour relancer au besoin, voir si les facultés de médecine devraient, de l'avis du médecin participant, développer davantage l'offre de stages dans des milieux comme La Maison Bleue? Pourquoi?

- Y a-t-il des aspects ou des informations que nous n'avons pas discutés et qui vous semblent importants à mentionner ?
- Accepteriez-vous que l'on vous recontacte pour obtenir des informations complémentaires, des précisions, ou pour valider avec vous nos analyses au besoin ? Si oui, quel est le meilleur moyen pour vous rejoindre ?
- Accepteriez-vous de nous recommander d'autres participants?
- Remerciements
- Questions et commentaires
- Informations concernant la diffusion des résultats de la recherche

ANNEXE 5 – GUIDE D’ENTRETIEN PRÉLIMINAIRE (INFORMATEURS-CLÉS)

A- Pour les informateurs de La Maison Bleue

Présentation du projet de recherche

Dans le cadre d'un projet de maîtrise en santé communautaire, nous nous intéressons à l'expérience de stage des médecins ayant transité par l'organisme La Maison Bleue au cours de leur parcours de formation clinique. Notre objectif est, dans un premier temps, de documenter, du point de vue de ces médecins, la nature des apprentissages réalisés à travers l'expérience de stage à La Maison Bleue et les caractéristiques propres à l'expérience ayant influencé ces apprentissages. Aussi, la recherche voudra contribuer à la compréhension des modalités d'actualisation ou non de ces apprentissages dans les pratiques médicales ultérieures en première ligne.

- Remerciements
- Rappel des modalités de consentement éthique
- Explication du déroulement de l'entretien
- Questions
- Signature du formulaire de consentement

Première partie : L'offre de stages à La Maison Bleue

Cette première section a pour but de mieux comprendre l'historique, les caractéristiques et particularités de l'offre de stages à La Maison Bleue.

- 1. Quelle importance La Maison Bleue accorde-t-elle à la formation et l'enseignement au sein de sa mission? Y a-t-il eu une évolution à ce niveau depuis la création de l'organisme?**
- 2. Depuis quelle année La Maison Bleue accueille-t-elle des stagiaires? Quels types de professionnels en formation sont accueillis?**
- 3. Approximativement combien de stagiaires en médecine La Maison Bleue accueille-t-elle annuellement? Ce chiffre représente approximativement quelle proportion de l'ensemble des étudiants accueillis dans le cadre de stages?**
- 4. Comment l'attribution des stages aux étudiants en médecine s'articule-t-elle administrativement et logistiquement parlant entre le CIUSSS, les Facultés de médecine et La Maison Bleue ?**
- 5. Quels sont les différents types de stages en médecine offerts à La Maison Bleue et comment chacun s'articule-t-il concrètement (durée, participation, encadrement, etc.)?**
- 6. Quelles sont, selon vous, les principales caractéristiques de La Maison Bleue pouvant influencer les apprentissages réalisés par les stagiaires en médecine qui y transitent?**

Note pour l'interviewer : explorer notamment les particularités par rapport aux milieux de stage traditionnel

Deuxième partie : L'actualisation des apprentissages retirés d'un stage à La Maison Bleue

Cette deuxième et dernière section a pour objectif d'apprécier votre perception de l'applicabilité des apprentissages retirés par les étudiants en médecine transitant par La Maison Bleue dans le cadre d'un stage à leur pratique médicale ultérieure.

- 7. Comment les étudiants qui transitent par La Maison Bleue dans le cadre d'un stage peuvent-ils, à votre avis, envisager mettre en application les apprentissages retirés dans leurs pratiques en première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois?**

B – Pour les informateurs du milieu universitaire (i.e : responsables de stages de Facultés de médecine) et du CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal

Présentation du projet de recherche

Dans le cadre d'un projet de maîtrise en santé communautaire, nous nous intéressons à l'expérience de stage des médecins ayant transité par l'organisme La Maison Bleue au cours de leur parcours de formation clinique. Notre objectif est, dans un premier temps, de documenter, du point de vue de ces médecins, la nature des apprentissages réalisés à travers l'expérience de stage à La Maison Bleue et les caractéristiques propres à l'expérience ayant influencé ces apprentissages. Aussi, la recherche voudra contribuer à la compréhension des modalités d'actualisation ou non de ces apprentissages dans les pratiques médicales ultérieures en première ligne.

- Remerciements
- Rappel des modalités de consentement éthique
- Explication du déroulement de l'entretien
- Questions
- Signature du formulaire de consentement

Première partie : L'offre de stages à La Maison Bleue

Cette première section a pour but de mieux comprendre les modalités de gestion administrative, l'historique, les caractéristiques et particularités de l'offre de stages à La Maison Bleue.

- 1. Comment l'attribution des différents milieux de stages aux étudiants en médecine s'articule-t-elle, administrativement et logistiquement parlant ? Dans le cas précis des stages à La Maison Bleue, quelles sont les responsabilités respectives du milieu universitaire (Facultés de médecine) et du CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal?**
- 2. Depuis combien de temps des étudiants (de votre faculté) transitent-ils par La Maison Bleue dans le cadre de leur parcours de formation clinique? Qu'est-ce**

qui vous a motivé à intégrer une offre de stage comme celle-ci dans le parcours de formation? Comment cette intégration a-t-elle été orchestrée?

- 3. Annuellement combien d'étudiants (*de votre faculté*) transitent par La Maison Bleue dans le cadre de stages? Quelle proportion totale des stages en médecine gérés par votre organisation cela représente-t-il?**

Deuxième partie : Les apprentissages retirés par les étudiants en médecine d'un stage à La Maison Bleue

Cette deuxième et dernière section a pour objectif d'apprécier votre perception des principaux apprentissages retirés par les étudiants en médecine d'une expérience de stage à La Maison Bleue puis de l'applicabilité de ces apprentissages à leur pratique médicale ultérieure.

- 4. Selon vous, quels apprentissages particuliers les étudiants sont-ils susceptibles de retirer d'un stage à La Maison Bleue? Quelles compétences particulières votre institution souhaite-t-elle voir les étudiants acquérir à travers cette expérience?**
- 5. Quels avantages et quels inconvénients l'exposition des étudiants à un environnement de stage communautaire comme La Maison Bleue présente-t-elle, selon votre organisation?**
- 6. Comment les étudiants qui transitent par La Maison Bleue dans le cadre d'un stage peuvent-ils, à votre avis, envisager mettre en application les apprentissages retirés dans leurs pratiques en première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois?**

ANNEXE 6 - FEUILLET D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE À L'ATTENTION DES MÉDECINS

Titre du projet : *Les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue
et leur applicabilité aux pratiques de première ligne : perceptions et vécu de médecins*

**No. et date d'approbation par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du
Centre-Ouest de l'Île de Montréal :**
17-043 31-05-2017

**No. et date d'approbation par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université
Laval :**
2017-193 25-07-2017

Type de projet : Mémoire de maîtrise

Étudiante-chercheuse principale : Julie Massé, MBA
Étudiante à la maîtrise en santé communautaire avec mémoire
Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine
Université Laval

Directrice: Élisabeth Martin, Ph. D.
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

Codirectrice: Sophie Dupéré, Ph. D.
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

POUR INFORMATION, VOUS POUVEZ CONTACTER :

L'étudiante-chercheuse : Julie Massé au (numéro de téléphone)

ou par courriel au julie.masse.1@ulaval.ca

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise en santé communautaire de Mme Julie Massé, sous la direction de Mme Élisabeth Martin Ph.D. et la codirection de Mme Sophie Dupéré, Ph.D., de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche traitant des répercussions d'une expérience de stage à La Maison Bleue sur les pratiques des médecins de première ligne y ayant transité dans le cadre du parcours de formation clinique. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous consentez effectivement à prendre part à l'étude, vous devrez signifier votre consentement à l'étudiante-chercheuse suite à la présentation des informations contenues dans le présent document en phase d'introduction à l'entretien. Par ailleurs, le présent formulaire, dûment signé, devra dès que possible être remis à l'étudiante-chercheuse soit en main propre, soit par la poste ou par voie électronique. Vous pourrez aussi en conserver une copie pour vos dossiers personnels.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer en cas de besoin. Nous vous invitons à communiquer à l'étudiante-chercheuse toutes les questions et préoccupations que vous avez quant à votre participation au projet avant de fournir un consentement que nous souhaitons libre et éclairé.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Dans la mesure où on connaît peu les apprentissages retirés d'une expérience de stage en milieu communautaire non-traditionnel par les étudiants de médecine qui y transitent et l'applicabilité de ceux-ci aux pratiques ultérieures en première ligne, la présente étude voudra répondre à la question de recherche suivante :

Comment et dans quelle mesure les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue s'actualisent-ils dans les pratiques de première ligne des médecins y ayant transité dans le cadre de leurs parcours de formation clinique?

Les objectifs de recherche qui en découlent se déclinent donc ainsi :

- Documenter, du point de vue des médecins y ayant transité dans le cadre de leur parcours de formation clinique, la nature des apprentissages réalisés à travers l'expérience de stage à La Maison Bleue et les caractéristiques de l'expérience qui ont influencé ces apprentissages;
- Comprendre, de leur point de vue, comment les apprentissages réalisés sont actualisés ou non dans leurs pratiques en première ligne.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

La présente recherche sera réalisée selon les principes de la méthodologie qualitative à travers une cueillette de données fondée sur une douzaine d'entrevues individuelles menées auprès de médecins ayant transité par La Maison Bleue dans le cadre de leur parcours de formation clinique et pratiquant aujourd'hui activement en première ligne, au Québec. Le recrutement est assuré en collaboration avec La Maison Bleue qui contacte ses anciens stagiaires afin de brièvement présenter le projet, solliciter leur participation et présenter l'étudiante-chercheuse. Tout médecin intéressé sera invité à remplir un questionnaire en

ligne autorisant la communication de ses coordonnées à l'étudiante-chercheuse et permettant à cette dernière de dresser un bref profil des participants. L'étudiante-chercheuse n'aura accès qu'aux coordonnées et informations des médecins y ayant consenti et ce *via* le formulaire transmis. Les participants ainsi recrutés ne seront rencontrés qu'une seule fois chacun dans le cadre d'un entretien d'une durée de 45 à 60 minutes. Nous privilégions la tenue d'entrevues en face à face, sur votre lieu de pratique ou à un autre endroit que vous jugerez opportun. Si, pour des raisons d'horaire ou d'éloignement géographique une telle rencontre ne pouvait avoir lieu, un entretien par Skype ou par voie téléphonique vous sera proposé. Avec votre consentement, l'entretien sera enregistré pour ensuite être retranscrit pour analyse. Notez que toutes les informations recueillies ne seront utilisées qu'aux fins de la présente étude et qu'une grande importance sera accordée à la confidentialité de ces informations.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

À notre connaissance, aucune dimension de l'étude n'a le potentiel de nuire de quelque façon aux participants, le seul inconvénient étant lié au temps requis pour la lecture du présent document et la tenue de l'entrevue.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Cette recherche constitue pour vous une occasion de réfléchir à votre expérience de formation clinique, à sa richesse et sa pertinence puis à l'applicabilité des apprentissages retirés dans votre milieu de pratique de première ligne actuel. Nous estimons que les résultats seront d'intérêt dans la mesure où vous pourrez miser sur l'enrichissement de vos connaissances sur le sujet à l'étude pour potentiellement alimenter un discours promoteur de changement dans votre milieu de pratique.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Tous les participants demeurent libres de se retirer en tout temps du projet et ce sans préjudice. Si vous décidez de vous retirer avant que l'entrevue ne commence, vous n'aurez pas à participer à l'entrevue. Si vous vous retirez pendant l'entrevue, l'entrevue sera interrompue et l'étudiante-chercheuse vérifiera si vous acceptez que les données fournies soient conservées pour fins d'analyse ou si vous préférez qu'elles soient détruites. Si vous souhaitez vous retirer après l'entrevue, mais avant que le rapport de recherche final ne soit rédigé, vous pourrez contacter l'étudiante-chercheuse et lui spécifier les données à détruire. Il vous est aussi possible de refuser de répondre à certaines questions posées en cours d'entretien, sans préjudice.

CONFIDENTIALITÉ ET GESTION DES DONNÉES

Étant donné le petit nombre d'entrevues réalisées et le fait que certains pourront considérer, en témoignant de leur expérience, révéler des informations sensibles tant pour eux-mêmes que pour La Maison Bleue ou leurs collaborateurs actuels en milieu de soins, l'étudiante-chercheuse portera une attention particulière au maintien de la confidentialité des propos recueillis. Voici la liste des mesures qui seront prises pour assurer la confidentialité des informations que vous partagerez :

- Les noms des participants ne paraîtront ni dans les transcriptions, ni dans les rapports produits, ni dans le cadre des autres activités de diffusion des résultats. En effet, afin de préserver l'anonymat en tout temps, un code alphanumérique aléatoire sera attribué à chaque participant et sera utilisé pour l'identifier. Seules l'étudiante-chercheuse, sa directrice et sa codirectrice auront accès à la liste des noms et des codes;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- Les données recueillies de même que les consentements seront gardés en lieu sûr et gérés par l'étudiante-chercheuse avec précaution et minutie dans un classeur sous clé ou dans un ordinateur protégé par un mot de passe;
- Les fichiers dans l'ordinateur seront aussi individuellement protégés par un mot de passe;
- Toutes les transcriptions seront assurées par l'étudiante-chercheuse elle-même;
- Les données brutes en format électronique et papier seront partagées entre l'étudiante-chercheuse, sa directrice et sa codirectrice seulement. La Maison Bleue n'aura accès qu'aux données analysées et anonymisées;
- Une attention sera portée, dans la rédaction et le choix des extraits rapportés dans les documents produits, à ce qu'aucun participant ne puisse être reconnu. En aucun moment le lecteur ne sera en mesure d'attribuer les propos rapportés à un individu en particulier. Si, au cours de l'entrevue, les informateurs devaient communiquer des informations de nature privée, sensible ou confidentielle, il sera possible de signaler à l'étudiante-chercheuse que ces informations ne peuvent être citées.
- Les matériaux de recherche seront conservés pendant un an après la fin du projet, délai à la suite duquel ils seront détruits de façon permanente. Pour ce faire, tout matériel en version papier sera déchiqueté par l'étudiante-chercheuse à l'aide de l'équipement approprié. Aussi, tout matériel en version électronique sera effacé de façon définitive du disque dur sur lequel il était sauvegardé et ce en utilisant le logiciel FileShredder 2.1 de VoidTech Inc.
- À des fins de suivi d'assurance qualité du présent projet de recherche, le dossier de recherche contenant votre nom pourrait être consulté par une personne mandatée du comité d'éthique de la recherche. Cette personne adhère à une politique de confidentialité.

COMPENSATION

Aucun s ne sera dédommagé pour sa collaboration à cette étude.

DIFFUSION DES RÉSULTATS

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande. Les participants intéressés pourront indiquer, dans la section « autorisation supplémentaires » du formulaire, l'adresse électronique ou postale à laquelle ils aimeraient recevoir ledit document.

De même, une séance de présentation et d'échange sur les résultats de l'étude sera aussi organisée. Les participants intéressés à y être conviés pourront indiquer, dans la section « autorisation supplémentaires » du formulaire, l'adresse électronique ou postale à laquelle l'invitation devra leur être acheminée.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec :

Julie Massé, MBA, Étudiante à la maîtrise en santé communautaire
Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval
(numéro de téléphone) ou Julie.masse.1@ulaval.ca

PLAINTES OU CRITIQUES

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS Centre-ouest de l'île de Montréal au 514 340-8222 poste 25833.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de mener à bien ce projet de recherche. Nous vous remercions très sincèrement pour votre participation.

CONSENTEMENT

Je, soussigné(e) _____, consens librement à participer à la recherche intitulée « *Les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue et leur applicabilité aux pratiques de première ligne : perceptions et vécu de médecins* ». J'ai pris connaissance des informations fournies précédemment et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'équipe de recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Nom du participant	Signature du participant	Date
--------------------	--------------------------	------

Autorisations complémentaires

Je consens à ce que l'entretien soit enregistré sur support numérique.

OUI NON

Je souhaite être avisé des résultats de cette recherche.

OUI NON

Si oui, merci de nous indiquer l'adresse électronique ou postale à laquelle le document devra vous être acheminé :

Je souhaite être invité à la séance de présentation et d'échange sur les résultats de cette recherche.

OUI NON

Si oui, merci de nous indiquer l'adresse courriel ou postale à laquelle l'invitation devra vous être acheminée :

Nom du participant	Signature du participant	Date
--------------------	--------------------------	------

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie avoir expliqué au participant, de manière proactive, le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. J'ai répondu aux questions posées par le participant à cet égard au meilleur de ma connaissance, j'ai vérifié sa compréhension et j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec les personnes impliquées dans le projet de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au participant.

Nom du chercheur	Signature du chercheur	Date
------------------	------------------------	------

**RESEARCH INFORMATION AND CONSENT FORM
FOR PHYSICIANS**

Title of study: Interning at La Maison Bleue and applying learning to primary care practices: perceptions and experiences of physicians

No. and date of approval Research Ethics Committee (West-Central Montreal CIUSSS) :
17-043 31-05-2017

No. and date of approval Research Ethics Committee (Université Laval) :
2017-193 25-07-2017

Master's thesis

**Principal Investigator: Julie Massé, MBA
Master's Student in Community Health
Department of Social and Preventive Medicine
Medical School
Université Laval**

Director: Élisabeth Martin, Ph. D.
Assistant professor
Faculty of nursing
Université Laval

Codirector: Sophie Dupéré, Ph. D.
Associate professor
Faculty of nursing
Université Laval

FOR INFORMATION, PLEASE CONTACT:

**The student-researcher: Julie Massé at (Phone Number)
Or by e-mail at julie.masse.1@ulaval.ca**

This research study is carried out as part of Julie Massé's Master's project in community health, under the supervision of Élisabeth Martin Ph.D. and the co-supervision of Sophie Dupéré Ph.D. of the Faculty of Nursing, Université Laval.

You are being invited to participate in a research study about the impact of an internship experience at La Maison Bleue on the practices of primary care physicians. In order to decide whether or not you want to be a part of this research study, you should understand what is involved. Please take your time to consider the following information about the study.

Once you understand the study, if you wish to participate, you will have to signify your consent to the student-researcher during the introductory phase of the interview. In addition, this form, duly signed, must be handed to the student-researcher either by hand, by mail or electronically. You can also keep a copy for your personal records.

This information and consent form explains the purpose of the study, the procedures involved, the risks, costs and benefits of taking part in the study, and the person to contact if needed. We invite you to discuss with the student-researcher all questions and concerns you may have about your participation in the project before providing your consent that we wish to be free and well informed.

NATURE AND PURPOSE OF THE STUDY

To the extent that little is known about the learning derived by the medical students from a non-traditional community internship experience and the applicability of these to subsequent primary care practices, this study will answer the following research question:

How and to what extent does the learning gained from an internship experience at La Maison Bleue translates into the primary care practices of physicians who have experienced it as part of their clinical training?

The resulting research objectives are thus to:

- Document, from the physicians' point of view, the nature of the learning achieved through the internship experience at La Maison Bleue and the meaningful characteristics of this experience;
- Understand, from their point of view, how the learning achieved translates or not into their primary care practices.

CONDUCT OF THE RESEARCH PROJECT

This research will be carried out according to the principles of a qualitative methodology through a collection of data based on dozens of individual interviews conducted with primary care physicians. Recruitment is carried out in collaboration with La Maison Bleue, which contacts its former trainees in order to briefly present the project, to solicit their participation and to introduce the student-researcher. Any interested physician will be invited to complete an on-line questionnaire authorizing the communication of his / her contact information to the student-researcher and allowing the latter to draw up a brief profile of the participants. The student-researcher will only have access to the contact information of the physicians who have duly consented to it. The participants thus recruited will only be met once for an interview lasting 45 to 60 minutes, which will be scheduled the convenience of participants. In-person interviews can take place on the participant's

worksite, or wherever he / she feels is appropriate. If, for scheduling or geographical reasons, an in-person meeting could not take place, an interview by Skype or by telephone will be proposed. With participant's consent, the interview will be digitally recorded to facilitate the analysis. Please note that all information collected will only be used for the purposes of this study and great importance will be given to the confidentiality of this information.

DISADVANTAGES THAT MAY RESULT FROM YOUR PARTICIPATION IN THE RESEARCH PROJECT

To our knowledge, no dimension of the study has the potential to harm participants in any way. The main cost to you is the time you take to read this document and to talk with the interviewer.

BENEFITS OF YOUR PARTICIPATION IN THE RESEARCH PROJECT

This research provides you with an opportunity to reflect on your clinical education experience, its richness and relevance, and then the applicability of the learning you have gained into your current primary care practice environment. We believe that the results will be of interest since you will be able to build on your knowledge about the subject under consideration, which may potentially support the discussion or promotion of change in your practice environment.

VOLUNTARY PARTICIPATION AND RIGHT TO WITHDRAWAL OF THE RESEARCH PROJECT

Your participation in this research study is voluntary. All participants are free to withdraw at any time from the study and without prejudice. If you decide to withdraw before the interview begins, you will not be asked to participate in the interview. If you withdraw during the interview, we will stop the interview and you will be asked whether you would like to have the data that you have provided retained for use in the study or destroyed. If you decide to withdraw after the interview, but before the final study report is written, you may contact the investigators and specify what aspect of the data you have provided should be destroyed. You are also free to refuse to answer certain questions raised during the interview, without any prejudice.

CONFIDENTIALITY AND DATA MANAGEMENT

Given the small number of interviews conducted and the fact that some may consider, while sharing information about their experience, disclosing sensitive information that could negatively affect them, La Maison Bleue or their current collaborators in the healthcare setting, the researcher will pay particular attention to maintaining the confidentiality of the information collected. Here is a list of the steps that will be taken to ensure the confidentiality of the information you share:

- The names of the participants will not appear in the transcripts, in the reports produced, nor in the other activities of dissemination of the results. In order to preserve anonymity at all times, a random alphanumeric code will be assigned to each participant in order to identify him/her. Only the student-

researcher, director and co-director will have access to the list of names and codes;

- The individual results of the participants will never be disclosed;
- The data collected as well as the consents will be kept in a safe place and managed by the student-researcher carefully in a locked file cabinet or a computer protected by a password;
- The files in the computer will also be individually password-protected;
- All transcripts will be provided by the student-researcher herself;
- The raw data in electronic and hard copy format will be shared between the student-researcher and supervisors only. La Maison Bleue will only have access to analyzed and anonymised data;
- Attention will be paid to the fact that no participant can be recognized in the drafting and selection of the extracts quoted in the documents produced. At no time will the reader be able to attribute the quoted statements to any particular individual. If, during the interview, participants are to communicate information of a private, sensitive or confidential nature, it will be possible to inform the student-researcher that this information cannot be quoted.
- Data collected during the study will be destroyed one year following the end of the study. To do this, any material in paper version will be shredded by the student-researcher using the appropriate equipment. Furthermore, any material in electronic version will be erased permanently from the hard disk on which it was saved using the FileShredder 2.1 software by Voidtech Inc.
- For quality assurance purposes, your research study file could be checked by a person authorized by the Research Ethics Committee. This person is obliged to respect your privacy.

COMPENSATION

No participant will be compensated for their collaboration in this study.

COMMUNICATION OF RESULTS

A short summary of the study results will be sent to participants who request it. Interested participants may indicate in the "Additional Authorization" section of the form, the e-mail or postal address to which they would like to receive the document.

Similarly, a presentation and discussion session on the study results will be organized. Participants interested in being invited may indicate in the "Additional Authorization" section of the form the e-mail or postal address to which the invitation is to be sent.

CONTACTS

If you have any questions about the research or the implications of your participation, please contact:

Julie Massé, MBA
Master's student in community health
Faculty of medicine, Université Laval
Phone number, Julie.masse.1@ulaval.ca

COMPLAINTS OR CONCERNS

If you have any questions or concerns regarding your rights as a participant in this research study, or if you have any complaints or comments about the way the study is conducted, you may contact the West-Central Montreal CIUSSSS Service Quality and Complaints Commissioner, at (514) 340-8222 ext. 25833.

ACKNOWLEDGEMENT

Your collaboration is invaluable in helping us realise this research study. We sincerely thank you for your participation.

CONSENT

I, the undersigned, _____, agree freely to participate in the study entitled "Interning at La Maison Bleue and applying learning to primary care practices: perceptions and experiences of physicians". I have read the preceding information thoroughly and have understood the purpose, nature, benefits, risks and disadvantages of the research study. I am satisfied with the explanations and answers provided by the research team, if any, regarding my participation in this project.

Name of participant	Signature of participant	Date
---------------------	--------------------------	------

Additional Authorizations

I consent to the interview being recorded on digital media.

YES NO

I would like to be notified of the results of this research.

YES NO

If yes, please provide us with the e-mail or postal address to which the document should be sent:

I would like to be invited to the presentation and discussion session on the results of this research.

YES NO

If yes, please provide us with the e-mail or postal address to which the invitation should be sent:

Name of participant	Signature of participant	Date
---------------------	--------------------------	------

RESEARCHER'S COMMITMENT

I certify that I have proactively explained to the participant the purpose, nature, benefits, risks, and disadvantages of the research study. I answered any questions that the participant may have had regarding taking part in this study to the best of my knowledge, verified the participant's understanding and made it clear that he / she is free to withdraw at any time and for any reason, without consequences.

I commit, together with the persons involved in the research study, to respect all conditions described in this consent form and to give a signed copy of the consent form to the participant.

Name of researcher	Researcher Signature	Date
--------------------	----------------------	------

ANNEXE 7 - FEUILLET D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE À L'ATTENTION DES INFORMATEURS-CLÉS

Titre du projet : *Les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue
et leur applicabilité aux pratiques de première ligne : perceptions et vécu de médecins*

**No. et date d'approbation par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du
Centre-Ouest de l'Île de Montréal :**
17-043 31-05-2017

**No. et date d'approbation par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université
Laval :**
2017-193 25-07-2017

Type de projet : Mémoire de maîtrise

Étudiante-chercheuse principale : Julie Massé, MBA
Étudiante à la maîtrise en santé communautaire avec mémoire
Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine
Université Laval

Directrice: Élisabeth Martin, Ph. D.
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

Codirectrice: Sophie Dupéré, Ph. D.
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

POUR INFORMATION, VOUS POUVEZ CONTACTER :

L'étudiante-chercheuse : Julie Massé au (numéro de téléphone)

ou par courriel au julie.masse.1@ulaval.ca

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise en santé communautaire de Mme Julie Massé, sous la direction de Mme Élisabeth Martin Ph.D. et la codirection de Mme Sophie Dupéré, Ph.D., de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche traitant des répercussions d'une expérience de stage à La Maison Bleue sur les pratiques des médecins de première ligne y ayant transité dans le cadre du parcours de formation clinique. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous consentez effectivement à prendre part à l'étude, vous devrez signifier votre consentement à l'étudiante-chercheuse suite à la présentation des informations contenues dans le présent document en phase d'introduction à l'entretien. Par ailleurs, le présent formulaire, dûment signé, devra dès que possible être remis à l'étudiante-chercheuse soit en main propre, soit par la poste ou par voie électronique. Vous pourrez aussi en conserver une copie pour vos dossiers personnels.

Ce feuillet d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer en cas de besoin. Nous vous invitons à communiquer à l'étudiante-chercheuse toutes les questions et préoccupations que vous avez quant à votre participation au projet avant de fournir un consentement que nous souhaitons libre et éclairé.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Dans la mesure où on connaît peu les apprentissages retirés d'une expérience de stage en milieu communautaire non-traditionnel par les étudiants de médecine qui y transitent et l'applicabilité de ceux-ci aux pratiques ultérieures en première ligne, la présente étude voudra répondre à la question de recherche suivante :

Comment et dans quelle mesure les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue s'actualisent-ils dans les pratiques de première ligne des médecins y ayant transité dans le cadre de leurs parcours de formation clinique?

Les objectifs de recherche qui en découlent se déclinent donc ainsi :

- Documenter, du point de vue des médecins y ayant transité dans le cadre de leur parcours de formation clinique, la nature des apprentissages réalisés à travers l'expérience de stage à La Maison Bleue et les caractéristiques de l'expérience qui ont influencé ces apprentissages;
- Comprendre, de leur point de vue, comment les apprentissages réalisés sont actualisés ou non dans leurs pratiques en première ligne.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

La présente recherche sera réalisée selon les principes de la méthodologie qualitative à travers une cueillette de données fondée sur des entrevues individuelles menées auprès de médecins et sur un certain nombre d'entrevues avec des informateurs-clés, représentants de La Maison Bleue, du milieu universitaire et du CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal. L'identification de ces informateurs-clés est assurée en collaboration avec La Maison Bleue qui contacte les personnes qu'elle juge les mieux placées pour répondre à nos questionnements et bonifier nos connaissances en regard de notre objet d'étude. La Maison Bleue s'assurera de présenter brièvement le projet à ces personnes, de solliciter leur

participation et de leur présenter l'étudiante-chercheuse. Toute personne intéressée sera invitée à contacter l'étudiante-chercheuse aux coordonnées fournies pour signifier son intention de participer. Les participants ainsi recrutés ne seront rencontrés qu'une seule fois chacun dans le cadre d'un entretien d'une durée de 30 à 60 minutes. Nous privilégions la tenue d'entretiens en face à face, sur le lieu de travail de la personne ou à un autre endroit qu'elle jugera opportun. Si, pour des raisons d'horaire ou d'éloignement géographique une telle rencontre ne pouvait avoir lieu, un entretien par Skype ou par voie téléphonique sera proposé. Avec le consentement du participant, l'entretien sera enregistré pour ensuite être retranscrit pour analyse. Notez que toutes les informations recueillies ne seront utilisées qu'aux fins de la présente étude et qu'une grande importance sera accordée à la confidentialité de ces informations.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

À notre connaissance, aucune dimension de l'étude n'a le potentiel de nuire de quelque façon aux participants, le seul inconvénient étant lié au temps requis pour la lecture du présent document et la tenue de l'entretien.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Cette recherche constitue pour vous une occasion de réfléchir aux particularités de l'offre de stages en milieu communautaire et à sa portée en termes d'apprentissages actualisés ou non dans les pratiques médicales en première ligne. Nous estimons que les résultats seront d'intérêt dans la mesure où vous pourrez miser sur l'enrichissement de vos connaissances sur le sujet à l'étude pour potentiellement réfléchir aux avantages et inconvénients de l'offre actuelle de stages et appuyer une discussion quant aux potentiels ajustements à apporter.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Tous les participants demeurent libres de se retirer en tout temps du projet et ce sans préjudice. Si vous décidez de vous retirer avant que l'entrevue ne commence, vous n'aurez pas à participer à l'entrevue. Si vous vous retirez pendant l'entrevue, l'entrevue sera interrompue et l'étudiante-chercheuse vérifiera si vous acceptez que les données fournies soient conservées pour fins d'analyse ou si vous préférez qu'elles soient détruites. Si vous souhaitez vous retirer après l'entrevue, mais avant que le rapport de recherche final ne soit rédigé, vous pourrez contacter l'étudiante-chercheuse et lui spécifier les données à détruire. Il vous est aussi possible de refuser de répondre à certaines questions posées en cours d'entretien, sans préjudice.

CONFIDENTIALITÉ ET GESTION DES DONNÉES

L'étudiante-chercheuse portera une attention particulière au maintien de la confidentialité des propos recueillis. Voici la liste des mesures qui seront prises pour assurer la confidentialité des informations que vous partagerez :

- Les noms des participants ne paraîtront ni dans les transcriptions, ni dans les rapports produits, ni dans le cadre des autres activités de diffusion des résultats. En effet, afin de préserver l'anonymat en tout temps, un code

alphanumérique aléatoire sera attribué à chaque participant et sera utilisé pour l'identifier. Seules l'étudiante-chercheuse, sa directrice et sa codirectrice auront accès à la liste des noms et des codes;

- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- Les données recueillies de même que les consentements seront gardés en lieu sûr et gérés par l'étudiante-chercheuse avec précaution et minutie dans un classeur sous clé ou dans un ordinateur protégé par un mot de passe;
- Les fichiers dans l'ordinateur seront aussi individuellement protégés par un mot de passe;
- Toutes les transcriptions seront assurées par l'étudiante-chercheuse elle-même;
- Les données brutes en format électronique et papier seront partagées entre l'étudiante-chercheuse, sa directrice et sa codirectrice seulement. La Maison Bleue n'aura accès qu'aux données analysées et anonymisées;
- Une attention sera portée, dans la rédaction et le choix des extraits rapportés dans les documents produits, à ce qu'aucun participant ne puisse être reconnu. En aucun moment le lecteur ne sera en mesure d'attribuer les propos rapportés à un individu en particulier. Si, au cours de l'entrevue, les informateurs devaient communiquer des informations de nature privée, sensible ou confidentielle, il sera possible de signaler à l'étudiante-chercheuse que ces informations ne peuvent être citées.
- Les matériaux de recherche seront conservés pendant un an après la fin du projet, délai à la suite duquel ils seront détruits de façon permanente. Pour ce faire, tout matériel en version papier sera déchiqueté par l'étudiante-chercheuse à l'aide de l'équipement approprié. Aussi, tout matériel en version électronique sera effacé de façon définitive du disque dur sur lequel il était sauvegardé et ce en utilisant le logiciel FileShredder 2.1 de VoidTech Inc.
- À des fins de suivi d'assurance qualité du présent projet de recherche, le dossier de recherche contenant votre nom pourrait être consulté par une personne mandatée du comité d'éthique de la recherche. Cette personne adhère à une politique de confidentialité.

COMPENSATION

Aucun participant ne sera dédommagé pour sa collaboration à cette étude.

DIFFUSION DES RÉSULTATS

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande. Les participants intéressés pourront indiquer, dans la section « autorisation supplémentaires » du formulaire, l'adresse électronique ou postale à laquelle ils aimeraient recevoir ledit document.

De même, une séance de présentation et d'échange sur les résultats de l'étude sera aussi organisée. Les participants intéressés à y être conviés pourront indiquer, dans la section « autorisation supplémentaires » du formulaire, l'adresse électronique ou postale à laquelle l'invitation devra leur être acheminée.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec :

Julie Massé, MBA, Étudiante à la maîtrise en santé communautaire
Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval
(numéro de téléphone) ou Julie.masse.1@ulaval.ca

PLAINTES OU CRITIQUES

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS Centre-ouest-de-l'Île-de-Montréal au 514 340-8222 poste 25833.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de mener à bien ce projet de recherche. Nous vous remercions très sincèrement pour votre participation.

CONSENTEMENT

Je, soussigné(e) _____, consens librement à participer à la recherche intitulée « *Les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue et leur applicabilité aux pratiques de première ligne : perceptions et vécu de médecins* ». J'ai pris connaissance des informations fournies précédemment et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'équipe de recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Nom du participant	Signature du participant	Date
--------------------	--------------------------	------

Autorisations complémentaires

Je consens à ce que l'entretien soit enregistré sur support numérique.

OUI NON

Je souhaite être avisé des résultats de cette recherche.

OUI NON

Si oui, merci de nous indiquer l'adresse électronique ou postale à laquelle le document devra vous être acheminé :

Je souhaite être invité à la séance de présentation et d'échange sur les résultats de cette recherche.

OUI NON

Si oui, merci de nous indiquer l'adresse courriel ou postale à laquelle l'invitation devra vous être acheminée :

Nom du participant	Signature du participant	Date
--------------------	--------------------------	------

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie avoir expliqué au participant, de manière proactive, le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. J'ai répondu aux questions posées par le participant à cet égard au meilleur de ma connaissance, j'ai vérifié sa compréhension et j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec les personnes impliquées dans le projet de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au participant.

Nom du chercheur	Signature du chercheur	Date
------------------	------------------------	------

RESEARCH INFORMATION AND CONSENT FORM
FOR KEY INFORMANTS

Title of study: Interning at La Maison Bleue and applying learning to primary care
practices: perceptions and experiences of physicians

No. and date of approval Research Ethics Committee (West-Central Montreal CIUSSS) :
17-043 31-05-2017

No. and date of approval Research Ethics Committee (Université Laval) :
2017-193 25-07-2017

Master's thesis

Principal Investigator: Julie Massé, MBA
Master's Student in Community Health
Department of Social and Preventive Medicine
Medical School
Université Laval

Director: Élisabeth Martin, Ph. D.
Assistant professor
Faculty of nursing
Université Laval

Codirector: Sophie Dupéré, Ph. D.
Associate professor
Faculty of nursing
Université Laval

FOR INFORMATION, PLEASE CONTACT:

The student-researcher: Julie Massé at (Phone Number)
Or by e-mail at julie.masse.1@ulaval.ca

This research study is carried out as part of Julie Massé's Master's project in community health, under the supervision of Élisabeth Martin Ph.D. and the co-supervision of Sophie Dupéré Ph.D. of the Faculty of Nursing, Université Laval.

You are being invited to participate in a research study about the impact of an internship experience at La Maison Bleue on the practices of primary care physicians. In order to decide whether or not you want to be a part of this research study, you should understand what is involved. Please take your time to consider the following information about the study.

Once you understand the study, if you wish to participate, you will have to signify your consent to the student-researcher during the introductory phase of the interview. In addition, this form, duly signed, must be handed to the student-researcher either by hand, by mail or electronically. You can also keep a copy for your personal records.

This information and consent form explains the purpose of the study, the procedures involved, the risks, costs and benefits of taking part in the study, and the person to contact if needed. We invite you to discuss with the student-researcher all questions and concerns you may have about your participation in the project before providing your consent that we wish to be free and well informed.

NATURE AND PURPOSE OF THE STUDY

To the extent that little is known about the learning derived by the medical students from a non-traditional community internship experience and the applicability of these to subsequent primary care practices, this study will answer the following research question:

How and to what extent does the learning gained from an internship experience at La Maison Bleue translates into the primary care practices of physicians who have experienced it as part of their clinical training?

The resulting research objectives are thus to:

- Document, from the physicians' point of view, the nature of the learning achieved through the internship experience at La Maison Bleue and the meaningful characteristics of this experience;
- Understand, from their point of view, how the learning achieved translates or not into their primary care practices.

CONDUCT OF THE RESEARCH PROJECT

This research will be carried out according to the principles of a qualitative methodology through a collection of data based individual interviews conducted with primary care physicians and a few interviews conducted with key informants from La Maison Bleue, the academic community and the West-Central Montreal CIUSSS. Identification of those key informants is carried out in collaboration with La Maison Bleue, which contacts the persons considered best placed to answer the questions and improve the knowledge with regard to our object of study. La Maison Bleue will briefly present the project, solicit their participation and introduce the student-researcher. Any interested person will be invited to contact the student-researcher to signify his/her will to participate. The participants thus recruited will only be met once for an interview lasting 30 to 60 minutes, which will be scheduled the convenience of participants. In-person interviews can take place on the

participant's worksite, or wherever he / she feels is appropriate. If, for scheduling or geographical reasons, an in-person meeting could not take place, an interview by Skype or by telephone will be proposed. With participant's consent, the interview will be digitally recorded to facilitate the analysis. Please note that all information collected will only be used for the purposes of this study and great importance will be given to the confidentiality of this information.

DISADVANTAGES THAT MAY RESULT FROM YOUR PARTICIPATION IN THE RESEARCH PROJECT

To our knowledge, no dimension of the study has the potential to harm participants in any way. The main cost to you is the time you take to read this document and to talk with the interviewer.

BENEFITS OF YOUR PARTICIPATION IN THE RESEARCH PROJECT

This research provides you with an opportunity to reflect on the particularities of the offer of internships in the community and its scope in terms of leaning translated or not in the medical practices. We believe that the results will be of interest since you will be able to build on your knowledge about the subject under consideration, which may potentially support the discussion about current internship offer or the promotion of change.

VOLUNTARY PARTICIPATION AND RIGHT TO WITHDRAWAL OF THE RESEARCH PROJECT

Your participation in this research study is voluntary. All participants are free to withdraw at any time from the study and without prejudice. If you decide to withdraw before the interview begins, you will not be asked to participate in the interview. If you withdraw during the interview, we will stop the interview and you will be asked whether you would like to have the data that you have provided retained for use in the study or destroyed. If you decide to withdraw after the interview, but before the final study report is written, you may contact the investigators and specify what aspect of the data you have provided should be destroyed. You are also free to refuse to answer certain questions raised during the interview, without any prejudice.

CONFIDENTIALITY AND DATA MANAGEMENT

Given the small number of interviews conducted and the fact that some may consider, while sharing information about their experience, disclosing sensitive information that could negatively affect them, La Maison Bleue or their current collaborators in the healthcare setting, the researcher will pay particular attention to maintaining the confidentiality of the information collected. Here is a list of the steps that will be taken to ensure the confidentiality of the information you share:

- The names of the participants will not appear in the transcripts, in the reports produced, nor in the other activities of dissemination of the results. In order to preserve anonymity at all times, a random alphanumeric code will be assigned to each participant in order to identify him/her. Only the student-researcher, director and co-director will have access to the list of names and

codes;

- The individual results of the participants will never be disclosed;
- The data collected as well as the consents will be kept in a safe place and managed by the student-researcher carefully in a locked file cabinet or a computer protected by a password;
- The files in the computer will also be individually password-protected;
- All transcripts will be provided by the student-researcher herself;
- The raw data in electronic and hard copy format will be shared between the student-researcher and supervisors only. La Maison Bleue will only have access to analyzed and anonymised data;
- Attention will be paid to the fact that no participant can be recognized in the drafting and selection of the extracts quoted in the documents produced. At no time will the reader be able to attribute the quoted statements to any particular individual. If, during the interview, participants are to communicate information of a private, sensitive or confidential nature, it will be possible to inform the student-researcher that this information cannot be quoted.
- Data collected during the study will be destroyed one year following the end of the study. To do this, any material in paper version will be shredded by the student-researcher using the appropriate equipment. Furthermore, any material in electronic version will be erased permanently from the hard disk on which it was saved using the FileShredder 2.1 software by Voidtech Inc.
- For quality assurance purposes, the research study file identifying you could be checked by a person authorized by the Research Ethics Committee. This person is obliged to respect your privacy.

COMPENSATION

No participant will be compensated for their collaboration in this study.

COMMUNICATION OF RESULTS

A short summary of the study results will be sent to participants who request it. Interested participants may indicate in the "Additional Authorization" section of the form, the e-mail or postal address to which they would like to receive the document.

Similarly, a presentation and discussion session on the study results will be organized. Participants interested in being invited may indicate in the "Additional Authorization" section of the form the e-mail or postal address to which the invitation is to be sent.

CONTACTS

If you have any questions about the research or the implications of your participation, please contact:

Julie Massé, MBA
Master's student in community health
Faculty of medicine, Université Laval
(Phone Number)
Julie.masse.1@ulaval.ca

COMPLAINTS OR CONCERNS

If you have any questions or concerns regarding your rights as a participant in this research study, or if you have any complaints or comments about the way the study is conducted, you may contact the West-Central Montreal CIUSSSS Service Quality and Complaints Commissioner, at (514) 340-8222 ext. 25833.

ACKNOWLEDGEMENT

Your collaboration is invaluable in helping us realise this research study. We sincerely thank you for your participation.

CONSENT

I, the undersigned, _____, agree freely to participate in the study entitled "Interning at La Maison Bleue and applying learning to primary care practices: perceptions and experiences of physicians". I have read the preceding information thoroughly and have understood the purpose, nature, benefits, risks and disadvantages of the research study. I am satisfied with the explanations and answers provided by the research team, if any, regarding my participation in this project.

Name of participant	Signature of participant	Date
---------------------	--------------------------	------

Additional Authorizations

I consent to the interview being recorded on digital media.

YES NO

I would like to be notified of the results of this research.

YES NO

If yes, please provide us with the e-mail or postal address to which the document should be sent:

I would like to be invited to the presentation and discussion session on the results of this research.

YES NO

If yes, please provide us with the e-mail or postal address to which the invitation should be sent:

Name of participant	Signature of participant	Date
---------------------	--------------------------	------

RESEARCHER'S COMMITMENT

I certify that I have proactively explained to the participant the purpose, nature, benefits, risks, and disadvantages of the research study. I answered any questions that the participant may have had regarding taking part in this study to the best of my knowledge, verified the participant's understanding and made it clear that he / she is free to withdraw at any time and for any reason, without consequences.

I commit, together with the persons involved in the research study, to respect all conditions described in this consent form and to give a signed copy of the consent form to the participant.

Name of researcher	Signature of researcher	Date
--------------------	-------------------------	------

ANNEXE 8 – LETTRE D’APPUI DE LA MAISON BLEUE



Vendredi, le 17 février 2017

Felicia D. Tiseo
Chef, Affaires Réglementaires de la recherche
Bureau d'examen de la recherche
Présidente, Comité de convenance
CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal

Objet : Appui au projet de recherche de Mme Julie Massé portant sur les apprentissages retirés d'une expérience de stage à La Maison Bleue et leur applicabilité aux pratiques de première ligne

Madame,

Nous tenons par la présente à confirmer notre appui au projet de recherche mené par Mme Julie Massé, qui s'intéresse aux apprentissages retirés par les médecins ayant fréquenté notre organisme au cours de leur formation clinique et à la potentielle applicabilité de ces apprentissages aux pratiques ultérieures de première ligne.

Ce projet est d'une grande pertinence pour La Maison Bleue : nous avons à cœur notre engagement à la communauté scientifique pour mieux connaître l'intérêt, la portée et les limites de notre modèle organisationnel, pour bonifier notre réflexion stratégique et maximiser notre apport à l'amélioration de l'offre de service de première ligne au Québec, notamment en termes d'accès et d'équité en santé. Puisque les ressources humaines sont au cœur de l'offre de soins et services de première ligne, l'enseignement et la formation, un volet de notre mission encore peu documenté malgré la fréquence des stages à La Maison Bleue, mérite une attention particulière. Cette étude nous permettra de prendre acte des répercussions de l'expérience de stage au sein de notre organisme sur les pratiques médicales et contribuera à alimenter la réflexion quant à l'éducation professionnelle des médecins et la prise en compte de la trajectoire et des besoins des clientèles vulnérables, dans une volonté d'action concertée et intégrée.

Nous avons les ressources nécessaires pour appuyer Mme Massé dans son processus de recherche tel que prévu au protocole soumis au Comité d'éthique à la recherche du CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal. En effet, La Maison Bleue s'engage à collaborer au recrutement des médecins participants en créant les listes des anciens stagiaires, en répertoriant leurs coordonnées actuelles et, suite à l'approbation éthique, en leur acheminant un courriel de recrutement. Les quelques médecins (8) pour qui aucune adresse courriel n'est répertoriée se verront acheminés par La Maison Bleue une lettre par la poste. Une relance par courriel sera assurée par notre équipe. Aussi, La Maison Bleue mettra Mme Massé en contact avec les informateurs clés du



CIUSSS du Centre-Ouest de l'Île de Montréal et du milieu universitaire afin de faciliter sa collecte de données contextuelles.

Réitérant notre appui à ce projet de recherche, nous tenons à confirmer notre disponibilité pour répondre à vos questions et discuter de vos préoccupations en lien avec sa réalisation au sein de notre organisme. Vous pouvez à cet effet communiquer avec moi au 514-507-9123 ou à sarah.pisanu@maisonbleue.info.

Nous vous prions d'agréer nos meilleures salutations,



Sarah Pisanu
Responsable des opérations
La Maison Bleue