Table des matières

Résumé iii
Abstract iv
Liste des tableaux viii
Liste des figures ix
Liste des abréviations x
Remerciements xi
1 Introduction 1
2 Présentation du projet : La Clinique universitaire de physiothérapie de l'Université Laval 2
2.1 Visée pour l'évaluation de la performance 3
3 Recension des écrits 5
3.1 Cliniques universitaires : historique, définition et fonctionnement 5
3.2 Services offerts 11
3.3 Population desservies 11
3.4 Satisfaction des populations 12
3.5 Production 14
3.6 Adaptation aux besoins des programmes universitaires 15
3.7 Adaptation aux besoins des étudiants 15
3.8 Constats 16
4 Objectifs et questions de recherche 17
4.1 Objectifs de recherche 17
4.2 Approche évaluative 17
4.3 Portée et originalité de l'étude 17
5 Cadre de référence 19
6 Méthodologie 22
6.1 Devis 22
6.2 Populations cible de l'évaluation 22
6.2.1 Personnel de la clinique 22
6.2.2 Étudiants-stagiaires 22
6.2.3 Référents 23
6.2.4 Clients 23
6.3 Variables et collecte de données 23
6.3.1 Choix des variables et des cibles 23
6.3.2 Sources de données administratives de la clinique 25
6.3.3 Groupes de discussion 25

6.3.4 Entrevues semi-structurées 26
6.3.5 Entrevues téléphoniques structurées 26
6.4 Outils de collecte de données 26
6.5 Déroulement de la collecte de données 27
Collecte de données 27
6.6 Analyses 27
6.6.1 Banques de données administratives 27
6.6.2 Groupe de discussion et entrevues semi-structurées 28
6.6.3 Entrevues téléphoniques structurées 28
6.7 Diffusion des résultats 28
6.8 Considérations éthiques 28
7 Résultats 29
7.1 Participants 29
7.1.1 Personnel 29
7.1.2 Stagiaires 29
7.1.3 Entrevues individuelles 29
7.1.4 Entrevues téléphoniques structurées 30
7.2 Comment la CUP réussit-t-elle à s'inscrire en cohérence avec ses valeurs fondamentales ? 31
7.2.1 Consensus sur les valeurs 31
7.2.2 Niveau de connaissance des valeurs de la CUP 31
7.2.3 Niveau de cohésion entre les valeurs de la CUP et les services rendus 33
7.2.4 Climat organisationnel 37
7.3 Est-ce que la CUP atteint ses cibles en termes de production de services ? 37
7.3.1 Volume de soins et de services et productivité 37
7.3.2 Coordination des services 40
7.3.3 La qualité des services 41
7.4 Est-ce que la CUP atteint ses buts/objectifs spécifiques ? 48
7.4.1 Satisfaction de la clientèle 48
7.5 Est-ce que la CUP parvient à s'adapter à court terme à son environnement et aux changements qui se produisent dans celui-ci ? Comment la CUP y parvient-elle ? 50
7.5.1 Acquisition des ressources 50
7.5.2 Adaptation aux besoins de la population 51
7.5.3 Adaptation aux exigences et aux tendances 54
7.5.4 Mobilisation de la communauté 55
7.5.5 Innovation et transformation 56
8 Discussion 57
8.1 Comment la CUP réussit-t-elle à s'inscrire en cohérence avec ses valeurs fondamentales ? 58

8.2 Est-ce que la CUP atteint ses cibles en termes de production de services ? 59
8.3 Est-ce que la CUP atteint ses buts/objectifs spécifiques ? 62
8.4 Est-ce que la CUP parvient à s'adapter à son environnement? 63
8.5 Forces et limites de l'étude 65
9 Recommandations 66
10 Conclusion 68
Bibliographie 69
Annexe 1-Plan d'évaluation 73
Annexe 2-Guide d'entrevue des groupes de discussion avec les stagiaires 83
Annexe 3-Guide d'entrevue avec les membres du personnel de la clinique universitaire de physiothérapie ... 85
Annexe 4-Guide d'entrevue individuelle avec les référents 86
Annexe 5-Questionnaire téléphonique auprès des référents 87
Annexe 6-Rapport préliminaire 91
Annexe 7-Résultats détaillés des questionnaires téléphoniques 96

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des CU 6
Tableau 2. Variables, cibles, sources d'information et d'outils de collecte de données selon les questions de recherche 24
Tableau 3. Chronologie de la cueillette de données 27
Tableau 4. Caractéristiques des participants étudiants aux groupes de discussion 29
Tableau 5. Caractéristiques des clients répondants aux critères d'inclusion au questionnaire téléphonique 30
Tableau 6. Valeurs prévues et valeurs observées par le personnel et les stagiaires 33
Tableau 7. Profil de la clientèle de la CUP 33
Tableau 8. Données démographiques des région 03, 12 et de la clientèle de la CUP 34
Tableau 9. Nombre de réunions de la CUP 35
Tableau 10. Clients admissibles à la CUP au 30 novembre 2016 38
Tableau 11. Productivité clinique et formation clinique, par mois 39
Tableau 12. Délai de prise en charge par référent (jours) 40

Liste des figures

Figure 1. Le modèle EGIPSS (Champagne et Contandriopoulos, 2010) 21
Figure 2. Nombre de traitements par clients 39
Figure 3. Délai de prise en charge globale 41
Figure 4. Résultats des questionnaires aux usagers-Disponibilité 42
Figure 5. Résultats des questionnaires aux usagers-Services appropriés 43
Figure 6. Résultats des questionnaires aux usagers-Acceptabilité 45
Figure 7. Résultats aux questionnaires aux usagers-Acceptabilité financière 46
Figure 8. Résultats aux questionnaires aux usagers-Facilité d'atteinte des services 47
Figure 9. Satisfaction de la clientèle sondée par questionnaire téléphonique 48

Liste des abréviations

CIUSSS CN	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale
CISSS CA	Centre intégré de santé et services sociaux Chaudière-Appalaches
CHU de Québec-UL	Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval
CU	Clinique universitaire
CUP	Clinique universitaire de physiothérapie
FMED	Faculté de Médecine

Remerciements

Après un retour aux études et cinq années à concilier études, travail et famille, c'est avec fierté que se conclut ce programme d'études. Assurément, ce projet n'aurait pu s'actualiser seule et plusieurs personnes y ont contribué directement et indirectement.

Dans un premier temps, je remercie ma directrice de mémoire, Marie-Eve Lamontagne et ma co-directrice Kadija Perreault, pour leur soutien et leurs précieux conseils. Ce projet a été porté autant par elles que par moi et je suis choyée d'avoir pu bénéficier de leur expertise.

Je tiens aussi à remercier le personnel du département de réadaptation et du programme de physiothérapie, particulièrement Hélène Moffet, Richard Debigaré, Marc Perron et Patrick Chenard. À un ou plusieurs moments au cours du projet, ils m'ont épaulée, orientée et supportée.

Un immense merci à Caroline Trahan, Marie-Pier Vachon et Kimberley Plourde pour leur soutien lors des entrevues téléphoniques et de la transcription des groupes et des entrevues. Ce soutien a été grandement apprécié, d'autant plus qu'elles ont toujours été souriantes et disponibles, malgré mes nombreuses exigences.

Merci au personnel de la CUP, aux étudiants, aux référents et aux clients qui ont accepté de participer à ce projet.

Mais tout ce projet n'aurait pu voir le jour sans le soutien et la présence primordial de mon conjoint, David, qui a été présent pendant tout ce projet, assumant trop souvent les rôles parental, domestique, de support et autres. Ce projet est aussi le sien et ma reconnaissance est infinie.

Finalement, je dédie ce mémoire à mes enfants, Raphaëlanne, Ludovic et Charles-Hugo. Ils m'ont inspiré dans la poursuite de ce projet. Ils ont accepté de me partager avec l'ordinateur et la lecture d'articles. Merci de votre patience, de votre amour et de votre tolérance. En espérant que je vous aurai inspiré la satisfaction d'aller au bout de ses projets et de ses rêves. Je vous aime plus que vous ne puissiez l'imaginer. Et oui, je vais pouvoir faire tout ce que vous voulez à partir de maintenant!

1 Introduction

La formation clinique des étudiants est une partie importante des programmes de formation en sciences de la santé. Ainsi, forts d'une formation théorique solide, les étudiants sont amenés à mettre en pratique leurs connaissances lors de stages dans des milieux de pratique clinique. Ces milieux contribuent de façon significative à la formation des professionnels de la santé. Toutefois, il est parfois difficile de subvenir aux besoins des programmes de formation en termes de placements des étudiants et de disponibilité de places de stages. Les systèmes de santé partout dans le monde doivent offrir des services à la population par du personnel compétent, dans des contextes rencontrant les meilleures pratiques (OMS, 2008). Pour faire face à cette situation, des cliniques universitaires ont été mises en place dans plusieurs universités, permettant aux étudiants d'être en contact avec certaines clientèles et de mettre en pratique la formation théorique acquise. Les programmes de formation peuvent s'assurer d'un certain nombre de places de stages, de même que de la forme et la qualité de la formation qui y est effectuée. En plus de leur apport à la formation clinique des futurs professionnels, les cliniques universitaires contribuent à leur communauté puisqu'elles offrent des services à la population. Également, la performance des services est de plus en plus considérée (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1999), car elle a un impact sur les services offerts à ceux qui en ont besoin.

Au printemps 2016, l'Université Laval a ouvert une clinique universitaire de physiothérapie (CUP) qui offre à la population des services de physiothérapie prodigués par des étudiants en stage, sous la supervision de physiothérapeutes. La CUP contribue à la formation de professionnels compétents et s'ajoute à l'offre de services de physiothérapie de la région de la Capitale-Nationale. Cette nouvelle offre de services vise à bonifier la formation clinique des étudiants tout en assurant un meilleur accès aux services de physiothérapie pour la population de la région. Pour justifier sa mise en place, la CUP doit être en mesure de fournir des services performants répondant aux besoins des populations desservies. Ce mémoire présente les résultats de l'évaluation de la performance de la CUP.

La présentation de la CUP (chapitre 2) sera suivie d'une recension des écrits sur les cliniques universitaires (chapitre 3). Par la suite, les questions de recherche (chapitre 4) et le cadre de référence (chapitre 5) seront présentés. Puis, la méthodologie (chapitre 6) et les résultats (chapitre 7) seront détaillés. Finalement, la discussion des résultats (chapitre 8) et la présentation des recommandations (chapitre 9) complèteront le présent mémoire.

2 Présentation du projet : La Clinique universitaire de physiothérapie de l'Université Laval

La clinique universitaire de physiothérapie (CUP) de l'Université Laval a débuté son offre de services en avril 2016 au Pavillon Ferdinand-Vandry. Le modèle initial de la clinique prévoyait un projet pilote d'une année, soutenu par la Faculté de médecine de l'Université Laval en partenariat avec le Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de la Capitale Nationale (CIUSSS-CN). La CUP a depuis poursuivi ses activités.

La mission de la CUP est de fournir :

« […] *un milieu stimulant et propice au développement optimal de l'enseignement et de la recherche. Elle contribue à la formation clinique d'étudiants en physiothérapie de l'Université Laval, mais aussi à celle d'autres étudiants et professionnels du réseau de la santé. Sa responsabilité sociale s'exprime par la priorisation d'une prestation de services de qualité à des clientèles en bris de service ou mal desservies dans le réseau de la santé. Elle utilise, développe et diffuse des moyens novateurs de supervision et contribue à la recherche clinique et pédagogique.* » (Clinique universitaire de physiothérapie, 2014)

La gestion de la CUP est assurée par un coordonnateur répondant à un comité de direction, composé du vice-doyen, de la directrice du département de réadaptation, du directeur du programme de physiothérapie, de deux professeurs et d'un responsable de formation pratique. Les tâches cléricales et de réception sont assurées par des membres du personnel de secrétariat du Département de réadaptation. L'offre de stages aux étudiants en physiothérapie représente l'objectif principal de la CUP. Par son énoncé de vision, le comité de direction souhaite que la CUP soit à l'avant-garde par ses pratiques novatrices en enseignement et en supervision d'étudiants. Le comité de direction souhaite également que les activités permettent de développer une expertise clinique en physiothérapie et de faciliter l'intégration de la recherche clinique et pédagogique aux activités de la clinique.

Les objectifs principaux à court terme de la CUP sont 1) de pourvoir aux besoins de placement clinique pour les stages du programme de physiothérapie de l'Université Laval, 2) de former les étudiants de 2e cycle à la supervision clinique et 3) de renforcer les liens entre l'enseignement théorique et clinique (CUP, 2014). L'offre de services en physiothérapie à des personnes moins bien desservies dans le réseau public représente un objectif secondaire de la clinique. Des objectifs à moyen et à long termes ont également été identifiés en lien avec la formation spécifique à la supervision, la collaboration interprofessionnelle et la recherche. Toutefois, considérant que la CUP est actuellement dans la première phase de son implantation, ils ne sont pas considérés dans la présente évaluation.

Les interventions sont offertes aux usagers par des étudiants en physiothérapie, à différents niveaux de leur formation. Au moment où le présent projet d'évaluation a été réalisé, les étudiants étaient supervisés par des physiothérapeutes employés par la FMED ou en prêt de services du CIUSSS-CN. Le modèle de collaboration de la CUP avec son partenaire principal, le CIUSSS-CN, prévoit que des clients en attente de niveau de priorité 4 ou 5 dans un de ses points de services soient référés à la clinique. Les services sont offerts gratuitement aux usagers. Depuis l'ouverture, d'autres établissements du réseau public de la santé ont aussi référé des clients suite à des ententes conclues avec la CUP, soit le Centre intégré de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA) et le Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (CHU de Québec-Université Laval). En tout, le financement de 1,2 équivalent temps plein est assumé par la FMED et 0,2 équivalent temps complet est assumé par le CIUSSS-CN. Les critères de référence à la CUP pour la clientèle sont les suivants: 1) avoir besoin de traitement en physiothérapie; 2) ne pas avoir d'assurances privées et 3) obtenir l'accord des clients pour la référence. Les heures d'ouverture varient selon le moment de l'année. De septembre à avril, la CUP est ouverte deux soirs par semaine ainsi qu'une journée complète. Les activités prennent place dans les locaux du centre Apprentiss-secteur physiothérapie. Puisque ces locaux servent également à la formation pratique des étudiants du programme de physiothérapie, ils restent libres pendant les heures de cours à fort achalandage. De mai à août, la clinique est ouverte à temps plein, du lundi au vendredi, de jour. Elle ferme annuellement six semaines par année : en août, entre deux périodes de stage; pendant la période des Fêtes; pendant les deux semaines de relâche. Des étudiants de divers niveaux de formation se succèdent selon le calendrier de stage du programme de physiothérapie. Le ratio superviseur/supervisé est de 1 :2 ou de 1 :4 selon le niveau de formation des étudiants.

2.1 Visée pour l'évaluation de la performance

Une évaluation est l'analyse d'une action en termes de pertinence, d'implantation et de résultats (Société canadienne d'évaluation, dans Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz et Denis, 2011). L'évaluation permet donc de porter un jugement de valeur orienté vers la prise de décision (De Wals, 2016). La définition d'un plan d'évaluation et sa réalisation a été réalisé au printemps 2016 par un comité d'évaluation afin de permettre la reddition de comptes à la FMED. L'équipe d'évaluation s'est adjointe d'un comité d'évaluation composé de personnes impliquées à la CUP. Ceci a permis aux évaluateurs de bien comprendre le mandat transmis et la réalité de la CUP et de bien apprécier les besoins des parties prenantes de ce projet.

L'évaluation de la performance est apparue dans le domaine de la santé au courant des années 1990 (Thiebault, Champagne, Contandiopoulos, 2015), dans le contexte de la prise de conscience des ressources limitées dans le secteur public de la santé (De Wals, 2016). L'évaluation de la performance est un instrument de gestion qui vise à atteindre trois objectifs : connaître les activités des organisations, accroître l'imputabilité

des acteurs et améliorer sa performance (Bolend et Fowler, 2000, dans Thiebault et coll., 2015). Selon Champagne et coll. (2005), plusieurs modèles définissant la performance reflètent des points de vue et des perspectives des différents acteurs et des différents contextes. Le concept de performance est aussi, selon ces auteurs, paradoxal, car une organisation performante doit remplir les fonctions incluses de tous les modèles de la performance, même si certains sont contradictoires. C'est donc un concept multidimensionnel et complexe. Les indicateurs choisis doivent également être acceptés par les futurs utilisateurs (Smith et coll, 2009, dans Thiebault et coll., 2015). La performance consiste donc à porter un jugement global sur l'activité de l'organisation, incluant la notion de qualité (Mienville, 2013), selon les objectifs visés et en tenant compte des ressources utilisées. Dans le contexte de prestation de services, l'évaluation de la performance permet ainsi d'objectiver l'atteinte des buts afin de répondre à ses fonctions. L'évaluation de la performance de la CUP permettra de vérifier le degré d'atteinte des objectifs liés à la formation clinique, de même qu'à la prestation des services aux clients référés. Le plan d'évaluation de la performance se trouve à l'Annexe 1. La période ciblée pour l'évaluation a été de l'ouverture de la CUP, soit du 5 avril 2016, au 30 novembre 2016.

3 Recension des écrits

La recension des écrits débute avec l'historique, la définition ainsi que le fonctionnement des cliniques universitaires (CU). Les éléments documentés seront par la suite présentés selon trois des fonctions du cadre de référence et certaines des dimensions qui y sont liées selon ce qui est rapporté dans la littérature.

3.1 Cliniques universitaires : historique, définition et fonctionnement

Les CU sont principalement présentes dans les facultés de médecine des universités états-uniennes, où les premières ont vu le jour dans les années 1960 (Seif et coll., 2014; Meah, Smith, Thomas, 2009). En 2012, 62% des facultés de médecine des États-Unis avaient au moins une CU et la majorité d'entre elles offraient des services à une clientèle défavorisée, telles que les personnes sans abri ou les personnes sans assurance (Tong et coll, dans Schutte et coll., 2015). Un sondage national auprès des associations des collèges médicaux états-uniens effectué entre 2011 et 2014 a rapporté que 208 CU étaient en fonction dans les 86 institutions ayant complété le sondage (Smith et coll., 2014), soit une moyenne de 2,4 CU par institution. En 2005, un sondage avait estimé le nombre de CU à 111 (Simpson et Long, 2007). Il y a donc eu une augmentation de 87% en moins de 10 ans, reflétant la popularité de cette approche.

Selon le sondage de Smith et coll. (2014), plus de la moitié des étudiants en médecine seraient impliqués à un moment de leur formation à la CU de leur établissement. Toutefois, plus de la moitié de ces institutions n'offrent pas de crédit universitaire liés à cette implication. Le Tableau 1 présente les cliniques répertoriées dans la présente recension des écrits de même que certaines de leurs principales caractéristiques.

Tableau 1. Certaines caractéristiques des CU

Cliniques universitaires	Auteurs	Disciplines	Emplacement	Heures d'ouverture	Fonctionnement	Clientèle
Clinique IMAGINE de l'Université de Toronto	Passemore et coll., 2016 Hu et Leung, 2016	Clinique interdisciplinaire : médecine, sciences infirmières, pharmacie, physiothérapie, services sociaux	Toronto, Canada	Ouverte quatre heures et demi par semaine	Sans rendez-vous	Clientèle défavorisée (sans abri, sans carte d'assurance maladie)
Université d'Ottawa	Dubouloz, Savard, Burnett, Guitard, 2010	Clinique interdisciplinaire : audiologie, ergothérapie, médecine, orthophonie, physiothérapie, sciences infirmières.	Ottawa, Canada	Non rapporté	Sans et avec rendez-vous	Clientèle francophone de plus de 50 ans et enfants d'âge scolaire sur une liste d'attente ou non éligibles aux services publics de santé.
Université de la Saskatchewan	Jorgenson et coll., 2016	Clinique en pharmacie	Saskatoon, Canada	Ouverte cinq jours par semaine	Avec rendez-vous	Client auto-référé ou référé par un professionnel de la santé.
Quatre cliniques de l'Université de Californie	Sheu et coll., 2013	Une clinique médicale et trois cliniques interdisciplinaires : médecine, médecine dentaire, pharmacie, sciences infirmières	San Francisco, États-Unis	Ouvertes entre sept et 14 heures par semaines	Non rapporté	Clientèle défavorisée
La clinique de Chester (E.U) Institute for physical therapy education, Widener University	Rayson, Weiss et Bellizio, 2016	Clinique de physiothérapie	Chester, États-Unis	Ouverte 4 jours par semaine	Coût 5$ Sans rendez-vous	Clientèle sans assurance, ayant dépassé sa couverture ou ne pouvant se payer les traitements en physiothérapie

La clinique affiliée au Case Western Reserve University à Cleveland en Ohio (É.U)	Lawrence et coll., 2015	Clinique interdisciplinaire : médecine, sciences infirmières	Cleveland, États-Unis	Ouverte deux jours par mois	Sans rendez-vous	Clientèle défavorisée
La clinique CARES (E.U.) Medical University of South Carolina	Ellet et coll., 2010; Seif et coll., 2014	Clinique interdisciplinaire : médecine, ergothérapie, physiothérapie, pharmacie	Charleston, États-Unis, sur deux sites sur le campus	Ouverte six heures et demi heures par semaine, sur trois soirs	Sans et avec rendez-vous	Clientèle non assurée
JeffHOPE Clinics (E.U) Jefferson Medical College	Hemba et Plumb, 2011 Simpson et coll., 2009	Cliniques médicales	Philadelphie, États-Unis	Ouvertes entre deux heures et demi et quatre heures par semaine	Sans rendez-vous	Clientèle sans abri
University of Rochester UR Well Eye Care (E.U)	MacLean et Hindman, 2014	Clinique en ophtalmologie	Rochester, États-Unis	Ouverte trois heures et demi heures par mois	Non rapporté	Clientèle défavorisée
Projet Reach, Clinique de l'Université de Melbourne en Australie	Buckley, Vu et Remedios, 2014	Clinique interdisciplinaire : médecine, physiothérapie, sciences infirmières et services social	Melbourne, Australie	Ouverte quatre heures par semaine, les samedis après-midi.	Avec et sans rendez-vous	Population en général
University of New England, Australie	Stuhlmiller et coll., 2015	Clinique en sciences infirmières	West Tamworth, Australie	Ouverte cinq jours par semaine	Sans rendez-vous	Clientèle défavorisée, beaucoup d'autochtones

Peninsula Health and Monash University, Australie	Haines, Kent et Keating, 2014 Kent et Keating, 2013	Clinique interdisciplinaire : médecine, sciences infirmières, nutrition, physiothérapie, ergothérapie, services social, pharmacie, podiatrie, psychologie, orthophonie	Frankston, Australie	Ouverte huit heures par semaines	Sans rendez-vous	Clientèle âgée, hospitalisée dans les quatre dernières semaines
Charles Sturt University (Australie)	Warner, Jelinek et Davidson, 201	Clinique interdisciplinaire : sciences infirmières et podiatrie	New South Wales, Australie, sur le campus	Non rapporté	Non rapporté	Non rapporté

Plusieurs définitions d'une CU sont proposées dans la littérature. La caractéristique commune de ces définitions est que les services de santé ainsi que parfois les services sociaux sont offerts par les étudiants (Hu et Luong, 2016; Schutte et coll., 2015; Seif et coll., 2014; Stuhdmiller et Tolchard, 2015; Passemore et coll., 2016; Marsh, Colbourne, Way, Hundley, 2015; Haggarty et Dalcin, 2014; Ellet, Campbell et Gonsalves, 2010; Simpson et Long, 2007; Meah et coll., 2009; Lawrence, Bryant, Nobel, Dolanski et Singh, 2015). Six offrent des services par des étudiants bénévoles qui effectuent des heures de formation clinique en dehors du cursus prévu (Buckley, Vu et Remedios, 2014; Hemba et Plumb, 2011; Lawrence et coll., 2015; Passemore et coll., 2016; Seif et coll., 2014; Sheu, O'Brien, O'Sullivan, Kwong, Lai, 2013). Toutefois, dans huit des cliniques répertoriées dans le cadre de la présente recension, les services s'inscrivent dans des stages de formation clinique prévus dans le programme (Dubouloz, Savard, Burnett, Guitard, 2010; Ellet et coll., 2010; Jorgenson, Landry et Lysak, 2016; Haines, Kent et Keating, 2014; MacLean et Hindman, 2014; Rayson, Weiss et Bellizio, 2016; Stuhlmiller et Tolchard, 2015; Warner, Jelinek et Davidson, 2010). D'autres articles ne mentionnent pas si la formation clinique réalisé à la CU s'inscrit dans un programme de formation obligatoire.

Certaines cliniques sont gérées par les étudiants eux-mêmes, comme les cliniques de l'Université de Californie (Sheu et col., 2013), de l'Université de Melbourne en Australie (Buckley et coll., 2014) et la clinique IMAGINE de Toronto (Passmore et coll., 2016). Également, à la clinique de Chester (États-Unis), les étudiants sont invités dès la première année à intégrer le conseil d'administration de la CU de physiothérapie et ainsi participer à la gestion, à la coordination et à la promotion des services (Rayson et coll., 2016). Toutefois, dans cette clinique, le conseil de la faculté, constitué de trois professeurs et d'un physiothérapeute superviseur, assure le niveau supérieur d'autorité. Lawrence et coll. (2015) incluent d'ailleurs l'implication des étudiants à la gestion dans leur définition d'une CU : en plus d'assurer la responsabilité des tâches cliniques, les étudiants ont également la responsabilité de la logistique et de la gestion opérationnelle.

Les consultations seraient effectuées soit directement sur le campus universitaire (Jorgenson et coll., 2016; Warner et coll., 2010) soit dans les communautés ciblées (Seif et coll., 2014; Meah et coll., 2009). La plupart des cliniques répertoriées offrent des services à temps partiel, variant entre 3,5 heures et 21 heures par semaine (Dubouloz, et coll., 2010; Haines et coll., 2014; Hu et Luong, 2016; Jorgenson et coll., 2016; Meah et coll., 2009; Passemore et coll., 2016; Seif et coll., 2014; Simmons, DeJoseph, Diamond, Weinstein, 2009; Stuhlmiller et Tolchard, 2015). Les CU répertoriées dans la littérature offrent des services avec ou sans rendez-vous, mais les deux modes d'accès sont rarement présents dans une même clinique. Par exemple, la clinique affiliée au Case Western Reserve University à Cleveland en Ohio (É.U), les services sont offerts sans rendez-vous (Lawrence et coll., 2015). La clinique IMAGINE à Toronto (Hu et Leung, 2016; Passmore et coll., 2016) et la clinique Chester Community Physical Therapy Clinic fonctionnent de la même façon (Rayson et coll., 2016). Le mécanisme d'accès diffère également d'une clinique à l'autre. L'accès direct est privilégié pour

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

les cliniques sans rendez-vous : les clients peuvent se rendre à la clinique et recevoir des traitements, sans passer par un autre professionnel de la santé (Passmore et coll., 2016; Jorgenson et coll., 2016). D'autres cliniques reçoivent des références d'omnipraticien et d'agences de santé (MacLean et Hindman, 2014; Stuhmiller et Tolchard, 2015). Les frais associés à la consultation dans les CU ne sont pas toujours spécifiés, mais les services seraient gratuits dans plusieurs auteurs (n= 8) (Debouloz et coll., 2010; Ellet et coll., 2010; Hu et Leung, 2016; Lawrence et coll., 2015; Seif et coll., 2014; Simmons et coll., 2009; Stuhlmiller et Tolchard, 2015; Warner et coll., 2010) ou à faible coût (Rayson et coll., 2016).

Quoique que certaines cliniques soient unidisciplinaires (Jorgenson et coll., 2016 [pharmacie]; Stuhlmiller et Tolchard, 2015 [infirmière], Rayson et coll., 2016[physiothérapie]; Hemba et Plumb[médecine]; MacLean et Hindman, 2014 [ophtalmologie]), plusieurs cliniques ont des étudiants provenant de plusieurs programmes de formation. Ainsi, en Australie, une CU inclut les étudiants en médecine, en sciences infirmières, en nutrition, en ergothérapie, en physiothérapie et en service social (Kent et Keating, 2013). Toujours en Australie, le projet REACH inclus des étudiants en médecine, en physiothérapie, en service social et en soins infirmiers (Buckley et coll., 2014). La clinique CARES, de l'Université de la Caroline du Sud, offre des services en ergothérapie, en médecine, en pharmacie et en physiothérapie (Ellet et coll., 2010; Seif et coll., 2014). À la clinique IMAGINE à Toronto, des étudiants en médecine, en sciences infirmières, en pharmacie, en physiothérapie et en service social travaillent en collaboration (Hu et Luong, 2016 ; Passemore et coll., 2016). Haggerty et Halcin (2014), qui ont répertorié les CU présentes au Canada, rapportent que six des sept cliniques recensées offraient des services dans au moins deux disciplines différentes. Certaines cliniques offraient des services dans plus de dix disciplines et quatre de ces dernières incluaient des services de physiothérapie. L'unique clinique unidisciplinaire répertoriée dans cet article est à Calgary et offre des services médicaux fournis seulement par des étudiants en médecine. À la CU de l'Université d'Ottawa, qui n'était pas listée dans l'article précédent, huit disciplines sont représentées : audiologie, ergothérapie, kinésiologie, médecine, orthophonie, physiothérapie, soins infirmiers et service social (Debouloz et coll., 2010). Ainsi, la discipline la plus souvent représentée dans les CU est la médecine. Plusieurs offrent également d'autres services de santé (sciences infirmières, physiothérapie, ergothérapie, podiatrie). Moins fréquemment, des services sociaux sont offerts.

Le type de supervision varie d'une clinique à l'autre. La supervision directe, c'est-à-dire que le superviseur observe l'intervention de l'étudiant, est mise en place dans certaines cliniques (MacLean et Hindman, 2014). Par exemple, en Saskatchewan, les étudiants juniors en pharmacie sont jumelés à des étudiants séniors et un superviseur observe l'intervention dans une pièce adjacente, munie d'un miroir sans teint (Jorgenson et coll., 2016). Toutefois, dans plusieurs cliniques, deux types de supervisions sont principalement utilisés. Dans les cliniques où plusieurs étudiants travaillent en collaboration interprofessionnelle, la supervision directe par un professionnel d'une troisième discipline est parfois mise en place (Passemore et coll., 2016). Également, la

supervision indirecte, où les étudiants effectuent l'intervention prévue puis un retour au superviseur est effectué par la suite, est utilisée principalement avec des étudiants séniors en stage (Jorgenson et coll., 2016). Dans certaines cliniques, des étudiants de professions différentes voient les clients en paires puis présentent leur cas à des superviseurs, qui décident lequel des deux poursuivra l'évaluation et les traitements (Ellet et coll., 2010; Passemore et coll., 2016). Une CU typique comprend donc des étudiants de plus d'une discipline, dispense sans frais des services de santé à des clientèles vulnérables, dans le cadre de leur formation clinique régulière.

3.2 Services offerts

Les services offerts dans les CU varient selon la clientèle ciblée et la discipline. Ainsi, à l'Université de Nouvelle-Angleterre, en Australie, dans une communauté où le taux de pauvreté et de problèmes sociaux sont élevés, les étudiants en soins infirmiers dépistent certaines maladies, prodiguent des traitements, effectuent des prescriptions, font du counseling axé sur la santé (*health counseling*), donnent de l'information à propos de la nutrition et recommandent des exercices (Stulhmiller et Tolchard, 2014). Toujours en Australie, à la *Peninsula Health and Monash University*, les étudiants de la clinique universitaire interdisciplinaire intervenant avec des personnes âgées ayant récemment été hospitalisées effectuent une évaluation de l'état de santé, ainsi que des recommandations et des références (Haines et coll., 2014). Jorgenson et coll. (2016) rapportent qu'à la clinique de l'Université de Saskatchewan, les étudiants en pharmacie évaluent la médication des clients référés à la clinique et font des recommandations au référent. MacLean et Hindman (2014) mentionnent que les étudiants en médecine effectuent du dépistage de problèmes oculaires chez les diabétiques, une évaluation de la vision suite à une vision embrouillée ainsi que des dépistages de routine.

Dans les CU médicales, les étudiants effectuent des évaluations, ainsi que des prescriptions de médications, de tests de laboratoire, de traitements de physiothérapie ou de programme d'éducation. Simpson et coll. (2007) ont effectué un sondage auprès des facultés de médecine de 25 états des États-Unis et la plupart des services effectués par les étudiants en médecine sont des évaluations de l'état de santé, des références à d'autres services de santé, de la distribution de médicaments et de condoms ainsi que des tests de dépistage. La clinique JeffHOPE citée au Tableau 1 effectue le même type d'interventions (Hemba et Plumb, 2011).

3.3 Population desservies

Les clientèles ciblées sont souvent des personnes qui ont un accès difficile aux services de santé, pour des raisons différentes. Ainsi, une revue de littérature récente rapporte que 86,7% des CU œuvraient auprès de clientèles vulnérables, les 13,3% restant n'ayant pas spécifié leur clientèle cible (Schutte et coll., 2015). Par exemple, en Australie, une CU dessert la clientèle âgée récemment hospitalisée, qui est souvent à risque de

ré-hospitalisation sans suivi au retour à domicile (Kent et Keating, 2013). À Philadelphie (États-Unis), la clinique du Jefferson Medical College fournit des services aux personnes sans-abris et aux personnes ne possédant pas d'assurances (Hemba et Plumb, 2011). La clinique CARES offre quant à elle des services aux clients sans assurance qui ne pourraient recevoir de soins dans des établissements conventionnels (Seif et coll., 2014). À Chester, aux États-Unis, la CU de physiothérapie de l'Institut pour l'éducation en physiothérapie de la Widener University offre des services aux clients sans assurance, ayant dépassé leur couverture ou n'ayant pas les moyens de payer pour les services de physiothérapie (Rayson et coll., 2016). Également, la clinique IMAGINE reçoit des personnes sans domicile fixe ou qui n'ont pas la carte d'assurance maladie qui leur donne accès aux services publics de santé (Passemore et coll., 2016). À Ottawa, l'évaluation des besoins a démontré que la clientèle francophone de la région avait accès difficilement à des services de santé dans leur langue, ce qui peut les placer dans une situation de vulnérabilité en cas de besoins de services de santé. Ainsi, la CU dessert cette population spécifiquement (Dubouloz et coll., 2010).

Puisque la plupart des CU offrent des services à des populations vulnérables (Schutte et coll., 2015) ou marginalisées (Hu et Luong, 2016), les professionnels en devenir développent des aptitudes à travailler avec ces dernières (Holmqvist, dans Passemore et coll., 2016), ce qui peut se traduire par une meilleure prise en charge de ces clientèles par les professionnels ayant gradué. Également, Passemore et coll. (2016) mentionnent que l'expérience des étudiants auprès de clientèles vulnérables permet d'apprendre à modifier leur évaluation et leur intervention pour s'adapter à la clientèle. Dans un milieu défavorisé, la présence d'une CU a donc un double avantage : sur les services à la population et sur la formation de professionnels mieux outillés (Stulhmiller et coll., 2015).

3.4 Satisfaction des populations

Certaines études ont mesuré le niveau de satisfaction global des étudiants et de la clientèle ayant reçu des services dans des CU. Les clients sont en général satisfaits des services reçus dans les CU (Schutte et coll., 2015; Jorgenson et coll., 2016; Haggerty et Dalcin, 2014; Ellet et coll., 2010). Ils se sentent plus écoutés et considérés que dans les services traditionnels principalement en raison de la simplicité de fonctionnement de la clinique, ce qui augmenterait également la compliance aux traitements (Liberman et coll., 2011).

Kent et Keating (2013) ont contacté 16 patients vus à une CU en Australie. Les participants ont répondu au *Patient Experience Questionnaire* qui évalue la perception des clients sur la consultation de soins primaire reçue. Une grande proportion (94%) a rapporté être en mesure de composer différemment avec leur problématique de santé et le même pourcentage ont estimé que l'approche interdisciplinaire entraine une diminution des problèmes de santé. L'approche centrée sur le client a été grandement appréciée des participants et ils ont senti qu'ils étaient inclus dans les décisions prises. Jorgenson et coll. (2016) ont

également étudié la satisfaction de 81 patients par un questionnaire maison envoyé par courrier comprenant des questions avec une échelle de Likert ainsi que des questions ouvertes. Le taux de réponse étant de 66,9%, les participants se sont dit Satisfaits ou Très Satisfaits à 97,5% et estimaient à 98,8% avoir été traités avec respect et dignité. Ellet et coll. (2010) ont fait compléter un formulaire de satisfaction à la fin de chaque visite à la CU CARES afin de connaître le niveau de satisfaction de la clientèle. Les 52 participants se sont dits grandement satisfaits de la gentillesse des étudiants, du temps pris avec le stagiaire en médecine et le médecin et de la possibilité d'obtenir des échantillons de médication. Ils étaient moins unanimes sur les heures d'opération et le temps d'attente.

Lawrence et coll (2015) ont comparé le taux de satisfaction des clients d'une CU interdisciplinaire à celui de clients d'une clinique traditionnelle dans une étude quasi-expérimentale. La clientèle des deux cliniques était comparable puisque la clinique traditionnelle, fonctionnant avec ou sans rendez-vous, réfère les clients qu'elle n'a pu traiter pendant ses heures d'ouverture à la CU, qui utilise les mêmes locaux lorsque la clinique traditionnelle est fermée. Tous les clients ayant été traités à la CU se sont vu offrir de participer et 91% ont accepté, soit 87 personnes. Les clients de la clinique traditionnelle ont été sélectionnés de façon aléatoire selon les données administratives et 40 questionnaires ont été complétés. Les résultats ont démontré qu'il n'y avait aucune différence significative entre les deux types de cliniques pour la perception de la clientèle sur la qualité des services, mais un taux de satisfaction supérieur a été rapporté par les patients de la clinique traditionnelle en lien avec l'accès, les heures d'ouverture et la confidentialité.

Par ailleurs, la satisfaction des étudiants et des superviseurs a également été étudiée de façon plus ciblée. Passemore et coll. (2016) ont effectué des entrevues semi-structurées avec les étudiants et des superviseurs en physiothérapie de la clinique IMAGINE à Toronto. Les étudiants ont apprécié être en contact avec des clientèles marginalisées et ont augmenté leur conscience des déterminants sociaux de la santé. Ils ont également apprécié les opportunités d'apprentissage sur les autres professions de même que dans leur propre discipline. Également, autant les superviseurs que les étudiants ont pu observer qu'utiliser une approche éducationnelle auprès des clients est pertinente pour faciliter leur implication active dans leur suivi en physiothérapie. Sheu et coll. (2013) ont effectué une étude similaire auprès d'étudiants en médecine et de superviseurs des CU de l'Université de Californie. Des entrevues semi-structurées auprès de 22 étudiants et de quatre superviseurs ont aussi permis de mettre en lumière que les étudiants apprécient grandement les opportunités d'apprentissage possibles dans ce cadre clinique, de même que la collaboration interprofessionnelle. Les étudiants ont rapporté dans ce sondage que ce qu'ils apprécient le plus est le fait de servir une population qui n'a pas accès aux services de santé habituel et le développement de la formation clinique (Sheu et coll. 2013).

La satisfaction globale de la clientèle et des étudiants des CU est donc globalement bonne. Les clientèles sondées rapportent qu'ils apprécient le temps pris par les étudiants pour les servir et la compétence observée. Dans certains sondages, le délai d'attente et les heures d'ouverture limitées sont ce qui est moins apprécié. Du point de vue des étudiants, les avantages rapportés se situent sur le développement du raisonnement clinique, des connaissances liées à leur propre discipline et à celle de leur collègue (dans des cliniques interdisciplinaires) ainsi qu'une meilleure connaissance des besoins de clientèles marginalisées.

3.5 Production

Peu d'études ont évalué la production des CU. Toutefois, certaines ont été faites du point de vue de la production de services de santé et d'autres du point de vue de la production de services éducatifs. Hu et Leong (2016) ont évalué le temps d'attente pour avoir des services sans rendez-vous à la clinique IMAGINE. Dans une étude rétrospective des données administratives recueillies entre mai 2014 et juillet 2015, ils ont analysé le temps d'attente, le temps total dans la salle de traitement et le temps total de chaque client à la clinique. Au total, 268 clients ont été vus pendant les 234 heures d'ouverture. Le temps d'attente moyen était de 21 minutes, le temps d'intervention moyen était de 69 minutes et les clients étaient en moyenne 91 minutes à la clinique avant d'avoir leur congé.

À la CU de l'Université de la Nouvelle Angleterre en Australie, une clinique ouverte une journée par semaine a vu en trois mois 378 personnes pour diverses problématiques (Stuhlmiller et Tolchard, 2015). Face à la demande importante, les heures d'ouvertures ont été augmentées à trois jours semaines pendant neuf mois, puis à cinq jours par semaine par la suite. Ces auteurs ont estimé que la CU avait fait économiser à l'État 437 000$AU, qui est à parité avec le dollar canadien. La clinique de physiothérapie de Chester de l'Université de Widener en Pennsylvanie a eu 4380 visites en six ans d'opération et est passée de deux soirées d'ouvertures à quatre (Rayson et coll., 2016). Le JeffHOPE a pour sa part enregistré plus de 2000 visites par année (Hemba et Plumb, 2011). Le projet pilote REACH à Melbourne en Australie a évalué l'achalandage pendant les quatre premières demi-journées d'activités, étalés sur un mois (Buckley et coll., 2014) : au total 31 clients ont reçu des services, 24 ont été vu par un étudiant en médecine, 21 en physiothérapie, 10 en service social et neuf en soins infirmier. Le temps maximal à la clinique sans rendez-vous était de deux heures avec une moyenne de 45 minutes. La clinique à l'Université d'Ottawa a reçu en trois ans d'activités 2 503 visites de clients (Dubouloz et coll, 2010), soit en moyenne 834 visites par année.

Pour le volet éducation clinique, la clinique de l'Université d'Ottawa a reçu 253 étudiants en stage entre 2007 et 2010 (Dubouloz et coll, 2010) et à l'Institut for Physical Education de l'Université Widener en Pennsylvanie, tous leurs étudiants offrent volontairement des services de physiothérapie (Rayson et coll., 2016). Haines et coll (2014) ont déterminé le coût de fonctionnement de la clinique par une modélisation économique. Ils ont

établi que la clinique coûte 289$ par jour-stage à l'université, alors que le gouvernement d'état économise 49$ et que le gouvernement du Commonwealth économise 66$. Il coûte donc 175$ par jour-stage à la société.

3.6 Adaptation aux besoins des programmes universitaires

La principale raison de la mise en place des CU dans les facultés de médecine demeure l'augmentation des places de stages. Ces milieux vivent un plafonnement de la capacité des milieux cliniques à accueillir des stagiaires (Haines et coll., 2014). Stulhmiller et coll. (2015) expliquent que la pénurie de places de stage dans les milieux traditionnels s'explique par différentes raisons : manque d'espace, de matériel, de superviseurs compétents et disponibles. Couplé aux besoins grandissant de services en santé par la population (Haines et coll., 2014), la pression pour la formation clinique se fait sentir pour les facultés universitaires. Certains auteurs mentionnent que les CU peuvent permettre d'augmenter l'exposition clinique des étudiants à des situations peu fréquentes dans les milieux traditionnels (Schutte et coll., 2015; Stulhmiller et coll., 2015). Également, les recherches ont démontré que ce contexte d'apprentissage permettait aux étudiants en médecine d'être exposés plus rapidement dans des situations réelles dans le cursus scolaire, puisque les milieux de stage traditionnels en médecine accueillent des étudiants plus avancés dans leur formation (Schutte et coll., 2016). Par ailleurs, l'absence ou la rareté de certains services peut également justifier la mise en place d'une CU. Par exemple, en Angleterre, une des compétences attendues des sages-femmes est d'être en mesure d'avoir fait 100 suivis post-natals en formation clinique (Marsh et coll., 2015). Puisque ces soins sont de moins en moins financés par l'état, les milieux cliniques traditionnels ne pouvaient pas permettre d'atteindre cette exigence. La mise en place d'une CU a donc été évaluée afin de compenser cette pénurie d'opportunités d'exposition clinique dans les milieux traditionnels.

3.7 Adaptation aux besoins des étudiants

Plusieurs auteurs se sont attardés à l'apport des CU au développement du raisonnement clinique. Ainsi, Seif et coll (2014) mentionnent que ce raisonnement est amélioré lors d'un stage en CU puisque les étudiants mettent en pratique plus rapidement ce qu'ils ont appris en classe lors des stages. En effet, les stages dans les milieux traditionnels accueillent des stagiaires plus avancés dans leur formation, alors que les stages en CU sont faits plus tôt dans la formation. Dans cette même étude, les étudiants qui ont effectué un stage à la CU démontraient de meilleures aptitudes interprofessionnelles, connaissaient davantage leur profession et les disciplines côtoyées dans le cadre de leur stage. Warner et coll. (2010) ont aussi rapporté que les étudiants avaient apprécié l'opportunité d'apprendre sur les autres disciplines et sur la leur.

Schutte et coll. (2015) ont pu relever que l'attitude des étudiants et leur compassion envers les clientèles vulnérables s'étaient accrues. Haggerty et Dalcin (2014), Simmons et coll. (2009) ainsi que Meah et coll.

(2009) rapportent que les étudiants ont une meilleure connaissance de la clientèle défavorisée. Ils rapportent également que les étudiants disent avoir plus de temps auprès des clients et qu'ils n'ont pas la pression de la responsabilité des charges de cas. Warner et coll. (2010) rapportent eux aussi que le niveau de stress était faible comparé au milieu de stage traditionnel, ce qui facilitait les apprentissages.

D'autres chercheurs se sont attardés aux compétences développées lors d'expériences en CU. Ainsi, il y a une amélioration des compétences en communication, en collaboration et en leadership, selon Stulhmiller et coll. (2015). Le développement de compétences pour intervenir auprès de cas complexes était également favorisé (Warner et coll., 2010). L'expérience acquise dans une CU offrant des services à des populations vulnérables permet également aux étudiants de développer leurs apprentissages au sujet des ressources communautaires (Passemore et coll., 2016). MacLean et Hindman (2014) ont pu observer que les étudiants en médecine qui avaient effectué un court stage dans une CU qui offre des services en ophtalmologie avaient augmenté leurs compétences et leur confiance dans le dépistage et l'évaluation de ce type de problématique. Seif et coll (2014) utilisent d'ailleurs le terme « service learning » pour parler du type de service d'une CU. Ils définissent ce terme par une expérience d'apprentissage structurée, qui combine les services communautaires à des objectifs d'apprentissages. Schutte et coll. (2015) estiment que c'est le lieu optimal pour l'apprentissage de la profession médicale et que cette expérience augmente leur motivation à poursuivre dans ce domaine. Stulmiller et coll. (2015), lors de l'évaluation de la CU en sciences infirmières, a démontré que cette modalité augmente le lien entre l'université et la communauté. En effet, plusieurs acteurs issus de la communauté ont participé à l'élaboration du projet, de sa phase de préparation à sa mise en œuvre.

3.8 Constats

En somme, les CU se sont grandement développées dans les dernières décennies au sein des facultés de médecine ou de sciences de la santé. Les deux principaux objectifs sont liés au développement de places de stage ainsi que la prestation de services à des clientèles vulnérables. Les services sont offerts par des équipes d'étudiants issus de disciplines différentes, ce qui valorise la collaboration interdisciplinaire. Les services offerts diffèrent d'une clinique à l'autre, mais la plupart offrent des services de consultation, d'orientation et de dépistage sans rendez-vous. Certaines offrent également des services d'accompagnement. La qualité des stages et des services offerts a été documentée dans plusieurs milieux. Autant les stagiaires que la clientèle rapportent des services professionnels, comparables en termes de qualité, aux services traditionnels. Aucune évaluation de la performance globale des CU n'a été relevée dans la littérature. Les articles font état de fonctions ou de dimensions de la performance, mais aucune ne fait des liens entre chacune d'elles en offrant une appréciant globale de la performance.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

4 Objectifs et questions de recherche

4.1 Objectifs de recherche

Cette recherche évaluative permet de traiter la question de recherche suivante :

- Est-ce que la clinique universitaire de physiothérapie (CUP) de l'Université Laval est performante?

De façon plus précise, dans le cadre de l'évaluation de la performance, la question principale d'évaluation ciblée est : Quelle est la performance de la CUP huit mois après le début de son fonctionnement ? Les questions spécifiques d'évaluation étaient :

- Comment la CUP réussit-t-elle à s'inscrire en cohérence avec ses valeurs fondamentales ?
- Est-ce que la CUP atteint ses cibles en termes de production de services ?
- Est-ce que la CUP atteint ses buts/objectifs spécifiques ?
- Est-ce que la CUP parvient à s'adapter à court terme à son environnement et aux changements qui se produisent dans celui-ci ?

4.2 Approche évaluative

L'évaluation a été effectuée selon une approche formative participative. , puisque des personnes concernées par l'évaluation, sans être évaluateur, sont impliqués dans la démarche (Larivière, Briand, Corbière, 2014). En effet, une équipe d'évaluateurs a été mandatée par le comité de gestion de la CUP pour effectuer l'évaluation de la performance. Cette équipe avait comme responsabilité de procéder à l'élaboration d'un plan d'évaluation et d'effectuer la cueillette de données. Elle était composée de l'étudiante et des deux directrices du projet et a été soutenue dans l'appropriation des enjeux par un comité d'évaluation, composée de l'équipe d'évaluateurs, de la directrice du département de réadaptation, du directeur du programme de physiothérapie et d'un membre du personnel de ce programme ayant participé à l'élaboration du projet. Finalement, un comité consultatif composé de représentants des parties prenantes a été mis en place afin de s'assurer qu'un maximum de perspectives soit pris en compte lors de la planification et de la réalisation de l'évaluation. Le plan d'évaluation a été proposé au comité d'évaluation et au comité consultatif. Des modifications au protocole et notamment aux indicateurs et questionnaires ont été intégrées suite aux commentaires reçus. Le présent mémoire utilise les données de cette démarche d'évaluation.

4.3 Portée et originalité de l'étude

L'évaluation de la performance d'une CU n'a pas été documentée dans la littérature. Plusieurs des articles traitant de cette offre de services l'abordent sous l'angle de la formation clinique, raison d'être des CU pour les

facultés des sciences de la santé, particulièrement les facultés de médecine. D'autres présentent les impacts sur la clientèle desservie, souvent défavorisées, dans un contexte de soins de santé privés. Finalement, certaines études s'attardent à la productivité clinique, par exemple le nombre de clients vus par heures d'ouverture, le délai d'attente et de prise de charge. Toutefois, la performance globale des cliniques n'est pas considérée. Puisque le système de santé est un déterminant de la santé de la population (Émond, 2010), la bonification de la performance de services en santé peut avoir un impact sur la santé globale de la population. Si la population a un meilleur accès à des services de physiothérapie performants, elle pourrait voir son état de santé et de bien-être augmenter. Ce projet de recherche est donc en lien avec la santé communautaire de la population puisqu'il s'attarde à la performance d'une modalité novatrice de services de physiothérapie en tant que facteur pouvant influencer la santé de la population de Québec et Chaudière-Appalaches. Son originalité se situe également dans le fait que les liens entre les différentes fonctions de la performance permettent une vision globale ne se limitant pas uniquement par exemple aux processus ou aux résultats de la clinique mais considérant ces éléments comme un tout.

Les retombées de l'étude sont multiples. Dans le cadre de l'évaluation de programme, les résultats permettront de guider la faculté de médecine de l'Université Laval dans les choix à faire pour assurer la pérennité du projet, autant du point de vue de la production de services que de la production de formation clinique. Également, sur le plan académique, l'évaluation d'un service novateur permet de documenter ses forces et ses avantages de même que des besoins d'amélioration afin que celui-ci remplisse les fonctions pour lesquels il a été créé. Elle permet de mieux comprendre les composantes d'un programme et d'améliorer l'utilité des résultats en contribuant à définir des critères d'efficacité pertinents et en clarifiant les liens entre les processus et les résultats obtenus (Durand, Coutu et Hong, 2014).

5 Cadre de référence

Le cadre conceptuel qui a été utilisé est l'*Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de services de santé (EGIPSS)* (Champagne et coll., 2005) (Figure 1). Ce dernier permet de représenter la performance d'un service de santé en tenant compte de plusieurs fonctions de l'organisation. Ce cadre conceptuel considère quatre fonctions de l'organisation, auxquelles dix-sept dimensions sont associées. Il a été utilisé pour élaborer les questions d'évaluation et a servi comme structure pour la présentation des résultats. Les quatre fonctions du cadre, soient 1) le maintien des valeurs, 2) la production, 3) l'atteinte des buts du programme et 4) la capacité d'adaptation, sont détaillées dans la présente section.

Premièrement, le maintien des valeurs du programme est composé des dimensions du consensus sur les valeurs et du climat organisationnel. Dans le modèle ÉGIPSS, la fonction du maintien sur les valeurs permet d'assurer la cohérence des orientations de l'organisation. La pertinence d'établir des valeurs pour une organisation permet de se baser sur un système commun de références afin que les acteurs impliqués travaillent au projet dans le même sens (Champagne et coll., 2005). Le climat organisationnel décrit le contexte organisationnel des actions des individus et est un facteur important pour la performance (Glick, 1988, dans Champagne et coll., 2005).

Deuxièmement, la production est une fonction centrale dans l'organisation. Cette dimension est généralement la plus en vue lorsqu'il est question d'évaluation d'une organisation (Conseil de la santé et au bien-être, 2006). Les dimensions et sous dimensions qui la composent sont liées à l'offre de services du système, aux éléments concrètement produits par l'organisation. Ces dimensions regroupées sont la productivité, la qualité, le volume de soins et la coordination des services. La qualité en elle-même représente un aspect important de la production. Champagne et coll. (2005) la définissent comme étant « un ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible tel que défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales » (p.18). Pour atteindre des services de qualité, selon un rapport produit par le Conseil de la santé et du bien-être (2006), la sécurité des usagers et du personnel doit être assurée. Les services doivent aussi être pertinents, coordonnés et accessibles. Cette dimension a été explorée selon différentes facettes, tel que décrit par Lévesque, Haris et Russel (2013) : la disponibilité des services (accès physique, heures d'ouverture, qualité de la communication avec le personnel), des services appropriés (qualité des locaux et des équipements, emplacement, transmission d'information, temps, changement d'intervenants), l'acceptabilité des services, l'accessibilité financière et la facilité d'atteinte (information transmise avant les débuts des services).

Troisièmement, l'atteinte des buts du programme est composée des dimensions de la satisfaction globale de la population, de l'efficacité, de l'efficience et de l'équité. La grande finalité d'une organisation de services de

santé est de maintenir et d'améliorer la santé des personnes recevant ses services (CSBE, 2006). Pour ce faire, la satisfaction des usagers est une dimension pertinente afin de constater le degré d'appréciation des services rendus à même la population.

Finalement, la capacité d'adaptation d'une organisation en santé est en lien avec les ressources et l'environnement (population, communauté). Les organisations de santé étant des entités évoluant dans des environnements changeants, elles se doivent de modifier certains de ses éléments en fonction des nouvelles conditions (CSBE, 2006). Les façons de faire doivent donc être réévaluées en tenant compte des dimensions de l'acquisition des ressources, de l'adaptation aux besoins de la population, de l'adaptation du système aux tendances et de la mobilisation de la communauté.

La pertinence de l'utilisation de ce cadre dans la présente étude réside dans la prise en compte de la globalité du concept de performance. Un service de santé, tel qu'offre la CUP, est un système organisé d'action, dans un contexte organisationnel et social, et l'appréciation de sa performance doit se faire en tenant compte de toutes ses dimensions. En effet, la CU remplie un mandat universitaire autant que clinique; est en lien avec des étudiants et des clients; enfin, elle a établi un partenariat avec des organisations de la région. Ainsi, la prise en compte de toutes les fonctions de la performance permet d'obtenir un portrait plus juste de l'influence de chacun des mandats sur les autres.

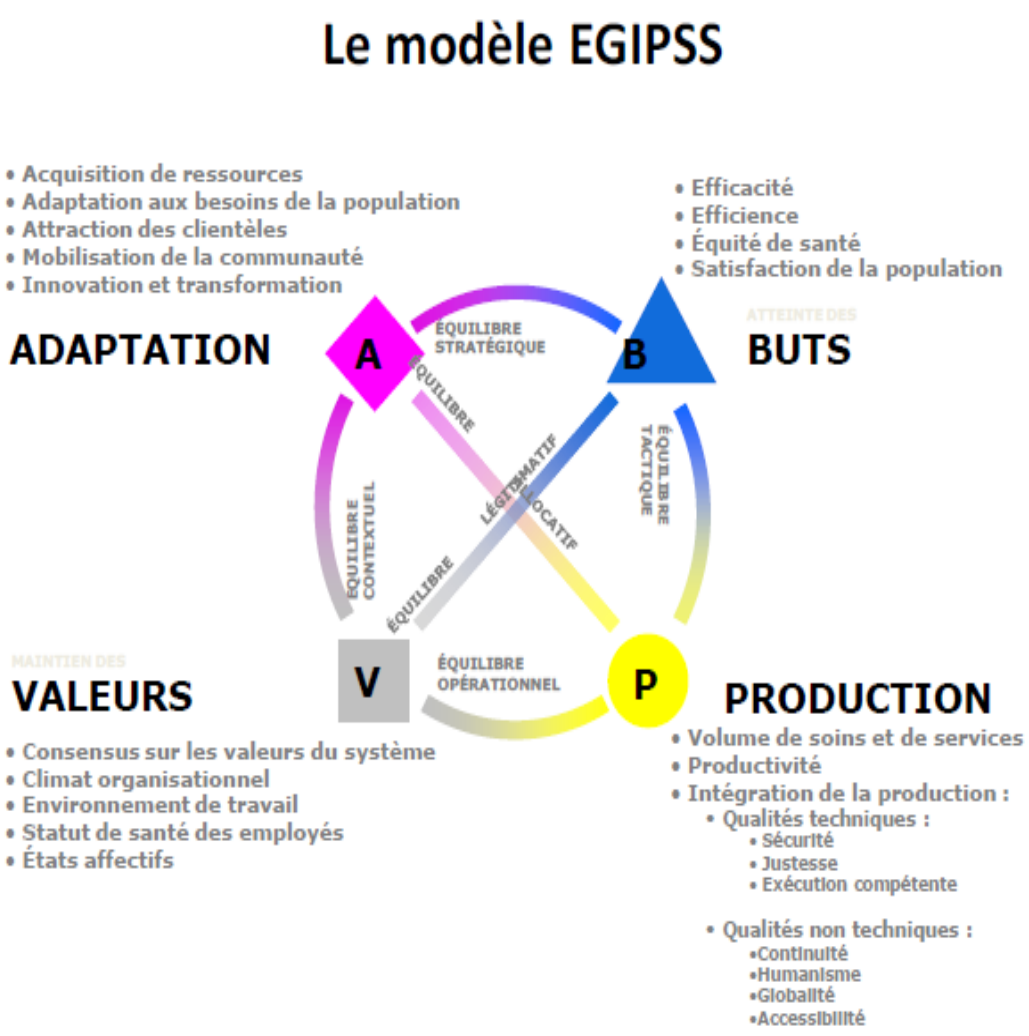


Figure 1. Le modèle EGIPSS (Champagne et Contandriopoulos, 2010)

6 Méthodologie

6.1 Devis

Pour ce projet de recherche évaluative, un devis multiméthode a été employé, combinant des méthodes quantitative et qualitative descriptives. Cette approche mixte est privilégiée selon la perspective pragmatique de Creswell (Fortin et Gagnon, 2016), qui consiste à se concentrer sur le but de l'étude et choisir la méthodologie qui servira le mieux l'avancement des connaissances. Chaque méthode présente des forces et des limites, mais combinées, elles permettent un meilleur raisonnement afin de répondre aux questions de recherche (Creswell, 2015). Le devis précis utilisé s'inspire du devis mixte simultané imbriqué, où des données qualitatives et quantitatives se déroulent en parallèle et permettent d'enrichir les possibilités par l'apport d'une perspective différente (Briand et Larivière, 2014). Ce choix a été fait en raison du moment des différentes collectes de données et des considérations pragmatiques du contexte dans lequel s'inscrit le projet.

La présente évaluation s'est effectuée également dans une approche formative participative, L'implication du comité consultatif demeure à un niveau de contrôle de l'évaluation plutôt faible (Larivière et coll., 2014), puisque le nombre de tâches dans lesquels les membres ont été impliqués est faible. Cette façon de procéder rejoint l'approche centrée sur l'utilisation de Patton : l'évaluation est effectuée en lien avec son utilité et son utilisation future pour les parties prenantes (Patton, 2012).

6.2 Populations cible de l'évaluation

Considérant les fonctions et dimensions du cadre de référence utilisé de même que les questions d'évaluations, plusieurs populations étaient ciblées.

6.2.1 Personnel de la clinique

Les physiothérapeutes superviseurs de stage (n=3), la coordonnatrice de la clinique ainsi que les agentes administratives du département de réadaptation impliquées directement ou indirectement dans la prestation de services constituent un premier groupe cible; ils ont été inclus sur le seul critère de leur contribution à l'offre de service de la CUP. Ils ont été consultés pour les fonctions des valeurs, de l'atteinte des buts et de l'adaptation.

6.2.2 Étudiants-stagiaires

Les étudiants en physiothérapie ayant complété un stage à la CUP représentent un deuxième groupe cible afin de documenter les mêmes dimensions que les membres du personnel. Le critère d'inclusion suivant a été identifié : avoir terminé un stage à la CUP d'au minimum 10 jours afin d'avoir une expérience significative du fonctionnement de la clinique. Au total, 46 étudiants répondaient aux critères.

6.2.3 Référents

Le troisième groupe cible est constitué des personnes responsables de fournir des références du CIUSSS de la Capitale-Nationale, du CHU de Québec-Université Laval et du CISSS de Chaudière-Appalaches afin de documenter l'atteinte des buts et l'adaptation. Ces personnes sont des intervenants (médecins, physiothérapeutes), des coordonnateurs ou des gestionnaires dans un des points de services des établissements partenaires. Un seul critère d'inclusion a été établi à l'égard de la sélection des participants de ce groupe, soit avoir référé au moins deux (2) clients à la CUP depuis mars 2016.

6.2.4 Clients

Le dernier groupe ciblé est constitué des clients ayant reçu des traitements à la CUP afin de documenter la production et l'atteinte des buts. Les critères d'inclusion identifiés étaient : 1) avoir été traité en mai, en juillet ou en septembre 2016; 2) avoir réalisé un minimum de trois (3) visites en physiothérapie à la clinique OU être un parent d'un enfant ayant réalisé un minimum de trois (3) visites; 3) être âgé(e) de 18 ans et plus. Un seul critère d'exclusion a été établi : avoir des problématiques cognitives et/ou d'audition qui rendraient une conversation téléphonique difficile.

6.3 Variables et collecte de données

6.3.1 Choix des variables et des cibles

Les variables ont été identifiées en collaboration avec le comité d'évaluation puis suite à la consultation du comité consultatif. Le Tableau 2 présente les variables ainsi que les méthodes de collecte de données utilisées. Ces cibles ont été établies pour certains indicateurs, en fonction de leur pertinence et des attentes existantes ou non des partenaires.

Tableau 2. Variables, cibles, sources d'information et d'outils de collecte de données selon les questions de recherche

Domaine	Dimension	Variables	Cibles[1]	Sources d'information	Outils de collecte
Consensus sur les valeurs	Consensus sur les valeurs	Niveau de connaissance des valeurs de la CU Caractéristiques de la clientèle traitée Nombre de réunions entre les intervenants Nombre de nouvelles approches en supervision Nombre de plaintes	Les acteurs impliqués connaissent les valeurs	Données administratives	Clinic Master
	Climat organisation-nel	Satisfaction des acteurs impliqués dans la clinique		Stagiaires, personnel de la clinique	Groupe de discussion
Production	Volume de soins et de services	Nombre de patients traités Nombre d'heures de services offertes Nombre moyen d'heures par consultation Nombre de stages Nombre d'heures de services	48 stages en décembre 2016	Données administratives	Clinic Master Banque de données de la coordination des stages
	Productivité	Coût par heure de services Durée moyenne du suivi		Données administratives	Clinic Master
	Coordination des services	Délai avant la prise en charge Provenance des références	75% des clients référés pris en charge dans un délai raisonnable	Données administratives	Clinic Master
	Qualité-accessibilité	Heures d'ouverture de la clinique Accessibilité physique de l'immeuble Délai avant la prise en charge Façon d'attribuer les rendez-vous Satisfaction à l'égard des services reçus Accessibilité perçue Cohérence entre les services offerts et les besoins des usagers (emplacement, heures d'ouverture, compétence des intervenants). Frais encourus pour obtenir les services Acceptabilité de recevoir des services par des stagiaires		Données administratives Usagers de la clinique Personnel Référents Étudiants	Clinic Master Entrevues semi-structurées Groupes de discussion
Atteintes des buts	Satisfaction	Satisfaction des usagers Satisfaction des étudiants	80% des usagers satisfaits 80% des étudiants satisfaits	Usagers Étudiants	Entrevues téléphoniques Groupes de discussion
Adaptation	Adaptation aux	Nombre de clients référés Nombre de références correspondant		Données administratives	Clinic Master

[1] Des cibles n'ont pas été identifiées pour toutes les sous-dimensions.

	exigences et aux tendances	aux critères d'éligibilité Proportion de clients qui ont accepté les services			
	Adaptation aux besoins des populations	Besoins des référents Besoins d'apprentissage des étudiants		Référents Étudiants	Entrevues Groupes de discussion
	Acquisition de ressources	Nombre de superviseurs et stabilité Nombre d'heures non comblées par le personnel de la CUP		Données administratives	Clinic Master
	Mobilisation de la communauté	Accessibilité Appui des partenaires		Personnels de la clinique Référents	Groupes de discussion Entrevue semi-structurées

6.3.2 Sources de données administratives de la clinique

La mesure et l'analyse d'indicateurs quantitatifs préalablement identifiés tirés des bases de données administratives de la CUP ont permis l'évaluation de certains domaines de la performance. Un indicateur décrit le type de mesure et les éléments à observer pour évaluer le degré d'atteinte de l'objectif évalué (Grand dictionnaire terminologique, 2018). La base de données administratives de la CUP, gérée via la plateforme Clinic Master, a été colligée les données par les agentes administratives dans le cadre de la prestation régulière de services. Des rencontres avec l'équipe d'agentes administratives de la clinique ont permis de transmettre les données, qui ont ensuite été dénominalisées afin de conserver la confidentialité des données. Également, une rencontre avec la coordonnatrice de la clinique a été nécessaire pour obtenir les données qui ne se retrouvaient pas dans la base de données (nombre de réunions, raison de fin de suivi, raison du retour au référent, par exemple). Finalement, les bases de données de la coordination des stages du programme de physiothérapie ont été consultées par l'étudiante pour l'obtention d'informations concernant les stages.

6.3.3 Groupes de discussion

La satisfaction des acteurs impliqués dans la clinique quant au fonctionnement de la CUP (étudiants, superviseurs, coordonnateur, équipe de gestion, référents), les valeurs de la CUP, ainsi que l'adaptation aux besoins de la population ont été explorés à travers des groupes de discussion (*focus group*). Cette méthode de recherche qualitative laisse place à une flexibilité au niveau de la structure, de l'échantillonnage et de l'analyse (Desrosiers et Larivière, 2014). Elle a été choisie car elle permet de recueillir les avis sur le fonctionnement d'un programme (Krueger et Casey, 2009, dans Desrosiers et Larivière, 2014) et d'avoir accès aux points de vue des personnes concernées (Desrosiers et Larivière, 2014). Cette méthode enrichit également les données recueillies par sa capacité à laisser émerger les interactions entre les participants et l'évolution des points de vue pendant la discussion (Fortin et Gagnon, 2016). Chaque groupe de discussion

était constitué de deux à huit personnes et un nombre pragmatique de groupes a été établi selon les groupes cibles des participants. Les groupes ont été animés par l'étudiante. La directrice ou la co-directrice du projet étaient présentes pour la prise de notes. Les échanges ont aussi été enregistrés, en ayant au préalable obtenu le consentement des participants à cet effet.

6.3.4 Entrevues semi-structurées

Des entrevues semi-structurées ont été effectuées avec les référents à la CUP pour explorer leur satisfaction du partenariat avec la CUP ainsi que l'adaptation à leurs besoins. Un groupe de discussion avait été prévu avec ce groupe de participants, mais, en raison des disponibilités limitées des participants, des entrevues individuelles ont plutôt été effectuées.

6.3.5 Entrevues téléphoniques structurées

Des entrevues téléphoniques structurées ont été effectuées auprès des usagers afin de documenter la performance de la clinique, principalement pour connaître leur satisfaction des services reçus (domaine atteinte des buts) et l'accessibilité (production). Cette technique a été choisie en raison de sa faisabilité. En effet, elle permet de rejoindre un grand nombre de participants et de recueillir des informations sur une importante variété de sujets, de même que de comparer les réponses entre participants (Fortin et Gagnon, 2016). Cette méthode peut être administrée par une équipe d'interviewers formés (Fortin et Gagnon, 2016). Aussi, puisque certains clients avaient cessé leur suivi à la clinique, il était plus facile de les rejoindre par téléphone que de les rencontrer à la CUP. Les entrevues téléphoniques ont été effectuées par une agente administrative de la CUP ainsi que par l'étudiante. L'étudiante a procédé à une formation afin que la passation se déroule de façon identique pour tous les participants. Lors d'un contact téléphonique avec les clients répondant aux critères d'inclusion, les intervieweuses ont effectué les entrevues après avoir reçu le consentement verbal des participants.

6.4 Outils de collecte de données

Les guides d'entrevue des groupes de discussion pour les deux premiers groupes cibles sont présentés en Annexes 2 et 3 et ont été construits selon les fonctions et dimensions du cadre de référence de l'ÉGIPSS. Les guides d'entrevue ont été présentés au comité d'évaluation afin d'obtenir des rétroactions sur la pertinence des dimensions abordées. Le guide pour les entrevues individuelles a été élaboré à partir du guide pour les groupes, avec des adaptations au contexte individuel et au type d'acteur. Il est présenté à l'Annexe 4. Le questionnaire téléphonique a été élaboré selon les dimensions et fonctions du cadre de référence et en s'inspirant d'un formulaire de satisfaction élaboré par Côté, Bélanger, Granger et Ladeuix (2005), dans le cadre d'une étude sur la qualité des services. Le questionnaire utilisé se trouve en Annexe 5. Il comporte 21

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

questions fermées avec une échelle de réponse de type Likert à quatre éléments de réponses. Il a été pré-testé auprès de deux (2) usagers de la CUP lors de leur présence à un rendez-vous, afin de s'assurer que les termes utilisés soient compris par les répondants. Des modifications ont été effectuées dans le cas contraire. La nouvelle version du questionnaire a été passée par l'agente administrative à deux autres clients au téléphone, en présence de l'auteure, pour une deuxième validation du contenu. La modification d'un terme a été effectuée dans cette deuxième vague. Lors des appels téléphoniques, les commentaires spontanés des participants sur les services de la CUP ont également été notés par l'intervieweur.

6.5 Déroulement de la collecte de données

Les données administratives ont été colligées lors de la prestation régulière de services entre avril et novembre 2016. Au courant des mois de novembre et décembre 2016, les entrevues téléphoniques, les groupes de discussion ainsi que quatre entrevues individuelles ont été effectués. Une dernière entrevue, qui jumelait deux référents du même établissement, mais de programmes clientèles différents, a eu lieu en janvier 2017.

Tableau 3. Chronologie de la cueillette de données

Collecte de données	Septembre 2016	Octobre 2016	Novembre 2016	Décembre 2016	Janvier 2017
Données quantitatives-bases de données					
Données quantitatives-questionnaires téléphoniques					
Données qualitatives-Entrevues individuelles					
Données qualitatives-Groupes de discussion					

6.6 Analyses

6.6.1 Banques de données administratives

L'analyse de ces données a été effectuée selon une approche descriptive, qui a permis de résumer les données brutes sur la performance à l'aide de statistiques descriptives (Fortin et Gagnon, 2016). Puisque le but de la présente évaluation de la performance de la clinique n'était pas d'établir des points de comparaison avec d'autres CU ou des comparaisons dans le temps, l'analyse des données quantitatives a été utilisée pour obtenir un portrait de la performance. Les distributions de fréquence des données, les mesures de tendance centrale (moyenne, écart interquartile) et les proportions ont été utilisées selon les différents indicateurs. Ces mesures sont illustrées à l'aide de graphiques et de tableaux afin de permettre une analyse visuelle de la répartition des données.

6.6.2 Groupe de discussion et entrevues semi-structurées

L'analyse de contenu qualitative a été effectuée en s'inspirant des méthodes de Meyer et Ouellet (1991) et en procédant selon les étapes suivantes : préparation du matériel, pré-analyse, exploitation ou codification du matériel, choix des unités d'enregistrement et de numérotation, et analyse et l'interprétation des résultats. L'analyse a également été effectuée selon les composantes du cadre conceptuel, soit selon les domaines et les fonctions de la performance.

6.6.3 Entrevues téléphoniques structurées

Une analyse descriptive des réponses au questionnaire a été effectuée. Des statistiques descriptives ont été utilisées : les distributions de fréquence des réponses et les mesures de tendance centrale (moyenne). Les résultats sont illustrés à l'aide de tableaux et de graphiques afin de permettre une analyse visuelle des données.

6.7 Diffusion des résultats

Dans le cadre du projet d'évaluation de la performance de la CUP, un rapport préliminaire avait été transmis à la direction de la Faculté de Médecine immédiatement après la fin de la collecte de données (Annexe 6). Également, des présentations par affiche des résultats sommaires ont été effectuées entre novembre 2017 et juin 208 dans le cadre de le 39e session d'étude de l'Association pour le développement des méthodologies des évaluations en éducation (ADMEE), de la journée scientifique du REPAR 2018 ainsi que de la journée annuelle de l'enseignement de la Faculté de Médecine de l'Université Laval-2018. Une présentation des résultats sera effectuée aux acteurs du programme de physiothérapie, soit les membres du personnel de la CUP, de l'équipe de la coordination des stages et de l'équipe enseignante et de la direction.

6.8 Considérations éthiques

Le projet a été exempté d'une approbation éthique par le comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (CERUL) puisqu'il utilise des données secondaires d'un projet d'évaluation. Des mesures ont été prises en cours de recherche afin de préserver la confidentialité des données recueillies, telles que la conservation des enregistrements sur une clé dans un lieu sécurisé ainsi que la dénominalisation des banques de données transmises à l'étudiante. Les données statistiques de même que les transcriptions d'entrevue ont été conservées dans un endroit sécurisé (classeur sous clé) et aucun nom n'apparaît sur les documents de recherche.

7 Résultats

Dans cette section, nous présenterons d'abord les caractéristiques des participants à chacune des phases de collectes de données. Par la suite, les résultats seront présentés selon les sous-questions d'évaluation. Pour chacune d'elles, les types d'indicateurs et/ou les méthodes de collectes de données seront indiqués en début de section.

7.1 Participants

7.1.1 Personnel

Tous les membres du personnel de la CUP (n=6) ont participé, soit un homme et cinq femmes, qui travaillent tous à temps partiel à la CUP.

7.1.2 Stagiaires

Parmi les stagiaires correspondants aux critères, deux avaient effectué un stage de 35 jours, dix des stages de 25 jours, 16 des stages de 20 jours et 13 des stages de 12 jours. Vingt-et-un étaient des hommes et 20 des femmes. Tous les étudiants rencontrant les critères d'inclusion ont été identifiés par l'auteure puis contactés par courriel et la participation était volontaire. Trois groupes de discussion ont par la suite été effectués. Des 41 étudiants correspondants aux critères, 14 ont consenti à participer, ce qui représente un taux de participation de 34,1%. Plusieurs contacts et relances ont été nécessaires afin d'obtenir cette participation, et l'intervention du directeur du programme de physiothérapie a été sollicitée. Puisque les étudiants qui ont effectué des stages de 25 jours et plus avaient depuis gradué et quitté l'université, il n'a pas été possible de les rencontrer.

Tableau 4. Caractéristiques des participants étudiants aux groupes de discussion

Stagiaires	Nombre de jours de stage	Sexe
Groupe de discussion 1 : **2 participants**	20 jours chacun	1 homme 1 femme
Groupe de discussion 2 : **7 participants**	6 participants à 20 jours 1 participant à 12 jours	3 hommes 4 femmes
Groupe de discussion 3 : **5 participants**	12 jours chacun	2 hommes 3 femmes

7.1.3 Entrevues individuelles

Tous les référents rencontrant les critères d'inclusion (n =10) ont été contactés par courriel ou par téléphone. Des entrevues individuelles ont été effectuées avec les six référents qui ont accepté de participer. Une des

entrevues a été effectuée avec deux personnes responsables de faire les références à la CUP dans un même milieu. Au total, les référents rencontrés ont référé 93 clients et 77 de ces derniers avaient été pris en charge par les étudiants de la CUP en date du 30 novembre 2017.

7.1.4 Entrevues téléphoniques structurées

Au total, 72 clients correspondaient aux critères établis pour compléter le questionnaire. Tous ont été contactés, quarante-six ont été rejoints et 41 ont accepté de participer. Le taux de participation a été de 57%. Les participants sont considérés comme représentatifs de la population ciblée sur les plans du genre, des milieux les ayant référés ainsi que des périodes de suivi, tel que le démontre les données du Tableau 5.

Tableau 5. Caractéristiques des clients répondants aux critères d'inclusion au questionnaire téléphonique

Populations	Sexe	Milieux d'où proviennent les clients (n)	Période de suivi à la CUP
Répondant aux critères	28 hommes (39,0%) 44 femmes (61,0%)	Milieu 1 (3) Milieu 2 (10) Milieu 3 (15) Milieu 4 (2) Milieu 5 (9) Milieu 6 (6) Milieu 7 (21) Milieu 8 (6)	44 en mai (61,1%) 17 en juillet (23,6%) 11 en septembre (15,3%)
Rejointe	19 hommes (40,4%) 28 femmes (59,6%)	Milieu 1 (2) Milieu 2 (6) Milieu 3 (10) Milieu 4 (2) Milieu 5 (5) Milieu 6 (3) Milieu 7 (16) Milieu 8 (4)	30 en mai (65,2%) 9 en juillet (19,6%) 7 en septembre (15,1%)
Participants	16 hommes (39,0%) 25 femmes (61,0%)	Milieu 1 (2) Milieu 2 (6) Milieu 3 (9) Milieu 4 (2) Milieu 5 (4) Milieu 6 (3) Milieu 7 (12) Milieu 8 (3)	27 en mai (65,9%) 8 en juillet (19,5%) 6 en septembre (14,6%)

7.2 Comment la CUP réussit-t-elle à s'inscrire en cohérence avec ses valeurs fondamentales ?

Dans le présent projet, le consensus sur les valeurs et le climat organisationnel composant le domaine du maintien des valeurs ont été explorés auprès des usagers (questionnaire téléphonique), du personnel (groupe de discussion), des stagiaires (groupe de discussion) de même que par des données administratives sur le profil de la clientèle (indicateurs).

7.2.1 Consensus sur les valeurs

Les indicateurs retenus pour cette dimension sont le niveau de connaissance des valeurs, le niveau de cohésion entre les valeurs et les services rendus, de même que l'expérience du personnel et des stagiaires à l'égard du climat organisationnel.

7.2.2 Niveau de connaissance des valeurs de la CUP

Les acteurs impliqués au quotidien dans la clinique, soit le personnel et les stagiaires, ont pu observer des valeurs qui se sont actualisées dans les activités de la clinique. Les groupes de stagiaires avaient identifié le professionnalisme et la qualité des services comme valeurs prépondérantes et ce, dans les trois groupes tenus. Un participant[2] avait mentionné :

> *« … la première affaire qu'ils [les superviseurs] nous ont dit quand on est arrivés, que ce n'est pas parce qu'on est des stagiaires qu'on peut se permettre de ne pas donner des soins de qualité. […] je pense qu'ils ont vraiment le souci que la clinique ait une bonne réputation puis qu'on offre le meilleur service qu'on peut offrir même si [ce sont] des stagiaires qui prennent en charge les patients.* » (participant 4 du groupe 2)

Des étudiants ont également mentionné que le professionnalisme se traduisait par la qualité de l'environnement physique et la présentation des étudiants (tenue vestimentaire, vouvoiement). Un étudiant avait évoqué pour sa part qu'une des façons préconisées par les superviseurs pour atteindre le niveau de professionnalisme voulu est la préparation des évaluations et des interventions : *« on a l'air beaucoup plus à l'aise avec un patient quand on est préparé et on a l'air vraiment plus professionnel et ça c'est vraiment primordial pour eux [les superviseurs]* » (participant 4 du groupe 3). Quoiqu'identifiées de façon isolée par les étudiants, les valeurs de confidentialité et de sécurité peuvent être associées au professionnalisme et à l'atteinte des normes déontologique. Un participant a mentionné que la confidentialité était très importante pour les superviseurs et que plusieurs consignes qu'ils avaient données y faisaient référence.

[2] Par souci de préserver la confidentialité, le masculin sera utilisé pour toutes les allusions aux propos des participants aux groupes.

Certains participants ont également mentionné que l'entraide, la collaboration et la transmission des connaissances étaient des valeurs qu'ils avaient perçues comme teintant les activités professionnelles pendant leur stage. Ces valeurs étaient liées selon eux aux différentes approches de supervision : « *c'est pour ça aussi qu'ils veulent des stagiaires d'observation, pour transmettre nos connaissances, tout ça.* » (participant 1 du groupe 3). Aussi, l'entraide entre les étudiants était identifiée par des participants ayant fait un stage plus long. Ces derniers observaient que « *tous les superviseurs s'entraident entre eux et tous les étudiants [aussi].* » (participant 1 du groupe 3)

Finalement, les étudiants de tous les groupes ont rapporté que le respect était très présent, autant envers les clients qu'envers eux-mêmes en tant que stagiaires. Ils se sentaient supportés dans leur rôle auprès des clients :

> « *Si les superviseurs se rendaient compte que les patients avaient des préjugés envers [les étudiants] puis y faisaient [des problèmes], ils [les superviseurs] faisaient des interventions […] Ils disaient, ''vous avez des traitements de physiothérapie, ça beau être des étudiants, on les supervise puis ce sont des bons traitements, […]''. Et si ça continuait, ce sont des motifs qui pouvaient [entraîner] des fermetures de dossier.* » (participant 3 du groupe 2)

Le personnel de la clinique a mentionné d'emblée que l'excellence était une valeur importante selon eux:

> « *Je crois qu'on a une grande valeur d'excellence, on valorise beaucoup l'excellence, je pense qu'autant en traitement des patients qu'en termes de supervision. Je pense que c'est deux choses sur lesquelles on a vraiment mis l'accent depuis le début. Autant quand qu'on est avec les patients, on s'assure qu'ils aient les meilleurs traitements possibles, peu importe qu'ils soient à la clinique universitaire ou non. Même avec les étudiants, on s'assure que la supervision soit constante, que ça soit les meilleurs standards qu'on peut offrir puis, ça se ressent aussi des étudiants. On a des bons commentaires de la part des patients, de ce qu'on a su. Oui, je crois que l'excellence est une valeur qui transcende de la clinique pour l'instant.* » (participant 5 du groupe du personnel)

Le respect et l'humanité ont également été nommés à une reprise : « *il y a une grande valeur d'humanité autant envers les étudiants qu'envers les patients, on essaie de créer un milieu qui est propice à l'apprentissage, où on accueille les étudiants, […], à l'enseignement justement où on met l'accent sur le respect.* » (participant 5)

Le Tableau 6 résume les valeurs identifiées par le personnel et les stagiaires, en lien avec les valeurs de la CUP déterminées lors de l'élaboration du projet.

Tableau 6. Valeurs prévues et valeurs observées par le personnel et les stagiaires

Valeurs déterminées pour la CUP	Valeurs identifiées par le personnel	Valeurs identifiées par les stagiaires
Engagement social	Humanité	Respect
Approche centrée sur le client	Excellence	*Non mentionné*
Intégrité	Professionnalisme	Professionnalisme
Collaboration	*Non mentionné*	Collaboration
Innovation	*Non mentionné*	*Non mentionné*

7.2.3 Niveau de cohésion entre les valeurs de la CUP et les services rendus

VALEUR : ENGAGEMENT SOCIAL

La cohésion entre la valeur de l'engagement social et les services rendus a été évaluée en analysant le profil des usagers de la clinique, présenté au Tableau 7.

Tableau 7. Profil de la clientèle de la CUP

Indicateurs		Nombre (%)
Sexe	Femmes Hommes	80 (60,2) 53 (39,8)
Âge (ans)	0-11 12-20 21-34 35-45 46-55 56-65 66-75 76 et plus	26 (19,5) 7 (5,3) 14 (10,5) 16 (12,0) 27 (20,3) 19 (14,3) 20 (15,0) 4 (3,0)
Région habitée	Québec (03) Chaudière-Apppalaches (12) Non spécifiée	89 (66,9) 27 (20,3) 17 (12,8)
Mode de déplacement pour se rendre à la CUP	Voiture Transport en commun Autres (piéton, vélo, STAC) Non spécifié	50 (37,6) 11 (8,3) 7 (5,3) 65 (48,9)
Raison de consultation (catégories non mutuellement exclusives)	Atteinte système : Musculo-squelettique Neurologique Téguments Cardio-respiratoire Multi-systémique	 (70,1) (15,1) (0,5) (0,4) (15,8)

La majorité des personnes ayant consulté à la CUP était de sexe féminin, provenait de la région de la Capitale-Nationale et, pour ceux qui avaient spécifié leur mode de transport, se rendait à la CUP en voiture.

Des personnes de tous les âges ont reçu des services, de quelques mois à 87 ans. La clientèle la plus représentée étant les adultes âgés de 46 à 55 ans. La plus grande proportion de la clientèle (70,1%) avait un trouble d'ordre musculosquelettique. Le profil de la clientèle différait qualitativement du profil des régions Québec et Chaudière-Appalaches (Institut de la statistique du Québec, 2017), qui sont les régions où résident les clients de la CUP, comme démontré au Tableau 8. Il y a plus de femmes dans la clientèle de la clinique que dans le rapport démographique de ces deux régions. Il y a également plus de personnes de 19 ans et moins à la CUP, et moins de personnes entre 20 et 64 ans.

Tableau 8. Données démographiques des région 03, 12 et de la clientèle de la CUP

Indicateurs	Région 03 (Québec)	Région 12 (Chaudières-Appalaches)	Clientèle CUP
Sexe			
Femmes	50,6%	49,6%	60,2%
Hommes	49,4%	50,4%	39,8%
Âge*			
0-19 ans	18,7%	20,8%	24,8%
20-64 ans	61,3%	59%	57,1%
65 et plus	20%	20,1%	18%

*Les catégories d'âge diffèrent pour la CUP : 0 à 20 ans, 21 à 65 ans et 66 ans et plus.

VALEUR : APPROCHE CENTRÉE SUR LE CLIENT

Cette valeur réfère à valoriser la contribution et la participation de la personne, de ses proches et de la communauté. Elle a été évaluée en sondant les clients sur leur sentiment de prise en compte de leurs besoins lors des services reçus à la CUP. Des clients sondés, 95,1% des répondants ont estimé qu'ils étaient traités avec respect et impliqués dans les soins.

VALEUR : INTÉGRITÉ

Le nombre de plaintes est l'indicateur ciblé en lien avec la valeur de l'intégrité, qui est définie par la CUP comme étant le fait d'«agir de façon professionnelle, honnête, rigoureuse et transparente» (CUP, 2014). La présence de plaintes pourrait être une manifestation de comportements ne traduisant pas le professionnalisme attendu. Depuis l'ouverture de la CUP, soit le 5 avril 2016, et jusqu'à la fin de la collecte de données, le 30 novembre 2016, aucune plainte formelle n'a été effectuée par un usager. Certaines insatisfactions ont été transmises informellement au personnel et aux stagiaires en cours de suivi. Toutefois, il faut noter qu'aucun mécanisme officiel n'a été publicisé aux clients ou encore au personnel et aux stagiaires afin que ces derniers orientent la clientèle qui souhaiterait faire une plainte officielle. Également, certains participants au questionnaire téléphonique ont mentionné des insatisfactions aux personnes qui ont effectué les entrevues.

VALEUR : COLLABORATION

Dans le plan d'évaluation, l'indicateur identifié pour évaluer cette valeur est le nombre de réunions effectuées par le personnel de la clinique.

Tableau 9. Nombre de réunions de la CUP

Période de l'année 2016	Nombre de réunions	Durée moyenne (heures)	Étendue de la durée (heures)
Mars	6	5,3	5 - 6
Avril à octobre	11	2,2	1,5 - 3
Total	17	3,3	1,5 - 6

La durée des réunions a considérablement diminué suite à l'ouverture de la clinique, considérant que les aspects logistiques et organisationnels étaient mieux définis. Également, le personnel de la CUP a mentionné lors du groupe de discussion que la plupart des réunions, particulièrement au cours des premiers mois d'activités, se sont tenues en dehors des heures d'activités car les horaires à temps partiel de chacun ne permettaient pas de tenir des rencontres à des moments où tous étaient disponibles.

VALEUR : INNOVATION

L'innovation s'est traduite dans l'actualisation des activités de la CUP par l'utilisation de deux nouvelles approches en supervision. Dans les banques de données de la clinique et de la coordination des stages, l'approche de supervision principalement utilisée était celle de l'apprentissage par les pairs. Selon celle-ci, chaque étudiant est jumelé à un collègue de même niveau académique et la paire de stagiaires prépare et effectue les interventions à un même client. Ils partagent la rédaction du dossier lié aux services cliniques rendus. Les superviseurs offrent l'encadrement de façon directe (en observant les stagiaires en action) ou de façon indirecte (en discutant et supportant les stagiaires suite à leurs interventions). Cette approche de supervision par les pairs n'a pas été mise en place fréquemment. Elle a pourtant été relevée comme étant très pertinente tant par les superviseurs que par les stagiaires. Ces derniers ont apprécié pouvoir se valider entre eux tout au long du processus d'intervention, de la préparation à la rédaction. Lors des groupes de discussion, la plupart des stagiaires ont mentionné que cette approche a facilité la tenue du stage dans ce milieu exigeant, en raison de l'importante l'autonomie professionnelle à acquérir. Un participant a même mentionné qu' *« une chance que c'était pairé, (rires) parce qu'en P1 je n'aurais pas été capable, je ne me serais pas senti prêt à faire tout ça de A à Z tout seul! »* (participant 4 du groupe 2) Ce type de supervision facilite également le

développement des compétences cliniques selon les stagiaires : « *on pouvait […] justement se compléter dans nos interventions puis on pouvait se donner des idées »* (participant 6 du groupe 2); *« on pouvait comme se [donner des défis] sur ce qu'on pensait que c'était. C'était vraiment [agréable] pour ça »* (participant 4 du groupe 3). Toutefois, les stagiaires ont mentionné que, malgré le fait qu'ils appréciaient la grande autonomie de l'apprentissage entre pairs, ils auraient souhaité avoir plus souvent de supervision directe et plus de validation sur la qualité de leurs technique de la part des superviseurs. Aussi, certains étudiants remarquaient que « *plus le temps allait, moins [ils] avai[en]t de feedback* » (participant 6 du groupe 2). Les superviseurs estimaient qu'il était intéressant de développer cette approche de supervision. Puisque cette approche est novatrice, elle a aussi entrainé des défis pour les superviseurs de la clinique. Par exemple, définir le « *ratio ça n'a pas été facile non plus étant donné que c'est un contexte d'apprentissage entre pairs, il n'y a pas de données probantes sur quel est le meilleur ratio superviseurs/étudiants* ». (participant 4 du groupe du personnel).

Une deuxième approche de supervision a été appliquée à l'automne 2016, soit la supervision hiérarchique, c'est-à-dire la supervision d'étudiants juniors par des étudiants séniors. Ainsi, des étudiants de 1re année, lors de demi-journées d'observation à la CUP, étaient supervisés par des étudiants de 3e année qui effectuaient un stage de 12 jours à temps partiel. Les étudiants de 3e année ont souligné lors d'un groupe de discussion ne pas avoir aimé cette approche de supervision. Ils estimaient qu'ils manquaient d'expérience et d'assurance pour démontrer des interventions aux étudiants de 1re année: « *tu ne sais […] pas totalement ce que tu fais parce que tu es en P1, mais en plus, il y a quelqu'un qui te regarde le faire, et ça ajoutait une tâche d'avoir à répondre à leurs questions là parce que ce n'est pas vraiment dans nos tâches de P1 d'enseigner* » (participant 4 du groupe 2). Les étudiants de 3ème année rencontrés estimaient que leurs collègues de 1ère année n'ont pas eu un stage d'une qualité uniforme, où ils auraient pu observer des physiothérapeutes d'expérience en action : « *Pour eux, je trouve ça un peu dommage parce qu'ils n'apprennent pas autant qu'ils pourraient s'ils étaient dans un autre milieu.* » (participant 2 du groupe 3). Les superviseurs n'ont pas abordé ce type de supervision.

Par ailleurs, les superviseurs estimaient que la CUP pourrait être un milieu où plus d'approches novatrices en supervision pourraient être expérimentées. Ils se disaient prêts et enthousiastes à mettre en place des approches à la CUP sous forme de « laboratoire de la supervision » et transmettre aux superviseurs des autres milieux de stage les pratiques facilitant la mise en place de ces approches, comme en fait foi le commentaire de ce participant :

> « *le projet pilote va être un terreau fertile pour l'innovation, justement avoir différents projets. On n'a pas eu le temps de se mettre le nez là-dedans beaucoup, j'ai trouvé l'organisation difficile jusqu'à présent, mais c'est vraiment des grandes ambitions qu'on essaie de nourrir et d'entretenir dans les prochaines années, et justement quand ça va être plus …parce que là, c'est vraiment, on a pris un modèle de supervision, on est campé dedans et la clinique autour, mais il va falloir innover, essayer d'autre chose, essayer de voir d'autres types/d'autres façon de superviser.* » (participant 5 du groupe du personnel)

7.2.4 Climat organisationnel

Une autre dimension de la fonction du maintien des valeurs concerne le climat organisationnel, qui comprend le climat social de l'organisation (Glick, 1988, dans Champagne et coll., 2005). Dans l'ensemble, lors des discussions tenues dans les groupes de discussion, les stagiaires estimaient que l'ambiance de travail était positive et propice aux apprentissages:

> « *j'aime l'ambiance à la clinique universitaire, justement le fait d'être six étudiants avec les superviseurs […]. Quand tu fais ton stage, […] tu es dedans, tu ne penses pas à autre chose et tu es bien*. » (participant 2 du groupe 3)

De leur côté, les membres du personnel de la clinique se sont dits très satisfaits du climat organisationnel de la clinique. Ils sentaient avoir une grande autonomie pour l'amélioration des processus dont ils faisaient l'expérience. Le climat de collaboration et de camaraderie a aussi été rapporté par les participants. Un participant a mentionné que « *tout le monde dans l'équipe a la volonté que ça fonctionne puis les gens sont très collaborateurs, ils sont flexibles. Je pense que c'est […] un beau partenariat qui se crée puis […] c'est vraiment bien. On travaille ensemble puis on essaye de trouver des solutions ensemble puis que ça fonctionne.* » (participant 4 du groupe du personnel) Un autre participant a mentionné que c'est « *une belle équipe, […] dynamique, [tant] au secrétariat général, la Direction, [coordonnateur d'opération], l'informatique, [tous] nous aident beaucoup. […] on sent que ça pousse du bon bord!* » (participant 2 du groupe du personnel)

7.3 Est-ce que la CUP atteint ses cibles en termes de production de services ?

Dans la présente évaluation, les dimensions de la production ont été explorées par l'analyse de données administratives (indicateurs), les questionnaires téléphoniques ainsi que les entrevues individuelles.

7.3.1 Volume de soins et de services et productivité

Au total, 219 clients ont été référés à la CUP du 24 mars au 30 novembre 2016. Une certaine proportion de patients référés (17,8%) n'avait pas débuté les traitements et était en attente de services au 30 novembre

2016. Quarante-sept autres dossiers (21,5% des références totales) n'ont pas été traités en raison du refus de services des usagers. Près de 13 % des personnes ayant refusé les services ont mentionné avoir eu une prise en charge ailleurs (au privé ou dans le réseau public), 17,0% ont estimé ne plus avoir un besoin de traitement lors du contact initial et 23,4% n'ont pas été rejoints. Finalement, 46,8% ont refusé d'obtenir des services à la CUP sans préciser la raison ou n'ont pas donné suite aux démarches entamées par la CUP (par exemple : ne sont pas venus au premier rendez-vous ou n'ont pas recontacté le personnel de la CUP suite à un premier contact).

Tableau 10. Clients admissibles à la CUP au 30 novembre 2016

Référents	Références n (% du total de références de tous les milieux)	Refus n (% du milieu référent)	Prise en charge n (% des références du milieu référent)	En attente n (% des références du milieu référent)
CIUSSSCN-IRDPQ	31 (14,2)	5 (16,1)	22 (71,0)	4 (12,9)
CHU-Clinique de la douleur	4 (1,8)	0 (0)	3 (75,0)	1 (25,0)
CISSSCA-HDL	39 (17,8)	7 (17,9)	31 (79,5)	1 (2,6)
IUSMQ	2 (0,9)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0)
UMF-Haute-Ville	45 (20,5)	8 (17,8)	24 (53,3)	13 (28,9)
UMF-Laurier	17 (7,8)	3 (17,6)	14 (82,4)	0 (0)
UMF-Laval	26 (11,9)	3 (11,5)	15 (57,7)	8 (30,8)
UMF-Lévis	10 (4,7)	5 (50,0)	3 (30,0)	2 (20,0)
UMF-Maizerets	14 (6,4)	5 (35,7)	7 (50,0)	2 (14,3)
UMF-SFA	31 (14,2)	10 (32,3)	13 (41,9)	8 (25,8)
Total	219	47 (21,5)	133 (60,7)	39 (17,8)

Cinq des dix milieux référents ont fait 78,6% des références reçues à la clinique. La clinique a été en mesure de prendre en charge plus de 70% des clients référés d'un milieu pour seulement quatre de ces derniers. La productivité a varié pendant la période évaluée, selon le mois, le nombre et le niveau des stages, ainsi que les heures d'ouverture.

Tableau 11. Productivité clinique et formation clinique, par mois

	mars	avril	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	Total	Moy.
# références	36	42	47	13	18	16	22	8	18	**219**	**27,5**
# prises en charge		48	21	18	6	10	8	15	7	**133**	**16,6**
# rendez-vous		166	269	269	186	188	45	91	63	**1277**	**159,6**
# clients		48	67	71	56	55	29	39	32	**397**	**49,6**
# heures de services		99	153	160	140	161	42	56	47	**858**	**107,3**
# stage*		8	14	13	11	7	10	9	9	**81**	**10,1**
# heures de supervision		173	208,5	204	186	172,5	70	112	94	**1220**	**152,5**
# rendez-vous moy/ét.		20,8	19,2	20,7	18,6	26,9	5	15,2	10,5	**136,9**	**17,1**

*Ce nombre comprend le nombre d'étudiants qui ont fréquenté la CUP au courant du mois. Un même étudiant peut donc être comptabilisé dans plus d'un mois.

: nombre; Réf : références; PEC : prise en charge;; moy : moyenne; ét : étudiant.

En date du 30 novembre 2016, après 118,5 jours de fonctionnement, la clinique a été ouverte 853 heures et 1277 visites ont eu lieu. Le nombre de visites par client était en moyenne de neuf (9). Quelques clients (n=11, 8,3%) ont été vus une seule fois et le nombre maximal de séances a été de 47 (n=1, 0,7%) (figure 2).

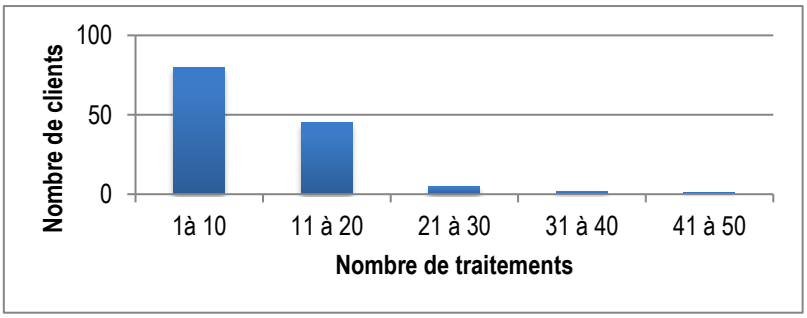


Figure 2. Nombre de traitements par clients

En ce qui a trait à la productivité des étudiants stagiaires, en moyenne, les stagiaires effectuaient 17 traitements chacun (entre 9 et 70) pendant leur stage et 1,5 rendez-vous par heure étaient en moyenne effectués à la clinique. Le coût par heure de services déboursé par la Faculté de Médecine était de 66,17$ selon le coordonnateur à l'administration du Département de réadaptation. Ceci inclut la masse salariale

assumée par la Faculté de Médecine et les équipements, mais pas les frais d'immobilisation (loyer, entretien, énergie). Quarante-cinq étudiants avaient effectué un stage à la CUP au 30 novembre 2016 et un étudiant en a effectué deux, pour un total de 833 jours de stage.

7.3.2 Coordination des services

Le Tableau 12 présente le délai avant la prise en charge pour les patients de chaque milieu référent.

Tableau 12. Délai avant la prise en charge des patients par milieu de référence (jours)

Référents (n : nombre de PEC)	Délai de prise en charge minimal	Délai de prise en charge maximal (jours)	Délai de prise en charge moyen (écart interquartile)
CIUSSSCN-IRDPQ (n=22)	6	157	49 (48)
CHU-Clinique de la douleur (n=4)	46	100	69,3 (35)
CISSSCA-HDL (n=31)	4	160	28,6 (19)
IUSMQ (n=1)	15	-	15 (0)
UMF-Haute-Ville (n=24)	3	78	25,3 (31)
UMF-Laurier (n=14)	8	136	42,6 (84)
UMF-Laval (n=15)	3	121	29,1 (26)
UMF-Lévis (n=3)	5	129	70,7 (51)
UMF-Maizerets (n=7)	5	55	24,1 (12)
UMF-SFA (n=13)	3	80	14,5 (5)
Moyenne	9,8	112,9	36,8

Les délais avant la prise en charge de patients ont varié de 3 jours (UMF-Laval et UMF-SFA) et 160 jours (CISSSCA-HDL). Seulement deux références (0.9%) n'étaient pas admissibles et ont dû être refusées. La figure 4 présente le délai avant la prise en charge en mois pour les patients de tous les milieux de référence.

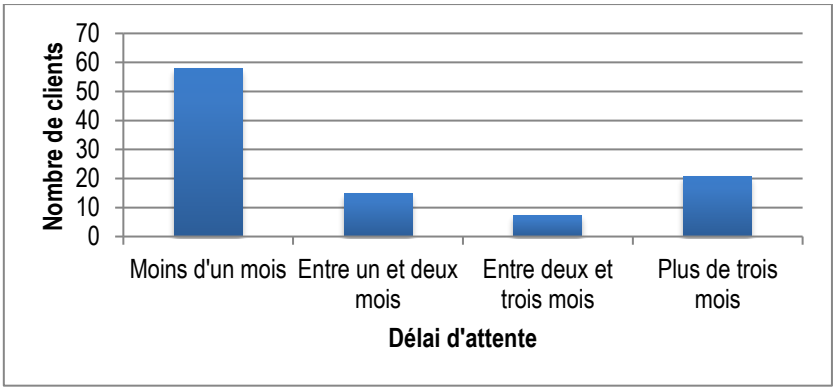


Figure 3. Délai avant la prise en charge pour les patients référés par tous les milieux

Des clients pris en charge, 7,4% l'ont été dans un délai inférieur à une semaine. Toutefois, la même proportion des clients pris en charge, soit 7,4%, a attendu plus de six mois. Les critères de priorisation ne sont pas clairement définis et l'ordre de prise en charge était déterminé par la coordonnatrice.

Lors des entrevues avec des représentants des milieux référents, le délai de prise en charge était le principal avantage perçu pour faire une référence à la clinique. Une attente qui égale ou dépasse celle de leur propre milieu ne les inciterait plus à référer, tel que le souligne ce participant : « *quand j'ai compris que le délai dépassait le nôtre, [l'avantage de] vendre à l'usager, d'accepter d'aller à [l'université], le transport, [de] payer le stationnement […] il y avait moins d'arguments gagnants* » (participant 1, entrevue individuelle). Le personnel administratif de la clinique a mentionné lors du groupe de discussion que le délai entre la référence et le premier rendez-vous était parfois augmenté par la difficulté de rejoindre le client. Puisque dans la banque de données, l'information colligée était la date du premier rendez-vous et non la date du premier contact, il n'a pas été possible de tenir compte du moment où le client était contacté la première fois.

7.3.3 La qualité des services

La qualité des services a été examinée sous l'angle de leur disponibilité, de leur caractère approprié, de leur acceptabilité, de leur accessibilité financière et de leur facilité d'atteinte. Cette dimension a été explorée auprès des usagers par un questionnaire téléphonique. La perception des stagiaires et des membres du personnel a également été abordée lors des groupes de discussion. Les référents se sont aussi prononcés sur certaines dimensions de l'accessibilité lors des entrevues individuelles.

7.3.3.1 Disponibilité

Les aspects de la disponibilité qui ont été questionnés sont l'accès physique au pavillon et aux locaux de la clinique, l'accès en voiture ou transport en commun, les heures d'ouverture ainsi que la qualité de la communication avec le personnel et les étudiants. Des clients sondés, 80% étaient Très satisfaits de la disponibilité de la clinique, alors que près de 15% se disaient Satisfaits. Sept répondants ont toutefois rapporté que les indications pour la clinique étaient difficiles à trouver et qu'il leur a été difficile de la localiser la première fois. Une personne a mentionné que l'utilisation des escaliers a été difficile.

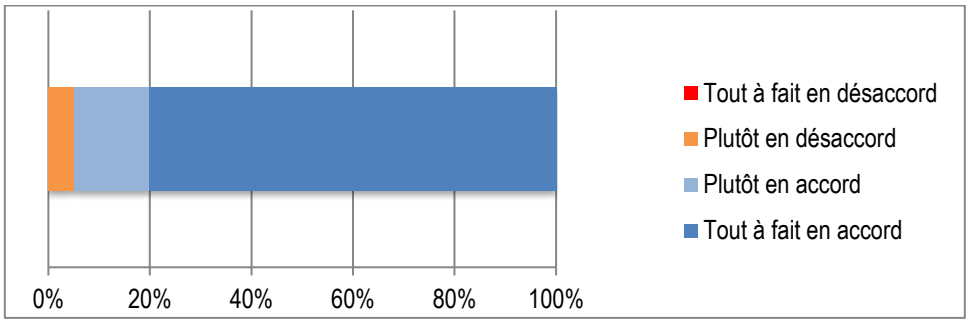


Figure 4. Résultats des questionnaires aux usagers-Disponibilité

Perception des stagiaires. Le point de vue des étudiants sur cet aspect était partagé. Certains étudiants (cinq commentaires) ont rapporté qu'ils estimaient que l'accès à la clinique dans le pavillon était difficile et qu'ils devaient souvent orienter les clients lors des rendez-vous : *« Mais moi ce que je trouvais qu'il manquait un peu c'est de la visibilité : […] il n'y avait aucune visibilité que la clinique était là. Il y avait du monde qui se promenait dans le Vandry »* (participant 1 du groupe 2); « *Il y a un monsieur qui est retourné chez lui parce qu'il n'a jamais trouvé la clinique. »* (participant 4 du groupe 2) Ils mentionnaient que le fait qu'il y ait une indication à une seule porte alors que le pavillon en comporte plusieurs. Toutefois, trois commentaires ont été faits à l'effet que la clinique était accessible facilement et les modalités d'accessibilité universelle présentes dans le pavillon facilitaient le déplacement de la clientèle dans l'environnement extérieur aux locaux de la clinique.

L'horaire a parfois été une limitation dans la prestation de services selon les étudiants qui ont effectué leur stage lorsque la clinique était ouverte à temps partiel. Tous ont rapporté que parfois la fréquence souhaitée de suivi ne pouvait être respectée en raison de la faible disponibilité de plage horaire : « *comme [c'est] limité dans la plage horaire en tant que tel pour le suivi des patients qu'il faudrait peut-être voir deux fois semaines, normalement, mais là on les voit une fois. Ce n'est pas optimal*» (participant 1 du groupe 3).

Perception du personnel. Le personnel a aussi observé des lacunes en lien avec l'accessibilité physique :

> « *je pense que dans le contexte où on reçoit souvent des personnes avec mobilité réduite, la clinique n'est pas super accessible, […] on est dans un coin de la faculté où il n'y a pas nécessairement de rampe d'accès ici alors les patients doivent faire le tour du pavillon, trouver des ascenseurs, ce qui n'est pas toujours évident pour ce genre de clientèle-là.* » (participant 5 du groupe du personnel)

Ils ont observé que plusieurs personnes se sont perdues lors du premier rendez-vous. Certains avaient eu de la difficulté à trouver le pavillon, d'autres à trouver la clinique dans le pavillon ou d'autres encore à trouver la porte accessible selon leur condition physique. Également, les heures d'activité des agentes administratives ont rendu difficiles les contacts avec les clients puisqu'elles ne sont disponibles que de jour.

7.3.3.2 Appropriés

Dans cette dimension, on retrouve les aspects liés à la qualité des locaux et des équipements, l'emplacement dans une faculté universitaire, les informations transmises par les étudiants et les superviseurs sur les traitements, le temps pris pour prodiguer les traitements, le fait de changer d'intervenant et la compétence du personnel. Selon 85% les répondants, les services reçus étaient très appropriés, alors que 8,8% des répondants les ont trouvés appropriés. Un seul des aspects sondés a suscité plusieurs commentaires, la plupart négatifs : les répondants trouvaient difficile de changer d'intervenants, selon les stages débutant ou se terminant pendant leur période de traitement. Certains ont également perçu une différence de compétence entre les étudiants.

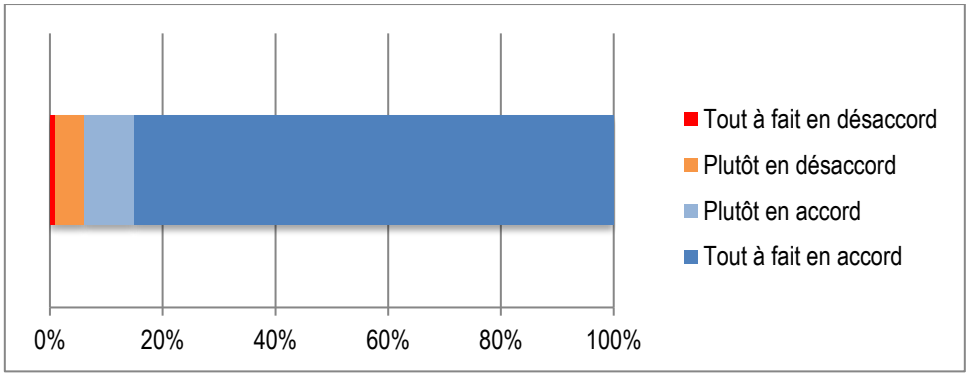


Figure 5. Résultats des questionnaires aux usagers-Services appropriés

Perception des stagiaires. Les stagiaires rencontrés avaient tous grandement apprécié la qualité des locaux et des équipements. Ils ont rapporté que la clinique est le milieu de stage le mieux équipé de la région. Ils ont également apprécié avoir de l'espace pour effectuer les interventions prévues. Concernant le changement d'intervenant en cours de suivi, les stagiaires rencontrés ont rapporté un malaise. Les étudiants qui ont vécu le fait de reprendre le suivi de clients débutés par un étudiant plus avancé dans son cursus de formation pratique estiment que les clients n'avaient peut-être pas eu un service adéquat suite au changement. Ce sentiment

était augmenté par le fait que les étudiants de niveau baccalauréat ne pouvaient appliquer des techniques apprises à la maîtrise. Avec certains clients, les étudiants «*se faisaient beaucoup remettre en question par rapport à ne pas faire juste ce qui était appliqué, refaire le plan de traitement, donc c'était assez […] déstabilisant.* » (participant 6 du groupe 2)

Certains étudiants ont perçu que la quantité moindre de supervision directe par rapport à leur autre expérience de stage pouvait limiter la qualité des interventions effectuées. En effet, les deux groupes d'étudiants de 3ème année ont rapporté que parfois, « *même pour le patient, si on est dans le dossier et on ne fait pas la bonne affaire, et bien, on n'analyse pas bien notre donnée, […] ça devient de la répétition.* » (participant 3 du groupe 3). Ils avaient la crainte de « *ne [pas] traite[r] nécessairement la bonne chose; on sent une raideur à tel niveau, finalement [il n'y] en avait pas vraiment, ce qui peut arriver [à notre niveau de formation].* » (participant 4 du groupe 3)

Perception des membres du personnel. Les membres du personnel sont également grandement satisfaits de la qualité des locaux et des équipements. Pour la qualité des services offerts, les superviseurs ont remarqué que les clients développent plus facilement de lien de confiance avec le stagiaire puisque les stagiaires étant en charge du dossier dès le début des interventions. Ce lien de confiance facilite la communication et l'adhésion aux traitements. Cela entraine une meilleure intégration de leur rôle de superviseur, ainsi que la possibilité d'offrir le meilleur service au client, selon les capacités du stagiaire :

> « *La clinique fait en sorte que ça laisse toute la place aux étudiants puis nous [les superviseurs], on peut plus facilement utiliser des modes de supervision qui sont bons, qui sont adéquats […] on a plus de flexibilité puis on peut s'adapter aussi aux capacités de nos étudiants et ce dans quoi ils se sentent plus à l'aise.* » (participant 6 du groupe du personnel)

7.3.3.3 Acceptabilité

Pour ce volet, l'acceptabilité de recevoir des services par des étudiants puis le respect traduit par les intervenants étaient sondés. Les répondants ont estimé que les interventions à la clinique étaient très acceptables à 93,9% et acceptables à 3,7%. Le fait d'être traité par des étudiants n'a pas du tout été un enjeu négatif pour les répondants puisque 100% de ces derniers ont répondu qu'il était tout à fait acceptable de recevoir des services par des étudiants.

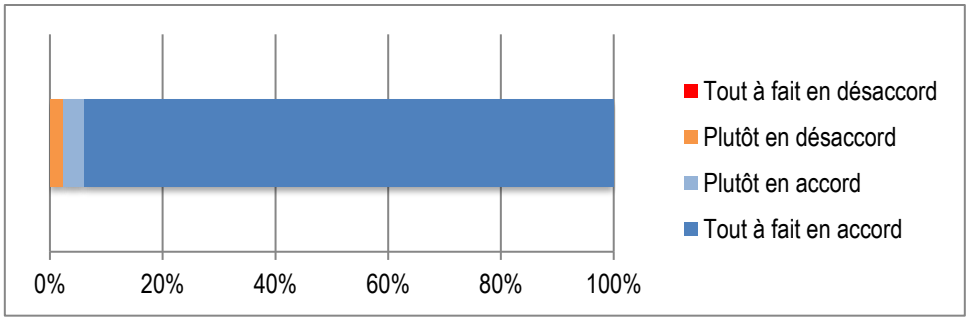


Figure 6. Résultats des questionnaires aux usagers-Acceptabilité

Perception des stagiaires Les stagiaires disaient avoir senti que les clients étaient très ouverts à être traités par des étudiants. Un participant a également mentionné que « *ça n'avait pas l'air à les déranger [le fait] qu[e nous soyons] des étudiants et qu'on apprenait, ils étaient vraiment très ouverts.* » (participant 1 du groupe 1). Les membres du personnel n'ont pas rapporté de propos sur cette dimension.

Perception des référents. Les référents, de leur côté, avaient à présenter les services de la clinique à leurs clients et obtenir leur accord pour effectuer la référence. Un des motifs qui motivaient le refus des clients pour être référés à la clinique étaient la réticence à se faire traiter par des étudiants. Tous les référents ont ainsi rapporté des refus pour cette raison. Certains clients avaient clairement mentionné qu'ils ne se sentaient pas confiance de se faire traiter par des étudiants ou que leur condition nécessitait un traitement par des personnes d'expérience. Un seul référent a été en mesure de préciser le nombre de refus pour cette raison (3) sur une quarantaine de références faites. Un autre référent mentionnait que ce n'était pas la principale raison du refus (emplacement, grande distance, attente d'être suivi par un intervenant spécifiquement). Des référents issus d'un même milieu ont mentionné que les critères de leur propre programme étaient la principale raison du refus (un client qui était référé à la CUP ne pouvait obtenir des services ultérieurement au milieu d'origine). Un référent a finalement mentionné pour sa part que certains clients étaient « *contents de se sentir utiles aussi, que ça serve à quelqu'un.* » (participant 2, entrevue individuelle)

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

7.3.3.4 Accessibilité financière

La dimension de l'accessibilité financière a eu le taux d'accord le plus faible de toutes les dimensions sondées. Seulement 46,4% des répondants estimaient que la clinique était tout à fait accessible financièrement, et 20,3% estimait qu'elle était plutôt accessible. Ce même pourcentage (20,3%) a été obtenu pour les répondants qui étaient plutôt en désaccord avec cette affirmation, alors que 13% estimaient que la clinique n'était pas du tout accessible financièrement. Plusieurs commentaires étaient en lien avec le coût élevé du stationnement. Deux répondants ont pour leur part mentionné que la gratuité de la clinique était un aspect positif, car ils n'auraient pas eu les moyens de défrayer les coûts des services d'un physiothérapeute au privé.

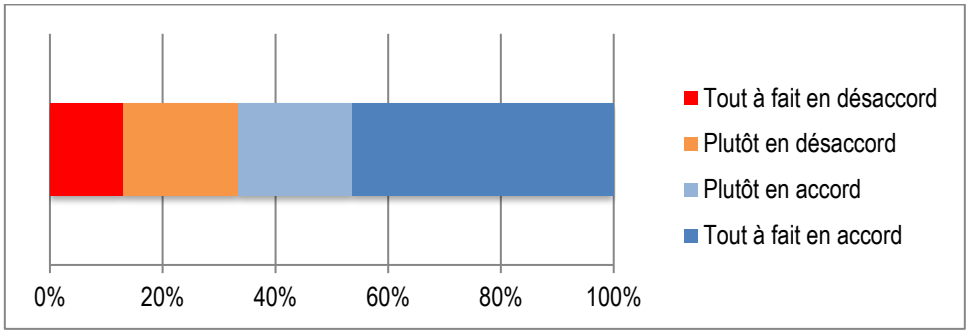


Figure 7. Résultats aux questionnaires aux usagers-Acceptabilité financière

Perception des stagiaires. Les stagiaires ont tous mentionné qu'ils ont recueilli des commentaires sur le coût du stationnement, qui était une barrière pour plusieurs usagers. Plusieurs commentaires traitant de cette dimension (n : 4) traduisaient leur incompréhension face aux réticences des clients à payer le stationnement : *« tu paies 1 ou 2 piasses ton parcomètre, mais tu ne paies pas ton traitement qu'habituellement en clinique privée tu paies 60$ […]. »* (participant 3 du groupe 3) Toutefois, du point de vue des étudiants, le fait que les services étaient gratuits représentait un grand avantage pour favoriser l'accès aux services de physiothérapie.

Perception des membres du personnel. Un des membres du personnel a pour sa part mentionné que certains clients ont cessé le suivi en raison du coût du stationnement.

Perception des référents. Les référents rencontrés ont de leur côté mentionné que la gratuité des services de la clinique était un des deux arguments qui favorisaient l'acceptation des clients à y être référés. Un participant a mentionné qu'il n'y « *aurait pas autant [d'acceptation] s'il y aurait des coûts [à la clinique universitaire].* » (participant 3, entrevue individuelle).

7.3.3.5 Facilité d'atteinte de la clinique

La facilité d'atteindre les services de la clinique est la dernière dimension sondée. Une seule question était demandée aux répondants et 75,6% ont répondu qu'ils avaient été informés des modalités spécifiques de la clinique lors de la référence et 4,9% étaient plutôt d'accord avec l'affirmation. Toutefois, 4,9% était plutôt en désaccord et 14,6% était tout à fait en désaccord. Une personne a mentionné qu'elle avait été référée sans en être informée et une autre a mentionné qu'elle n'en avait pas été informée du tout.

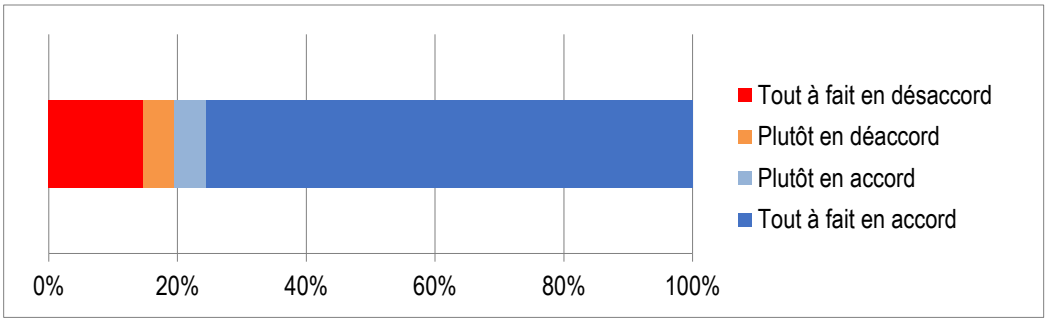


Figure 8. Résultats aux questionnaires aux usagers-Facilité d'atteinte des services

Perception des stagiaires. Un participant a mentionné que puisque les références sont transmises de quelques milieux référents seulement, « *c'est vraiment certaines personnes qui sont ciblées qui peuvent être référées là* » (participant 3 du groupe 2), donc la facilité d'atteinte de la clinique est limitée. Par contre, malgré ce fait, la CUP avait des clients en attente, ce qui a fait dire à un autre étudiant que cette façon de fonctionner était pertinente, puisque la clinique réussit à répondre à la demande avec les référents actuels.

Perception du personnel. Les membres du personnel rapportaient les mêmes observations que les étudiants en lien avec le nombre limité de milieux habilités à référer. Toutefois, ils estimaient que le fait de prioriser des personnes en attente dans les établissements, qui seraient susceptibles de vivre des délais d'attente importants, facilite l'obtention de services de physiothérapie dans la région.

Perception des référents. Le fait que les services offerts à la clinique permettent de diminuer le délai de prise en charge pour les clients qui demeurent dans leurs listes d'attente est un grand avantage pour la plupart des référents rencontrés. Les clients suivis à la clinique étant retirés la plupart du temps de leur liste de clientèle, leurs propres intervenants peuvent prendre en charge des nouveaux clients. D'un point de vue administratif également, le fait de diminuer le nombre de cas non urgent de leurs indicateurs pouvait représenter un avantage notable pour leur propre évaluation de la performance clinique. Un participant a toutefois mentionné que la CUP permettait plutôt d'être complémentaire à leur offre de services. Ainsi, les références étaient faites

à la CUP pour des services qui n'étaient pas fournis dans leur programme. Les références transmises à la CUP n'ont donc eu aucune incidence sur les clients en attente dans ces établissements.

Les résultats détaillés des réponses aux questionnaires téléphoniques se trouvent en Annexe 8.

7.4 Est-ce que la CUP atteint ses buts/objectifs spécifiques ?

La capacité de la CUP d'atteindre les buts fixés a été évaluée auprès des usagers (questionnaire téléphonique), des stagiaires (groupe de discussion) et à partir des données administratives sur la réussite des stages (indicateurs).

7.4.1 Satisfaction de la clientèle

Les clients ayant reçu des services à la clinique lors de trois périodes différentes ont été sondés. Le profil de la clientèle est présenté au Tableau 7 dans la section 7.2.3. La satisfaction globale des clients était très élevée : près de 83% se sont dit très satisfaits des services reçus et plus de 12% satisfaits, ce qui place le taux de satisfaction globale à 93,1%. Sur les 29 commentaires spontanés reçus, dix concernaient la grande compétence des étudiants et la qualité des services reçus, une agréable surprise selon les répondants. Un participant a mentionné que, sans ces services, il n'aurait pu assumer financièrement des traitements en physiothérapie. D'autres commentaires démontrent que les clients ont moins apprécié l'horaire limité et la faible fréquence des traitements.

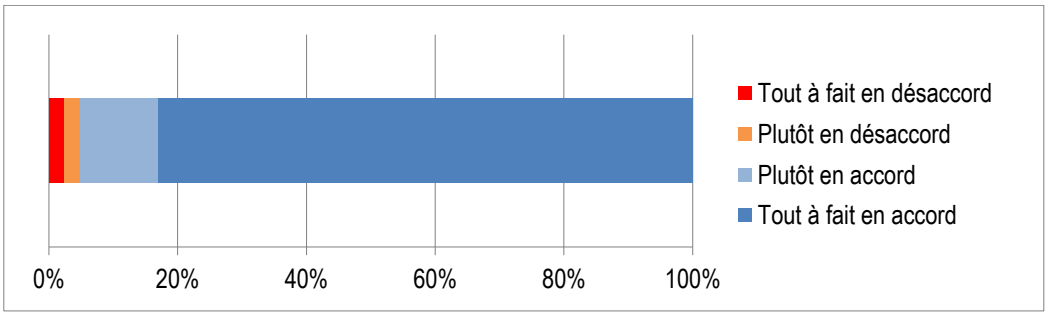


Figure 9. Satisfaction de la clientèle sondée par questionnaire téléphonique

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

7.4.1.1 Satisfaction des étudiants

Lors des groupes de discussion, les étudiants ont tous rapporté avoir apprécié leur expérience. L'autonomie qu'ils devaient acquérir dès le début du stage et le fait qu'ils prenaient en charge beaucoup de clients étaient vraiment des aspects appréciés, particulièrement lorsque le stage était terminé : «*c'est sûr qu'au final j'ai aimé avoir une surcharge de travail, […] d'avoir fait ce que j'ai fait, mais durant le stage, c'est autre chose.* » (participant 4 du groupe 3)

7.4.1.2 Satisfaction des membres du personnel

Dans l'ensemble, le personnel est grandement satisfait de leur expérience de travail à la CUP, malgré le fait que le travail à la clinique a nécessité une grande capacité d'adaptation. Les superviseurs appréciaient aussi le fait d'avoir « *moins de contraintes du milieu* » (participant 6 du groupe du personnel) et de ne pas sentir de pression de prise en charge d'autres milieux cliniques, la priorité étant orientée vers la formation clinique :

> « *dans le fond ça se veut un beau milieu de stage, un milieu de stage de qualité pour les étudiants, et non pas un milieu de performance en termes de quantité des patients. Il faut quand même en voir une certaine quantité, mais la priorité c'est vraiment sur la qualité [des stages] qu'on va offrir*. » (participant 4 du groupe du personnel)

7.4.1.3 Satisfaction des référents

Les référents étaient dans l'ensemble satisfaits de l'offre de services de la CUP et estimaient qu'elle complétait leur propre offre de services. Toutefois, la communication était parfois jugée plus difficile au début de la mise en place: « *c'était tout à fait adéquat et pertinent et tout ça. Donc un petit peu de rodage au début, mais de la manière que ça semble être parti par la suite, une fois le rodage fait, c'était correct.* » (participant 1, entrevue individuelle)

7.4.1.4 Satisfaction des usagers

La satisfaction de la clientèle traitée était très bonne, le taux de satisfaction étant au-dessus de 90%. Les clients ont évalué positivement le professionnalisme et la qualité des services donnés par les étudiants. Ces derniers ont également grandement apprécié leurs expériences de stage, malgré que les exigences aient été élevées.

7.5 Est-ce que la CUP parvient à s'adapter à court terme à son environnement et aux changements qui se produisent dans celui-ci ? Comment la CUP y parvient-elle ?

Les dimensions de l'adaptation ont été explorées auprès des usagers (questionnaire téléphonique), du personnel (groupe de discussion), des stagiaires (groupe de discussion) et à travers des données administratives (indicateurs).

7.5.1 Acquisition des ressources

Pendant les huit premiers mois d'activités de la clinique, trois superviseurs ont été recrutés, dont un qui assume la coordination des services de la CUP. Aucun départ de personnel n'a été observé pendant les huit premiers mois d'activités. Le nombre total d'heures de services a permis de rencontrer le nombre d'heures de supervision requis (supervision directe et indirecte).

Comme prévu, les membres du personnel étaient des employés du Département de réadaptation de l'Université Laval. Un superviseur physiothérapeute et le coordonnateur ont été engagés à temps partiel. Les tâches administratives étaient assumées par du personnel régulier du Département. Un autre superviseur physiothérapeute a été engagé par le Département de réadaptation en attendant l'intégration d'une ressource fournie par un des établissements partenaires. Cet ajout de ressource a été nécessaire afin d'assumer la supervision des stages prévus lors de l'ouverture de la clinique. La ressource fournie par le partenaire a finalement intégré l'équipe à la fin du mois d'août, soit cinq mois après l'ouverture de la clinique. Cette situation a créé une insécurité chez le personnel superviseur en place car des ajustements ont dû être faits au fur et à mesure : « *parce que ça a toujours été du renouvellement quasiment à la pièce… [superviseur] […] il le savait vendredi qu'il pouvait commencer lundi.* ». (participant 2 du groupe du personnel)

Personnel. Les ressources en supervision ont été planifiées de façon très serrée, selon tous les membres du personnel. La marge de manœuvre était absente selon eux pour s'adapter à certaines réalités, comme du temps pour la rédaction, pour des concertations entre superviseurs sur l'évaluation du stagiaire ou encore pour des rencontres administratives :

> *« Heureusement, personne n'a été malade. […] on n'a aucune marge de manœuvre. On a beaucoup d'étudiants à accueillir, mais qu'est-ce qui arrive si à moment donné… ou même un partenaire… [superviseur] nous est prêté, mais elle peut nous être enlevé à tout moment! […] Vraiment, on ne peut pas tout le temps être [aussi serré]… là c'est la première année, on planifie la deuxième et ça s'annonce compliqué aussi. »* (participant 2 du groupe du personnel)

Pendant la période de vacances, qui correspondait à une période où plusieurs stagiaires effectuaient leur stage à la CUP, des heures de supervision (35) ont dû être comblées par des membres du personnel du programme de physiothérapie. Cette période a été vécue difficilement par les superviseurs réguliers présents

à l'été 2016. Les trois s'entendaient unanimement sur le fait qu'ils n'ont pas l'impression d'avoir donné un service optimal et qu'ils ont dû faire preuve de créativité pour offrir de la supervision de stage adéquate : «*...on n'a pas pu donner le même type de supervision dans ces stages-là parce qu'on était restreints en termes de personnel…[…]. Il a fallu être peut-être plus distant un peu…* » (participant 6 du groupe du personnel). Ils ont également fait part de leur inquiétude face aux années suivantes :

> « *C'est parce que tout se découle de ça, parce qu'actuellement la planification des stages 2017 se fait avec les offres de stages, sans qu'on sache ce qu'on va avoir comme ressources pour l'été. […]Ce que je veux pas c'est qu'on s'ramasse avec l'obligation d'avoir autant de stagiaires. On peut prendre ce nombre-là, […] [les] physios quand ils sont en vacances, [il faut] qu'ils soient remplacés… [on] ne peut pas avoir huit étudiants avec un physiothérapeute, j'veux dire, c'est impossible!* » (participant 2 du groupe du personnel)

La capacité de prise en charge de la clientèle de la CUP a elle aussi été affectée par l'intégration tardive du superviseur fourni par le partenaire principal. En effet, les références reçues pour la clientèle pédiatrique ont été mises en attente dans les premières semaines d'activités de la CUP.

Stagiaires. Les étudiants rencontrés qui étaient en stage pendant cette période (mai et juillet) ont dit avoir vécu des situations où le manque de ressources a eu des impacts sur la prestation de services : « *donc des fois il y a même des matins qu'on se faisait dire qu'on ne prenait plus de nouveaux patients parce que il y avait [..] quatre rendez-vous en même temps, mais un seul superviseur, donc il y avait cette problématique là aussi.* » (participant 6 du groupe 2)

Un étudiant a mentionné que cette situation avait été difficile pour lui :

> « *je pense qu'on est peut-être tombé dans un mauvais groupe de beaucoup d'étudiants pour très peu de superviseurs. Il en manquait un, et il y avait deux enseignants qui venaient dépanner quelques heures par semaine, c'était très problématique.* » (participant 5 du groupe 2)

7.5.2 Adaptation aux besoins de la population

Pour cette dimension, l'adaptation de la CUP aux besoins des stagiaires, du programme de physiothérapie de l'université, du personnel ainsi que des référents a été évaluée.

Stagiaires. Les besoins des étudiants en matière d'apprentissage ont été en général bien rencontrés. Ces derniers ont mentionné qu'ils ont pu être en contact avec des clientèles diversifiées, avec lesquelles les physiothérapeutes interviennent moins dans d'autres contextes cliniques. Le commentaire suivant représente bien l'ensemble des commentaires reçus dans tous les groupes : « *On a vu [des cas de nature] musculo-squelettique, on a vu [des cas de] pédiatrie puis même en musculo-squelettique, on a vu vraiment des cas quand même importants avec beaucoup de conditions associées qu'on n'aurait sûrement pas vus [à notre*

niveau de formation] en clinique privée» (participant 4 du groupe 2). Certains participants ont aussi relevé le fait que la clientèle est différente de celle retrouvée en clinique privée en termes de statut socio-économique : « *c'est des gens qui n'ont pas d'argent […] c'est sûr que ça nous fait vraiment plus réfléchir.* » (participant 2 du groupe 2).

Toutefois, les stagiaires ont indiqué qu'ils auraient apprécié profiter davantage d'enseignement et de partage sur les expériences cliniques de leurs collègues stagiaires. Les étudiants de tous les groupes ont rapporté avoir été déçus de ne pas pouvoir avoir ces opportunités d'échanges et d'apprentissage. Des périodes de rencontres, où chacun aurait pu parler de leur cas et où les superviseurs auraient pu démontrer certaines techniques à tous auraient été très appréciées.

Le programme de physiothérapie. Au cours des huit premiers mois d'activités, la CUP a accueilli 12% des stages total du programme pour l'an 2016, offerts dans le cadre de sept types de stages différents.

Le personnel de la clinique. Les superviseurs ont pour leur part grandement apprécié leur rôle. Le personnel a pu prendre conscience que les besoins de supervision des étudiants diffèrent selon leur niveau de formation. Ainsi, un superviseur a mentionné que « *les différents stages ne se gèrent pas de la même façon […] des stages préparatoires 1 avec des étudiants débutants à 14 h semaine, l'horaire patient [ne peut pas se gérer] de la même façon que [pour] des Intégration de fin d'année à temps plein.* » (participant 5 du groupe du personnel). Des ajustements ont dû être faits sur le plan du ratio superviseur/supervisé et du nombre de clients en traitement simultanément selon le niveau de formation du stagiaire.

> « *Je pense que cette année, le défi a été de s'ajuster d'abord aux stades des étudiants dans le sens où un étudiant en intégration, on peut facilement le laisser aller, même que c'est mieux pour lui si on le supervise de loin alors que un P3 va nécessiter d'être un peu plus près, puis qu'un P1 bien il faut qu'on soit là vraiment tout le long de l'intervention, parce que, au final, sinon ça ne fonctionnera pas.* » (participant 6 du groupe du personnel)

Les superviseurs ont également pu adapter leur horaire afin de rencontrer les besoins de supervision. Par exemple, ils avaient, dans un premier temps, prévu du temps pour faire des rétroactions aux stagiaires en fin de journée. Mais au fil des semaines, ils ont établi qu'il était plus profitable d'avoir du temps en début de journée pour accompagner la préparation des étudiants. La souplesse dans le fonctionnement de la clinique leur a permis de faire ce type de changements dans l'horaire des rendez-vous.

D'autres adaptations étaient en cours au moment de l'évaluation, entre autres lors des changements de cohortes, tel que rapporté par ce superviseur :

> « *C'est encore quelque chose qu'on travaille, qu'on essaie de faciliter, qu'on essaie de standardiser un peu, de s'assurer que ça se fait bien. On a des belles solutions qui sont apportées à chaque stage tranquillement, mais je pense que c'est quelque chose qu'on travaille…* » (participant 6 du groupe du personnel)

Les référents. Le principal besoin des référents était une prise en charge plus rapide de leurs clientèles pour faciliter l'accès aux services. Les clients transférés à la CUP étaient souvent vus plus rapidement que dans leur propre milieu. Aussi, ceux qui se trouvaient sur leurs listes d'attente pouvaient être pris en charge plus rapidement en raison du retrait des clients référés à la CUP. Cet autre commentaire résume bien les propos des référents rencontrés : « *[c'est] L'aspect qui était très vendeur, l'aspect « économie de temps », […] D'avoir un rendez-vous dans les deux prochains mois versus ici, [qui] risque de prendre encore un six mois.* » (participant 4, entrevue individuelle). En contrepartie, lorsque des délais de prise en charge ont été observés à la CUP, les besoins des référents étaient moins bien rencontrés. Un milieu a d'ailleurs cessé de référer puisque les délais de prise en charge étaient plus longs à la CUP que dans son propre milieu. Tous les référents rencontrés auraient aussi souhaité avoir une idée du temps d'attente avant la prise en charge.

L'omission de la part de la CUP d'établir et de transmettre des critères de priorisation aux milieux référents est un aspect énoncé par ces derniers. Certains intervenants rencontrés avaient l'impression que des milieux étaient priorisés en raison d'ententes avec la Faculté, et croyaient donc que leur clientèle était « défavorisée », ce qui les a incités à faire moins de références. D'autres référents estimaient que favoriser les clients référés par un milieu liés par une entente avec la FMED serait légitime, mais auraient aimé tout de même avoir une information plus claire quant à la façon de fonctionner. Également, les critères de référence n'étaient pas clairs pour tous les milieux référents. Deux personnes rencontrées trouvaient que les critères étaient très clairs et que les cas étaient facilement identifiables, alors que les autres devaient faire une analyse du dossier plus exhaustive avant de proposer la CUP à leur clientèle. Un référent a mentionné qu'autant pour certaines problématiques l'admissibilité était très claire, pour d'autres, ils devaient y aller « *à la pièce […] [parfois, les] physios ici nous disent « bien, c'est un cas pour nous autres, mais qui pourrait aussi facilement être vu par la clinique » […] mais on n'a pas rien d'écrit de critère ou de sévérité ou à quel moment on réfère.* » (participant 3, entrevue individuelle).

La plupart des référents ont d'ailleurs mentionné que le processus de référence à la clinique pouvait être lourd considérant les tâches liées à la sélection des clients. Quatre participants ont mentionné qu'ils choisissaient attentivement les dossiers à référer et que cela prenait un temps considérable à travers leur emploi du temps chargé. Un intervenant a mentionné le fait que ses clients n'avaient souvent pas de diagnostic établi lors de la

référence et qu'une analyse devait être faite avec une physiothérapeute pour chaque dossier. Les deux autres référents ont établi des diagnostics très précis et des agentes administratives demandaient aux clients s'ils acceptaient d'être référés à la CUP, ce qui allégeait les démarches de référence.

Le processus de référence et de coordination ne rencontrait donc pas les besoins des référents rencontrés. Aussi, tous les référents rencontrés déploraient le fait qu'ils ne soient pas au courant du suivi de la demande. Pour les dossiers qui n'étaient pas pris en charge rapidement, ils ne savaient pas où en était la demande et si le client allait pouvoir être vu ou non à la CUP. Certains référents rencontrés connaissaient des membres du programme de physiothérapie ou des membres du personnel de la clinique, ce qui facilitait la communication. Toutefois, pour des référents qui n'avaient pas cet accès au milieu universitaire, les suivis étaient plus difficiles.

Tous les référents rencontrés ont mentionné que le manque de spécialisation du personnel de la clinique pour certaines pathologies spécifiques limitait la complémentarité des services de la CUP aux leurs. Considérant que la clientèle était rapportée comme de plus en plus lourde et que plusieurs problématiques peuvent être en cause chez un même client, identifier des clients à transférer à la CUP avec des problématiques simples seulement pouvait être plus difficile. Un des besoins des milieux référents était aussi que la CUP couvre « *l'ensemble du plateau de services […] en physiothérapie de première ligne* » (participant 1, entrevue individuelle) en intégrant à la CUP par exemple des superviseurs ou des enseignants en mesure de traiter des cas plus spécialisés, qui sont par ailleurs suivis en première ligne (par exemple des cas vestibulaires).

Les services en pédiatrie étaient grandement appréciés par les référents rencontrés. En effet, un référent a mentionné qu'il n'y avait pas, dans son milieu, l'environnement physique et les équipements pour traiter cette clientèle, malgré que cela fasse partie de son offre de services. Également, un autre milieu a mentionné que les milieux publics ou privés qui acceptent de voir cette clientèle sont plus rares.

7.5.3 Adaptation aux exigences et aux tendances

Tel que mentionné dans la section sur la production, 73,9% des clients contactés par la CUP ont accepté les services. Puisque les clients en attente n'ont pas eu de contact direct avec la CUP et que leur intérêt à être suivi n'a pas été questionné, ils ne sont pas inclus dans cette proportion. Moins de 1% des clients ne rencontraient pas les critères d'éligibilité. Depuis l'ouverture, il n'y a eu aucun ajustement des critères de références.

Les membres du personnel, les stagiaires et les référents ont observé que toutes les parties impliquées (personnel administratif, superviseurs, coordonnatrice, comité de gestion) dans la CUP avaient le souci

d'améliorer son fonctionnement, afin de s'ajuster aux besoins des étudiants, des référents et du personnel. Tout au long des entrevues et groupes de discussion, plusieurs exemples ont été cités concernant des adaptations faites par le personnel en lien avec certaines difficultés observées, par exemple : mesures pour faciliter la transition entre les cohortes, mesures pour établir l'horaire avec les étudiants, mesures pour faciliter la communication avec les secrétaires, mesures pour les annulations des clients. Ils ont également observé que plusieurs ajustements ont été mis en place depuis l'ouverture de la clinique afin d'améliorer les procédures, comme par exemple la prise de rendez-vous dans le programme Clinic Master ou pour l'attribution des dossiers.

7.5.4 Mobilisation de la communauté

Les stagiaires ont observé que beaucoup de clients ne se présentaient pas à leur rendez-vous, ce qu'ils interprétaient comme un manque de mobilisation dans les traitements. Les stagiaires qui ont vécu ces évènements ont trouvé que des mesures financières devraient s'appliquer, comme un montant à débourser lors d'une annulation par un client. Certains stagiaires ont mentionné qu'ils avaient l'impression de représenter plus fortement l'Université Laval à la CUP que dans les autres milieux de stages. Quoiqu'ils fussent conscients d'être professionnels dans tous les milieux de stages pour transmettre une image positive de l'université, ils avaient l'impression que cette responsabilité était plus importante pendant le stage à la CUP.

Les membres du personnel ont rapporté qu'ils avaient parfois l'impression que les milieux référents ne souhaitaient pas mettre en place « *un partenariat, [ils ont] l'impression de vraiment leur offrir une ressource supplémentaire, mais qu'ils [les référents] n'ont pas tant envie de s'investir avec la façon que ça fonctionne ici et la façon dont leurs clients sont traités, gérés* » (participant 5 du groupe du personnel). Des références avec des informations importantes manquantes, par exemple les conditions associées ou autres diagnostics pertinents au suivi, ont été reçues à la CUP et la communication avec les référents était difficile. Aussi, le fait que certains référents mentionnaient que la prise en charge était urgente alors que ce n'était pas perçu comme étant le cas par les superviseurs a renforcé cette impression.

Un des référents rencontrés a fait preuve de mobilisation lors de l'ouverture de la CUP en envoyant beaucoup de références afin que les premiers stagiaires puissent traiter des clients. Il a fait plusieurs démarches avec du personnel administratif de son milieu. Le département de réadaptation a également apporté du soutien administratif à ses démarches (agente administrative du département pour faire les démarches téléphoniques). Toutefois, après avoir vu ses clients pris en charge très rapidement, des délais de prise en charge de plus en plus grands étaient observés. Il s'est donc senti moins mobilisé à poursuivre le lien avec la clinique. Un autre référent a mentionné qu'il était prêt à référer des cas spécifiques et rares, si le personnel estimait que ce serait formateur pour les stagiaires.

7.5.5 Innovation et transformation

Les stagiaires, les membres du personnel et les référents ont tous mentionné que la CUP était un terreau fertile pour mettre en place plusieurs innovations pédagogiques et thérapeutiques. Toutefois, ils ont tous noté que ça ne s'était pas actualisé de façon optimale dans le fonctionnement des huit premiers mois de la clinique. Les superviseurs ont dit vouloir intégrer de nouvelles approches de supervision dans le futur et faire du transfert de connaissances aux superviseurs des autres milieux cliniques. Les étudiants ont mentionné que le contexte d'apprentissage était favorable au développement de leur raisonnement clinique, mais ils s'attendaient à ce que ce milieu offre plus d'opportunités de formation continue que les milieux cliniques traditionnels de stage. Finalement, certains référents ont estimé que les besoins d'intervention en physiothérapie sont multiples et que différentes approches pourraient être mises en place à la CUP afin de combler ces besoins. Des référents ont mentionné que des services de groupes éducatifs sur certaines conditions pourraient être intéressants pour la clientèle et les étudiants, d'autant plus que les intervenants du réseau de santé public ont peu de temps pour mettre en place ce type d'intervention. Aussi, un référent a également mentionné que des services interdisciplinaires seraient très pertinents puisque les conditions de santé se complexifient, ce qui nécessite la mise en commun d'expertises différentes et complémentaires. La CUP a été en mesure de fournir des ressources humaines adéquates pour répondre aux besoins et a pu compenser la mise en place tardive d'une ressource fournie par un partenaire. Toutefois, autant le personnel que les étudiants s'entendaient sur le fait que la répartition des ressources n'était pas optimale et qu'elle permettait un fonctionnement à la limite des besoins minimaux.

8 Discussion

L'objectif principal de l'étude était de déterminer si la CUP est performante. Quatre questions spécifiques liées aux dimensions du cadre de référence ont permis de répondre à cet objectif. À la lumière des résultats de l'évaluation, les dimensions des valeurs, de production et d'atteinte des buts permettent à la CUP d'être performante, mais sa capacité d'adaptation aux besoins de l'environnement dans lequel elle s'inscrit a été plus difficilement actualisée.

D'abord, les valeurs établies lors de la conception de la CUP ont pu être observés par les stagiaires et les membres du personnel. Également, les indicateurs ciblés pour chaque valeur ont pu démontrer qu'elles s'étaient traduites en action dans les activités régulières de la CUP. Les données démontrent aussi que les activités de la CUP répondent adéquatement aux besoins de placements cliniques. En effet, 12% des stages du programme sont effectués dans ce milieu, ce qui représente un apport significatif aux placements cliniques traditionnels. Les moyens mis en œuvre permettent donc l'atteinte d'offre des stages dans un environnement de qualité pour les étudiants. Les activités cliniques permettent aussi aux étudiants de développer des compétences professionnelles pertinentes à leur future pratique. Toutefois, la réponse aux besoins des milieux partenaires est inégale. La CUP a été en mesure de modifier l'allocation des ressources afin d'être compatible avec les attentes sur le plan de la production. En effet, le nombre d'étudiants a permis d'atteindre un niveau de performance clinique satisfaisant en termes de nombre de prises en charge et de séances hebdomadaires. Toutefois, des améliorations demeurent à actualiser, entre autres pour les ressources humaines en période de vacances, qui est une période achalandée pour les stages. Également, les besoins de production de services aux clients et de nombre attendu de stages par année prennent plus de place que le développement de nouvelles approches de supervision, alors que c'est un objectif éducatif de la CUP. D'ailleurs, cet aspect a été nommé comme étant à améliorer par les membres du personnel. Aussi, des insatisfactions des milieux référents sur le fonctionnement de la clinique ont été rapportées, alors que l'emphase a plutôt été mise sur la formation des étudiants.

8.1 Comment la CUP réussit-t-elle à s'inscrire en cohérence avec ses valeurs fondamentales ?

Nos résultats permettent de mettre en lumière que plusieurs des valeurs identifiées par l'équipe de gestion lors de l'ouverture de la CUP sont observées par les étudiants.

Les valeurs d'une organisation permettent de produire de la cohésion au sein de l'organisation (Champagne et coll., 2005). Cette fonction a une pertinence très spécifique, puisque les valeurs sont à la base de l'organisation et orientent toutes les actions vers un but (Champagne et coll., 2005). Le fait que les stagiaires et les membres du personnel soient en mesure d'identifier certaines valeurs mises de l'avant par le comité de direction traduit le fait que les décisions organisationnelles font du sens et sont organisées vers un but logique. L'évaluation des valeurs organisationnelles n'a pas été explorée auprès des CU ni dans les cliniques privées en physiothérapie dans la littérature. L'évaluation de cette fonction est pourtant très pertinente car les valeurs, associées au climat organisationnel, sont orientées vers la collaboration (Marchal et coll., 2014). Ainsi, en évaluant cette fonction nous pouvons mettre en lumière que la CUP a été établie sur un système de valeurs pertinent et réaliste pour atteindre les buts souhaités.

Actuellement, aucune plainte formelle n'a été formulée par des clients. Toutefois, il n'est pas possible de conclure que l'intégrité et la qualité des services a toujours été perçue comme adéquate puisqu'il n'y a pas de procédure officielle diffusée. Cette dernière a l'avantage de répondre au droit du client de transmettre ses insatisfactions, d'enquêter sur les faits liés à la plainte, d'expliquer aux parties concernées (clients, stagiaires et employés) les conclusions du processus et de prendre des mesures pertinentes par la suite. Il apparait primordial et nécessaire, dans un souci d'intégrité et de qualité des services offerts à la population de se doter d'un tel mécanisme. En effet, même si le personnel et les stagiaires rapportent que les clients faisaient part au fur et à mesure des insatisfactions, un système impartial leur permettrait de faire leurs commentaires en toute confiance et avec authenticité. Si un système était implanté, le personnel et les stagiaires devraient être au courant de cette procédure, afin de bien orienter les usagers qui souhaiteraient porter plainte.

La collaboration a été possible grâce à l'importante implication des superviseurs dans l'implantation de la CUP, qui sont prêts à prendre du temps personnel afin de favoriser son déploiement. Ceci a permis de gérer l'actualisation de la prestation des services de la CUP. Or, il est important de se doter, comme organisation, de mécanismes facilitant l'organisation dans le cadre même de ses activités. Ceci peut aussi avoir beaucoup d'impact sur les autres fonctions, telles que la production ou l'adaptation.

Une des deux formes de supervision effectuées à la CUP, le pairage, se retrouve aussi dans d'autres CU (Ellet et coll., 2010; Passemore et coll., 2016). Toutefois, dans ces autres contextes, les paires sont souvent

formées d'étudiants provenant de deux disciplines différentes. L'apprentissage par les pairs étudiants tel qu'implanté à la CUP est donc une approche novatrice dans une CU. La supervision hiérarchique est aussi observée dans des CU unidisciplinaires (Jorgenson et coll., 2016), similaires à la CUP. Toutefois, cette dernière forme de supervision n'a pas du tout été appréciée par les étudiants. Il serait pertinent dans le futur de diversifier le type de supervision. Ceci permettrait d'ailleurs de rencontrer les objectifs à moyen et long termes de la CUP, les CU étant souvent l'occasion d'innover dans le domaine de la supervision d'étudiants (Seif et coll.,2014; MacLean et Hindman, 2014).

Le climat organisationnel est perçu très positivement par les étudiants et les membres du personnel et il représente d'ailleurs une force de la CUP. Lors de l'instauration d'un nouveau service, les ajustements en cours d'implantation sont fréquents (Champagne et coll., 2011) ce qui peut avoir un effet sur le stress. Également, puisque la culture organisationnelle est reconnue pour influencer le stress perçu au travail (Peterson et Wilson, 2002), un climat de travail positif est un aspect important pour que le personnel s'investisse dans les activités de l'organisation (Savoie et Brunet, 2000, dans Audet-Tremblay, 2016). Il est donc intéressant de constater que le climat de la CUP est positif et qu'il représente un milieu de travail et de stage stimulant. Actuellement, puisque le climat de travail du réseau public de santé est plus difficile, la CUP peut compter sur cette valeur ajoutée pour augmenter la qualité de l'expérience du stagiaire ainsi que des membres du personnel.

8.2 Est-ce que la CUP atteint ses cibles en termes de production de services ?

Les services produits par la clinique démontrent que la productivité, tant du point de vue de la prestation de services de physiothérapie que de supervision d'étudiants, permet de rencontrer principalement les besoins des acteurs du milieu de l'éducation supérieure et, de façon secondaire, ceux des acteurs du milieu de la santé. En effet, un nombre important de références a été fait à la CUP, ce qui peut démontrer l'intérêt de ce nouveau service. Toutefois, un nombre également important de références, soit plus d'une sur cinq, a été annulée en raison du refus du client. Les raisons rapportées sont multiples, mais pourraient être dues, entre autres, à une mauvaise connaissance des particularités de la CUP de la part des référents ou à des références moins bien ciblées. Cette situation est préoccupante et pourrait avoir des impacts sur le fonctionnement à plus long terme de la CUP. En effet, afin que l'objectif de la formation clinique de la CUP soit atteint, il est impératif d'avoir des clients à traiter. Aucune information sur le taux de refus de la clientèle n'est rapportée dans la littérature concernant les CU. Au contraire, puisque certaines oeuvrent auprès de clientèles vulnérables, les CU sont les seuls dispensateurs de services qui leur sont accessibles (Buchanan et Witlen, 2006). Il pourrait être pertinent de préciser des critères de référence et de travailler avec les milieux afin de mieux cerner les clients potentiels.

Le volume de soins et services et la productivité démontrent que la CUP produit de nombreux services. Si on exclut les clients qui ont refusé d'être suivis, 78,7% des clients référés ont été pris en charge durant les huit premiers mois suite à l'ouverture de la CUP, alors que la cible fixée était de 75%. Ce pourcentage de prise en charge rejoint donc les attentes des référents. Selon les données présentées, les stagiaires de la CUP s'approchent de la productivité obtenue dans les cliniques privées en physiothérapie du Québec. À la CUP, la durée des rendez-vous est fixée à 45 minutes. Pour les 853 heures d'ouverture, il y a eu 1277 traitements, soit un rendez-vous et demi à l'heure. Il semble donc que les nombreuses annulations des clients rapportées par les étudiants et les superviseurs n'aient pas affectées la productivité. Selon la Fédération de la physiothérapie en pratique privée (2013), la plupart des cliniques privées en physiothérapie prévoient des rendez-vous à chaque 30 minutes, soit deux clients/heure par intervenants. La performance d'activités à la CUP se rapproche de la réalité clinique des physiothérapeutes du Québec. Également, dans la littérature, les clients et les étudiants ont rapporté qu'un des avantages des CU étaient l'opportunité d'avoir plus de temps pour faire l'intervention (Haggerty et Dalcin, 2014), ce qui est aussi un avantage de la CUP, comme l'illustre la durée du rendez-vous et comme l'ont observé les superviseurs.

Le nombre de rendez-vous variait selon les besoins des clients. Les raisons de cette grande disparité n'est pas expliquée dans les banques de données de la CUP. Le nombre de clients vus par mois dépend également des heures d'ouverture de la clinique, ainsi que du nombre d'étudiants et de leur niveau de formation. Le nombre de rendez-vous par stagiaire a aussi grandement varié. Considérant que les stages ont des durées différentes selon le niveau de formation académique (entre 12 et 25 jours), certains stagiaires ont vu plus de clients puisque leur stage était d'une durée plus longue ou qu'ils étaient plus avancés dans leur parcours de formation.

Le coût moyen de prestation d'un service à la CUP se situe entre le coût moyen au privé (55,55$) et celui dans le réseau public (76,06$) (Fédération de la physiothérapie en pratique privée, 2012), si on rapporte le coût sur un traitement de 45 minutes. À cette dépense, il serait possible de soustraire les allocations quotidiennes qui sont transmises par jour de stage aux milieux traditionnels puisque l'allocation par jour stage n'ont pas eu à être déboursés pour les stages faits à la CUP. Rapporté sur chaque traitement, son coût passe de 66,17$ à 50,75$. Cela le situe en-deçà du coût moyen au privé et permet donc à la CUP d'être concurrentielle. Toutefois, ce coût ne comprend pas les frais liés aux immobilisations des installations de la CUP.

Le délai de prise en charge de 36,8 jours (1,2 mois) en moyenne représente un délai raisonnable en comparaison aux délais observés pour les services publics de physiothérapie. En effet, la moyenne du temps d'attente médian en centre hospitalier pour des services de physiothérapie était de 7,6 mois, c'est-à-dire 228

jours, dans une étude de Deslauriers et coll., 2016). Dans le réseau public, 82% des clients pris en charge avaient attendu moins de trois mois et 8% d'entre eux avaient attendu plus de six mois (Deslauriers et coll., 2016). Les données concernant le délai de prise en charge doivent par contre être analysées avec prudence. En effet, une proportion des clients référés à la CUP provenait de GMF et d'un centre de réadaptation et les délais de prise en charge de ces milieux ne sont pas documentés. Également, les agentes administratives de la CUP inscrivaient dans la banque de données la date du premier rendez-vous et c'est l'écart entre cette date et la date de référence qui a été utilisé pour calculer le délai de prise en charge. Ainsi, le temps entre l'appel et le premier rendez-vous est inclus dans le délai de prise en charge. Le délai aurait donc pu être plus court s'il avait été possible de connaître la date du premier contact. En contrepartie, d'autres clients ont peut-être été vus plus rapidement car d'autres contactés avant eux n'étaient pas rejoints. Il serait intéressant de calculer le délai entre la date de référence et la date du premier appel afin d'avoir une idée plus juste du délai de prise en charge.

On observe que le délai de prise a augmenté au fur et à mesure du déploiement des services de la clinique. Ainsi, tous les clients référés dans les premières semaines d'activités ont été pris en charge dans un délai inférieur à 30 jours, mais à partir du troisième mois d'activité, on remarque un délai plus grand pour la plupart des clientèles, sauf pour la clientèle pédiatrique. Les possibilités de prise en charge étaient également liées au calendrier des stages du programme puisqu'il n'y avait pas de prise en charge entre deux stages. Ceci a affecté le délai par la suite car la CUP recevait des références même pendant ces périodes. Par contre, le délai de prise en charge dépasse néanmoins celui souhaité dans le milieu privé en physiothérapie. La Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec (2016) rapporte que ce délai ne devrait pas excéder 10 jours. Il est difficile de comparer la productivité de la CUP avec les données issues la littérature sur les CU, car plusieurs caractéristiques des différentes cliniques étudiées ont des impacts sur cet aspect. En effet, beaucoup de CU offrent des services sans rendez-vous; il n'est donc pas possible de comparer les délais de prise en charge. Aussi, peu offrent des séances en physiothérapie et le nombre d'étudiants et d'heures de services varient beaucoup, sans que toutes les données ne soient indiquées dans les articles pour effectuer les conversions qui s'imposent.

Les clients de la CUP ont rapporté que la disponibilité, le caractère approprié de soins reçus et l'acceptabilité étaient adéquats et rencontraient leurs attentes, ce qui est cohérent avec ce qui est relevé dans la littérature. En effet, les clients observent la compétence des étudiants et ont le sentiment d'être plus impliqués dans leur suivi (Liberman et coll. 2011). Les études ont également démontré que les heures d'ouverture des CU étaient des cibles d'amélioration souvent décrites (Ellet et coll., 2010), ce qui correspond aussi aux résultats obtenus dans la présente recherche. L'accessibilité physique de la CUP est un aspect rapporté comme étant difficile par les clients, ce qui ne trouve pas d'écho dans la littérature. L'accessibilité financière ainsi que la facilité

d'atteinte des services sont perçus de façon différente par les différents types de répondants. Or, puisque les clients référés à la CUP provenaient d'établissements publics, il est possible qu'ils ne représentent pas la clientèle cible des cliniques privées pour toutes sortes de raisons (statut socio-économique, éducation à la santé, valeurs). Ainsi, il est probable que certains d'entre eux se seraient abstenus d'obtenir des services au privé en raison des coûts qui y sont associés. Cette particularité peut expliquer la perception des clients sur l'accessibilité financière de la clinique.

8.3 Est-ce que la CUP atteint ses buts/objectifs spécifiques ?

Le haut taux de satisfaction de la clientèle démontre que certains buts cliniques visés sont atteints. En effet, les clients sont satisfaits des services reçus à une proportion de 93,1%. Ce résultat dépasse grandement la cible établie au départ, soit un taux de satisfaction d'au moins 80%. Également, le fait que plusieurs aient été surpris de la qualité des services témoigne du professionnalisme discuté plus tôt. Le haut taux de satisfaction est cohérent avec ce qui est rapporté dans la littérature. En effet, plusieurs auteurs ont rapporté un niveau de satisfaction très élevé de la part des utilisateurs de CU (Schutte et coll, 2015; Haggerty et Dalcin, 2014). Jorgenson et coll. (2016) ont rapporté un taux de satisfaction global de 97,5%. Ellet et coll. (2010) avaient également rapporté un niveau de satisfaction quant à la gentillesse et au temps pris avec les clients alors que ces derniers étaient moins satisfaits des heures d'opération. Ces aspects rejoignent également les résultats de la présente étude. Lawrence et coll. (2015) avaient rapporté de leur côté que les clients d'une CU n'avaient pas observé de différence entre un traitement dans une clinique traditionnelle et celui offert à la CU.

La satisfaction des étudiants est également très grande et va dans le même sens que ce que la littérature rapporte. En effet, Passemore et coll. (2016) rapportent que les étudiants mentionnent qu'un stage dans une CU leur a permis de mieux connaître une clientèle marginalisée, moins desservie en physiothérapie. Cela a également été rapporté par certains étudiants de la CUP. Toutefois, la satisfaction rapportée dans plusieurs articles était liée à l'interdisciplinarité, ce qui ne reflète pas le contexte actuel à la CUP.

La satisfaction des superviseurs est aussi très élevée. Le fait que l'aspect de la productivité soit moins important qu'en milieu privé favorise leur satisfaction. Le fait également que le rôle de superviseur soit mis à l'avant plan, plutôt que celui de clinicien, est intéressant. Cet aspect n'est pas rapporté dans la littérature, mais démontre que le rôle avec lequel un professionnel intervient est à tenir compte dans l'établissement du lien thérapeutique et du lien de confiance développé avec le stagiaire.

La satisfaction des référents est le volet le moins positif des quatre, principalement en raison de la communication avec la CUP. Cet aspect sera discuté dans la section suivante, traitant de la fonction

d'adaptation. Aucune mention dans la littérature en lien avec la satisfaction des référents des CU n'a été répertoriée.

8.4 Est-ce que la CUP parvient à s'adapter à son environnement?

Les ressources permettent à une organisation de s'assurer qu'elle puisse répondre à sa raison d'être. La CUP a été en mesure de s'adapter sur le plan des ressources humaines, en recrutant du personnel stable dans les huit premiers mois d'opération, ainsi qu'en assurant l'implication des membres du personnel du programme de physiothérapie pendant le manque de personnel.

La CUP a également bien répondu aux besoins de la population étudiante sur le plan de la qualité des stages offerts, comme en témoigne la grande satisfaction des étudiants. L'appréciation de la diversité de la clientèle, différente des autres milieux selon les étudiants rencontrés, de même qu'une meilleure connaissance de cette clientèle est similaire à ce qui est rapporté dans la littérature (Haggerty et Dalcin, 2014; Simmons et coll., 2009; Meah et coll., 2009). Le développement des compétences cliniques était perçu positivement, mais non exploité à son plein potentiel, ce qui rencontrerait bien les objectifs de la clinique en termes d'innovation. Aussi, la plupart des CU ont des structures visant un développement accru des compétences cliniques, tel que le partage d'histoires de cas ou rencontres interdisciplinaires (Schutte et coll., 2016; Seif et coll., 2014). Lorsque les intervenants sont de disciplines différentes, plusieurs discussions cliniques avec des étudiants de toutes les disciplines ainsi que des superviseurs sont effectuées (Kent et Keating, 2013). Malgré que la CUP ne soit pas interdisciplinaire, l'intégration de ces discussions cliniques permettrait un transfert de connaissance entre les stagiaires en cours de stage, tel que souhaité par ces derniers.

Également, l'objectif de formation clinique des étudiants en physiothérapie est rencontré par l'actualisation de 12% des stages totaux du programme, malgré des heures d'ouverture de la CUP limitées à 14 heures/semaine une grande partie de l'année. L'apport de la CUP à la formation clinique du programme de physiothérapie est important car peu de milieux cliniques traditionnels peuvent accueillir une proportion aussi importante des stages du programme. En effet, les points de services ont offert entre 1 et 21 stages pendant la période d'évaluation de la clinique, soit entre 0,26 et 5,5% des besoins en stage du programme de physiothérapie. Augmenter le nombre de places de stages est l'avantage principal de la mise en place des CU et la principale motivation pour le faire (Haines et coll., 2014). En ce sens, la CUP est un exemple d'adaptation aux besoins du programme universitaire.

L'adaptation aux besoins des superviseurs s'est faite en cour d'implantation. En effet, les membres du personnel ont rapporté qu'ils se sentaient écoutés et impliqués dans les décisions. Les superviseurs ont également rapporté apprécier l'absence de pression de la charge de cas, ce qui n'a pas été rapporté par les

étudiants. Dans les études de Haggerty et Dalcin (2014), Simmons et coll. (2009), ainsi que Meah et coll. (2009), cet aspect avait été rapporté par les étudiants.

Les interventions faites à la clinique sont effectuées principalement (70,1%) auprès d'une clientèle ayant une problématique musculosquelettique, tel que pour 52% des physiothérapeutes en pratique privée au Québec (Fédération de la physiothérapie en pratique privée, 2012). La CUP permet donc de répondre aux besoins de la population en termes de services attendus en physiothérapie dans le réseau privé. Toutefois, cela ne correspond pas à la mission de la CUP d'offrir des services à des clientèles différentes de la pratique traditionnelle et d'offrir des traitements non conventionnels en physiothérapie (CUP, 2014). Cela apparait paradoxal, puisque l'innovation auprès de clientèles non traditionnelles est en effet souvent une caractéristique des CU (MacLean et Hindman, 2014; Marsh et coll., 2015).

Le profil de la clientèle correspond au profil de la population générale des régions de Québec (03) et Chaudière-Appalaches (12) (Institut de la statistique du Québec, 2017). Puisque les différents groupes représentent des proportions similaires parmi les usagers de la CUP, il est possible de penser que les données de fréquentation de la CUP correspondent au public cible. Les indicateurs ciblés n'ont pu permettre de recueillir des données socio-démographiques de la clientèle, ni de résultats sur leur accès aux services de santé privés ou publics. Toutefois, par le modèle de fonctionnement de la clinique, nous savons qu'ils sont en attente de services de physiothérapie dans le réseau de santé public. L'iniquité d'accès à des services, tel que nommée par la Protectrice du citoyen (2007), peut être un facteur de vulnérabilité et avoir un impact sur la santé globale de la population, puisque l'accès aux services de santé est un déterminant de la santé (Émond, 2010). Ainsi, puisque cette difficulté d'accès est un facteur de vulnérabilité, nous pouvons conclure que la CUP présente les caractéristiques de beaucoup de CU pour la clientèle desservie, tel que décrit dans la revue de littérature. En effet, la plupart des CU documentées dans la recension des écrits desservent une clientèle vulnérable (Schutte et coll., 2015). Toutefois, il est difficile de statuer si la CUP dessert la population la plus vulnérable des régions 03 et 12, n'ayant pas de données sur le statut socio-économique ni sur l'état de santé de la clientèle.

L'adaptation aux besoins des référents a été moins égale dans le temps. Les variations dans le temps du délai de prise en charge peuvent avoir un impact sur leur implication et le nombre de références qu'ils transmettent. Si le délai se maintient ou même augmente, il pourrait être aussi risqué que des milieux se détournent complètement du partenariat avec la CUP. Également, les besoins des référents en lien avec la communication ont été difficilement rencontrés. En effet, les référents rencontrés n'ont pas le sentiment que leur besoin d'être informé des critères de priorisation, du délai de prise en charge envisagé ainsi que du

moment de la prise en charge ait été considéré à la hauteur souhaité. Pour un partenariat entre divers acteurs, la communication est très importante et les besoins de chaque partie doivent être pris en considération.

L'investissement de temps considérable que chaque milieu doit mettre de l'avant pour identifier des clients à référer représente un aspect du partenariat très significatif. Certains référents ont aussi mentionné qu'ils auraient apprécié que l'éventail de l'offre de services soit élargi à d'autres clientèles spécialisées, tels que des cas vestibulaires, ce qui répondrait également mieux à leur besoin. Il convient de périodiquement réviser ces besoins non comblés afin de voir s'il serait pertinent et souhaitable pour la CUP d'y adapter son offre de service.

8.5 Forces et limites de l'étude

L'étude présente des forces et des faiblesses qu'il est pertinent de relever. D'abord, l'utilisation des banques de données administratives représente une source de données facilement disponible puisque les informations sont colligées dans le cadre de la prestation régulière de services. Également, seulement deux agentes administratives ont colligé les données, ce qui a permis une bonne constance dans l'entrée des données. Toutefois, il faut se rappeler que ces informations ne sont pas colligées dans une optique de recherche et les méthodes de collecte peuvent ne pas correspondre au niveau attendu en recherche. Puisque la participation était volontaire pour tous les types d'acteurs, un biais de sélection est potentiellement présent. Les résultats ne peuvent donc se généraliser à d'autres études.

Le questionnaire administré par téléphone est une méthode de collecte de données qui permet de contacter un grand nombre de personnes dans un court délai (Fortin et Gagnon, 2016). Toutefois, des biais de mémoire pouvaient survenir de la part des participants puisque certains avaient cessé leur suivi à la clinique depuis plusieurs semaines ou mois. Également, un biais de désirabilité sociale est possible, puisque les participants ont pu souhaiter plaire à l'interviewer, qui dans un cas pouvait être connu des clients (une secrétaire impliquée à la CUP). Les résultats doivent donc être considérés en tenant compte de ce biais.

Par ailleurs, les groupes de discussion ont permis de recueillir le vécu des participants et de voir comment la discussion évoluait entre les différents acteurs. Toutefois, on peut trouver les mêmes biais pour cette méthode que pour la méthode précédente.

9 Recommandations

À la lumière de l'évaluation réalisée, certaines adaptations pourraient être mises en place par l'équipe de gestion de la CUP afin d'améliorer sa performance.

D'abord, un système de gestion des plaintes confidentiel et impartial serait à mettre en place et à diffuser aux superviseurs, au personnel administratif, aux stagiaires ainsi qu'aux clients. Ceci permettrait aux clients de formuler une plainte sans craindre que cela influence leur suivi à la CUP. Les plaintes devraient être gérées par une personne extérieure de la CUP et un suivi officiel devrait être fait à la personne plaignante.

Des documents explicatifs pourraient être développés afin d'expliquer les services de la CUP ainsi que ses particularités. Ces documents seraient utiles afin d'améliorer la compréhension des référents des enjeux liés au fonctionnement de la clinique (notamment dans un contexte de roulement important de personnel dans le réseau de la santé) ainsi que des clients.

Également, il serait pertinent de mettre de l'avant plus d'approches innovantes en supervision, puisque le contexte de pratique s'y prête bien. Pour ce faire, un ajustement des tâches et de l'horaire d'un superviseur devrait être prévu afin de ne pas diminuer les heures de supervision actuelles. Également, dans le cadre de la gestion de l'horaire, une organisation du travail permettant aux superviseurs de se concerter et de se rencontrer dans le cadre de leur fonction à la CUP faciliterait leur suivi de supervision et pourrait avoir un impact sur le climat organisationnel. En effet, quoique positif actuellement, il demeure fragile considérant les nombreuses demandes de l'environnement de travail. Une meilleure transition entre les cohortes d'étudiants serait aussi à mettre en place. Les stagiaires comme les superviseurs ont observé que les transitions entre les paires d'étudiants étaient difficiles, particulièrement lorsque les stagiaires sont de niveau inférieur dans leur formation. Un temps plus important avec la cohorte précédente pour bien comprendre le plan de traitement pourrait être pertinent. Toutefois, les étudiants ayant mentionné qu'ils avaient l'impression de perdre leur temps si cette transition était trop longue, il importe de bien préciser cette période. Cet aménagement pourrait aussi améliorer les impacts des changements d'intervenants pour les clients, qui avaient identifié des insatisfactions en lien avec cet aspect. Pour ces derniers, une communication et de l'éducation sur les façons de fonctionner de la CUP dès la prise en charge pourraient également leur permettre de mieux comprendre les changements d'intervenants et les changements au plan de traitement. Cette éducation pourrait leur permettre de comprendre l'impact des annulations et ainsi diminuer leur incidence.

Un suivi régulier aux référents permettrait également à ces derniers de connaître l'évolution de leurs clients dans la liste d'attente et avoir une estimation du délai à prévoir. La communication avec les référents pourrait aussi permettre de faciliter la compréhension des besoins de part et d'autre et de valider la

pertinence/admissibilité des références. Ceci pourrait avoir un impact sur le taux de refus, actuellement élevé, et qui a un lien avec l'acceptabilité, traité dans la qualité des services et l'accessibilité.

En lien avec la disponibilité, des indications claires à toutes les portes du pavillon, ainsi qu'à tous les endroits de déplacements verticaux (escaliers, ascenseur et rampe d'accès) devraient être installées pour faciliter l'accessibilité physique de la CUP. La possibilité d'envoyer par courriel par exemple un plan lors du contact avec un nouveau client pourrait être envisagée. Puisque plusieurs participants ont rapporté avoir dû chercher leur chemin à leur premier rendez-vous et que des stagiaires de même que des membres du personnel ont rapporté la même observation, il serait pertinent que les responsables de la CUP travaillent en collaboration avec les représentants de la faculté de Médecine pour faciliter l'orientation de la clientèle dans le pavillon.

Afin de faciliter le transfert de connaissances entre les stagiaires d'une même cohorte en stage, il serait pertinent d'augmenter la supervision directe par les superviseurs, particulièrement pour les étudiants du baccalauréat. Des rencontres de discussion de cas pourraient répondre à ce besoin et nécessiter moins d'aménagement d'horaire. Également, des activités de transfert de connaissances, mais vers des milieux traditionnels de stage, pourraient répondre aux attentes en lien avec les objectifs d'innovation clinique.

Une planification des besoins en supervision pendant les périodes critiques (vacances du personnel, volume de stages plus important lors de certains moments de l'année) permettrait d'éviter le recours à du personnel externe de le CUP. Également, une planification du nombre de stages devrait tenir compte de la disponibilité des superviseurs de la CUP.

Finalement, dans une phase subséquente, une diversification de la gamme de services, pouvant entre autres inclure des approches populationnelles, pourraient permettre d'augmenter considérablement l'empowerment des clients sur leur santé et ainsi augmenter leur santé globale. Des services interdisciplinaires seraient également pertinents à inclure dans les activités de la CUP puisque la pratique des professionnels de la santé s'oriente vers ce type de pratique. Ainsi, les étudiants pourraient développer leur compétence interprofessionnnelle, cet aspect étant souvent développé dans les CU en Amérique du Nord.

10 Conclusion

Le but de cette étude était d'évaluer la performance de la Clinique universitaire de physiothérapie de l'Université Laval, tant du point de vue de la formation clinique que des services cliniques. Les résultats obtenus permettent de conclure que la CUP est performante particulièrement pour l'offre de stages et la qualité de la formation clinique. Les services cliniques offerts à la population sont également performants, mais l'adaptation aux besoins des référents a été plus difficile et pourrait avoir un impact sur la diversité des partenaires et de la clientèle traitée. Il est important de tenir compte de cet aspect pour la pertinence de la formation clinique, puisque ces éléments sont liés. En effet, la force actuellement de la CUP est d'offrir un grand nombre de stages, avec des clients provenant de divers milieux et présentant des problématiques de santé différentes de la clientèle habituellement vue en physiothérapie. Cela est possible par un partenariat sain et répondant aux besoins de chaque partie impliquée.

Il serait pertinent de poursuivre l'évaluation de la CUP pour les objectifs à moyen et long termes établis par le comité de direction, soient fournir de la formation à la supervision aux cliniciens du réseau, favoriser les pratiques émergentes en supervision et en collaboration interprofessionnelle, ainsi que de participer à la recherche en pédagogie universitaire.

Également, puisqu'à la lumière de la recension des écrits, plusieurs cliniques universitaires permettaient de mettre en pratique la collaboration interprofessionnelle et que cela est préconisé dans les milieux cliniques, il serait intéressant d'intégrer d'autres disciplines de la santé et des services sociaux à la CUP.

Bibliographie

Audet-Tremblay, Marie-Michelle (2016). État actuel du climat et de la qualité du travail, en regard du contexte d'implantation du modèle Lean dans le secteur de la santé et des services sociaux : Le cas de techniciennes et de professionnelles d'établissements de Montréal et de Gatineau. (Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec, Canada). Repéré à : http://theses.ulaval.ca.acces.bibl.ulaval.ca/archimede/meta/32802

Briand, C., Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes. Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. Dans *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 625-648). Québec, Presse de l'Université du Québec.

Buchanan et Witlen (2006). Balancing Service and Education : Ethical Management of Student-run Clinics. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved,* 17 : 3, 477-485.

Buckley, E., Vu, T., Remedios, L. (2014). The REACH Project : Implementing Interprofessional Practice at Australia'a First Student-Led Clinic. *Education for Health*, 27 : 1, pp 93-98.

Conseil de la santé et du bien-être (2006). *Rapport sur l'appréciation de la performance des services sociaux au Québec.* Québec, Québec : Gouvernement du Québec.

Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Picot-Touché, J., Béland, F., Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de santé : Le modèle EGIPSS.* Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 40 p.

Champagne, F. et Contandriopoulos, A.P. (2010). Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé : que couvre le concept de performance? Présentation effectuée dans le cadre du 3eme symposium de la COLUFRAS, repéré le 2017-04-10 : http://slideplayer.fr/slide/3210821/

Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Brousselle, A., Hartz, Z. et Denis, J.L. (2011). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Dans Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. et Hartz, Z. (dir) *L'évaluation : concepts et méthodes*, 2eme édition (p. 49-70). Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Clinique universitaire d'enseignement en physiothérapie (CUP) (2014). Rapport exploratoire. Présenté au comité de régie. Faculté de médecine de l'Université Laval, 18 p.

Côté L., Bélanger, M., Granger, R. et Ladeuix, C. (2005). *Évaluer pour s'améliorer : au coeur de la qualité des services.* Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 12 p.

Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Deslauriers, Simon (2016). L'accessibilité aux services de physiothérapie en clinique externe dans les centres hospitaliers du Québec. (Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec, Canada). Repéré à : http://theses.ulaval.ca.acces.bibl.ulaval.ca/archimede/meta/32766

Desrosiers, J. et Larivière, N. (2014). Le groupe de discussion focalisée. Application pour recueillir des informations sur le fonctionnement au quotidien des personnes avec un trouble de la personnalité limite. Dans *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 257-282). Québec, Presse de l'Université du Québec.

De Wals, P. (2016). Le concept d'évaluation dans le cadre des interventions de santé. Notes de cours. Méthode d'évaluation des programmes et services de santé, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.

Dubouloz, C.J., Savard, J., Burnett, D., Guitard, P. (2010) An Interprofessional Rehabilitation University Clinic in Primary Health Care : A Collaborative Learning Model Placement. *Journal of Physical Therapy Education*, 24 : 1, p. 19-24.

Durand, M.J., Coutu, M.F., Nha Hong, Q. (2014). L'évaluation d'implantation des programmes. Illustration des programmes de réadaptation en santé mentale. Dans *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 189-210). Québec, Presse de l'Université du Québec.

Ellet, J.D., Campbell, J.A., Gonsalves, W.C. (2010). Patient Satisfaction in a Student-run Free Medical Clinic. *Family Medecine*, 41 :1, 16-18.

Émond, A. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants.* Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.

Fédération des cliniques privées en physiothérapie du Québec (2012). *Coût de prestation d'un traitement, comparaison public/privé.* Repéré à : http://www.physioquebec.com/wp-content/uploads/Publications/2012.01_public-prive.pdf

Fédération des cliniques privées en physiothérapie du Québec (2013). *Enquête sur la tarification des cliniques privées de physiothérapie.* Repéré à : http://www.physioquebec.com/wp-content/uploads/Publications/2013.01_tarifs-cliniques.pdf

Fédération des cliniques privées en physiothérapie du Québec (2016). *Cadre de référence. Offre de services complémentaires des cliniques de physiothérapie*, 14 p. Repéré à : http://physioquebec.com/wp-content/uploads/2016/11/cadre_reference_rsss.pdf

Fortin, M.F, Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives.* Montréal, Chenelière Éducation.

Grand dictionnaire terminologique (2018), repéré le 2018-02-24 au http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=504208

Haines, T.P., Kent, F., Keating, J.L. (2014) Interprofessional student clinics : An economic evaluation of collaborative placement education. *Journal of Interprofessional Care*, 28 : 4, 292-298.

Haggerty, D. et Dalcin, D. (2014). Student-run clinics in Canada: an innovative method of delivering interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 28 :6, pp. 570-572.

Hemba, K.E., Plumb, J. (2011). JeffHOPE : The Development and operation of a Student-Run Clinic. *Journal of Primary Care and Community Health,*2 :3, pp. 167-172.

Hu, T., Leung, F.H. (2016) An evaluation of wait-times at an interprofessional student-free clinic. *Journal ou Interprofessional care,* vol. 30, no 4, 532-535.

Institut de la statistiques du Québec (2017). *Le bilan démographique du Québec, Édition 2017.* Gouvernement du Québec, 176 p. Repéré en ligne le 2018-01-20 au www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2017.pdf

Jorgenson, D.J., Landry, E.J.L., Lysak, K.J. (2016). A mixed methods evaluation of a patient care clinic located within a pharmacy school. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38, 924-930.

Kent, F., Keating, J. (2013). Patient outcomes from a student-led interprofessional clinic in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 336-338.

Larivière, N., Briand, C., Corbière, M. (2014). Les approches de recherches participatives. Illustration d'un partenariat pour l'amélioration des pratique de réadaptation en santé mentale au Québec. Dans *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 649-676). Québec, Presse de l'Université du Québec.

Lawrence, D., Bryant, T.K., Nobel, T.B., Dolansky, M.A., Singh, M.K. (2015). A comparative evaluation of patient satisfaction outcomes in an interprofessionl strudent-run free clinic. *Journal of Interprofessional Care,* 29 :5, pp. 445-450.

Lévesque, J.F., Harris, M.F., Russel, G. (2013). Patient-centred access to health care : conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International of Equity in Health*, 12 :18.

Liberman, K., Meah, Y., Chow, A., Tornheim, J., Rolon, O., et Thomas, D. (2011). Quality of mental healthcare at a student-run clinic : care for the uninsured exceeds that of publicly and privately insured populations. *Journal of Community Health*, 36:5, 733-740.

MacLean, K., Hindman, H.B. (2014). UR Well Eye Care : a model for medical student ophthalmology education and service in the community. *Clinical Ophthalmology,* 8, 2397-2401.

Marchal, B., Hoerée, T., Campos da Silveira, V., Van Belle, S., Prashanth, N.S., Kegels, G. (2014) Building on the EGIPPS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organisations. *BMC Public Health*, 14:378, 11 p.

Marsh, W., Colbourne, D.M., Way, S., Hundley, V.A. (2015). Would a student midwife run postnatal clinic make a valuable addition to midwifery education in UK?-A systematic review. *Nurse Education Today*, 35, 480-486.

Mayer, R. et Ouellet F. (1991). *Méthodes de recherche en intervention sociale. Montréal*, Paris: Gaëtan Morin Éditeur.

Meah, Y.S., Smith, E.L., Thomas, D.C. (2009). Student-Run Health Clinic: Novel Arena to Educate Medical Students on Systems-Based Practice, Mount Sinaï *Journal of Medecine*, 76, 344-356.

Mienville, E. (2013). Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades? *Quadermi*, 82, 18 p.

Organisation mondiale de la santé (2008). *Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais.* Genève : Suisse.

Passmore, A., Persic' C., Countryman, D., Rankine, L., Henderson, M., Hu, T., Nyhof-Young, J., Cott, C. (2016). Student and Perceptor Experiences at an Inter-Professional Student-Run Clinic : A Physical Therapy Perspective. *Physiotherapy Canada*, vol. 68, nu 4, 391-397.

Patton, M.Q. (2012). *Essentials of Utilization-Focused Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Peterson, M. et Wilson, J.F (2002). The Culture-Work-Health Model and Work Stress. *American Journal of Health Behavior,* 26:1, p. 16-24.

Protectrice du citoyen (2007). Rapport annuel 2006-2007. Protectrice du citoyen, Gouvernement du Québec.

Rayson, N., Weiss, S., Bellizio, J. (2016). An organizational Model and Growth of a Free-Standing Physical Therapy Student-Run Clinic. *Journal of Student Run Clinics , 2*, 6 p.

Schutte, T., Tichelar, J., Dekker, R.S., van Agtmael, M.A., de Vries, T., Richir, M.C. (2015). Learning in student-run clinics : A systematic review. *Medical Education*, 49, pp. 249-263.

Seif, G., Coker-Bolt, P., Kraft, S., Gonsalves, W., Simpson, K., Johnson, E. (2014). The development of clinical reasoning and interprofessional behaviors : Service-learning at a student-run free clinic. *Journal of Interprofessional Care*, 28 :6, pp. 559-564.

Sheu, L., O'Brien, B., O'Sullivan, P.S., Kwong, A., Lai, C.J. Systems-Based Practice Learning Opportunities in Student-Run Clinics : A qualitative analysis of student experiences. *Academic Medecine,* 88 :6, pp. 831-836.

Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6 : 1, pp. 34-46.

Simmons, B., DeJoseph, D., Diamond, J., Weinstein, L. (2009). Students Who Participate in a Student-Run Free Clinic Need Education about Access to Care Issues. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20 :4, pp. 964-968

Simpson, S.A., Long, J.A. (2007). Medical Student-Run Health Clinics : Important contributors to Patient Care and Medical Education. *Society of General Internal Medecine*, 22, pp 352-356.

Smith, S., Thomas, R., Cruz, M., Griggs, R., Moscato, B., Ferrara, A. (2014). Presence and Characteristics of Student-Run Free Clinics in Medical School. *Journal of American Medical Association,* 312 :22, pp. 2407-2410.

Stuhlmiller, C.M., Tolchard, B. (2015). Developing a student-led health and wellbeing clinic in an underserverd community : collaborative learning, health outcomes and cost saving. *BMC Nursing*, 14 : 32, 8 p.

Thiebault, G.C., Champagne, F., Contandiopoulos, A.P. (2015). Les enjeux de la performance : dépasser les mythes. *Administration publique du Canada,* 58 : 1, 39-62.

Warner, P., Jelinek, H., Davidson, P. (2010). A university clinic : an innovative model for improving clinical practice. *Australian Journal of Advanced Nurse*, 27 :4, 38-42.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Annexe 1-Plan d'évaluation

PLAN D'EVALUATION
CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE PHYSIOTHERAPIE- PROJET PILOTE

CONTEXTE

La Clinique universitaire de physiothérapie (CUP) de l'Université Laval a ouvert ses portes en avril 2016 dans les locaux du Centre Apprentiss physiothérapie au Pavillon Ferdinand-Vandry de l'Université Laval.

La mission de la CUP est la suivante:

La CUP fournit un milieu stimulant et propice au développement optimal de l'enseignement et de la recherche. Elle contribue à la formation clinique d'étudiants en physiothérapie de l'Université Laval, mais aussi à celle d'autres étudiants et professionnels du réseau de la santé. Sa responsabilité sociale s'exprime par la priorisation d'une prestation de services de qualité à des clientèles en bris de service ou mal desservies dans le réseau de la santé. Elle utilise, développe et diffuse des moyens novateurs de supervision et contribue à la recherche clinique et pédagogique.

La vision quant à elle mentionne que :

La CUP est à l'avant-garde par ses pratiques novatrices en enseignement et supervision d'étudiants. Elle est reconnue comme pôle d'expertise clinique en physiothérapie et pour l'intégration de la recherche clinique et pédagogique à ses activités.

Finalement, la mission et la vision de la CUP s'appuie sur cinq valeurs.

Innovation

Rechercher des solutions novatrices pour l'enseignement clinique, la prestation de services et la recherche. Recherche, intégration et valorisation de la contribution et de la participation de la personne, de ses proches et de la communauté.

Approche centrée sur le client

Intégrer et valoriser la contribution et la participation de la personne, de ses proches et de la communauté.

Engagement social

Dans une perspective de santé durable, offrir une gamme de services en réponse aux enjeux et besoins de la population québécoise peu desservie par le réseau public de la santé.

Intégrité

Agir de façon professionnelle, honnête, rigoureuse et transparente dans les activités cliniques et universitaires ainsi que dans la gestion des ressources allouées à la CUP.

Collaboration

Optimiser l'offre de services et l'ensemble des activités de la Clinique par une participation active des étudiants et du personnel et par la mise en place de collaborations fructueuses avec nos partenaires.

La mise sur pied de la CUP représente avant tout une solution à un manque grandissant de places de stages pour les étudiants du programme de physiothérapie. Globalement, la clinique fournit une plateforme d'enseignement clinique répondant aux besoins particuliers du continuum baccalauréat-maitrise en physiothérapie de l'Université Laval. De façon plus spécifique, ses objectifs, tels que décrits dans le rapport exploratoire de juillet 2014, sont les suivants :

- *Objectifs primaires à court terme (1ère année) :*
  - Pourvoir aux besoins de placement clinique pour les stages du programme de physiothérapie de l'Université Laval.
  - Former les étudiants de 2e cycle à la supervision clinique.
  - Renforcer les liens entre l'enseignement théorique et clinique.

  Objectif secondaire à court terme (1ère année) :

  - Offrir des services de physiothérapie à des personnes moins bien desservies dans le réseau public.

- *Objectif à moyen terme (2e et 3e années) :*
  - Répondre aux besoins de formation spécifique à la supervision pour les cliniciens du réseau.

- *Objectifs à long terme (> 3e année) :*
  - Favoriser les pratiques émergentes et la collaboration interprofessionnelle.
  - Contribuer à la recherche dans le domaine de la pédagogie universitaire.

Le modèle actuel de la clinique est un projet pilote d'une année, soutenu par la Faculté de médecine de l'Université Laval en partenariat avec le Centre intégré universitaire en santé et en services sociaux de la Capitale Nationale (CIUSSS-CN). Afin de rendre pérenne ce projet, l'évaluation de la performance de la CUP est primordiale. La définition d'un plan d'évaluation et sa réalisation sont essentiels pour permettre la reddition de comptes à la Faculté de Médecine et au CIUSSS-CN, ainsi que pour permettre l'amélioration de la

performance de la CUP. À cet égard, seul le premier objectif primaire et l'objectif secondaire de la 1ère année seront spécifiquement retenus pour ce plan.

Mandat d'évaluation

Le mandat consiste à développer et réaliser un plan d'évaluation de la performance à court terme (< 6 mois) de la CUP qui permettra de porter un regard objectif, critique et constructif sur le projet pilote. Il est donc attendu que le plan d'évaluation soit centré sur la réalisation du premier objectif primaire et de l'objectif secondaire de la 1ère année, tandis que les objectifs à moyen et long terme pourront être abordés dans d'autres activités d'évaluation.

Un rapport doit être disponible pour décembre 2016.

Questions d'évaluation

La question principale d'évaluation est : Quelle est la performance de la CUP six mois après le début de son fonctionnement ?

- Comment la CUP réussit-t-elle à s'inscrire en cohérence avec ses valeurs fondamentales ?
- Est-ce que la CUP atteint ses cibles en termes de production de services ?
- Est-ce que la CUP atteint ses buts/objectifs spécifiques ?
- Est-ce que la CUP parvient à s'adapter à court terme à son environnement et aux changements qui se produisent dans celui-ci ?
  Comment la CUP y parvient-elle ?

Approche méthodologique

Approche théorique

L'évaluation de la performance de la CUP sera structurée sur la base du modèle EGIPSS (Figure 1), un modèle d'évaluation de la performance des organisations de santé. Selon ce modèle, la performance organisationnelle est définie comme un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'organisation. On peut inférer ces qualités de la manière dont une organisation accomplit ses fonctions (perspective normative) et de la nature de l'équilibre entre les fonctions de l'organisation (perspective configurationnelle) (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005, p 21).

L'originalité du modèle EGIPSS est de regrouper sous ces quatre fonctions l'ensemble des qualités auparavant utilisées afin de conceptualiser la performance, par exemple l'efficacité, la satisfaction, l'équité, etc. De plus, le modèle EGIPSS propose une notion supplémentaire, soit l'équilibre entre les dimensions. Ce

modèle précise l'existence de liens entre les différentes dimensions. Ainsi, les interactions entre les dimensions sont nommées *alignements* et sont clairement décrites. Il s'agit des alignements : 1) stratégique (adaptation – atteinte des buts); 2) allocatif (adaptation – production); 3) tactique (atteinte des buts – productions); 4) opérationnel (maintien des valeurs – production); 5) légimatif (maintien des valeurs – atteinte des buts); et 6) contextuel (maintien des valeurs – adaptations).

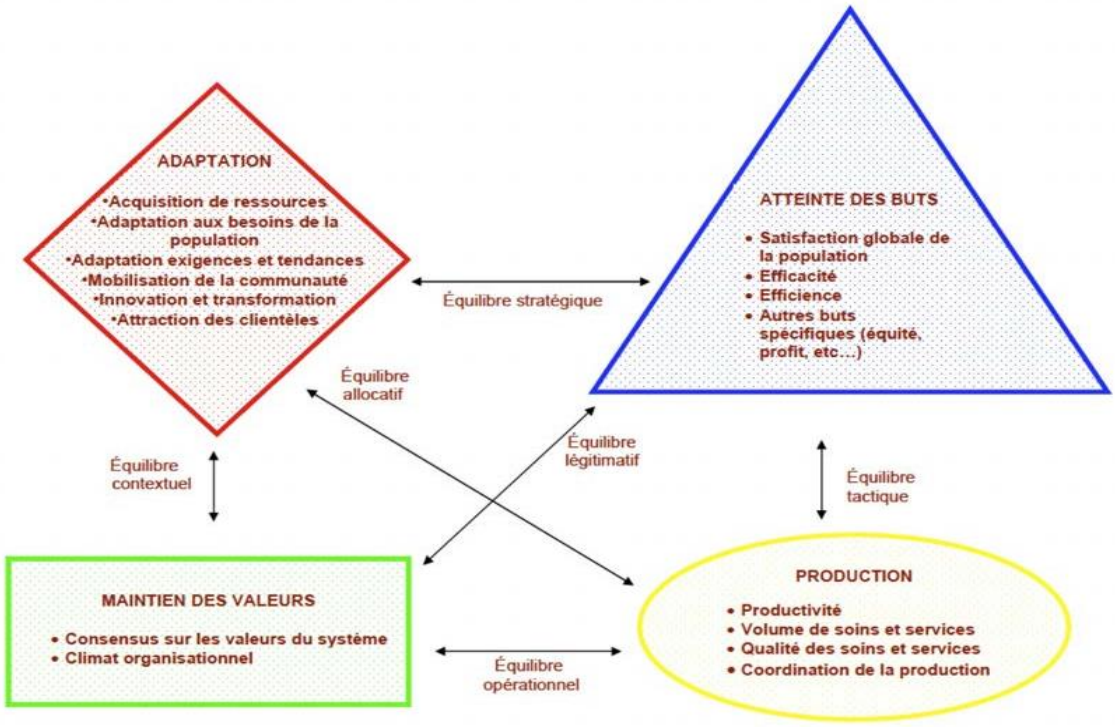


Figure 1. Domaines et dimensions du modèle EGIPSS (Champagne, et al., 2005)

Un aspect important du modèle est son caractère dynamique. En s'appuyant sur les liens entre les dimensions, les auteurs précisent qu'une augmentation ou une diminution de la performance dans un domaine influencera forcément les autres. Ainsi, le modèle EGIPSS conceptualise la performance en fonction du succès dans chacun des domaines et dimensions mais également en fonction de l'équilibre entre ces domaines et dimensions.

Approche évaluative

L'approche évaluative privilégiée est celle de l'évaluation formative participative. Ainsi, pour faciliter une appropriation maximale des résultats de l'évaluation et une amélioration continue de la performance de la CUP, un comité consultatif sera élaboré. Ce comité inclura des représentants des parties prenantes (comité d'évaluation, comité de direction, CIUSSS-CN, Faculté de médecine, superviseurs et étudiants) afin de

s'assurer qu'un maximum de perspectives sera pris en compte lors de la planification et de la réalisation de l'évaluation. Ce comité consultatif se réunira pour valider les questions et les méthodes d'évaluation, et pour soutenir l'interprétation des résultats. Par ailleurs, par souci d'objectivité, la collecte et l'analyse des données se feront par deux évaluateurs membre du comité d'évaluation mais non impliquées dans le démarrage de la CUP et dans son fonctionnement.

Éléments d'évaluation

Questions d'évaluation / domaine de la performance	Dimensions de la performance	Indicateur	Cible	Sources d'information	Stratégies de collectes de données	Période de collecte de données
Consensus sur les valeurs du système Comment la CUP réussit-t-elle à s'inscrire en cohérence avec ses valeurs fondamentales ?	CONSENSUS SUR LES VALEURS DU SYSTÈME	NIVEAU DE CONNAISSANCE DES VALEURS DE LA CUP NIVEAU DE COHÉSION ENTRE LES VALEURS DE LA CUP ET LES SERVICES RENDUS : COLLABORATION : NOMBRE DE RÉUNIONS ENTRE LES INTERVENANTS DE LA CUP, ENTRE INTERVENANTS ET ÉTUDIANTS, ENTRE MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION ET LES PARTENAIRES? ENGAGEMENT SOCIAL : NOMBRE DE CLIENTS TRAITÉS CARACTÉRISTIQUES DES CLIENTS ACCUEILLIS À LA CUP INNOVATION : NOMBRE DE NOUVELLES APPROCHES EN SUPERVISION EXPÉRIMENTÉES INTÉGRITÉ : NOMBRES DE PLAINTES APPROCHE CENTRÉE SUR LE CLIENT : SATISFACTION DES CLIENTS.	LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA CLINIQUE CONNAISSENT SES VALEURS	ÉTUDIANTS, SUPERVISEURS PARTENAIRES DONNÉES CLIENTS DONNÉES ADMINISTRATIVES	GROUPES DE DISCUSSION (*FOCUS GROUPS*) ACE MULTI CLINIC MASTER FOCUS GROUP DONNÉES ADMINISTRATIVES FOCUS GROUP AVEC DES CLIENTS	OCTOBRE 2016

	CLIMAT ORGANISATIONNEL	SATISFACTION DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE FONCTIONNEMENT DE LA CLINIQUE NIVEAU D'APPRÉCIATION DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE LA CLINIQUE	LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE FONCTIONNEMENT DE LA CLINIQUE SONT SATISFAITS. LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE FONCTIONNEMENT DE LA CLINIQUE CONNAISSENT SA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE	ÉTUDIANTS, SUPERVISEURS, SECRÉTAIRES, ÉQUIPE DE GESTION ÉTUDIANTS, SUPERVISEURS, SECRÉTAIRES, ADMINISTRATEURS	GROUPES DE DISCUSSION (*FOCUS GROUPS*) GROUPES DE DISCUSSION (*FOCUS GROUPS*)	OCTOBRE 2016 OCTOBRE 2016
Production Est-ce que la CUP atteint ses cibles en termes de production de services ?	VOLUMES DE SOINS ET DE SERVICES	1) NOMBRE DE PATIENTS VUS 2) NOMBRE D'HEURES DE SERVICES OFFERTES 3) NOMBRE MOYEN D'HEURES DE SERVICE / CONSULTATION 4) NOMBRE DE STAGES / HEURES DE STAGE OFFERTES	75% DES PATIENTS RÉFÉRÉS PEC DANS UN DÉLAI RAISONNABLE 48 STAGES AU TOTAL RÉPARTIS SUR L'ENSEMBLE DU CONTINUUM DES STAGES(JUSQU'EN DÉCEMBRE 2016)	DONNÉES USAGERS DONNÉES ADMINISTRATIVES	ACE MULTI CLINIC MASTER	AVRIL-SEPTEMBRE 2016
	PRODUCTIVITÉ	1) NOMBRE D'HEURES DE STAGE / SUPERVISEUR 2) NOMBRE D'HEURES DE SERVICE /ÉTUDIANT 3) NOMBRE D'HEURES DE SERVICE / SUPERVISEUR 4) COÛT / HR DE SERVICE 5) DURÉE MOYENNE DE SUIVI 6)		DONNÉES USAGERS DONNÉES ADMINISTRATIVES	ACE MULTI CLINIC MASTER	AVRIL-SEPTEMBRE 2016
	QUALITÉ	*DIMENSION NON ÉVALUÉE*				
	COORDINATION DES SERVICES	1) DÉLAI D'ATTENTE RÉCEPTION – 1ER CONTACT -1ER SERVICE 2) DÉLAI DE PRISE EN CHARGE 3) NOMBRE ET		DONNÉES USAGERS DONNÉES ADMINISTRATIVES	ACE MULTI CLINIC MASTER	AVRIL-SEPTEMBRE 2016

		PROVENANCE DES RÉFÉRENCE DES PARTENAIRES 4) NOMBRE ET PROVENANCE DE RETOUR AU RÉFÉANT 5) DÉLAIS TRANSMISSION DE RAPPORT				
Adaptation Comment la CUP parvient-elle à s'adapter à son environnement et aux changements qui se produisent dans celui-ci ?	ACQUISITION (ET MAINTIEN) DES RESSOURCES (HUMAINES, FINANCIÈRES, MATÉRIELLES)	1) NOMBRE DE SUPERVISEURS RECRUTÉS 2) NOMBRE D'HEURES DE SUPERVISION DISPONIBLES/SEMAINE 3) STABILITÉ DU PERSONNEL 4) NOMBRE D'HEURES DE SUPERVISION NON COMBLÉES PAR L'ÉQUIPE DE LA CUP (DEVANT ÊTRE COMBLÉES PAR AUTRE PERSONNEL UL PAR EX.) 5) DISPONIBILITÉ RESSOURCES MATÉRIELLES/FINANCIÈRES POUR ÉTUDIANTS, SUPERVISEURS 6)		COMITÉ DE DIRECTION DE LA CUP, ÉQUIPE DE GESTION, SECRÉTAIRES DONNÉES ADMINISTRATIVES	CLINIC MASTER FOCUS GROUP	AVRIL-SEPTEMBRE 2016
	ADAPTATION AUX BESOINS DE LA POPULATION (ÉTUDIANTS ET USAGERS)	1) BESOINS DE SUPERVISION / D'APPRENDRE 2) BESOINS DE STAGES-EXIGENCES PROGRAMME VS OFFRE CUP 3) BESOIN DE DÉVELOPPER DES COMPÉTENCES-EXIGENCES DES DIFFÉRENTS STAGES 4) CAPACITÉ DE SUPERVISION VS BESOINS DES CLIENTÈLES REÇUES 5)		ÉTUDIANTS, SUPERVISEURS, SECRÉTAIRES, COMITÉ DE GESTION, COMITÉ DE DIRECTION CUP DOCUMENTATION	GROUPES DE DISCUSSION (*FOCUS GROUPS*) DOCUMENTS DU PROGRAMME ACE MULTI CLINIC MASTER	AVRIL-OCTOBRE 2016
	ADAPTATION AUX EXIGENCES ET AUX TENDANCES	1) % QUI ONT ACCEPTÉ DES SERVICES 2) % DES PATIENTS RÉFÉRÉS QUI ONT PU ÊTRE VUS VS CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ 3) NOMBRE DE CLIENTS RÉFÉRÉS		DONNÉES USAGERS DONNÉES ADMINISTRATIVES	CLINIC MASTER	AVRIL-SEPTEMBRE 2016
	MOBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ	1) BESOIN DE SERVICES ACCESSIBLES ET DE QUALITÉ 2) ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE? 3) ACCESSIBILITÉ TEMPORELLE VS DEMANDES DE LA CLIENTÈLE		SUPERVISEURS, USAGERS, COMITÉ DE DIRECTION	GROUPES DE DISCUSSION (*FOCUS GROUPS*)	OCTOBRE 2016

		4) ACCESSIBILITÉ $$$- FRAIS STATIONNEMENT/AUTOBUS 5) APPUI DES PARTENAIRES (PRÉVU OU MANIFESTÉ)				
	INNOVATION ET TRANSFORMATION	LOI, RÈGLEMENTS MSSS, OPPQ, FMED, ORGANISMES D'ACCRÉDITATION APPUI DES PARTENAIRES (PRÉVU OU MANIFESTÉ)		SUPERVISEURS, USAGERS, COMITÉ DE DIRECTION	GROUPES DE DISCUSSION (*FOCUS GROUPS*)	OCTOBRE 2016
	ATTRACTION DES CLIENTÈLES (ÉTUDIANTS ET USAGERS)	NOMBRE DE CLIENTS RÉFÉRÉS % DE CLIENTS QUI ONT ACCEPTÉ DES SERVICES		DONNÉES USAGERS DONNÉES ADMINISTRATIVES	CLINIC MASTER	AVRIL-SEPTEMBRE 2016
Atteinte des buts Est-ce que la CUP atteint ses buts/objectifs spécifiques	SATISFACTION	1) SATISFACTION DES USAGERS 2) SATISFACTION DES ÉTUDIANTS	80% DES USAGERS SERONT SATISFAITS DES SERVICES REÇUS 80% DES ÉTUDIANTS SERONT SATISFAITS DE LEUR STAGE	USAGERS ÉTUDIANTS	QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES MILIEUX DE STAGE FOCUS GROUP	AUTOMNE 2016 AVRIL-OCTOBRE 2016
	EFFICACITÉ	1) NOMBRE D'ÉTUDIANTS AYANT RÉUSSI LEUR STAGE 2)		RESPONSABLES DES STAGES	DONNÉES DU PROGRAMME	AVRIL-SEPTEMBRE 2016
	EFFICIENCE	*DIMENSION NON ÉVALUÉE*				

Comité d'évaluation

Les membres du comité d'évaluation sont au nombre de six :

Richard Debigaré
Marie-Ève Lamontagne
Kadija Perreault
Marc Perron
Cynthia Fauteux
Hélène Moffet

Richard Debigaré assurera la présidence du comité de direction. Il est attendu qu'à l'automne 2016, une fois le plan d'évaluation bonifié et adopté par le comité d'évaluation, le comité consultatif et le comité de direction de la CUP, Cynthia Fauteux prenne le leadership du comité afin de répondre aux objectifs de son projet de maîtrise. Marie-Eve Lamontagne et Kadija Perreault s'assureront de la qualité scientifique de la démarche, tandis que Marc Perron et Hélène Moffet, en plus de collaborer étroitement aux travaux du comité, veilleront à préserver les aspects davantage politiques de la démarche.

Échéancier général

Juin 2016 :	Création du comité consultatif
	Bonification et adoption du plan d'évaluation
Août 2016 :	Rédaction du protocole d'évaluation détaillé
Septembre 2016 :	Soumission du protocole d'évaluation détaillé au Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval

Octobre 2016 : Réalisation des focus groups auprès des cliniciens et des étudiants

Novembre 2016 : Analyse des résultats

Décembre 2016 : Dépôt du rapport d'évaluation

Annexe 2-Guide d'entrevue des groupes de discussion avec les stagiaires

Présentation de la chercheuse et des directrices du projet

- Explication de la démarche:

D'abord, je souhaitais vous remercier de l'intérêt que vous portez à ce projet. Tel que mentionné lorsqu'on vous a contacté, le groupe d'aujourd'hui fait partie de l'évaluation de la clinique universitaire de physiothérapie. Nous souhaitons connaître votre expérience au sein de la clinique. La rencontre sera d'une durée d'environ 60-90 min. Il n'y pas de bonne ni de mauvaise réponse; l'opinion de chacun est précieuse. Il n'est pas nécessaire non plus de parvenir à un consensus. Je vous poserai des questions afin de susciter la discussion et je pourrai demander des précisions ou reformuler au besoin. Je m'assurerai également que tous auront la possibilité de s'exprimer. Tel que mentionné lorsque vous avez accepté de participer au projet, la rencontre d'aujourd'hui sera enregistrée afin de ne perdre aucune information discutée ici. Toutefois, aucun nom n'apparaîtra à la transcription. La confidentialité des données d'entrevue sera respectée.

Avez-vous des questions avant de débuter?

Tour de table en se présentant et en précisant quel stage a été effectué à la clinique

1. Pouvez-vous me parler pour commencer de votre expérience de stage à la clinique?
2. Comment avez-vous trouvé les approches de supervision utilisées dans le cadre de votre stage à la CUP?
    a. Quelles en sont les particularités?
    b. Qu'avez-vous apprécié le plus dans votre expérience des approches de supervision?
    c. Qu'avez-vous apprécié le moins?
3. Comment un stage à la CUP se différencie-t-il des autres stages que vous avez faits?
4. En tant que milieu clinique, comment avez-vous trouvé le fonctionnement et l'organisation de la clinique (assignation des clients, horaire, communication) ?
    a. En quoi le fonctionnement a influencé votre stage?
5. Connaissez-vous les valeurs de la CUP?
    a. Selon votre expérience, quelles sont les valeurs véhiculées à la clinique?
    b. De quelles façons se concrétisent-elles?
6. Estimez-vous que la clinique est accessible à la clientèle (termes à définir aux participants : accessibilité physique, acceptabilité sociale, disponibilité, commodité, accessibilité financière)?
7. Quel est votre niveau de satisfaction à l'égard de votre stage à la clinique?
    a. Qu'est-ce que vous avez apprécié le plus?

b. Quels ont été les principales difficultés?

8. Comment pourrait-on améliorer le fonctionnement de la clinique?

Est-ce qu'un aspect important selon vous n'a pas été discuté? Voulez-vous ajouter une/des précisions suite à la discussion?

Annexe 3-Guide d'entrevue avec les membres du personnel de la clinique universitaire de physiothérapie

Présentation de la chercheuse et des directrices du projet

Explication de la démarche (voir plus haut)

Mise en contexte du but de l'exercice, qui est de connaître le vécu des participants à la CUP. Nous souhaitons que des commentaires constructifs sur les différents aspects abordés soient apportés. Si des insatisfactions en lien avec des relations entre collègues étaient soulevées, les participants seront invités à contacter la directrice du département de réadaptation, qui est en charge des ressources humaines de la CUP.

Tour de table en se présentant et en précisant le rôle effectué à la clinique

1. Pouvez-vous me parler de votre rôle à la clinique?
2. En général, quel est votre niveau de satisfaction du fonctionnement clinique (gouvernance, assignation des rendez-vous, réception des références, horaire, processus de communication, approches de supervision)?
    a. Qu'est-ce que vous appréciez le plus?
    b. Quels sont les principales difficultés?
3. Est-ce que les ressources financières, matérielles et humaines sont suffisantes?
    a. Quels sont les bons coups?
    b. Quels seraient des améliorations pertinentes?
4. Estimez-vous que la clinique est accessible à la clientèle (termes à définir aux participants)? (Accessibilité physique, acceptabilité sociale, disponibilité, commodité, accessibilité financière)
5. Comment l'offre de services de la clinique s'insère dans l'offre globale en physiothérapie dans la région?
6. Selon votre expérience, quelles valeurs représentent bien les services de la clinique?
    a. Nommez des exemples où ces valeurs ont été observées pendant votre travail à la clinique.
7. Pouvez-vous me décrire la relation que vous avez avec les partenaires-référents?
8. Comment pourrait-on améliorer le fonctionnement de la clinique?
9. Est-ce qu'un aspect important selon vous n'a pas été discuté? Voulez-vous ajouter une/des précisions suite à la discussion?

Annexe 4-Guide d'entrevue individuelle avec les référents

Présentation de la chercheuse et des directrices du projet

Explication de la démarche (voir plus haut)

Mise en contexte du but de l'exercice, qui est de connaitre le vécu des participants à la CUP. Nous souhaitons que des commentaires constructifs sur les différents aspects abordés soient apportés. Si des insatisfactions en lien avec des relations avec les intervenants de las clinique étaient soulevées, les participants seront invités à contacter la directrice du département de réadaptation, qui est en charge des relations entre les partenaires et la CUP.

1. Décrivez-moi votre expérience et/ou collaboration lors de références effectuées à la CUP.
2. Comment se passe le transfert d'information/la communication avec les intervenants de la clinique.
3. En général, quel est votre niveau de satisfaction du fonctionnement clinique (formulaire de référence, prise en charge de vos clients, suivis effectués en cours de traitement, , assignation des rendez-vous, horaire)?
    a. Qu'est-ce que vous appréciez le plus?
    b. Où sont les cibles d'amélioration prioritaires?
4. De quelle façon l'offre de services de la clinique répond aux attentes de vos milieux et de votre clientèle?
5. Dans le futur, comment voyez-vous la poursuite de la collaboration entre les deux milieux?
6. Est-ce qu'un aspect important selon vous n'a pas été discuté? Voulez-vous ajouter une/des précisions suite à la discussion?

Annexe 5-Questionnaire téléphonique auprès des référents

Bonjour, excusez-moi de vous déranger. Mon nom est XXX et je vous appelle aujourd'hui car nous procédons à l'évaluation des services de la clinique universitaire en physiothérapie de l'Université Laval. Nous souhaitons avoir votre opinion sur les services que vous avez reçus entre les mois de XX et XX. Les informations que vous nous transmettrez resteront confidentielles. Le questionnaire prendra environ 10 minutes à compléter. Est-ce que je peux prendre quelques minutes pour le compléter avec vous maintenant.

Oui : merci beaucoup.
Non : est-ce qu'il y a un meilleur moment où je pourrai vous rejoindre?

Je vais débuter. Veuillez écouter attentivement les questions suivantes et identifier la réponse qui correspond le plus à votre opinion. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse; la meilleure est celle qui correspond à ce que vous pensez.

Ëtes-vous…	Tout à fait en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Ne sais pas	N/A	Ne veut pas répondre	Commentaires
1. Il était facile de me rendre à la clinique en transport en commun ou en voiture de mon domicile.								
2. Il était facile pour moi de me stationner aux alentours de la clinique.								
3. Il était approprié selon moi de payer le stationnement lors de mes rendez-vous à la clinique.								

4. Il était facile pour moi de me rendre aux locaux de la clinique à partir du stationnement. *l'entrée principale, la présence ou non d'escaliers/ascenseur/rampe, localiser la clinique dans le bâtiment*								
5. Il était facile de localiser la clinique dans le bâtiment.								
6. Les heures d'ouverture étaient adéquates selon mes disponibilités.								
7. Selon moi, l'aménagement des locaux était approprié. *Déplacements faciles, propreté, intimité*								
8. Le contexte d'apprentissage dans lequel les traitements étaient prodigués était adéquat pour moi. *Présence d'autres étudiants, dispensation de cours à proximité*								
9. Les équipements étaient adaptés aux services que j'ai reçus. *Tables de traitement, appareils*								
10. Il était simple pour moi de communiquer								

avec le personnel de la clinique.								
11. Il était possible pour moi d'obtenir des rendez-vous rapidement.								
12. Les étudiants et les physiothérapeutes me transmettaient des informations sur ma condition, les traitements prodigués et les étapes à venir.								
13. Les étudiants et les physiothérapeutes prenaient le temps nécessaire pour s'occuper de moi.								
14. Les étudiants et les physiothérapeutes utilisaient des mots que je comprenais.								
15. Il était facile pour moi de comprendre la documentation fournie.								
16. Les intervenants me traitaient avec respect.								
17. J'ai été informé des modalités d'interventions de la clinique lors de la référence. *Interventions faites par les étudiants, dans la faculté de*								

médecine, particularité de l'horaire.								
18. Il était acceptable pour moi de recevoir des traitements de la part d'étudiant en physiothérapie.								
19. Il était adéquat pour moi de changer d'intervenant en cours de suivi.								
20. Selon moi, les étudiants et les physiothérapeutes étaient compétents.								
21. J'aurais utilisé les services de la clinique même s'il y avait eu des coûts associés.								
22. En général, je suis satisfait des services reçus à la Clinique universitaire en physiothérapie.								

Avez-vous des suggestions ou des commentaires afin d'améliorer les services de la clinique?

Merci de votre collaboration!

Annexe 6-Rapport préliminaire

Évaluation de la performance de la Clinique universitaire de physiothérapie

Rapport Préliminaire

Décembre 2016

Comité d'évaluation :

Cynthia Fauteux, erg.

Étudiante à la maîtrise en santé communautaire-volet évaluation de programme

Marie-Eve Lamontagne, erg, Ph.D.
Professeure
Département de réadaptation

Kadija Perreault, pht, Ph.D.
Professeure
Département de réadaptation

Richard Debigaré, pht, Ph.D.
Professeur et Directeur du programme de physiothérapie
Département de réadaptation

Marc Perron, pht, M.Sc.
Chargé d'enseignement en médecine
Département de réadaptation

Hélène Moffet, pht, Ph.D.
Professeur et Directrice
Département de réadaptation

La Clinique universitaire de physiothérapie (CUP) a ouvert ses portes en avril 2016. Le Département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université Laval a mandaté un comité afin d'évaluer la performance de la CUP. Ce rapport présente des données préliminaires de l'évaluation pour période s'échelonnant de l'ouverture de la CUP au 30 novembre 2016.

Devis d'évaluation

Un plan d'évaluation de la performance a été élaboré par le comité, en consultation avec les partenaires du projet. L'évaluation a été effectuée à travers un devis mixte incluant des approches quantitatives et qualitatives. Les sources de données utilisées incluent les banques de données cliniques et administratives, les discussions issues de groupes de discussion, dont trois avec des étudiants (n=13) et un avec le personnel de la clinique (n=6), des entrevues individuelles semi-structurées avec les référents (n=4), de même que des entrevues téléphoniques structurées d'évaluation de la satisfaction avec les clients (n= 41) ayant reçus des services à la CUP.

UNIVERSITÉ LAVAL
Faculté de médecine

LA SANTÉ DURABLE NOTRE ENGAGEMENT POUR LA VIE

Profil de la clientèle

Indicateurs	Pourcentage (%)
Genre	
Femmes	60,1%
Hommes	39,9%
Âge	
0-11 ans	19,4%
12-20 ans	5,3%
21-34 ans	10,5%
35-45 ans	12%
46-55 ans	20,3%
56-65 ans	14,3%
66-75 ans	15%
76 et plus	3%
Région	
03	66,9%
12	20,3%
Mode de déplacement	
Voiture	73,5%
Raisons de consultation*	
Musculo-squelettique	70,1%
Neurologique	15,1%
Multi-systémique	15,8%
Téguments	0,5%
Cardio-respiratoire	0,4%

*Non mutuellement exclusif

La clientèle de la CUP …

- Est **généralement représentative** de la population des régions 03 et 12 sur le plan de l'âge, mais les femmes sont surreprésentées comparativement à la démographie de ces deux régions selon l'Institut de la statistique du Québec[1];
- Présente des **problématiques variées** au niveau de la nature des problèmes et de leur complexité, ce qui permet une **complémentarité** avec les expositions vécues dans les autres milieux de stage.

[1]Institut de la statistique du Québec (2015). Le bilan démographique du Québec. Gouvernement du Québec

Volume d'activités

Indicateurs	Résultats
Provenance des références	10 points de services référents, au sein de trois établissements de santé de la région (CIUSSS de la Capitale-Nationale, CHU de Québec, CISSS Chaudière-Appalaches)
Nombre de clients référés	221
Nombre de clients traités	133 (60,2% des clients référés)
Nombre de clients actuellement en attente	44 (19,9%)
Nombre de refus de suivi	41 (18,6%)
Nombre de références non admissibles	3 (1,6%), 2 pour des diagnostics non admissibles et 1 à cause de la couverture d'un régime d'assurances
Nombre de traitements (visites)	1277
Moyenne de traitements par client	9 (entre 1 et 47 rendez-vous par client)
Heures d'ouverture totales	849
Nombre d'étudiants-stagiaires	41
Nombre de jours totaux de stage	833
Poste équivalent temps plein assumé par la FMED	1,2
Ratio superviseur/supervisé	1 : 2 ou 1 : 4, selon le niveau de formation des étudiants
Proportion de stages du programme de physiothérapie faits à CUP	6,5%
Proportion des stages réussis effectués à la CUP	100%

Le **volume de clients et d'activités** de la clinique démontrent que…

- Le profil de clientèle est **pertinent** pour répondre à la mission de la clinique universitaire, considérant le faible nombre de références non admissibles;
- Le nombre de clients référés est **suffisant** pour répondre aux besoins de stage **actuels** des étudiants, et pourrait être bonifiée pour accueillir un plus grand nombre de stages;
- La CUP permet de **répondre aux besoins de formation clinique identifiés dans la phase pilote**, en complémentarité avec les milieux habituels de stage des réseaux public et privé

Indicateurs	% répondants ayant un avis favorable	% répondants ayant un avis défavorable
Acceptabilité de recevoir des traitements de la part de stagiaires	**100 %**	0%
Satisfaction globale des services reçus	**95,1 %**	4,9%
Compétence des stagiaires et des physiothérapeutes	**92,7 %**	7,3%
Accessibilité de la clinique dans le pavillon	90,3%	**9,7 %**
Changement d'intervenants en cours de suivi	86,8%	**13,2 %**
Informations transmises par le référent	80,5%	**19,5 %**
Stationnement	71,4%	**28,6 %**

L'évaluation de la **satisfaction de la clientèle** met en lumière que …

- Les coûts reliés au stationnement sont problématiques pour plus du quart des répondants;
- La transmission d'information par le référent au client ne répond pas aux besoins de plusieurs usagers;
- L'accessibilité de la clinique dans le pavillon Ferdinand-Vandry n'est pas optimale pour tous.

Cependant…

- La très grande majorité des clients sont globalement **satisfaits** des services reçus et juge que les intervenants sont **compétents**;
- Tous les clients estiment qu'il est **acceptable** de recevoir des services de la part d'étudiants en physiothérapie;
- La qualité des locaux et des équipements a été relevé par plusieurs clients.

Points de vue des autres acteurs

Ce que disent les étudiants de leur expérience de stage à la CUP :

- Il s'agit d'une expérience de formation clinique **pertinente** et **distinctive** par rapport aux milieux privés et publics en raison de la diversité de la clientèle et de la qualité des interventions cliniques ;
- Le contexte de la CUP permet d'acquérir une **grande autonomie**, mais sans la pression vécue dans les milieux privés ;
- Les étudiants apprécient les modalités d'enseignement novatrices, notamment l'autonomie et l'apprentissage par les pairs ;
- Ils soulignent la **qualité et la variété des équipements** mis à la disposition à la CUP ;
- Ils rapportent plusieurs exemples où le fonctionnement de la clinique a pu être adapté aux réalités vécues;
- Ils apprécient les logiciels de gestion clinico-administrative, mais déplorent le temps d'appropriation requis qui pourrait être inclus dans d'autres activités de formation hors stage;
- **Ils ont peu d'opportunités d'observer** des interventions faites par les physiothérapeutes, ce qu'ils estiment être une potentielle piste d'amélioration ;
- Les étudiants proposent que l'**encadrement** puisse être **amélioré,** en offrant une supervision directe plus constante et des rétroactions sur les manipulations effectuées.

Ce que disent les membres du personnel consultés sur leur travail à la clinique :

- Il est **motivant** de mettre en avant-plan le rôle de superviseur, contrairement aux autres milieux cliniques, où le rôle de clinicien demeure central;
- Tous sont **actifs** dans la **résolution de problèmes** en lien avec l'organisation des services;
- Ils se sentent **écoutés** et soutenus dans leur travail par l'équipe de gestion;
- Le travail en général est perçu comme **stimulant**;
- Le personnel souhaiterait **davantage** de partenariat et de **collaboration** avec les **partenaires**;
- La **communication** avec les **clients** est parfois **difficile** pour les agentes administratives en raison de leur disponibilité limitée dans les activités de la clinique;
- La clinique propose une **organisation administrative** qui présente certaines **contraintes** en lien avec la présence limitée des agentes administratives et la communication avec les partenaires;
- Des inégalités ont été expérimentées dans l'apport en ressources humaines lors de certaines périodes (vacances, ressource fournie par le partenaire intégrée tardivement);
- Le contexte de pratique est propice à la mise en place d'**approches novatrices** de supervision et d'interventions, mais pourra être bonifié quand la période de rodage sera terminée.

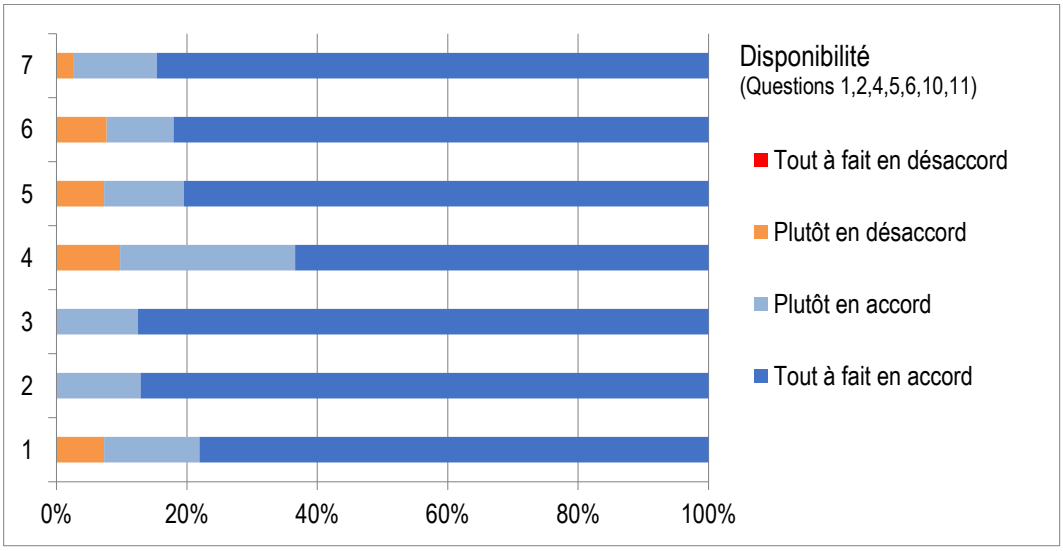
Ce que disent les référents consultés sur la CUP :

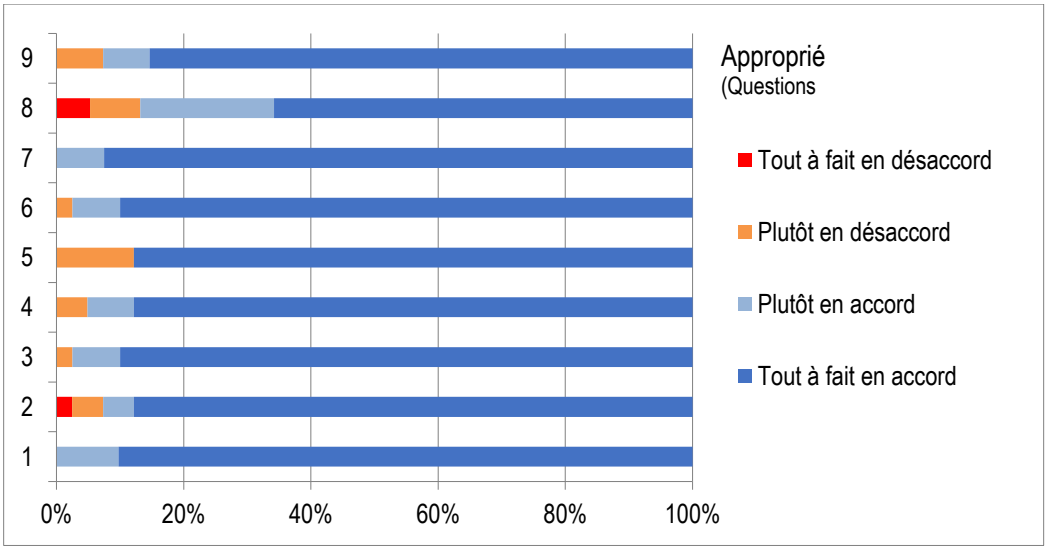
- **La clinique universitaire de physiothérapie complète l'offre de services** offerts dans leur établissement ;
- Les **références sont faciles à faire** (formulaire clair, critères d'admissibilité clairement identifiés);
- La **communication** avec la clinique est **difficile** selon plusieurs d'entre eux, notamment en ce qui a trait à l'avenir clinique des patients, puisque les référents ne sont pas avisés lors de la prise en charge des clients);
- La **collaboration** avec les milieux référents est **essentielle** à la prestation de services de la CUP dans le modèle actuel et des **ajustements** sur les besoins et attentes des référents devront être mis en place afin d'optimiser le partenariat entre ces derniers et la CUP.

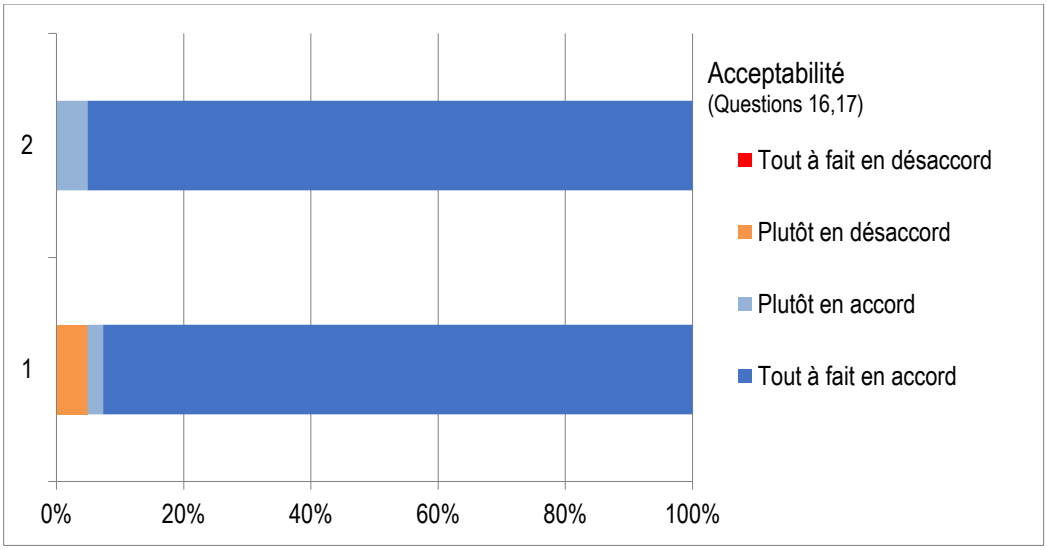
En conclusion...

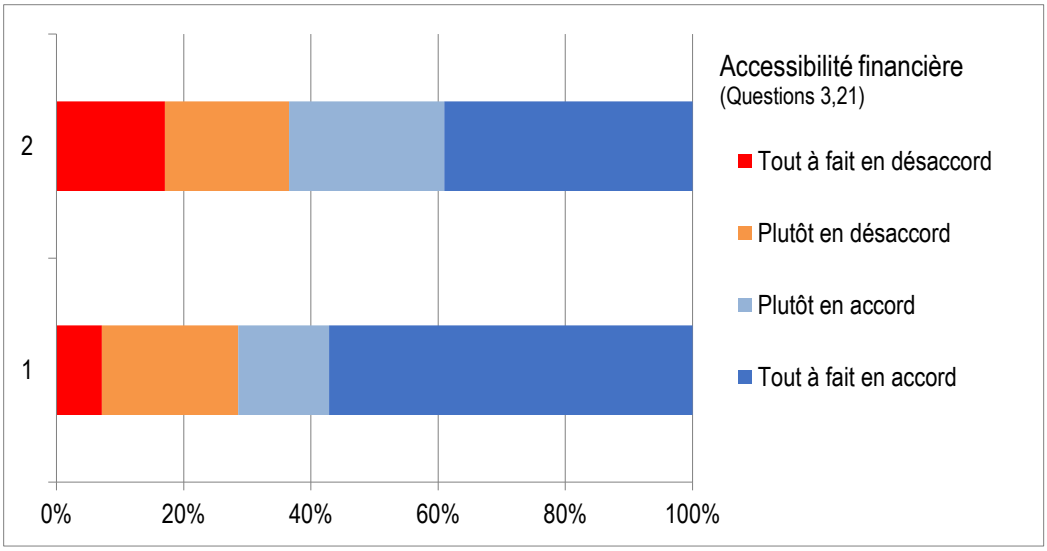
- La clinique universitaire de physiothérapie représente un milieu de travail et de stage stimulant et positif, laissant entrevoir un très bon climat organisationnel ;
- Elle offre une quantité et une qualité de stages exemplaires, qui pourront être encore bonifiées par une consolidation de certains aspects de fonctionnement (p. ex : encadrement), et une amélioration des communications et collaborations avec les référents. En ce sens, les processus en place rencontrent les attentes actuelles, mais laissent encore place au développement et à l'innovation ;
- Depuis ses débuts, la CUP fait preuve d'adaptation pour faire face aux défis qu'elle rencontre et demeurer pertinente en lien avec son environnement et les commentaires des étudiants. Sa capacité d'adaptation est une des forces qui contribueront à son futur ;
- Les résultats en matière de réussite de stages et de satisfaction des acteurs mettent en lumière son efficacité pour répondre aux besoins du programme de physiothérapie et de la collectivité;
- **Considérant les points ci-dessus, les résultats de l'évaluation mettent en évidence la performance remarquable de la clinique universitaire de physiothérapie et son potentiel de développement futur.**

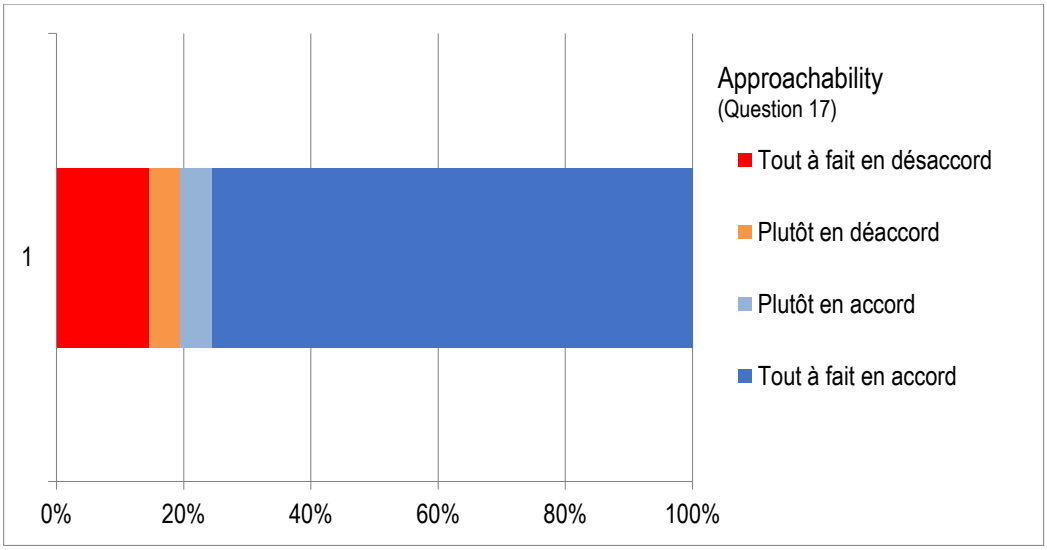
Annexe 7-Résultats détaillés des questionnaires téléphoniques

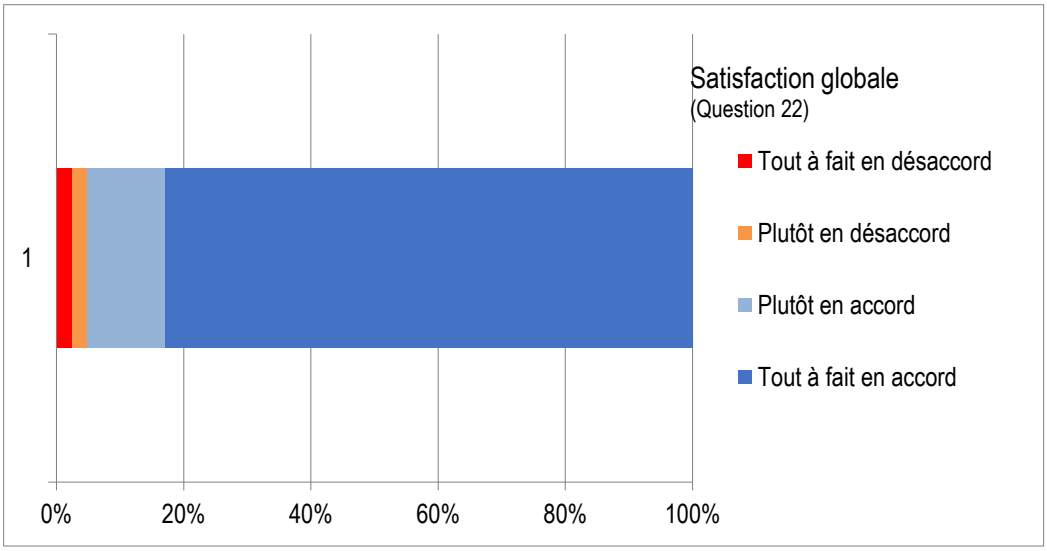


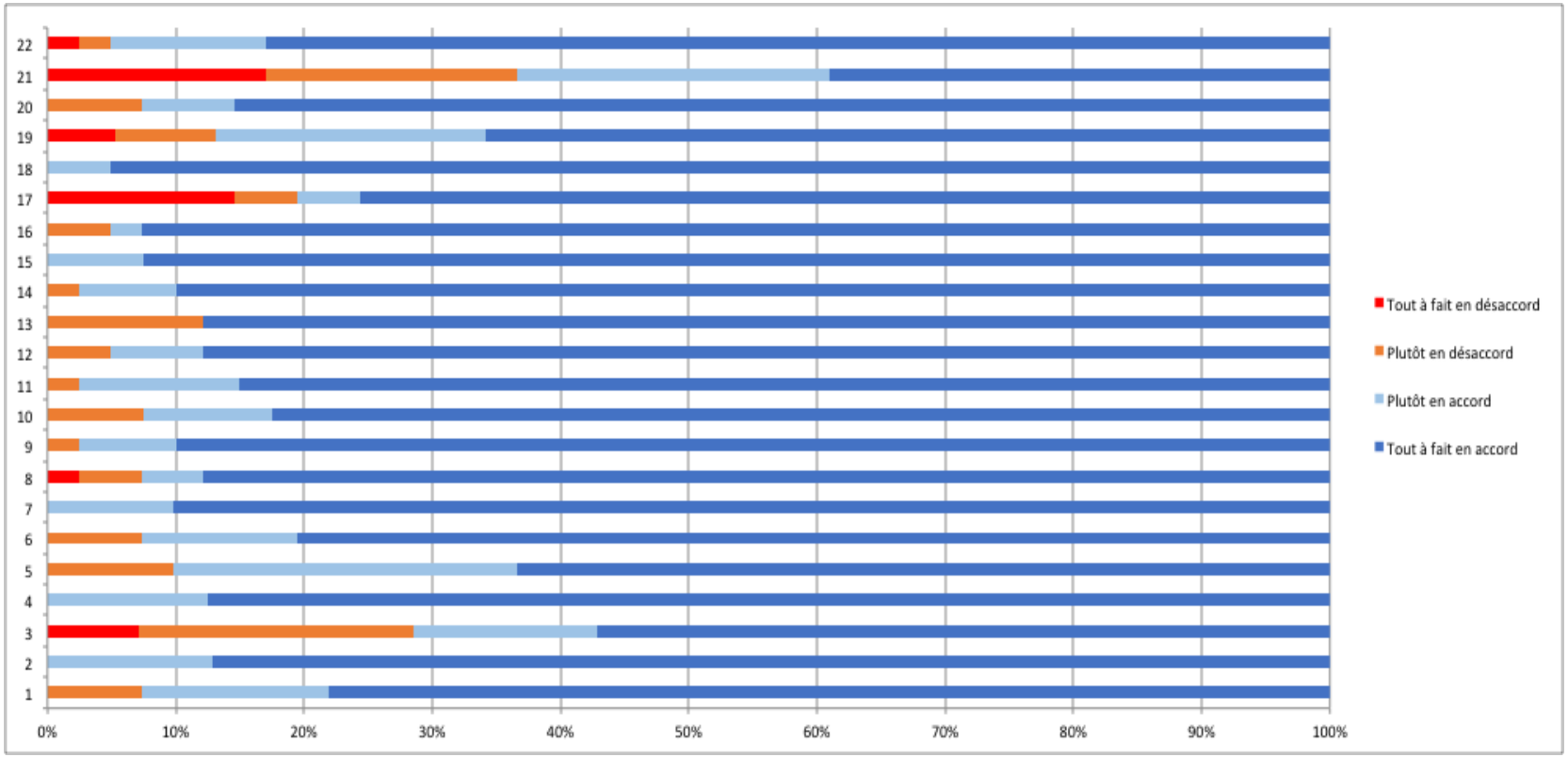



Acceptabilité
(Questions 16,17)
Tout à fait en désaccord
Plutôt en désaccord
Plutôt en accord
Tout à fait en accord
2
1
0%
20%
40%
60%
80%
100%


Accessibilité financière
(Questions 3,21)
Tout à fait en désaccord
Plutôt en désaccord
Plutôt en accord
Tout à fait en accord
2
1
0%
20%
40%
60%
80%
100%


Approachability
(Question 17)
Tout à fait en désaccord
Plutôt en déaccord
Plutôt en accord
Tout à fait en accord
1
0%
20%
40%
60%
80%
100%


Satisfaction globale
(Question 22)
Tout à fait en désaccord
Plutôt en désaccord
Plutôt en accord
Tout à fait en accord
1
0%
20%
40%
60%
80%
100%



Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES