

Rapport d'évaluation

FORMATION SUR L'AIDE SOCIALE, SES FORMULAIRES ET LE RÔLE DU MÉDECIN

© CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2022. Tous droits réservés



CREMIS

Centre de recherche de Montréal
sur les inégalités sociales,
les discriminations et
les pratiques alternatives
de citoyenneté

Anne-Marie Ouimet, ÉQ.,
Agente de planification,
de programmation et de
recherche

Québec 

Formation sur l'aide sociale, ses formulaires et le rôle du médecin : Rapport d'évaluation est une production du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

■ cremis.ca/

Adresse

Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal 66, rue Sainte-Catherine Est, 6e étage, bureau 611, Montréal (Québec) H2X 1K6

Équipe d'évaluation

Anne-Marie Ouimet ¹, ÉQ et M. Sc., Agente de planification, de programmation et de recherche

Nadia Giguère ^{1 2}, PhD. Chercheure principale

Isabelle Gaumond ², Résidente en médecine

Auteure du rapport

Anne-Marie Ouimet ¹, ÉQ et M. Sc., Agente de planification, de programmation et de recherche

Révision

Audrey Besnier ¹, Spécialiste en procédés administratifs

¹ CREMIS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

² DMFMU, Université de Montréal

Référence suggérée

Ouimet, A.-M. (2022). *Formation sur l'aide sociale, ses formulaires et le rôle du médecin : Rapport d'évaluation*. Montréal, Québec : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

© Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2022.

ISBN : 978-2-550-91899-8

DÉPÔT LÉGAL BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC, 2022 BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA, 2022. Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à la condition que la source soit mentionnée.

REMERCIEMENTS

Notre équipe d'évaluation tient à remercier le D^r David Barbeau et le D^r Mathieu Isabel, médecins à l'unité de médecine familiale des Faubourgs, Rachel Benoît, agente de planification, de programmation et de recherche au CREMIS et Stéphane Handfield, professionnel de recherche, à titre de membres du comité scientifique et de développement de la *formation sur l'aide sociale, ses formulaires et le rôle du médecin*, pour leur précieuse et fructueuse collaboration dans la réalisation de cette évaluation.

Nous aimerions également remercier tous les médecins, résidents et autres professionnels qui ont accepté de participer à cette évaluation et qui ont pu ainsi contribuer au développement de la formation.

En terminant, nos sincères remerciements à la direction du CREMIS pour son soutien dans la réalisation de cette démarche.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EXÉCUTIF	5
INTRODUCTION	7
MISE EN CONTEXTE.....	8
LES MÉDECINS FACE À L'ÉVALUATION DES CONTRAINTES À L'EMPLOI	8
UNE FORMATION SUR L'AIDE SOCIALE EN RÉPONSE AUX BESOINS DES MÉDECINS.....	10
MODÈLE LOGIQUE DE LA FORMATION.....	10
APPROCHES D'ÉVALUATION	13
QU'EST-CE QU'UNE FORMATION DE QUALITÉ ?.....	14
UNE ANALYSE DE LA QUALITÉ SELON QUELS CRITÈRES ?	15
MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES.....	16
RÉSULTATS	19
APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DE LA FORMATION.....	19
1. <i>Orientation vers le public cible.....</i>	19
2. <i>Description de la formation</i>	21
3. <i>Qualité des contenus.....</i>	22
4. <i>Conception pédagogique</i>	25
5. <i>Conception médiatique et aspects technologiques</i>	27
APPRÉCIATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE LA FORMATION	28
1. <i>Acquisition des contenus-clés de la formation.....</i>	28
2. <i>Appréciation de l'atteinte des objectifs spécifiques de la formation</i>	29
3. <i>Appréciation de l'atteinte des objectifs principaux de la formation</i>	33
DISCUSSION.....	35
RETOMBÉES POSITIVES D'UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION FORMATIVE.....	35
STRATÉGIES POUR FAVORISER L'ACCESSIBILITÉ DE LA FORMATION	35
ADÉQUATION ENTRE QUALITÉ ET ATTEINTE DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	36
LIMITES	36
CONCLUSION	38
ANNEXE 1 GRILLE D'OBSERVATION DE FORMATION.....	41
ANNEXE 2 GUIDE D'ENTRETIEN À L'ATTENTION DES MÉDECINS ET DES RÉSIDENTS.....	43

LISTE DES ACRONYMES

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CSE : Contrainte sévère à l'emploi

CTE : Contrainte temporaire à l'emploi

DPCMED : Développement professionnel continu de la Faculté de médecine

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

GMF : Groupe de médecine familiale

MTESS : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

PSS : Programme de solidarité sociale

UMF : Unité de médecine familiale

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation d'une formation destinée à des médecins et des médecins résidents et portant sur les formulaires médicaux de l'aide sociale, plus particulièrement celui visant à attester de la présence de contraintes à l'emploi. Cette démarche évaluative visait à accompagner les travaux de consolidation de cette formation, et ce, par le biais d'une appréciation de la qualité et de l'atteinte des objectifs de deux versions pilotes de la formation.

Pour se faire, différentes méthodes de collecte de données ont été utilisées : des entretiens semi-dirigés, des observations participantes, des questionnaires de rétroaction et un quiz d'auto-évaluation.

En regard de l'appréciation de la qualité de la formation, cette démarche permet de tirer les constats suivants :

- Il s'agit d'une formation pertinente, car elle répond à un besoin formulé par les médecins d'être mieux informés et outillés en regard de cette pratique relativement commune, mais pour laquelle ils n'ont pas ou peu été formés et éprouvent un malaise;
- Ses contenus sont perçus comme crédibles, mais certains ajustements concernant plus spécifiquement l'interprétation de la loi sur l'aide sociale nécessitent d'être apportés;
- L'ordre de présentation des contenus doit se faire en fonction des besoins de connaissances nécessaires pour remplir adéquatement le formulaire médical SR-2100 et ainsi préalablement présenter les contenus permettant à l'apprenant de se positionner quant à la présence de contraintes à l'emploi temporaires ou sévères;
- Une version en ligne et asynchrone de la formation facilite la participation;
- Son accréditation, sa durée, ainsi que sa plate-forme de diffusion constituent des facteurs déterminants pour la participation des médecins.

Concernant l'appréciation de l'atteinte de ses objectifs du point de vue des participants, la formation :

- Permet une meilleure connaissance du sujet, particulièrement en ce qui concerne les critères d'accès au programme de solidarité sociale, le rôle du médecin dans le processus médico-administratif, les impacts potentiels du processus sur les patients et les impacts potentiels de l'accès au programme;
- Opère un changement de perspective quant au programme de solidarité sociale, ce dernier étant davantage perçu comme un levier thérapeutique;
- Diminue les craintes des médecins relativement à l'évaluation des contraintes à l'emploi;
- Permet aux participants d'être plus sensibilisés aux impacts néfastes qu'entraîne un renouvellement de contraintes temporaires s'étirant excessivement dans le temps;
- Est susceptible de contribuer à une meilleure équité d'accès au programme de solidarité sociale, notamment par le biais d'une meilleure reconnaissance des contraintes à l'emploi chez les patients se

situant dans une zone grise et en amenant le médecin à porter un regard plus global sur la situation de la personne lors de l'évaluation.

Ainsi, les résultats de cette évaluation permettent de témoigner de la qualité générale de cette formation, en plus de démontrer qu'elle parvient à atteindre ses objectifs spécifiques du point de vue des participants. Cette évaluation a également permis la formulation de recommandations d'ajustements à apporter à la formation afin d'en améliorer certains aspects et de favoriser la participation des médecins.

INTRODUCTION

Ce rapport fait état d'une démarche visant à évaluer une formation portant sur les sujets de l'aide sociale et des contraintes à l'emploi. Destinée à des médecins¹ et des médecins résidents, cette formation, développée par le Centre de recherche sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), a pour objectif de leur permettre d'évaluer de manière réflexive et éclairée les contraintes à l'emploi de leurs patients bénéficiaires ou requérants du Programme d'aide sociale. Développée à partir d'une formation existante sur l'aide sociale et ses formulaires médicaux développée par le D^r David Barbeau, médecin à l'UMF des Faubourgs et offerte depuis 2011 à des médecins résidents, cette formation mobilise à la fois des connaissances issues de savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels.

Les travaux de consolidation de la formation, qui ont débuté au printemps 2020 et qui se sont échelonnés sur une année, ont donné lieu à deux versions pilotes de la formation. Ces deux pilotes ont fait l'objet d'une évaluation, et ce, afin d'en apprécier la qualité. Cette évaluation, qui s'est déroulée entre les mois de mai 2020 et juillet 2021, a été menée de manière participative avec les membres de l'équipe de développement de la formation. S'inscrivant dans une perspective d'accompagnement et de soutien aux travaux de cette équipe, elle s'est déroulée en synchronie avec les étapes de développement de la formation.

Ce rapport d'évaluation fait état des résultats de la démarche évaluative réalisée. Il débute par une mise en contexte du projet de consolidation de la formation faisant l'objet de cette évaluation. Cette mise en contexte inclut également une description des composantes de la formation, ainsi que ses objectifs. La méthodologie et l'approche évaluative utilisée y sont ensuite détaillées. La section centrale du rapport rend compte des résultats de l'évaluation, suivis d'une discussion sur leur portée.

¹ L'usage du masculin dans ce texte désigne tous les genres et n'est utilisé qu'à des fins de simplification de la lecture.

MISE EN CONTEXTE

Les médecins face à l'évaluation des contraintes à l'emploi

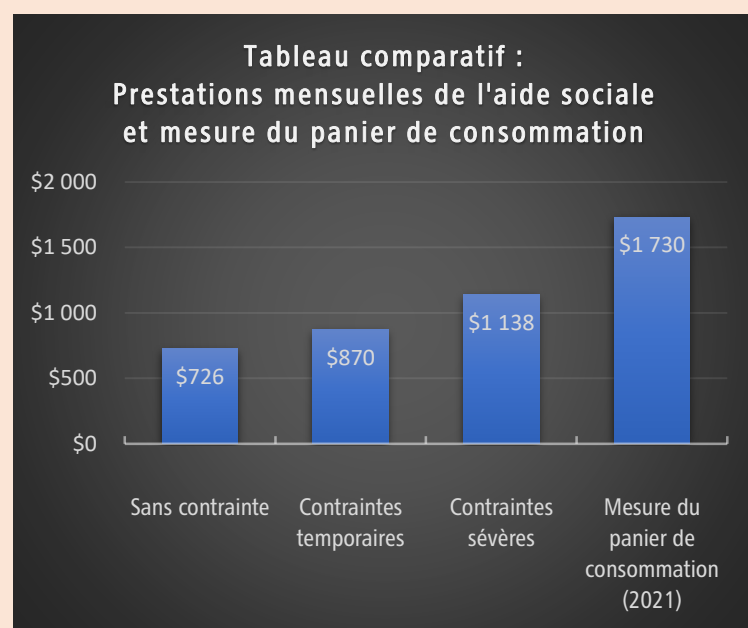
Dans le cadre de leur pratique, les médecins et les médecins résidents sont fréquemment appelés à remplir toutes sortes de formulaires médicaux pour leurs patients, que ce soit pour un employeur dans le cadre d'un processus d'embauche, ou encore, pour le Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration en vue de l'obtention d'un statut de résidence permanente par exemple. Certains formulaires posent plusieurs difficultés aux médecins, et ce, en raison des connaissances et des compétences qu'ils doivent mobiliser pour les remplir et qui ne cadrent pas entièrement avec leur pratique médicale. Cela est particulièrement le cas pour un des formulaires médicaux du ministère du Travail, de l'Emploi ou de la Solidarité sociale (MTESS) qui permet de faire état de la présence de contraintes à l'emploi chez des bénéficiaires du Programme d'aide sociale (Giguère et coll. 2017).

Bien qu'une contrainte à l'emploi puisse parfois être due à un diagnostic clairement incapacitant, cela n'est pas toujours le cas. Des comorbidités, des conditions d'ordre social ou psychologique peuvent aussi limiter les possibilités d'une personne de se trouver, de maintenir et d'occuper un emploi de façon soutenue. Or, l'évaluation de ces conditions peut poser certains défis pour des médecins n'ayant pas à proprement parler été formés pour effectuer l'anamnèse sociale de leurs patients, c'est-à-dire, une investigation de leur situation sociale (Giguère et coll. 2019). Cette situation engendre différents malaises chez les médecins et donne lieu à une diversité de pratiques d'évaluation des contraintes à l'emploi reposant sur des valeurs culturelles, professionnelles et sociales (Giguère et coll., 2021). Découlant de cette variabilité dans les pratiques d'évaluation, il appert qu'il est plus difficile pour les patients n'ayant pas un diagnostic clairement incapacitant d'obtenir une attestation médicale d'une contrainte sévère à l'emploi. Or, c'est cette attestation médicale qui peut potentiellement leur donner accès à un programme spécifique de l'aide financière de dernier recours permettant une bonification importante de leur revenu mensuel : le Programme de solidarité sociale (voir encadrée, p. 9) (Giguère et coll., 2019).

L'aide sociale et les contraintes à l'emploi

Le MTESS reconnaît deux types de contraintes à l'emploi : les contraintes temporaires et les contraintes sévères. L'attestation médicale d'une contrainte temporaire à l'emploi est généralement valide pour une durée de 12 semaines, à l'issue de laquelle la condition incapacitante devra être réévaluée par le médecin. Les contraintes sévères à l'emploi, quant à elles, font état du caractère prolongé de la contrainte à l'emploi, c'est-à-dire qu'il est anticipé qu'elle perdure au-delà de 12 mois. L'attestation d'une contrainte sévère à l'emploi ouvre l'accès à un autre programme financier de dernier recours géré par le

MTESS: le Programme de solidarité sociale. Le bénéficiaire passe alors des prestations de base d'aide sociale de 726\$ par mois à des prestations mensuelles de 1138\$ en 2022. Ce montant bonifié demeure certes insuffisant pour couvrir les besoins de base de la personne, tel que l'estime Statistique Canada au moyen de l'indice de panier de consommation (1730 \$ par mois) (Collectif pour un Québec sans pauvreté, 2021). Il est néanmoins susceptible de permettre à ces bénéficiaires de sortir d'un cercle vicieux de pauvreté extrême pouvant se traduire, par exemple, par la capacité de pouvoir manger à sa faim (Giguère et coll., 2019).



Au-delà des difficultés que cette évaluation médicale peut poser, les médecins sont conscients des effets délétères que la pauvreté peut engendrer sur la santé de leurs patients (Phipps, 2003) et du rôle qu'ils peuvent jouer pour contrer les impacts des inégalités de santé (Collège Royal de médecins et chirurgiens du Canada, 2021). Cependant, le passage de la théorie à la pratique ne va pas de soi (Giguère et coll. 2021). Parmi les actions concrètes à la portée des professionnels de la santé, on note le fait de faciliter l'accès aux programmes sociaux disponibles (Sharma et coll., 2018). Ainsi, une évaluation adéquate des contraintes sévères à l'emploi pouvant faciliter l'accès au PSS constitue une avenue à considérer.

En effet, l'attestation médicale d'une contrainte à l'emploi au moyen d'un formulaire médical peut permettre (si la contrainte est entérinée par le MTESS) une bonification importante des prestations mensuelles pour les personnes bénéficiaires. Cet accès à un revenu supplémentaire est alors susceptible d'avoir un impact positif sur la santé et le bien-être des patients, en agissant par exemple sur la réduction du stress et de l'anxiété, l'accès à

une alimentation suffisante et plus équilibrée, la stabilisation de la consommation ou la mobilisation personnelle et sociale (Giguère et coll., 2021).

Une formation sur l'aide sociale en réponse aux besoins des médecins

En réaction aux malaises et dilemmes que l'évaluation des contraintes à l'emploi provoque chez les médecins, le Dr David Barbeau élabore en 2011 une formation sur le sujet. Cette formation est alors principalement destinée à des médecins résidents. Parallèlement, quelques années plus tard, Nadia Giguère, chercheure au CREMIS, mènera deux études sur le sujet : l'une visant à documenter les pratiques d'évaluation des contraintes sévères à l'emploi et leurs impacts sur les patients; l'autre documentant l'impact sur les personnes bénéficiaires des démarches administratives et juridiques avec l'aide sociale, et notamment les embûches d'accès au Programme de solidarité sociale.

Dans une optique de mobilisation et transfert des connaissances issues de ces deux études, la formation initiale du Dr Barbeau (co-chercheur pour la première étude) fait alors en 2020 l'objet de travaux de consolidation. L'objectif est d'y intégrer les constats issus des études réalisées sur le sujet. Ces travaux de refonte de la formation permettent également d'en clarifier les objectifs d'apprentissage, de l'élargir à un public cible d'omnipraticiens, ainsi que d'en adapter les modalités d'accès et stratégies d'apprentissage aux besoins des médecins. En effet, la formation, comme stratégie de mobilisation des connaissances, apparaissait indiquée pour favoriser le développement d'attitudes, de connaissances et de compétences permettant aux médecins d'exercer leur rôle social par le biais d'une évaluation éclairée et réflexive des contraintes à l'emploi (Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté, 2015).

MODÈLE LOGIQUE DE LA FORMATION

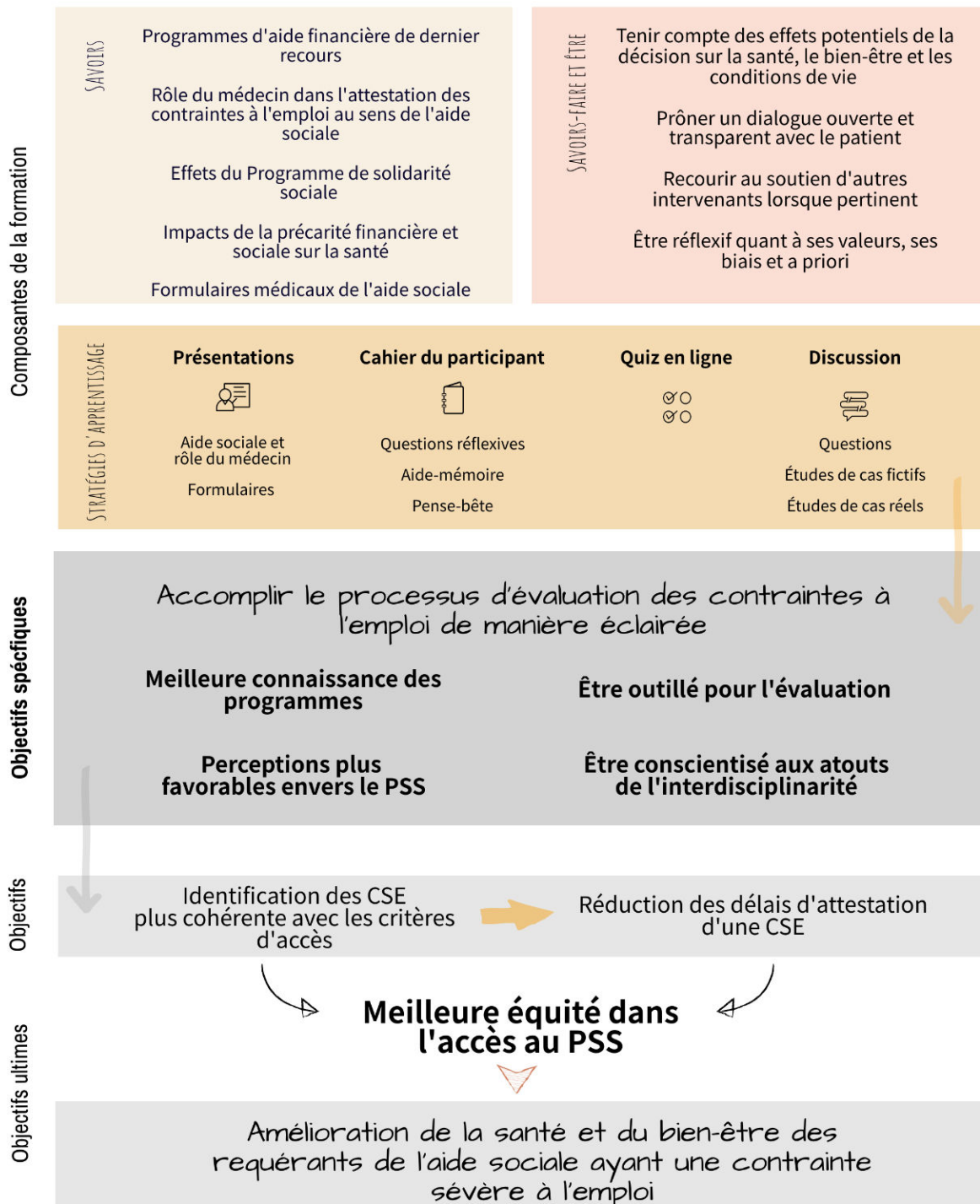
Dans le cadre de cette évaluation, la formation prend la forme d'une formation en ligne partiellement asynchrone (voir le modèle logique de la formation, p. 12). Elle se structure autour de deux capsules vidéo contenant des présentations magistrales de contenus : l'une sur l'aide sociale, les contraintes à l'emploi et le rôle du médecin ; l'autre abordant les enjeux liés aux formulaires médicaux de l'aide sociale. Elle comprend un cahier du participant intégrant des questions réflexives, un aide-mémoire synthétisant les contenus essentiels de la formation, ainsi qu'un pense-bête aidant à compléter les formulaires médicaux de l'aide sociale. La formation inclut aussi un quiz en ligne de 10 questions permettant de tester l'acquisition des connaissances clés de la formation. Finalement,

elle comprend la participation à une séance en ligne de discussion de cas fictifs et réels, qui constitue aussi une occasion de poser des questions d'éclaircissement sur le sujet.

Différents types de contenus sont abordés: 1) des savoirs (ex. les impacts de la précarité financière sur la santé) ; 2) des savoir-être (ex. l'importance d'être réflexif quant à ses valeurs, ses biais et a priori) ; 3) des savoir-faire (ex. tenir compte des effets potentiels de la décision sur la santé, le bien-être et les conditions de vie). Tel qu'illustrer dans le modèle logique, ces contenus, en parallèle avec les diverses stratégies d'apprentissage (ex. les discussions de cas) et les différents outils mis à la disposition des participants (ex. aide-mémoire) devrait faire en sorte qu'à l'issue de la formation, les participants se sentent en mesure d'accomplir de manière éclairée le processus d'évaluation des contraintes à l'emploi. Pour y parvenir, la formation devrait permettre aux participants d'avoir une meilleure connaissance des programmes de l'aide sociale, d'avoir une perception plus favorable du PSS, d'avoir le sentiment d'être suffisamment outillé pour mener cette évaluation et finalement, d'être conscientisé aux avantages que peut représenter l'interdisciplinarité dans la démarche d'évaluation, c'est-à-dire à la plus-value de recourir, lorsque la situation le permet, au soutien ou à l'expertise d'autres intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : travailleur social, ergothérapeute, etc.) lorsque la situation à évaluer dépasse le cadre médical.

Formation sur l'aide sociale et l'évaluation des contraintes à l'emploi

en un coup d'œil



En étant mieux apte à accomplir le processus d'évaluation médicale des contraintes à l'emploi, il est alors attendu de cette formation que les médecins soient mieux en mesure de tenir compte des critères d'accès au PSS tel que spécifié par le MTESS et de se questionner sur les valeurs, les biais et les a priori pouvant influencer leur évaluation. Cette évaluation médicale basée sur de meilleures connaissances du PSS et sur une pratique réflexive devrait, à son tour, permettre une diminution des délais d'attestation d'une contrainte sévère à l'emploi. En effet, la pratique commune actuelle est plutôt de recourir au renouvellement de contraintes temporaires à l'emploi, ce qui, pour plusieurs patients, peut s'échelonner sur plusieurs années (Giguère et coll. 2019). Bien que les contraintes temporaires à l'emploi permettent aux personnes bénéficiaires une légère augmentation de leurs prestations mensuelles, elles les maintiennent dans un état de précarité financière et de lourdeur bureaucratique anxiogène.

Finalement, cette formation, en contribuant à une meilleure évaluation des contraintes sévères à l'emploi par les médecins ainsi qu'à une réduction des délais d'attestation, est susceptible de contribuer à un accès plus équitable au Programme de solidarité sociale, et ce, particulièrement pour les personnes dont les contraintes au travail ne reposent pas sur un diagnostic clairement incapacitant, tel que des problèmes de santé mentale. Enfin, une meilleure accessibilité à ce programme peut contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes bénéficiaires, telle que documentée dans les études de Giguère et ses collaborateurs sur le sujet.

APPROCHES D'ÉVALUATION

Tel que mentionné, la présente formation s'appuie sur une version antérieure développée par le D^r David Barbeau en 2011. De 2011 à 2020, cette formation initiale a été donnée à plusieurs reprises. Ces expériences antérieures d'animation témoignent d'un potentiel intéressant d'effets sur la pratique des médecins résidents. En effet, après avoir suivi la formation, des participants rapportaient, par exemple, un changement de perspective sur le dossier de certains de leur patient, y identifiant alors plus aisément les critères requis pour l'accès au Programme de solidarité sociale.

De ces constats a émergé l'idée de mener une évaluation de la nouvelle mouture de la formation, et ce, afin de maximiser son impact sur la pratique. Considérant que la formation allait faire l'objet de modifications majeures, il est apparu pertinent de mener une évaluation qui allait permettre de guider les travaux de développement et d'identifier les éléments susceptibles de compromettre ou de favoriser la participation à la formation lorsqu'elle serait déployée à plus large échelle en 2021, puis d'en favoriser l'utilisation de ses contenus.

Ainsi, un exercice évaluatif d'appréciation de la qualité de la formation a été mené par une équipe composée d'une évaluatrice qualifiée et d'une chercheuse du CREMIS, ainsi que d'une médecin résidente y étant impliquée dans le cadre d'un projet d'érudition, soit de formation universitaire en recherche. Cette démarche repose sur le postulat qu'une formation de qualité est plus susceptible d'atteindre ses objectifs.

Les questions d'évaluation ayant guidé cette démarche sont les suivantes :

- *S'agit-il d'une formation de qualité ?*
- *La formation atteint-elle ses objectifs ?*
- *Certains aspects devraient-ils être améliorés pour en optimiser la qualité, l'atteinte des objectifs et la participation ?*

Qu'est-ce qu'une formation de qualité ?

La qualité étant un concept instinctif, mais également abstrait, il est important, dans le cadre d'une démarche d'évaluation, d'en circonscrire le concept, ce dernier pouvant prendre plusieurs significations et s'appuyer sur une diversité de critères (Champagne et coll., 2012). Dahler-Larsen présente dans son ouvrage sur le sujet neuf perspectives de la qualité permettant, chacune à leur manière, d'orienter différemment le regard (Dahler-Larsen, 2019)². Cette démarche évaluative englobe deux perspectives de la qualité, soit 1- sa qualité en termes de **capacité à répondre aux besoins, attentes et aux désirs du public cible**, et 2- sa qualité en termes de **conformité à des standards reconnus** (Dahler-Larsen, 2019). La combinaison de ces deux perspectives, explorées par le biais d'une diversification des méthodes de collecte de données, permet de compenser leurs faiblesses respectives. En effet, la prise en compte de la perspective des utilisateurs pour juger de la qualité comporte de nombreux avantages, tels que de s'assurer de la cohérence d'une intervention avec les besoins exprimés. Cependant, les utilisateurs n'ont pas toujours accès à l'ensemble des connaissances permettant de poser un jugement éclairé et informé sur ce que devrait consister la « meilleure chose à faire ». Le recours à des standards de qualité, quant à lui, facilite l'exercice d'un jugement ainsi que la comparaison. Cependant, les standards reconnus ne rendent pas toujours bien compte des spécificités d'un contexte donné ou des besoins d'un public cible, tel que celui des médecins (Dahler-Larsen, 2019).

² L'explication de l'ensemble de ces perspectives dépassant le cadre de ce rapport, pour approfondir le sujet, voir Dahler-Larsen (2019)

Une analyse de la qualité selon quels critères ?

Deux cadres de références sont utilisés pour l'identification des critères de qualité à explorer afin d'être en mesure de poser un jugement sur la valeur de la formation. Le premier, proposé par Farand (2011), propose cinq dimensions de la qualité (Farand, 2011), soit 1- l'accessibilité, 2- l'intensité, 3- la pertinence, 4- la globalité, puis 5- la continuité. Appliqués à l'analyse de la qualité d'une formation, ces critères peuvent se traduire, par exemple, par la pertinence des modalités d'accès et de participation à la formation (**accessibilité**), une durée de formation adéquate (**intensité**), la correspondance des contenus aux besoins de connaissances (**pertinence**), la capacité de la formation à couvrir l'ensemble des besoins de connaissances et de compétences pour répondre aux besoins et permettre l'atteinte des résultats escomptés (**globalité**) et finalement l'enchaînement logique et cohérent entre les contenus présentés et les activités d'apprentissage (**continuité**).

Le deuxième cadre de référence est celui de l'Open ECBCheck, un processus de certification internationale et reconnue de cours ou de programme de formation en ligne (Ehlers, 2010). Il aborde les dimensions suivantes: 1- la **description du cours** (ex. présentation du but de la formation lors de l'inscription, de sa durée, du public cible, etc.), 2- son **orientation vers le public cible** (ex. tient compte des besoins d'apprentissage du public cible, charge de travail réaliste), 3- la **qualité des contenus** (ex. contenus cohérents et conformes avec les objectifs de la formation), 4- sa **conception pédagogique** (ex. activités d'apprentissage cohérentes avec les objectifs, contenu organisé en ordre croissant de complexité), 5- sa **conception médiatique** (ex. ergonomie de l'environnement d'apprentissage, suivi de la progression de la formation) ainsi que 6- ses **aspects technologiques** (ex. solutions technologiques appropriées pour le public cible)³.

Dans le cadre de cette évaluation, l'ensemble de ces critères sert de repère à l'exploration de la qualité de la formation, notamment telle qu'elle est perçue par des représentants du public cible ayant participé à la formation. Cette stratégie permet de prendre en compte les deux perspectives de la qualité présentée précédemment, soit celle du public cible et celle relative à des standards.

³ Pour une description plus approfondie des dimensions de l'Open ECBCheck, voir Ehlers (2010)

Méthodes de collecte de données

Cette évaluation s'inscrivant dans une visée formative, elle s'est appuyée sur une démarche participative mobilisant à la fois l'équipe de développement de la formation dans la conception de l'évaluation (ex. validation du devis, des canevas d'entretien et des caractéristiques des participants recherchés), mais aussi l'équipe d'évaluation dans les travaux de développement de la formation (ex. soutien à l'élaboration de matériels pédagogiques et de diffusion, révision des documents de formation).

En cohérence avec le rythme d'avancement des travaux de développement, elle s'est déroulée en deux étapes :

- 1- L'appréciation de la qualité et de l'atteinte des objectifs d'une première formation pilote offerte à des médecins résidents de manière virtuelle et synchrone ;*
- 2- L'appréciation de la qualité et de l'atteinte des objectifs d'une deuxième formation pilote, offerte cette fois-ci à des médecins et des médecins résidents, et modifiée en fonction des résultats des analyses de la première formation pilote. Cette deuxième formation était également virtuelle, mais offerte de manière partiellement synchrone.*

À chacune des étapes, différentes méthodes de collecte et de sources de données ont été utilisées : des entretiens semi-dirigés, des observations participantes, un sondage de satisfaction, un quiz, des notes de terrain et de la documentation sur la formation.

Appréciation de la première formation pilote

La première version de la formation, offerte principalement à des médecins résidents (6), mais impliquant également d'autres professionnels de la santé (travail social, ergothérapie) et un médecin, consistait essentiellement en une présentation magistrale virtuelle offerte par le D^r Barbeau, suivie d'une période de discussion de cas ayant pour but la consolidation des contenus abordés durant la présentation. Un pense-bête portant sur un des formulaires présentés lors de la formation a également été mis à la disposition des participants à titre de rappel des éléments couverts à ce sujet durant la formation. L'activité a duré approximativement 3 heures et était dispensée en mode synchrone.

Deux membres de l'équipe d'évaluation ont observé le déroulement de la formation et en ont apprécié les composantes à partir d'une grille intégrant de manière synthétique les critères retenus et présentés précédemment (annexe 1, p.41).

À la suite de la formation, les participants à la formation étaient invités à un entretien semi-dirigé d'une durée s'étalant entre 30 min à une heure. Il était demandé aux participants de partager leur appréciation de la formation

en spécifiant ses points forts, ses points à améliorer, la capacité de la formation à atteindre ses objectifs, à anticiper ses retombées, puis à partager les enjeux de diffusion et de participation appréhendés. Des questions de relance invitaient les participants à exprimer leurs perceptions sur l'ensemble des critères retenus dans le cadre de la démarche évaluative et décrite précédemment (annexe 2, p. 43). Au total, cinq entretiens ont été menés auprès de médecins résidents, d'un médecin et d'autres professionnels concernés par le sujet de la formation.

Enfin, puisque cette formation était offerte dans le cadre du programme de formation des médecins résidents d'un CLSC, ces derniers devaient remplir un questionnaire d'appréciation de la formation développé et administré par leur faculté universitaire. Les résultats des réponses à ce questionnaire anonyme ont ensuite été partagés à l'équipe d'évaluation afin d'enrichir la collecte de données. Au total, six médecins résidents ont rempli le sondage.

L'ensemble du corpus de données a été analysé qualitativement. Le logiciel NVivo12 a été utilisé afin de réaliser une analyse thématique des verbatims des entrevues semi-dirigées, des réponses au questionnaire de satisfaction, des contenus des grilles d'observation, ainsi que des notes de terrain des évaluatrices (Paillé, P. et Mucchielli, A., 2016).

Les résultats ont ensuite été présentés à l'équipe de développement de la formation, et ce, afin de conseiller et d'orienter la poursuite de l'élaboration de la formation dans un deuxième format, partiellement asynchrone cette fois-ci.

Appréciation de la deuxième formation pilote

Le groupe de participants de la deuxième formation pilote était également principalement composé de médecins résidents (n = 14) et d'autres professionnels (n = 2), mais incluait cette fois-ci un peu plus d'omnipraticiens (n = 4). D'abord accueillis par le Dr Barbeau et la chercheure du CREMIS Nadia Giguère sur la plate-forme virtuelle Zoom, les participants devaient ensuite visionner un enregistrement de la présentation magistrale, qui comprenait des interludes où ils devaient répondre à des questions de nature réflexive sur les contenus abordés par la suite, et ce, à même un cahier du participant préalablement fourni. Les participants devaient ensuite répondre à un quiz en ligne afin de valider leur compréhension des contenus clés de la présentation. Une deuxième capsule vidéo devait ensuite être visionnée, portant cette fois-ci plus spécifiquement sur les particularités et les écueils des formulaires médicaux de l'aide sociale. Enfin, ils étaient invités à se reconnecter sur la plate-forme de rencontre virtuelle afin de poser des questions de clarification aux conférenciers, puis de participer à un exercice de discussion de cas. Un aide-mémoire des éléments clés de la formation, accessible via

leur cahier du participant, était alors utilisé afin de favoriser la consolidation des dimensions clés à prendre en compte lors de l'évaluation des contraintes à l'emploi. Le pense-bête portant sur l'un des formulaires de l'aide sociale leur a également été fourni à même le cahier. Cette deuxième formation a également duré 3h.

Tout comme lors de la collecte de données de la première formation pilote, les participants ont été invités à participer à un entretien semi-dirigé. Deux médecins, ainsi qu'une autre professionnelle ont répondu à l'appel. Cette deuxième formation pilote a également fait l'objet d'une observation par la médecin résidente membre de l'équipe d'évaluation, et ce, au moyen de la même grille d'observation utilisée pour la première formation pilote. Finalement, les résultats des participants au quiz qu'ils devaient remplir dans le cadre de la formation et qui visait à renforcer la consolidation des contenus essentiels ont été intégrés au corpus de données afin de repérer les aspects qui auraient pu être moins bien compris et d'obtenir des rétroactions sur le quiz lui-même. Au total, vingt participants ont rempli le quiz.

Le corpus de données de cette deuxième phase d'évaluation, soit les verbatims des entretiens, la grille d'observation et les résultats des analyses statistiques descriptives des résultats au quiz, a aussi fait l'objet d'un traitement qualitatif thématique. Les résultats de l'appréciation de cette deuxième formation pilote ont ensuite été présentés aux membres de l'équipe de développement de la formation, et ce, dans l'optique de guider les travaux menant à la production d'une formation finale entièrement virtuelle et asynchrone.

Finalement, des analyses qualitatives thématiques ont été menées sur l'ensemble du corpus, d'abord de manière déductive à l'aide des critères de qualité retenus dans le cadre de cette démarche et présentés précédemment, puis de manière inductive dans un deuxième niveau d'analyse et à des fins d'approfondissement des contenus.

RÉSULTATS

Appréciation de la qualité de la formation

Afin d'encadrer cet exercice de jugement de la qualité de la formation, les points de vue des participants à la formation ayant participé à cette évaluation sont présentés d'abord en fonction des critères de l'Open ECBCheck, soit 1- l'orientation vers le public cible, 2- la description de la formation, 3- la qualité de ses contenus, 4- sa conception pédagogique, puis 5- sa conception médiatique et technique. Pour chacune de ces dimensions, les critères de qualité de Farand (pertinence, continuité, globalité, intensité et accessibilité) servent à en caractériser la qualité.

1. Orientation vers le public cible

Ce critère fait référence à l'importance d'inclure la perspective de l'apprenant dans la formation et de tenir compte de ses besoins.

Pertinence

Selon les participants, cette formation répond à un besoin, dans la mesure où les médecins sont ou seront éventuellement interpellés pour mener ce type d'évaluation médicale et remplir des formulaires de l'aide sociale, alors qu'ils n'ont pas été formés à cet égard dans le cadre de leur cursus universitaire.

De plus, cette formation soulève un aspect marquant de ce type d'évaluation : les malaises et les craintes qu'elle peut susciter chez les médecins. Cet aspect est particulièrement apprécié des participants, car il permet de prendre le pas de recul nécessaire pour exercer cette évaluation en toute réflexivité.

« La formation met en lumière tous les malaises et les problèmes éthiques qui peuvent être rencontrés, et justement, de le nommer, ça permet de mieux comprendre ce qui se passe pour être meilleur dans ce domaine. » (Résidente 2, formation 1)

Une formation est offerte par le MTESS sur le sujet aux autres professionnels de la santé et des services sociaux du territoire montréalais, mais aucune ne l'est pour les médecins, alors que leur signature apposée sur le formulaire constitue la porte d'entrée au Programme de solidarité sociale. Dans ce contexte, des personnes interviewées déplorent notamment des situations où ce sont les employés du MTESS qui doivent informer et sensibiliser les médecins face à la pertinence du programme.

Dans sa forme, la formation répond également à certains besoins spécifiques du public cible. Son format virtuel serait favorable à la participation, permettant la flexibilité nécessaire à ce public dont l'horaire est généralement bien chargé. De plus, les outils intégrés dans la deuxième formation pilote et ayant pour fonction de faciliter le rappel des contenus essentiels, tels que l'aide-mémoire et le pense-bête, constituent des produits particulièrement appréciés des médecins qui, suivant plusieurs formations au cours d'une année, aiment bien y recourir rapidement lorsqu'une situation se présente à eux.

Accessibilité

Lorsqu'interrogé sur les conditions susceptibles de favoriser la participation des médecins, il est clair pour les participants que l'accréditation de la formation constituerait un atout indéniable. En effet, tous les médecins pratiquant au Québec doivent participer à un minimum de 250 h d'activités de formation continue sur une période de cinq ans, dont 125 h d'activités de formation professionnelle reconnues par le Collège des médecins du Québec ou un organisme agréé en formation continue par ce dernier⁴. Ces formations donnent droit à des crédits de formation, qui sont ensuite comptabilisés par le Collège des médecins et permettent le renouvellement du droit de pratique. Les médecins doivent suivre un minimum de 25 h de formation continue par année. Ainsi, les participants soulignent que l'absence de crédits de formation pourrait constituer un frein à la participation dans la mesure où des médecins pourraient être plus portés à s'inscrire à des formations reconnues par leur ordre professionnel.

Un autre aspect concernant l'accessibilité de la formation constitue la plate-forme Web sur laquelle elle est hébergée. Lorsque questionné sur leurs habitudes de participation à des formations, les médecins interrogés rapportent participer à des formations dans le cadre de congrès en temps non-pandémique. Depuis la pandémie de COVID-19, ils ont plutôt pris l'habitude de participer à des formations disponibles en ligne et hébergées sur des plates-formes de formation continue destinées à des médecins, telles que la plate-forme *Caducée* de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). En effet, l'amélioration de l'accessibilité de cette plate-forme au moyen de formules d'abonnement avantageuses (ex. : abonnement annuel illimité) a incité plusieurs d'entre eux à y souscrire. Ainsi, compte tenu de leur abonnement, ils y suivent donc la majorité de leurs

⁴ Collège des médecins du Québec (2019) Les activités de développement professionnel ou d'évaluation de l'exercice reconnues. Consulté en ligne le 23 juillet 2021 : <http://www.cmq.org/page/fr/QR-formation-continue-obligatoire.aspx>.

formations continues, mais également en raison de sa convivialité. On y apprécie notamment la qualité des enregistrements, l'accès facilité aux crédits de formation et l'accès aux documents de soutien tels que les présentations PowerPoint des formations. Les plates-formes de formation continue des universités sont également mentionnées, mais elles ne seraient pas utilisées dans la même mesure et la participation reposerait sur une stratégie de recherche proactive de la part des médecins. En effet, des participants partagent ne pas avoir le réflexe d'aller consulter les plates-formes de formation continue des universités qu'ils n'ont pas fréquentées.

Intensité

La durée de trois heures est jugée adéquate pour les médecins résidents dont l'horaire est aménagé pour participer à ce type de formation. Cette durée a néanmoins été identifiée comme un frein potentiel à la participation des médecins. En effet, ces derniers seraient plutôt habitués à des formats dont le visionnement s'insère facilement dans un horaire chargé.

Pistes d'action pour favoriser la participation à la formation :

- *Faire les démarches nécessaires afin que les médecins participant à la formation puissent obtenir des crédits de formation reconnus par leur ordre professionnel;*
- *Rendre la formation accessible sur une plate-forme de formation continue dédiée à la pratique médicale;*
- *Réduire la durée de la formation.*

2. Description de la formation

Ce critère concerne l'information communiquée aux futurs apprenants à propos de la formation et qui leur permet de s'assurer qu'elle correspond à leurs besoins d'apprentissage quant aux contenus et méthodes.

Pertinence

Dans l'introduction de la première formation pilote, l'objectif de la formation « d'effectuer une évaluation éclairée des contraintes à l'emploi » a été communiqué aux participants, ainsi que les objectifs d'apprentissage en lien avec les six blocs de contenu. Cependant, cette manière d'introduire la formation ne permettait pas

d'expliciter l'importance de ce type d'évaluation dans la pratique médicale. De plus, la formulation des objectifs d'apprentissage ne se traduisait pas suffisamment en compétences à acquérir⁵.

Ainsi, en réaction à ces commentaires, l'introduction de la deuxième formation pilote débutait par l'illustration du cas d'un patient demandant une évaluation des contraintes à l'emploi, et ce, afin de bien expliciter comment cette pratique relativement courante peut représenter un défi pour les médecins. Les objectifs d'apprentissage de la formation ont également été reformulés afin de cibler les compétences que cette formation vise à développer et les contenus essentiels à acquérir pour y parvenir. Une fiche descriptive de la formation a aussi été élaborée afin de communiquer les objectifs d'apprentissage, les modalités d'accès et la durée de la formation aux futurs participants. Ces adaptations se sont traduites pour les participants de la deuxième formation pilote par une meilleure compréhension de la pertinence de cette formation pour la pratique médicale, et ce, dès le début de la formation.

Piste d'amélioration :

- *S'assurer d'expliciter la pertinence de cette formation pour la pratique médicale dans les communications de diffusion de la formation.*

3. Qualité des contenus

Ce critère renvoie à la cohérence entre les contenus présentés, les activités d'apprentissage et les objectifs de la formation.

Pertinence

Dans l'ensemble, les contenus de la formation se sont révélés pertinents aux yeux des participants. Chaque bloc de contenus abordé permet d'apporter l'éclairage nécessaire pour mener une évaluation des contraintes à l'emploi. Aucun aspect présenté n'est apparu superflu ou non cohérent pour l'atteinte des objectifs. Seuls les contenus portant plus spécifiquement sur les formulaires ont été perçus comme moins essentiels par les médecins, contrairement aux médecins résidents.

⁵ Conseil de l'éducation médicale continue du Québec (2021)

« Je suis allée très vite pour le visionnement de la capsule sur les formulaires. J'avais le sentiment de comprendre cette information assez bien. C'était moins pertinent dans mon cas. [Ce le serait peut-être plus] pour quelqu'un qui est moins à l'aise, peut-être même les résidents, puisqu'ils ne les ont jamais vu ces formulaires. (...). Comme médecin, c'est de l'information que je perçois comme plus claire, compte tenu qu'il y a quand même pas mal d'informations à cet effet dans la capsule de formation principale. » (Médecin 1, formation 2)

La crédibilité des contenus a été soulignée, puisqu'ils sont basés à la fois sur des résultats de recherche, la littérature scientifique et l'expertise d'un médecin expérimenté sur le sujet. Finalement, les contenus de la formation et ses objectifs ultimes se sont révélés être, de manière générale, en cohérence avec les visées du MTESS en relation au programme de solidarité sociale selon une informatrice clé. En effet, de son point de vue, on considérerait au MTESS que la reconnaissance d'une contrainte à l'emploi est une mesure favorable au bien-être des personnes, notamment en permettant aux bénéficiaires du Programme de solidarité sociale qui le peuvent de réintégrer graduellement le marché du travail, tout en conservant un certain filet de sécurité.

Ceci étant, certains contenus de la formation relatifs à l'interprétation de la loi ne seraient plus tout à fait exacts selon cette même informatrice. En effet, des modifications aux critères d'éligibilité aux programmes d'aide financière de dernier recours sont souvent apportées, ce qui fait en sorte que des mises à jour doivent souvent être effectués afin de s'assurer la justesse de ce type de contenus. De plus, le ton critique avec lequel ils sont abordés durant la formation pourrait décourager certains médecins de recommander le recours à ces programmes à leurs patients en croyant, peut-être à tort, que ces derniers n'y soient pas admissibles. À cet effet, il est suggéré de plutôt référer les médecins au site Web du gouvernement du Québec⁶ où les détails de l'interprétation de la loi, notamment quant aux critères d'admissibilité aux différents programmes, y sont régulièrement mis à jour.

⁶ Programme d'aide sociale et Programme de solidarité sociale (2021, 25 mai). Québec.ca. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-auxpersonnes/aide-financiere/aide-sociale-et-solidarite-sociale>

Globalité

Bien que les participants aient apprécié l'étendue des contenus couverts dans la formation, la principale critique formulée à propos de la première formation pilote était l'absence de synthèse ou de retours sur les messages clés qui servent ultimement à orienter l'évaluation des contraintes à l'emploi et la prise de décision du médecin. De plus, les liens à faire entre les contenus présentés et leur prise en compte dans le processus d'évaluation demeuraient encore nébuleux (p. ex. la prise en compte des différents programmes ou des facteurs sociaux dans le processus décisionnel). Cette critique a particulièrement interpellé l'équipe de développement de la formation, car elle était aussi liée à la perception que la formation ne permettait pas tout à fait de se sentir « outillé » ou d'avoir les capacités de mener des évaluations des contraintes à l'emploi en situation de dossier complexe.

Afin de pallier cette lacune, la deuxième formation pilote comprenait un aide-mémoire permettant de clarifier les éléments-clés à prendre en considération lors du processus d'évaluation des contraintes à l'emploi. Cet aide-mémoire, inclus dans le cahier du participant, a été utilisé lors de la discussion de cas en servant de repère aux participants dans leur évaluation des cas discutés. Cet ajout semble avoir porté fruit puisque les participants interviewés à la suite de la deuxième formation pilote ont indiqué se sentir alors outillés et avoir les capacités de mener le processus d'évaluation de manière éclairée.

Enfin, certains contenus potentiellement manquants ont été identifiés. Ils portent principalement sur les autres mesures ou programmes d'aide financière de dernier recours (p. ex. le programme Soutien financier aux mineures enceintes et le caractère obligatoire du Programme objectif emploi et ses impacts si aucune contrainte à l'emploi n'est reconnue). Il a également été conseillé de souligner davantage les écueils d'un autre formulaire médical de l'aide sociale concernant les besoins médicaux spécifiques (Certificat médical SR-0040) dans la capsule sur les formulaires de l'aide sociale.

Piste d'amélioration concernant la qualité des contenus :

- *Épurer la formation des contenus portant sur l'admissibilité des patients aux différents programmes d'aide financière de dernier recours et susceptibles de faire l'objet de modifications fréquentes de la part du MTESS. Plutôt référer au site Web officiel du gouvernement pour en savoir davantage.*
- *Intégrer les contenus potentiellement manquants en ayant le souci de ne pas alourdir les capsules de formation (p. ex. intégrer les contenus manquants aux outils de soutien mis à la disposition des participants, tels que le pense-bête sur les formulaires ou le dossier Web)*

4. Conception pédagogique

Ce critère fait référence à la qualité de l'expérience d'apprentissage et des stratégies mobilisées.

Pertinence

Sur le plan de la conception pédagogique, les principales critiques formulées à l'égard de la première formation pilote concernaient l'absence de synthèse, telle que mentionnée précédemment, ainsi que le recours à davantage d'illustrations du contenu sous forme d'exemples ou de verbatims, qui auraient favorisé son assimilation.

Aussi, les observations participantes ont permis de souligner que les contenus de la formation n'étaient pas présentés dans un ordre allant du plus simple au plus complexe, ni dans un ordre logique et cohérent avec le processus d'évaluation et de prise de décision quant à la recommandation de reconnaître ou non une contrainte sévère à l'emploi au patient. Notamment, les contenus portant sur la manière de bien remplir le formulaire de l'aide sociale sur les contraintes à l'emploi SR-2100 étaient présentés avant d'avoir couvert l'ensemble des facteurs à prendre en considération pour poser le pour et le contre de reconnaître une contrainte sévère à l'emploi⁷. Or, il apparaît pertinent d'avoir effectué au préalable l'évaluation et avoir pris position avant de remplir le formulaire médical pour le patient.

Ces constats ont donné lieu à une deuxième formation pilote intégrant l'illustration d'un cas tout au long de la présentation magistrale. L'ordre de présentation des contenus a aussi été revu. Les contenus illustrant l'importance de cette évaluation dans la vie des patients sont abordés plus tôt dans la formation, alors qu'elle

⁷ En effet, dans une des sections à remplir du formulaire médical SR-2100, il est demandé au médecin de se prononcer sur le caractère permanent ou non de l'incapacité rapportée chez le patient.

termine avec les contenus portant plus spécifiquement sur les formulaires médicaux. Cependant, les participants auraient apprécié avoir plus d'illustrations et de conseil sur la manière d'aborder le sujet avec le patient

La discussion de cas, comme stratégie d'apprentissage permettant de consolider les contenus présentés dans la formation, a été

particulièrement appréciée des participants. En plus de s'inscrire dans une tradition de la formation médicale, elle permet d'illustrer le processus d'évaluation en situation de dossier complexe. Il est notamment perçu comme pertinent de présenter des cas déjà préparés, ce qui permet de focaliser davantage sur le processus d'évaluation que l'histoire du cas. Toutefois, la consigne aux participants de préparer un cas issu de leur expérience à discuter avant de participer à la formation a été moins bien suivie. Les médecins résidents interviewés ont rapporté avoir manqué du recul et de l'expérience pratique nécessaires à cet exercice.

« Je ne sais pas si ça se mettrait dans une formation, mais des fois, [d'avoir des trucs sur] la manière d'aborder la question avec le patient. Pas le convaincre, mais comment aborder le retour au travail, si c'est une option valable (...). Il n'y a pas une méthode qui est faite pour tous, mais parfois, des trucs pour aborder ce sujet-là, ça peut aider. » (Médecin 1, formation 2)

Globalité

Des participants soulignent également la plus-value amenée par la participation d'autres acteurs, dans ce cas-ci des membres de l'équipe ayant mené les travaux de recherche sur le sujet. Leur participation permettrait d'apporter un regard plus global sur la question, notamment sur le point de vue des patients ayant à passer à travers le processus d'évaluation médicale.

Dans la deuxième formation pilote, des stratégies d'apprentissage ont été ajoutées afin de favoriser l'interaction entre les participants et le formateur et de contribuer à rendre plus explicites les éléments synthèses. Cette diversification des stratégies a été particulièrement appréciée des participants interviewés, qui y ont vu un bon moyen de favoriser la rétention de l'information. Rappelons que pour ce deuxième pilote, la formation était offerte partiellement en mode asynchrone.

Intensité et continuité

Parmi les commentaires ayant été formulés sur les activités d'apprentissage, les participants relèvent le temps insuffisant consacré à la discussion de cas. À l'opposé, un peu trop de temps serait consacré au travail individuel, notamment pour répondre aux questions réflexives intégrées à la présentation magistrale. Bien que ces questions

aient été perçues comme pertinentes, le temps de travail individuel a parfois été utilisé pour faire autre chose, comme prendre une pause. Ces possibilités de pause ont néanmoins été appréciées de certains participants interviewés, car elles offraient la possibilité de prendre du recul par rapport aux contenus de la formation, livrés, somme toute, de manière assez soutenue.

Piste d'amélioration pour favoriser la qualité de la conception pédagogique :

- *Diminuer le temps consacré aux exercices individuels afin d'éviter une rupture dans le rythme de la formation.*

5. Conception médiatique et aspects technologiques

Ce critère concerne l'accessibilité et l'utilisabilité des médias et des modalités technologiques de la formation.

Accessibilité

La première formation pilote, qui a été donnée de manière synchrone, comportait l'avantage pour les participants de pouvoir poser des questions en cours de présentation, ce qui n'a pas pu être le cas lors de la deuxième formation pilote. Les participants ont pu poser leurs questions avant le début de la discussion de cas, qui était alors offerte de manière synchrone. Cependant, cette période de questions a mobilisé beaucoup de temps, ce qui a eu comme impact de réduire le temps consacré aux discussions de cas. Cependant, d'autres participants ont souligné l'intérêt de la modalité asynchrone, qui permet de visionner la formation à son rythme, prendre des pauses ou reculer l'enregistrement pour réécouter des aspects moins bien compris.

Au-delà de la modalité synchrone ou asynchrone, les participants interviewés s'entendent sur l'avantage que représente le format virtuel de la formation, qui en soi, amène une flexibilité favorable à la participation des médecins.

Finalement, en ce qui concerne plus spécifiquement la deuxième formation pilote, le style de narration du formateur, dont la lecture d'un script était plus évidente, a moins plu à certains.

Piste d'amélioration pour favoriser la qualité de la conception médiatique et les aspects techniques :

- *Dynamiser le style narratif de la présentation magistrale.*

Appréciation de l'atteinte des objectifs de la formation

Cette appréciation de la qualité, qui repose sur le postulat qu'une formation de qualité est plus susceptible d'atteindre les résultats escomptés, s'intéresse donc également à la capacité de la formation d'atteindre ses objectifs, notamment du point de vue des participants.

1. Acquisition des contenus-clés de la formation

Les scores obtenus par les participants du quiz inclus dans la deuxième formation pilote témoignent d'une bonne compréhension globale et rétention des messages-clés de la formation par les participants. Le score moyen à ce quiz comportant 10 questions portant sur les contenus clés de la formation est de 82%. Il a été rempli majoritairement par des médecins résidents ayant peu ou pas d'expérience dans l'évaluation des contraintes sévères à l'emploi et par des médecins ayant quelques expériences antérieures. Ces deux catégories de répondant ont obtenu des scores similaires (85% pour les médecins et 81% pour les résidents). Une fois le quiz terminé, les participants avaient accès à leurs résultats pour chacune des questions, incluant une explication de la bonne réponse. Cette rétroaction aux questions permettait alors de clarifier ces aspects moins bien assimilés lors de la présentation magistrale.

Les témoignages des participants partagés dans le cadre des entretiens permettent aussi de constater une bonne assimilation des contenus. Sans que la question leur soit posée de front, les participants parlent d'emblée des contenus que la formation permet d'acquérir et de manière témoignant leur assimilation des informations-clés. C'est notamment le cas des contenus portant sur le rôle du médecin dans l'attestation des contraintes à l'emploi.

En plus de témoigner qu'ils comprennent mieux leur responsabilité dans cette évaluation, certains l'abordent sous l'angle de leur rôle d'*advocacy* pour soutenir leur patient dans l'atteinte de conditions de vie susceptibles d'avoir un impact positif sur leur santé.

« Je vais pouvoir y penser pour mes patients et aider à les défendre s'ils ont une contrainte sévère à l'emploi permanente. Le fait de le savoir que c'est mon rôle, je vais pouvoir le proposer et je pense que c'est vraiment bénéfique pour les patients. » (Résidente 2, formation 1)

Parmi les contenus retenus, celui de l'impact des renouvellements constants des contraintes temporaires à l'emploi interpelle particulièrement les médecins participants interviewés, qui ont reconnu cette habitude bien ancrée dans la pratique. Ils rapportent que la formation les a sensibilisés à l'impact potentiellement néfaste de cette pratique sur les patients, contribuant à maintenir ces derniers dans un état de précarité et d'anxiété. Cette pratique de renouvellement des contraintes temporaire à l'emploi, reposant en partie sur les craintes des

médecins de nuire ou de subir des répercussions pour eux-mêmes lorsqu'ils ne sont pas complètement certains qu'il s'agisse d'une contrainte sévère à l'emploi, est alors remise en question grâce aux contenus sur les critères d'accessibilité au programmes et aux contenus abordant les effets bénéfiques du Programme de solidarité sociale sur le bien-être des patients.

Enfin, l'idée véhiculée dans la formation selon laquelle le médecin devrait aborder ce sujet avec les patients en faisant preuve d'ouverture, de transparence et d'empathie est bien retenue des participants interviewés. Pour certains, la formation leur a permis de prendre conscience de la légitimité de proposer eux-mêmes la mesure s'ils jugent qu'elle puisse être bénéfique pour leur patient, tel qu'illustré dans l'extrait précédent. Les connaissances et les contenus acquis dans la formation permettraient également de leur donner de l'assurance pour aborder le sujet de front.

2. Appréciation⁸ de l'atteinte des objectifs spécifiques de la formation

Accomplir le processus d'évaluation des contraintes à l'emploi de manière éclairée

Bien que certains participants aient émis quelques réserves quant à l'idée que la première formation pilote permette au médecin d'évaluer de manière éclairée les contraintes à l'emploi, et ce, particulièrement dans le cas de dossiers complexes, les précisions apportées aux contenus et l'intégration de nouvelles stratégies d'apprentissage dans la deuxième formation pilote semblent corriger la situation. En effet, les participants à l'évaluation ayant suivi la deuxième formation pilote ont unanimement affirmé qu'elle leur permettait, selon eux, *d'accomplir le processus d'évaluation des contraintes à l'emploi de manière éclairée*. Par exemple, en abordant les points positifs et négatifs liés à une attestation des contraintes sévères à l'emploi pour un patient donné et en amenant le médecin à poser un regard plus global sur sa situation, la formation permettrait de soutenir la prise de décision du médecin de recommander au MTESS la reconnaissance ou non une contrainte sévère à l'emploi.

⁸ Dans le cadre des entretiens menés auprès de participants à la formation, ces derniers ont été questionnés sur les points forts et à améliorer de la formation, mais aussi sur leur perception quant à la capacité de la formation d'atteindre ses objectifs. Ils ont également été questionnés sur les retombées envisagées de la formation sur la pratique médicale, mais aussi sur les patients. Il est donc ici question de leur « appréciation » des atteintes des objectifs de la formation en fonction de leur expérience personnelle.

« Ce qui a été le plus intéressant plus moi, ça a été de mieux comprendre comment approcher [la situation], quand on est rendu à mettre une contrainte sévère, quand on voit ça comme un mur et qu'on ne sait pas comment s'y prendre. Cette présentation, ce qu'elle fait de mieux, c'est d'amener une approche pour faire ça. J'ai l'impression d'avoir un meilleur framework pour approcher le patient et faire ça avec lui de façon plus fluide. » (Médecin 1, formation 1)

Perceptions plus favorables envers le PSS

L'un des principaux effets de cette formation consiste en un changement de perspective quant aux impacts de la reconnaissance d'une contrainte sévère à l'emploi sur le bien-être des patients. Une propension à donner plus de poids aux retombées positives que négatives tend à se dessiner. Par exemple, les craintes d'un ancrage de la personne dans le non-emploi font désormais plus de place aux retombées positives du PSS sur une remobilisation dans un projet de vie significatif autre que le travail. Des participants se disent par ailleurs rassurés par les résultats de la recherche faisant état d'un maintien de la motivation envers la réinsertion éventuelle en emploi chez les bénéficiaires du Programme de solidarité sociale.

Ce changement de perspective se manifeste aussi par une vision de cette mesure qui est davantage perçue comme un levier thérapeutique qu'une fin en soi ou un acte de charité.

On passe ainsi d'une mesure perçue comme négative et néfaste pour le bien-être de la personne à long terme à

« C'est peut-être de le voir un peu plus comme un traitement même et non pas comme une faveur qu'on leur fait. C'est quelque chose qui peut les aider. » (Médecin 2, formation 1)

« C'est la posture qui change. Je ne condamne pas le patient à être déclaré inapte aux yeux de la société, le prendre en charité judéo-chrétienne pour lui permettre de vivre. On change cette perspective-là. » (Médecin 1, formation 2)

une mesure de soutien ayant le potentiel d'aider la personne à améliorer sa situation, et par ricochet, sa santé.

Meilleures connaissances des programmes

Parmi les questions du quiz de la deuxième formation pilote ayant été les moins bien réussies, deux portaient sur les programmes d'aide financière de dernier recours, soit le programme Objectif emploi et le programme Revenu de base. La moitié des répondants n'avaient pas compris au moment de remplir le quiz que le programme Objectif emploi est un programme obligatoire pour les primo demandeurs de l'aide sociale. Or, cet aspect s'avère

important selon une participante interviewée, dans la mesure où un patient ayant une contrainte à l'emploi non reconnue par un médecin s'expose alors à être dans l'obligation de travailler malgré sa contrainte, avec tous les effets néfastes que cela peut occasionner sur sa santé physique ou psychologique ou encore son revenu. Elle souligne par ailleurs que ces enjeux mériteraient d'être mieux explicités dans la formation.

En revanche, pour ce qui est du Programme de solidarité sociale, ainsi que les implications liées à la reconnaissance d'une contrainte temporaire ou sévère à l'emploi, les participants aux entretiens témoignent unanimement d'une amélioration de leurs connaissances. À cet effet, des participants partagent avoir appris dans la formation l'existence du Programme de solidarité sociale et des implications de la reconnaissance d'une contrainte sévère à l'emploi.

« Je me suis rendu compte hier [en suivant la formation] que j'ai déjà eu un appel d'un médecin de l'aide sociale qui me demandait si je voulais qu'on fasse une contrainte sévère à l'emploi [dans un dossier en particulier]. C'était quelqu'un qui était sur la contrainte temporaire. À l'époque, je n'avais même pas compris la nuance. Il y a quand même pas mal de méconnaissances. » (Médecin 1, formation 2)

Un autre aspect ayant éclairé leur compréhension du concept de contrainte sévère à l'emploi est celui non seulement de la capacité à travailler, mais à se faire embaucher puis de maintenir un emploi.

« Souvent on pense que la personne va être capable d'avoir un emploi. (...) Mais c'est aussi de le maintenir ! Je me dis que si je commence à le voir dans cette perspective-là, ça me confortera dans ma décision de dire oui. Cette personne, elle sera peut-être capable de trouver un emploi. Est-ce qu'elle va être capable de le maintenir ? Probablement pas. » (Médecin 1, formation 2)

Être conscientisé aux atouts de l'interdisciplinarité

L'un des messages retenus et appréciés de la formation relativement au soutien possible d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux dans l'évaluation est que ce n'est pas par manque de compétences ou de connaissance des médecins pour l'évaluation des contraintes à l'emploi que l'interdisciplinarité est suggérée, mais parce qu'il s'agit d'une analyse complexe en soi pouvant bénéficier d'une multiplicité des regards et d'expertises. Elle permet une complémentarité des approches susceptible d'apporter l'éclairage nécessaire pour une prise de décision.

Le recours au soutien d'une travailleuse sociale apparaît accessible aux yeux participants. Par ailleurs, une travailleuse sociale ayant participé à la formation mentionne avoir été interpellée dans le passé par un médecin du même groupe de médecine familiale (GMF) hésitant à suggérer la reconnaissance d'une contrainte sévère à l'emploi pour son patient. En contrepartie, les médecins ne retrouveraient pas cette même accessibilité de soutien avec d'autres types de professionnels ne faisant pas partie du même GMF, notamment ceux œuvrant en santé mentale. La collaboration avec des organismes communautaires et de défense de droits ne semble pas non plus aller de soi, les médecins n'étant pas toujours au fait des services de ce genre au sein de leur communauté. Par ailleurs, des participants interviewés ont apprécié la participation d'autres professionnels et d'un représentant d'organisme communautaire aux formations. Cela leur a permis de mieux saisir la pertinence de leur contribution dans l'évaluation ou dans le soutien aux personnes bénéficiaires. Finalement, il a été suggéré, après la première formation, d'ajouter aux références des exemples d'organismes qui pourraient venir en soutien aux médecins, ce qui a été fait pour la deuxième formation.

Être outillé pour l'évaluation

Les rétroactions obtenues suite à la première formation faisaient état d'une capacité de la formation à « outiller » les médecins et les médecins résidents par le biais de l'acquisition de nouvelles connaissances. Toutefois, davantage de soutien à la collecte d'informations et à la prise de décision a été suggéré.

L'intégration d'outils de cette nature dans la deuxième formation semble avoir répondu aux attentes, les rétroactions allant dans le sens d'une formation fournissant plusieurs outils pour soutenir la prise de décision.

« Je pense que ça donne une bonne base. Après, ce serait le fun d'avoir un contact ou quelqu'un à qui se référer si on est mal pris. (...) Une checklist sur ce qu'on doit mettre dans le formulaire, quoi ne pas oublier comme situations critiques chez la personne et les choses qui devraient attirer notre attention. » (Résidente 1, formation 1)

Le sentiment de confiance et de compétence que procure la formation constitue une autre retombée positive, notamment pour ouvrir le dialogue avec le patient. Une travailleuse sociale relate le témoignage d'un médecin ayant suivi la formation :

« Il se sentait plus outillé pour avoir la conversation avec le patient sur comment il voit l'avenir (...). Ça a permis au patient d'exprimer au médecin qu'il était tanné de rester chez lui à ne rien faire, mais qu'il ne savait pas par où commencer. Sinon, le médecin n'aurait pas eu la discussion avec lui. Peut-être qu'il l'aurait eu, mais la formation a fait en sorte qu'il a décidé de s'asseoir avec le patient (...). Il sentait qu'il avait les outils pour s'asseoir avec et avoir la discussion. » (Travailleuse sociale 1, formation 1)

Pour un autre médecin participant, si l'évaluation des contraintes à l'emploi lui était déjà familière, l'approche prônée dans la formation et les nouvelles connaissances acquises l'ont outillé au « sens large », c'est-à-dire qu'elles ont contribué à améliorer son sentiment de confiance envers ses pratiques et ses décisions.

3. Appréciation de l'atteinte des objectifs principaux de la formation

Identification des CSE plus cohérente avec les critères d'accès au programme

Pour certains participants interviewés, au-delà d'apprendre l'existence de la mesure, la formation leur a aussi fait réaliser que certains de leurs patients pourraient ou auraient pu en bénéficier. Elle les habilite à demeurer plus alertes lorsqu'ils reçoivent des patients cumulant des facteurs de vulnérabilités. Ainsi, les personnes se situant en « zone grise » seraient plus facilement décelées grâce à cette formation. À cet effet, le fait que la contrainte ne soit pas obligatoirement permanente (mais aussi indéterminée et s'étirant minimalement sur une période de 12 mois) et que le patient doit aussi être en mesure de maintenir un emploi sont des critères qui ont été particulièrement retenus par les participants.

Réduction des délais d'attestation d'une CSE

La prise de conscience des effets néfastes du renouvellement constant de contraintes temporaires à l'emploi amène certains participants à anticiper être plus alertes face à l'établissement d'une habitude qui pourrait s'installer. Ils prévoient donc moins tarder à reconnaître une contrainte sévère à l'emploi dans un profil de cas plus

« Je reconnaissais très bien le "pattern" des contraintes temporaires, jusqu'à ce que le médecin se fasse une tête. (...) Après avoir écouté cette présentation-là, je me sens plus en confiance. Je sens que ça va avoir un impact et que je vais avoir peut-être moins recours à ça [renouvellement des contraintes temporaires]. Je vais aller un peu plus d'aplomb sur la contrainte sévère si je crois que c'est nécessaire. » (Médecin 1, formation 1)

complexe. Le changement de perspective sur les impacts potentiels de l'accès au PSS est un autre facteur qui contribuera à les sécuriser dans leur décision d'attester d'une contrainte sévère à l'emploi.

Meilleure équité dans l'accès au PSS

Enfin, lorsqu'interrogés sur les impacts potentiels de cette formation sur les patients, des participants interviewés croient qu'une meilleure connaissance du programme, du rôle que les médecins jouent dans son accès et des bénéfices potentiels sur la santé des patients lèvera certaines barrières à l'accès au PSS, et ce, particulièrement pour les patients dont la contrainte sévère à l'emploi est plus difficile à déterminer de façon objective.

DISCUSSION

Retombées positives d'une démarche d'évaluation formative

Le caractère participatif de cette évaluation, réalisée de manière à soutenir l'amélioration « en continu » de la qualité de la formation, a favorisé le déploiement d'une deuxième formation pilote plus près des attentes et des besoins des publics cibles. L'intégration des rétroactions obtenues à la première formation pilote a mené à des améliorations de la formation, particulièrement sur les plans de la globalité (capacité à couvrir l'ensemble des besoins de connaissances) ainsi que de la pertinence des contenus et des stratégies d'apprentissage. Parmi les améliorations qui semblent avoir été les plus porteuses, soulignons la clarification de la manière d'intégrer les contenus abordés dans la formation dans le processus d'évaluation médicale. Cette clarification semble avoir contribué à améliorer le sentiment des participants d'être en mesure de mener l'évaluation des contraintes à l'emploi de manière éclairée.

Stratégies pour favoriser l'accessibilité de la formation

Sur le plan de l'accessibilité et de l'intensité de la formation, certaines lacunes subsistent néanmoins dans son format actuel. Certaines considérations documentées dans le cadre de cette évaluation mériteraient d'être prises en compte pour favoriser la participation des médecins à la formation lors du déploiement de son format final.

Parmi ces éléments sont ressortis la longueur de la formation, peu adaptée aux habitudes et à l'horaire chargé des médecins, ainsi que l'absence de crédits de formation comme incitatif à la participation.

Certains éléments de la formation ont toutefois été identifiés comme susceptibles de favoriser la motivation des médecins de s'y inscrire, tels que son format virtuel pour sa flexibilité, son sujet - qui s'inscrit dans un courant de médecine sociale peu abordé dans le curriculum de la formation médicale -, ainsi que les besoins de connaissances sur le sujet des contraintes à l'emploi et les malaises vécus par les médecins en lien avec les formulaires médicaux de l'aide sociale.

Finalement, dans l'optique de son déploiement à plus large échelle, certaines stratégies qui favoriseraient son accessibilité ont été identifiées : sa mise en ligne via une plate-forme de formation continue des médecins, ainsi que sa publicisation dans des médias largement consultés par les médecins, tels que des infolettres (p. ex. FMOQ, DPCMED de l'Université de Montréal), dans le cadre de congrès ou d'articles de revue professionnelle médicale.

Adéquation entre qualité et atteinte des objectifs spécifiques

Un autre indice évocateur de la qualité de la formation est celui de la perception du public cible qu'elle permet l'atteinte de ses objectifs, ce qui contribue à en renforcer la pertinence. Au-delà des perceptions, plusieurs éléments contribuent à confirmer cette hypothèse. D'abord, en comparant les données quant à la perception d'atteinte des objectifs entre la première et la deuxième formation pilote, on observe une amélioration à la deuxième en raison de l'apport de correctifs en lien avec les rétroactions reçues. Aussi, le recours à la triangulation de différentes sources de données (observations, entretiens, sondage, quiz) permet d'en renforcer l'hypothèse. Ainsi, il semble justifié de conclure que cette formation parvient à atteindre ses objectifs du moins spécifiques, soit de permettre au médecin d'accomplir le processus d'évaluation de manière éclairée grâce à 1- une amélioration des connaissances sur les programmes de l'aide sociale, 2- des perceptions plus favorables envers le Programme de solidarité sociale et 3- d'une prise de conscience des avantages de l'interdisciplinarité, se soldant par le fait de 4- se sentir plus outillé pour mener l'évaluation.

Le postulat de base de cette démarche évaluative est que la qualité d'une intervention contribue à sa capacité d'atteindre ses objectifs. Or cette évaluation permet de démontrer qu'il y a effectivement une concordance entre les constats de qualité et l'atteinte des objectifs spécifiques de la formation. On observe effectivement une amélioration de la capacité de la formation d'atteindre ses objectifs en cohérence avec les correctifs apportés sur le plan de la qualité de la première formation pilote, notamment grâce au déploiement de nouveaux outils et stratégies pédagogiques qui permettent de mieux intégrer les contenus clés de la formation dans l'évaluation médicale.

Limites

Malgré ces constats encourageant quant à la qualité de la formation et sa capacité à atteindre ses objectifs spécifiques, cette évaluation ne permet pas de tirer des constats clairs quant aux effets et à la capacité de la formation d'atteindre ses objectifs principaux, soit une *attestation des contraintes sévères à l'emploi plus cohérente avec les critères d'accès* au programme du MTESSS et une *réduction des délais d'attestation d'une contrainte sévère à l'emploi* par les médecins pour finalement contribuer à une *meilleure équité dans l'accès au programme de solidarité sociale*. Les perceptions et anticipations des participants à ces égards sont toutefois encourageantes. En effet, les intentions, ainsi que les perceptions des utilisateurs d'avoir les capacités de mettre en œuvre un nouveau comportement, constituent de bons indicateurs de changement de comportement selon la théorie du comportement planifié, une théorie particulièrement efficace dans la prédiction de la mise en place de comportement individuel (Hutchinson et Estabrooks, 2013). Ainsi, une analyse des effets de la formation

permettrait de confirmer ces hypothèses et de documenter d'autres effets de la formation sur la pratique médicale ou sur le bien-être et la santé des patients.

Sur le plan méthodologique, certains défis en lien avec le caractère participatif de la démarche méritent d'être abordés. D'abord, ce type d'approche comporte de nombreux avantages, particulièrement dans une perspective évaluative centrée sur l'utilisation des résultats comme cela est ici le cas. Elle implique aussi son lot de défis en lien avec la distanciation de l'équipe d'évaluation avec l'objet d'étude. Dans le cadre de cette démarche, deux des évaluatrices ont été impliquées dans les travaux de développement de la formation, particulièrement dans la prise en compte des rétroactions de la deuxième formation pilote. Cette implication a rendu plus ardu l'exercice d'une distanciation objective sur la deuxième phase de l'évaluation. Il était alors primordial de centrer les analyses davantage sur les sources de données provenant du public cible (entretiens et quiz), plutôt que sur les notes de rencontres de l'équipe de développement et les notes de terrain. Aussi, en ce qui concerne les deux séances d'observation de la deuxième formation pilote prévues, celle qui devait être faite par l'évaluatrice principale n'a finalement pas eu lieu en raison de sa trop grande proximité dans les travaux de développement. Quant à l'évaluatrice qui a observé les deux formations pilotes, qui n'était que peu impliquée dans le développement de la formation, le constat que ses rétroactions sur la première formation pilote ont été intégrées a pu amener certains biais positifs à l'égard de cette nouvelle version. Cette limite a toutefois été compensée par le recours à la même grille d'analyse pour les deux évaluations, une grille par ailleurs constituée à partir de standards de qualité, notamment en matière de formation en ligne.

CONCLUSION

Cette appréciation de la qualité d'une formation sur l'aide sociale et l'évaluation des contraintes à l'emploi permet de témoigner de sa qualité générale, en plus de démontrer qu'elle parvient à atteindre ses objectifs spécifiques. On en déduit un bon potentiel d'impact sur la pratique médicale et ultimement sur la réduction des iniquités dans l'accès au PSS.

Les défis à venir reposeront d'abord sur l'intégration des conditions identifiées comme susceptibles de favoriser l'accessibilité de la formation aux médecins, un public cible fort sollicité et occupé. Un autre défi consistera en la conversion de cette formation virtuelle en un format complètement asynchrone, mettant ainsi en péril le maintien d'un élément identifié comme central à la consolidation des contenus de la formation, soit celui de la période de discussion de cas. L'équipe de développement devra alors faire preuve d'originalité andragogique pour maintenir l'efficacité et l'interactivité des stratégies pédagogiques de la formation. Quelles que soient les stratégies de remplacement qui seront retenues, il sera important de s'assurer qu'elles contribuent efficacement au développement des capacités des participants à mener le processus d'évaluation des contraintes à l'emploi.

RÉFÉRENCES

- Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté (2015). *Liste des activités de TUC par catégorie. SACO - Stratégies de transfert et d'utilisation des connaissances*. Montréal : Chaire CJM-IU-UQAM d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté. En ligne : <http://www.saco.uqam.ca>.
- Champagne, F., Hartz, Z., Brousselle, A. et Contandriopoulos, A.-P. (2011) *L'appréciation normative*. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos, & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2e ed.): Les Presses de l'Université de Montréal.
- Collectif pour un Québec sans pauvreté. (2021). *Campagne La MPC (révisée!): Un minimum*. Retrieved from <https://www.pauvrete.qc.ca/mpc-revisee-campagne/>
- Collège des médecins du Québec (2019). *Les activités de développement professionnel ou d'évaluation de l'exercice reconnues*. <http://www.cmq.org/page/fr/QR-formation-continue-obligatoire.aspx>
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2021). *Promoteur de la santé*. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmedsrole-health-advocate-f>
- Dahler-Larsen, P. (2019). *Quality: From Plato to Performance*. Springer.
- Ehlers, U.-D. (2010). *Open ECBcheck - Low cost, community based certification for E-learning in Capacity Building*. Allemagne: InWEnt- Capacity Building International
- Farand, L. (2011). *L'analyse de la production*. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos, & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2e ed.): Les Presses de l'Université de Montréal.
- Giguère N., Handfield S., Barbeau D., Beaulieu M.-D., McAll C. et Dufour E. (2019). *Les rôles professionnels face aux demandes de certificats pour contrainte sévère à l'emploi et les conséquences du suivi offert sur les trajectoires des patients : projet pilote au Centre de Recherche et d'Aide pour Narcomanes (CRAN)*. Montréal, Québec : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CSM)
- Giguère N., Handfield S. et Barbeau D. (2017) Évaluer la contrainte sévère à l'emploi : travail interdisciplinaire et processus complexes. *Revue du CREMIS*. 10, (2), <https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/travail-interdisciplinaire-et-processus-complexes/>
- Giguère N., Handfield S., Barbeau D., Beaulieu M.-D. (soumis). Une pratique méconnue en promotion de la santé : l'évaluation éclairée des contraintes à l'emploi chez des personnes bénéficiaires de l'aide sociale ayant des problématiques de dépendance. *Drogues, santé et société*.
- Giguère N., Handfield S., Bernheim E. (sous presse) De l'appréhension du droit à la mobilisation sociale - Le rapport au droit des personnes bénéficiaires de l'aide de dernier recours au contact de diverses cultures juridiques. *Sociologie et société*.
- Giguère N., Handfield S. (2021). Faire la preuve de choses invisibles : les impacts du processus d'accès au programme de solidarité sociale sur les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. *Nouvelles Pratiques Sociales*. 32(1), 195-217.

Hutchinson A.M. et Estabrooks C.A. (2013) Chapitre 4: *Cognitive psychology theories of change in provider behavior* dans Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I. D. (Eds.) (2013). Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice. ProQuest Ebook Central.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e ed.). Armand Colin.

Patton, M. Q. (2011). *Essentials of Utilization-Focused Evaluation*: Sage.

Phipps, S. (2003) *Répercussions de la pauvreté sur la santé : Aperçu de la recherche*. Institut canadien d'information sur la santé. https://cdi.merici.ca/icis_canada/repercussions_pauvrete.pdf

Programme d'aide sociale et Programme de solidarité sociale (2021, 25 mai). Québec.ca. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-auxpersonnes/aide-financiere/aide-sociale-et-solidarite-sociale>

Sharma, M., Pinto, A. D., & Kumagai, A. K. (2018). Teaching the social determinants of health: a path to equity or a road to nowhere?. *Academic medicine*, 93(1), 25-30.

https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2018/01000/Teaching_the_Social_Determinants_of_Health_A.15.aspx?casa_token=sP50V9AEuBoAAAAA:W5NIqG4kBb5VM5QhOTeN5pypFqtWjs_6uKcBDOEWnHrqvoOqW9U1fQJgfW3g9SzLomTRDjeiAPtrc7Cfo2j26KnAFHZS

ANNEXE 1 GRILLE D'OBSERVATION DE FORMATION

Titre de la formation :

Formateur

Date :

Lieu :

Public :

Observatrice :

Critères	Sections*	Commentaires/notes
Objectifs		
Les objectifs de la formation sont clairs et précis		
Les objectifs de la formation sont mesurables		
Qualité du contenu		
Le contenu de la formation est cohérent avec les objectifs à atteindre		
Le contenu est adapté aux besoins du public cible		
Le contenu est clair / bien défini		
Conception pédagogique et méthodologique		
Les méthodes d'enseignement (exercices, activités) facilitent l'apprentissage		
Les activités favorisent la pensée systémique ⁹		
Les activités d'interaction et de collaboration entre les apprenants facilitent l'atteinte des objectifs		
Le formateur est à l'écoute des participants		

⁹ Les activités d'apprentissage offrent la possibilité d'apprécier les choses depuis différents points de vue et d'établir des synergies et/ou des connexions entre différents éléments.

Le formateur réussit à susciter la participation du public		
L'équilibre entre les exposés, les discussions et les exercices est approprié		
Les thèmes traités se succèdent de façon appropriée, logique		
Les thèmes traités sont organisés en ordre croissant de complexité		
Le matériel didactique est adéquat (audiovisuel, documents fournis)		
La technologie prend adéquatement en charge les stratégies d'apprentissage utilisées (technologie appropriée avec l'infrastructure informatique disponible au public cible)		
Orientation vers le public cible		
La durée de la session est appropriée au contenu présenté		
L'horaire prévu est respecté		
La charge de travail est adéquate pour le temps imparti		

* B1-B6 : blocs ; BQ1- BQ6 : blocs de questions ; C : clavardage ; DC : discussion clinique ; I : introduction ; M : magistrale ;

PB : pense-bête

Zone de texte libre pour observations (p. ex. éléments de la formation qui semblent moins bien compris, questions qui se répètent, éléments superflus, éléments manquants) :

ANNEXE 2 GUIDE D'ENTRETIEN À L'ATTENTION DES MÉDECINS ET DES RÉSIDENTS

Intro : Projet et consentement

- Expliquer les objectifs du projet, répondre aux questions, clarifier les attentes
- Partir enregistrement
- Demande de consentement verbal enregistrée

Perception générale de la formation

Après avoir suivi/visionné la formation, j'aimerais en connaître vos impressions générales.

- Avez-vous pu parcourir l'ensemble des documents de formation?
- Quels éléments avez-vous plus particulièrement retenus?

Expérience de la formation

De votre point de vue, quels sont les points forts de cette formation?

- Plus spécifiquement en lien avec :
 - capsule de formation sur l'aide sociale
 - exercices (quiz, questions réflexives)
 - capsule complémentaire sur les formulaires
 - période de discussion de cas
 - documents complémentaires (cahier du participant, aide-mémoire, pense-bête)

Quels les aspects de la formation seraient à améliorer?

- Plus spécifiquement en lien avec :
 - capsule de formation sur l'aide sociale
 - exercices (quiz, questions réflexives)
 - capsule complémentaire sur les formulaires
 - période de discussion de cas
 - documents complémentaires (cahier du participant, aide-mémoire, pense-bête)

Expérience en regard d'aspects spécifiques

Plus spécifiquement, que pensez-vous de:

- **Format virtuel** (en ligne de la formation)? Avez-vous éprouvé des difficultés sur le plan technologique? (p. ex. connexion, affichage, accès, etc.)
- La **qualité** des contenus et la **couverture** de la thématique? (p. ex. certains éléments étaient-ils moins clairs?)
- La **pertinence** des contenus de la formation avec votre pratique?
- Le **temps** devant y être consacré?
- L'**enchaînement** des contenus/activités?
- Autres aspects de la formation qui devrait être améliorés?

Objectif de la formation

L'objectif de la formation est *d'être en mesure d'accomplir, de manière plus éclairée, le processus d'évaluation des contraintes à l'emploi en lien avec les prestations d'aide sociale.*

Selon vous, cette formation atteint-elle son objectif?

Plus spécifiquement,

- Vos connaissances et perceptions à propos des programmes d'aide financière de dernier recours et plus particulièrement du PSS ont-elles changé?
- Vous sentez-vous plus outillé pour évaluer la présence ou non d'une contrainte sévère à l'emploi?
- Le recours à une approche d'évaluation en contexte interdisciplinaire est-il pertinent et cohérent dans votre contexte de pratique?

Quelles sont ou seraient les retombées de cette formation?

- Sur votre pratique? Vous sera-t-elle utile?
- Quel peut être l'impact de cette formation sur les patients (usagers)?
- Plus spécifiquement, quelles sont ou seraient les retombées de la séance de **discussion de cas** sur votre pratique? Utilité du pense-bête?

Perspective d'implantation

Selon vous, y a-t-il des éléments propres au contexte (politique, organisationnel) qui pourraient entraver le déploiement de cette formation auprès des médecins ou résidents à plus large échelle?

Quelles stratégies de diffusion devraient être déployées pour en favoriser la participation?

Conclusion

Y a-t-il d'autres aspects en lien avec cette formation que vous aimeriez nous partager?

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 