

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

OPTIMISATION DU FLUX AU CENTRE DE PRÉLÈVEMENT
D'ONCOLOGIE DU CUSM: UNE APPROCHE BASÉE SUR LA
PERFORMANCE

TRAVAIL PRÉSENTÉ
AU BUREAU DES STAGES
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU COURS
ENP6979 S : STAGE

PAR
ERIKA MAJCHRZAK

24 JANVIER 2025

RÉSUMÉ

Ce projet de stage s'est déroulé au centre de prélèvements du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), dans le secteur de l'oncologie. L'objectif principal était de revoir la trajectoire des usagers afin d'optimiser l'efficacité et l'efficacité des processus organisationnels. La méthodologie adoptée a combiné une analyse des flux des usagers, la cartographie des processus existants et la collecte de données quantitatives (temps d'attente, volumes d'usagers et qualitatives (entrevues avec le personnel et observation des pratiques). Cette approche a permis d'identifier les principaux points de friction, notamment la coordination interservices, la gestion des rendez-vous et les délais liés à la préparation des prélèvements. À partir de ces constats, des recommandations ont été formulées, incluant la réorganisation des étapes critiques, l'optimisation des horaires et l'intégration d'outils numériques pour améliorer la fluidité des opérations. Ce projet s'inscrit dans une démarche de gestion de la qualité et d'amélioration continue, contribuant à la performance organisationnelle et à l'expérience usager en oncologie.

Mots clés : Performance organisationnelle, Gestion du changement, Leadership transformationnel, Planification stratégique, Amélioration de l'efficacité et de l'efficacité d'un service, Centre de prélèvement, Oncologie.

TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
TABLES DES MATIÈRES	iii
LISTES DES TABLEAUX	vi
LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	viii
1. DESCRIPTION DU MILIEU ET DU MANDAT CONFIE	iii
1.1. Description du milieu	iii
1.2. Description du problème	iv
1.3. Description du mandat.....	iv
2. RECENSION DES ÉCRITS	vi
2.1. Plan d'action 2024-2026 du PQC	vi
2.1.1. Axe 1 : La participation active de la population et des personnes touchées par le cancer (PTC).....	vii
2.1.2. Axe 4 : Une investigation rapide fondée sur la pertinence	vii
2.1.3. Axe 7 : Un réseau hiérarchisé et intégré pour des soins et des services de qualité et une évolution des pratiques	viii
2.1.4. Axe 8 : La surveillance de l'état de santé de la population au regard du cancer et l'analyse de la performance du réseau de cancérologie.....	ix
2.2. Rapport du comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance du Programme national de cancérologie du Québec	x
2.2.1. Modèle logique du Programme de cancérologie du Québec	x
3. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION.....	xii
3.1. Cadre systémique de recherche	xii
3.2. La confidentialité.....	xiii
3.3. Les méthodes de collectes des données	xiv
3.3.1. L'observation directe	xiv
3.3.2. L'entrevue semi-dirigée	xv

3.3.3.	Le <i>benchmarking</i>	xviii
3.3.4.	La recherche-action	xix
4.	RÉSULTATS ET ANALYSES DES DONNÉES	xxii
4.1.	L'observation active.....	xxii
4.1.1.	Le rôle des membres de l'équipe du CP	xxii
4.1.2.	Performance globale du CP	xxv
4.2.	L'entrevue semi-dirigée	xxvi
4.2.1.	Les infirmières auxiliaires	xxvi
4.2.2.	Les agents administratifs	xxvii
4.2.3.	Les bénévoles	xxviii
4.2.4.	Les usagers	xxix
4.3.	Le <i>benchmarking</i>	xxix
4.4.	La recherche-action	xxxiii
4.4.1.	Calcul du temps d'attente	xxxiii
4.4.2.	Le <i>Takt Time</i>	xxxv
4.4.3.	Ajout quotidien d'usagers sans rendez-vous	xl
4.4.4.	Questionnaire de satisfaction-usagers	xlii
4.5.	Le rôle du gestionnaire immédiat	xliii
5.	RECOMMANDATIONS ET DISCUSSIONS	xlvi
5.1.	Typologie d'Ishikawa	xlvi
5.2.	Recommandations selon les axes de performances.....	xlvi
5.2.1.	Renforcer la capacité administrative et l'équilibre du flux de travail	xlix
5.2.2.	Renforcer la discipline de réservation et la priorisation des usagers.....	xlix
5.2.3.	Optimiser les processus pour les ajouts non planifiés et les usagers de recherche	l
5.2.4.	Repenser la trajectoire des usagers et l'aménagement des lieux physiques ...	li
5.2.5.	Renforcer la formation, la stabilité et le développement des équipes	li
5.2.6.	Clarifier les rôles et le soutien des bénévoles.....	lii

5.2.7. Optimiser la communication et les outils numériques	lii
5.3. Leçons apprises	lii
CONCLUSION	lv
RÉFÉRENCES	lvii
APPENDICE B	lxiv
APPENDICE C	lxvii
APPENDICE D	lxx
APPENDICE E.....	lxxii
APPENDICE F	lxxiii
APPENDICE G	lxxx
APPENDICE H	lxxxiv

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1. Performance annuelle du CP.....	xxv
Tableau 2. Comparaison des données recueillies dans les autres établissements.....	xxx
Tableau 3. Comparaison des différents systèmes informatiques de prises de rendez-vous	xxxii
Tableau 4. Temps d'attente moyen	xxxiv

LISTES DES FIGURES ET SCHÉMAS

Figure 1. Modèle logique de la mesure du résultat.....	xiii
Figure 2. Capacité annuelle des usagers par jour de la semaine selon les années sélectionnées.	xxvi
Figure 3. Répartition horaire des usagers au cours de la semaine (2024)	xxxviii
Figure 4. Répartition horaire des usagers au cours de la semaine (2025).	xxxix

LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CP : Centre de prélèvement

CHUM : Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

CHUS : Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke

CUSM : Centre Universitaire de Santé McGill

DASI : Directrice adjointe des soins infirmiers

DSI : Direction des soins infirmiers

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

PQC : Programme québécois de cancérologie

PTC : Personnes touchées par le cancer

CAO : Centre ambulatoire d'oncologie

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ma maîtrise en administration publique, profil professionnel.

Tout d'abord, je remercie chaleureusement Christine Bouchard, directrice adjointe des soins infirmiers (DASI) du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), mission cancérologie, de m'avoir offert l'opportunité de réaliser mon stage final au sein de ton équipe. Ton engagement évolutif et proactif envers l'amélioration continue des soins oncologiques, dans toutes ses dimensions, est une source d'inspiration pour moi, que je conserverai dans mon bagage professionnel tout au long de ma carrière.

Je tiens également à remercier Tina Kusaian, pour ta confiance, ton soutien indéfectible et ta bienveillance. Ta capacité à reconnaître mon potentiel et à m'encourager dans l'approfondissement de mes connaissances a été déterminante dans mon développement professionnel. Ton accompagnement m'a permis de grandir en tant que gestionnaire en devenir, avec une posture plus affirmée et réfléchie.

Un immense merci à Jacques Fortin, pour ton encadrement rigoureux, tes conseils éclairés et ton écoute attentive. Grâce à ton expertise et ta rigueur, j'ai pu apprendre ce qu'est une posture de gestion solide, alignée avec ses valeurs et ses aspirations professionnelles. Ton soutien constant m'a permis de croire en mes capacités et de m'investir pleinement dans la complétion de mon stage et de ma maîtrise. Tu figures certainement parmi mes modèles de rôle professionnel, et ton approche humaine et stratégique de la gestion continuera d'influencer ma pratique pour les années à venir.

Ainsi, l'ensemble des membres de l'équipe de la clinique de prélèvement pour votre collaboration, votre ouverture et votre engagement envers leur milieu de travail, voulant à

tout prix rendre les services offerts aux usagers meilleurs. Votre expertise a été précieuse dans l'élaboration de mon mandat de stage et m'a aussi permis de voir l'importance d'une équipe soudée, qui s'entraide dans les bonnes et mauvaises facettes du travail.

Je veux aussi remercier Cédrik de m'avoir appuyé durant ces années d'études supérieures, même s'il n'a pas toujours été facile de concilier les exigences académiques, professionnelles et personnelles. Ta patience, ton écoute et ta présence constante ont été essentielles dans les moments de doute, comme dans les réussites. Sache que, sans ton soutien, je ne serais pas où j'en suis aujourd'hui.

En plus de ma famille — Stéphanie, Daniel et Emmy —, merci de m'avoir toujours encouragé et donné confiance en moi. Moi qui croyais faire « qu'une technique », me voilà aujourd'hui finissante d'un programme de deuxième cycle. Votre fierté et votre soutien m'ont portée plus loin que je ne l'aurais cru possible.

Enfin, je souhaite exprimer ma gratitude à mes collègues, enseignants, proches et amis pour leur soutien tout au long de ce parcours. Sans un entourage qui croit en moi, m'encourage dans les moments de doute et célèbre mes petites et grandes victoires, ce chemin n'aurait pas eu la même richesse ni la même portée. Votre présence m'a permis de persévérer, de me dépasser et de terminer ce programme avec fierté.

INTRODUCTION

La performance d'un établissement de santé est évaluée à travers plusieurs dimensions interconnectées, toutes orientées vers un objectif commun : améliorer et préserver la santé et le bien-être de la population québécoise (MSSS, 2025). Différents départements, tels que la Direction des soins infirmiers (DSI), la Direction médicale et des services professionnels, la Direction des ressources humaines, la Direction de l'innovation, de la performance et de la qualité, entre autres, collaborent à cette tâche et constituent ensemble le système de santé tel qu'il existe actuellement. Dans le cadre de ce rapport, un stage a été réalisé auprès de la DASI, de la mission du cancer du CUSM. Cette immersion au sein de la DSI a permis concrètement d'observer les dynamiques organisationnelles, les enjeux de performance et les pratiques de gestion propre à ce secteur hautement spécialisé du Réseau universitaire intégrée de Santé et de Services sociaux McGill. Ce contexte a donné l'opportunité de visualiser différentes postures de leadership en action, mobilisant des leviers stratégiques pour assurer une prestation à la fois novatrice et de qualité supérieure, en mettant l'accent sur les besoins des usagers.

La problématique centrale analysée porte sur des enjeux d'efficacité et d'efficience observés en sein de la clinique de prélèvement sanguin du Centre ambulatoire d'oncologie (CAO). Plusieurs indicateurs sont ainsi affectés : la continuité des soins, l'accessibilité du service et la qualité des soins offerts à la clientèle oncologique (MSSS, 2012). Ce dysfonctionnement dans le flux opérationnel est directement lié aux facteurs organisationnels, humains et systémiques. Il soulève des questionnements quant à la capacité du service à maintenir une performance durable dans un environnement clinique complexe où l'optimisation des processus, la coordination interdisciplinaire et l'adaptabilité organisationnelle deviennent des éléments essentiels pour répondre efficacement aux besoins d'une clientèle vulnérable et en constante évolution. Afin d'analyser cette problématique, le cadre théorique s'appuiera sur les fondements du leadership transformationnel (Bass & Avolio, 1994) de la gestion du

changement (Kotter, 1996) de la performance organisationnelle (Sicotte, Champagne, & Contrandriopoulos, 1999) et du modèle logique de la mesure du résultat (Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique), 2016).

1. DESCRIPTION DU MILIEU ET DU MANDAT CONFIE

1.1. Description du milieu

Le système de santé et des services sociaux du Québec se démarquent par ses structures intégrées, sa gouvernance régionale et son engagement envers l'amélioration continue de la qualité des soins offerts à la population. Organisé autour de centres partenaires, tels que les Centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux et les Centres intégrés de santé et de services sociaux, il vise à offrir des services accessibles, équitables et adaptés aux besoins de la population, en favorisant la collaboration interdisciplinaire et l'innovation organisationnelle. Le CUSM agit pour sa part comme centre de référence, responsable de son réseau composé des centres affiliés et de centres partenaires. Ce qui distingue un centre de référence est sa structure hautement spécialisée, reconnue pour son expertise dans un domaine clinique précis. Il constitue un point central pour la prise en charge de cas complexes nécessitant une expertise avancée. C'est notamment le cas du département d'oncologie du CUSM, qui reçoit un volume important de références provenant des centres affiliés et de partenaires répartis sur l'ensemble du territoire. Ce rôle contribue à la coordination des soins spécialisés et à l'accessibilité des services pour l'ensemble de la population. La première porte d'accès des usagers référés au CUSM est la chirurgie oncologique, un secteur particulièrement développé. Dès leur entrée dans l'organisation, les usagers sont pris en charge selon une approche centrée sur leurs besoins, laquelle constitue le fondement de pratiques cliniques du milieu.

La clinique de prélèvements sanguins est composée de deux agents administratifs à l'accueil, de quatre à cinq infirmières auxiliaires, ainsi que de deux bénévoles qui soutiennent le roulement des usagers. Chacun de ces acteurs joue un rôle essentiel dans le bon fonctionnement du service et dans le maintien de sa fluidité.

1.2. Description du problème

Bien que ces structures soient conçues pour faciliter le parcours de soins, elles nécessitent parfois d'être réévaluées et ajustées afin d'assurer un flux opérationnel optimal. Des enjeux tels que la coordination entre les services, la gestion des horaires, la répartition des ressources humaines et l'adaptation aux volumes d'utilisateurs peuvent engendrer des ralentissements ou des inefficacités au sein des divers services. Une revue périodique des processus en place devient alors essentielle pour maintenir une performance clinique durable, améliorer l'expérience des utilisateurs et soutenir les équipes dans l'accomplissement de leur mission de soins.

Malgré l'engagement soutenu de l'équipe, le fonctionnement actuel présente certaines limites qui justifient une révision afin d'atteindre le niveau de performance organisationnelle souhaité. La capacité annoncée avant le début du stage était estimée entre 300 et 350 utilisateurs par jour, un volume jugé excessif et difficilement réalisable, par l'infirmière-chef et la DASI du service, compte tenu des ressources disponibles et de l'organisation actuelle du service. Considérant qu'une infirmière auxiliaire peut prendre en charge en moyenne 50 utilisateurs par jour, une capacité plus réaliste se situerait entre 200 et 250 utilisateurs par jour. Cette cible permettrait d'atteindre le rendement attendu par la gestionnaire du service, tout en garantissant une prestation de soins sécuritaire, efficace et durable.

1.3. Description du mandat

Le mandat confié s'inscrit dans une visée d'amélioration de la performance du centre de prélèvement (CP) de la clinique d'oncologie, de l'Hôpital Royal-Victoria. Ce CP fait partie intégrante du CAO qui comporte plusieurs autres services, tels que la radio-oncologie, les salles de traitements (chimiothérapie/immunothérapie), les salles dédiées aux suivis médicaux et les services psychosociaux (psychologie, travail social, soins palliatifs, etc.). Les utilisateurs sont ainsi appelés à naviguer dans ce centre intégré, soutenu par les différentes équipes de professionnelles qui veillent au bon déroulement de leurs épisodes de soins, en assurant une coordination efficace entre les services et une continuité de la prise en charge.

Le mandat déterminé vise donc à collecter toutes les données concernant les processus et les pratiques en vigueur, afin d'obtenir une vue d'ensemble des dynamiques organisationnelles actuelles. L'analyse des données recueillies permettra ensuite de mettre en lumière les éléments qui influencent la fluidité du service ainsi que la qualité de la prise en charge des usagers. Cette analyse permettra d'identifier les points de frictions dans le fonctionnement quotidien de la clinique, notamment en ce qui concerne la gestion des flux d'usagers, la répartition des tâches et l'utilisation optimale des ressources humaines et matérielles. L'objectif final du mandat est de formuler des recommandations concrètes et réalisables, alignées sur les réalités du terrain, afin de soutenir une performance durable du service, d'optimiser son efficacité et son efficience, tout en garantissant la viabilité des ressources et la sécurité des soins offerts à la clientèle oncologique.

Pour exécuter ce mandat, une collaboration étroite avec les différentes parties prenantes tout au long du stage est importante afin d'obtenir une vision globale des aspects positifs et négatifs pouvant découler des recommandations. Les principales parties prenantes sont les infirmières auxiliaires, les agents administratifs, les gestionnaires (infirmière-cheffe et gestionnaires des agents administratifs), la DASI et le Directeur médical et des services professionnels de la mission oncologique, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services (ombudsman), l'équipe de recherche d'hématologie-oncologie, les médecins (oncologues, hématologues, radiooncologues et chirurgiens-oncologues) ainsi que les usagers.

2. RECENSION DES ÉCRITS

Afin de comprendre les enjeux liés à la performance de la clinique de prélèvements sanguins du CUSM, il est essentiel de situer cette étude dans le cadre des recherches ou modèles conceptuels déjà réalisés. La recension des écrits ci-dessous propose l'examen de deux ouvrages primordiaux, soit le Plan d'action 2024-2026 du Programme québécois de cancérologie (PQC) et le rapport du comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance du Programme national de cancérologie du Québec (2016). Ces deux références ont permis de focaliser les recherches sur les dimensions clés de la performance organisationnelle en oncologie et d'orienter l'analyse afin d'offrir des recommandations et des pistes d'améliorations ciblées sur les axes spécifiques liés au mandat (MSSS, 2023; MSSS, 2016).

2.1. Plan d'action 2024-2026 du PQC

« Articulé autour de huit axes structurants, ce plan vise à produire des résultats concrets pour améliorer l'état de santé de la population québécoise et réduire le fardeau du cancer tout en assurant la meilleure qualité de vie possible aux personnes atteintes de cette maladie » (MSSS, 2023). Dans le cadre de ce projet, plusieurs axes spécifiques ont été mis de l'avant, soit les axes 1, 4, 7 et 8, qui seront définis ci-dessous, afin de renforcer la coordination des interventions, optimiser les parcours de soins et favoriser une approche centrée sur les besoins des usagers et de leurs proches (Appendice G). Ces axes visent également à soutenir l'innovation clinique et organisationnelle, ainsi qu'à améliorer l'accessibilité ainsi que la rapidité des services, et à assurer une évolution continue de la performance pour garantir l'efficacité et l'efficience des mesures mises en place (MSSS, 2023).

2.1.1. Axe 1 : La participation active de la population et des personnes touchées par le cancer (PTC)

Plusieurs orientations prioritaires découlent de l'axe 1 et guident les actions à entreprendre pour renforcer l'engagement des PTC (Appendice G). Les orientations spécifiques reliées au mandat de stage sont les suivantes :

- 1.2 : « Impliquer la population atteinte dans les décisions concernant ses soins »
- 1.5 : « Documenter et analyser les expériences rapportées par les usagers dans le processus de planification et d'amélioration de la qualité et de la pertinence de l'offre de soins et de services »
- 1.6 : « Adapter l'offre de soins et de services en oncologie aux réalités et aux besoins des différentes PTC ».

L'action associée à ces orientations, directement liée au cadre du stage, est l'action 5, qui consiste à « instaurer des mesures sur les concepts d'expérience usager et de résultats de santé en oncologie ». Pour ce faire, des questionnaires de satisfaction usagers ont été distribués dans la salle d'attente et des entrevues semi-dirigées ont été menées auprès des usagers afin de recueillir des données sur leur perception des soins et la qualité des services offerts au CP du CAO. Cette démarche a contribué à la mise en place d'indicateurs permettant d'évaluer l'expérience usager et la pertinence du service offert au CP. Les résultats et les commentaires obtenus alimenteront le processus d'évaluation de la performance du service analysé, en identifiant les forces et les aspects à améliorer, tout en favorisant l'implication des PTC dans la prise de décision afin de mieux répondre à leurs besoins. (MSSS, 2023)

2.1.2. Axe 4 : Une investigation rapide fondée sur la pertinence

En ce qui concerne cet axe, les orientations spécifiques sont les suivantes : (Appendice G)

- 4.4. : « Améliorer des délais d'accès aux examens et leurs résultats en fonction des cibles établies » et
- 4.5. : « Assurer un accès équitable standardisé et en temps opportun aux analyses moléculaires à visée pronostique et thérapeutique »

Plusieurs actions ont été ainsi entreprises pour répondre à ses orientations. Parmi elles, l'action 6 : « Mettre en œuvre des stratégies permettant de faciliter l'accès aux analyses de pathologies et aux analyses moléculaires pertinentes ainsi qu'à leurs résultats associés selon le siège tumoral » et l'action 7 : « Assurer une utilisation judicieuse des tests de biologie médicale selon les indications validées scientifiquement » sont celles qui relevaient du mandat de stage. Ces actions contribuent à optimiser la pertinence des investigations, à réduire les délais et à garantir une approche standardisée, tout en favorisant une meilleure coordination entre les équipes cliniques et les laboratoires.

Ces orientations et actions se sont révélées particulièrement pertinentes pour évaluer la performance du CP, notamment en ce qui concerne la rapidité et la qualité des processus préanalytiques, qui influencent directement l'accès aux résultats et la continuité des soins. La méthodologie adoptée reposait sur l'observation directe des étapes préanalytique et des facteurs influençant les délais d'accès aux examens laboratoires et à leurs résultats. Par ailleurs, les entrevues semi-dirigées menées auprès de divers acteurs impliqués (infirmières auxiliaires, gestionnaires, etc.) ont permis de mieux comprendre les pratiques actuelles, dans l'objectif d'optimiser la pertinence des tests demandés selon les indications validées scientifiquement. Ces approches ont ainsi permis non seulement d'évaluer la performance du CP du CUSM, mais aussi de soutenir l'évolution des pratiques en cohérence avec les orientations 4.4 et 4.5. (MSSS, 2023)

2.1.3. Axe 7 : Un réseau hiérarchisé et intégré pour des soins et des services de qualité et une évolution des pratiques

Cet axe met l'accent sur la coordination et l'intégration des services afin d'assurer une offre de soins cohérente et adaptée. Bien que plusieurs orientations soient définies, celle qui concerne directement le mandat de stage est l'orientation 7.3 « Assurer une coordination et une collaboration interétablissements pour maintenir l'accès équitable pour tous », laquelle vise à soutenir l'évolution des pratiques organisationnelles et cliniques pour améliorer la fluidité des parcours (Appendice G).

Les actions spécifiques associées sont, d'une part, l'action 1, soit « Réaffirmer, notamment dans le contexte de la création de Santé Québec, les attentes du MSSS à l'égard de la gouverne et de l'organisation clinique et administrative des programmes de cancérologie dans les établissements », et, d'autre part, l'action 6 de l'axe 5, soit « Identifier et soutenir la mise en œuvre de stratégies visant à dégager la capacité pour répondre aux besoins des usagers en lien avec l'administration de traitements systémiques » (Appendice G).

Dans ce contexte, les observations réalisées dans le CP ont permis de documenter les interactions entre les différents acteurs et d'identifier les leviers favorisant une meilleure intégration et fluidité des services, tout en mettant en lumière les limites actuelles dans l'accommodement des usagers sous traitement systémique. Les entrevues semi-dirigées ont enrichi cette analyse en recueillant les perceptions des professionnels quant aux défis liés à la coordination des services, notamment, en ce qui concerne la gestion des rendez-vous pour les prélèvements sanguins, la communication interdisciplinaire et l'optimisation du service. Enfin, la démarche de recherche-action a contribué à formuler des recommandations visant à renforcer la collaboration entre les équipes et à optimiser les processus, conformément aux objectifs de cet axe. (MSSS, 2023)

2.1.4. Axe 8 : La surveillance de l'état de santé de la population au regard du cancer et l'analyse de la performance du réseau de cancérologie

L'orientation de cet axe qui a guidé la collecte et l'analyse des données dans le cadre du projet de stage est l'orientation prioritaire 8.3, soit « Optimiser la production et la diffusion d'informations pertinentes en cancérologie » (Appendice G). Plus précisément, l'action 5 « Mettre en place une structure de gouverne avec les partenaires du PQC permettant une meilleure identification et priorisation des besoins ainsi qu'une production et une diffusion d'informations uniformisées en cancérologie » et l'action 6 « Développer des indicateurs, réaliser des analyses et diffuser à la population et au réseau de la santé des informations concernant la surveillance de l'état de santé de la population ainsi que la performance des soins et des services » ont orienté la démarche méthodologique du mandat.

Le recours au benchmarking auprès d'autres établissements de santé et la documentation des pratiques propres à chaque organisation ont permis de comparer les mécanismes de production et de diffusion de l'information en oncologie, d'identifier les écarts et de proposer des pistes d'amélioration adaptées au contexte du CP du CUSM. Cette analyse comparative, combinée aux autres méthodes de recherche utilisées, a enrichi la réflexion sur la mise en place d'indicateurs uniformisés et sur la gouvernance des données, en cohérence avec les actions 5 et 6 de cet axe.

À l'issue du stage, le rapport sera diffusé afin de soutenir les autres centres dans leur démarche d'amélioration continue, en leur fournissant des informations pertinentes visant l'optimisation des processus, l'harmonisation des pratiques et le renforcement de la performance organisationnelle. (MSSS, 2023).

2.2. Rapport du comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance du Programme national de oncologie du Québec

Le Programme de oncologie du Québec s'appuie sur un système de suivi comprenant 31 indicateurs de performance qui couvrent des dimensions clés, telles que l'accessibilité, la qualité, l'efficacité, les conditions structurelles et l'état de santé. L'objectif global du programme est de réduire l'incidence et la mortalité liées au cancer, tout en améliorant la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches. Pour atteindre ces objectifs, le programme mise notamment sur des outils tels que des tableaux de bord évolutifs, une meilleure coordination des soins et des services, ainsi que la mise en œuvre d'actions ciblées sur les déterminants comportementaux (MSSS, 2016).

2.2.1. Modèle logique du Programme de oncologie du Québec

Dans ce contexte, le modèle logique du Programme de oncologie du Québec (MSSS, 2016) constitue un cadre de référence structurant. Il énonce les résultats escomptés, les interventions cruciales et les mesures à prendre pour garantir la conformité des initiatives à l'échelle du réseau. Ce modèle repose sur des principes fondamentaux de coordination, de

concertation et de communication entre les acteurs, visant à garantir l'accessibilité, la continuité et l'efficience des soins dans un réseau hiérarchisé et intégré (MSSS, 2016).

Selon le modèle logique, le résultat attendu est le maintien de la qualité de vie des personnes atteintes et de leurs proches. Afin d'atteindre ce résultat, la démarche a débuté par l'analyse de l'objectif général du programme, soit d'offrir des soins et des services de qualité centrés sur les besoins des personnes atteintes et de leurs proches. Cette analyse a permis de confirmer la faisabilité et la pertinence du mandat, en alignement direct avec les priorités ministérielles. Elle impliquait la mise en œuvre d'actions concrètes, telles que l'amélioration de la coordination des interventions, une participation accrue des usagers et une meilleure adéquation entre les besoins de la population et l'offre de services, tout en assurant un fonctionnement en réseau hiérarchisé et intégré. Ces objectifs à court terme s'inscrivent dans un objectif intermédiaire visant à améliorer l'accessibilité, l'équité et la qualité des soins, tout en optimisant l'utilisation des ressources (MSSS, 2016).

Le CUSM, en tant que centre offrant des services spécialisés et de consultation, dont le département d'oncologie est surspécialisé en raison de la complexité de ses diagnostics et de ses traitements, se positionne comme un acteur clé et un modèle pour les centres de référence et affiliés. À ce titre, le projet de stage revêt une portée stratégique (MSSS, 2016). L'analyse de la performance du CP en oncologie s'inscrit dans cette logique, en visant à optimiser l'optimisation de la coordination des soins et services (prises de sang, suivis médicaux, traitements, etc.) ainsi que de l'accessibilité dans un contexte de surspécialisation. Les résultats obtenus contribueront non seulement à l'amélioration de la qualité des services du CUSM, mais également à la production de pratiques exemplaires susceptibles d'être transférées à d'autres établissements du réseau confrontés à des enjeux similaires.

3. MÉTHOLOGIE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION

Ce chapitre présente les orientations méthodologiques ayant guidé l'ensemble du stage. Il expose d'abord le cadre systémique structurant l'analyse, puis détaille les approches qualitatives utilisées, incluant l'observation directe, les entrevues semi-dirigées, le *benchmarking* et la recherche-action. Il décrit également les outils de collecte retenus ainsi que les principes justifiant ces choix, afin d'assurer une compréhension rigoureuse, contextualisée et cohérente du fonctionnement de la clinique étudiée.

3.1. Cadre systémique de recherche

Le cadre systémique de recherche qualitative utilisée, dans le cadre de ce stage, se divise en plusieurs dimensions interreliées, permettant une compréhension globale et nuancée du fonctionnement de la clinique de prélèvement sanguin. La collecte s'est articulée autour de plusieurs sphères, telles que l'analyse des interactions entre les différents acteurs, les processus organisationnels, les ressources disponibles et les dynamiques institutionnelles. Cette approche a permis d'identifier les leviers et les freins à la performance, en tenant compte des réalités du terrain et des perspectives des professionnels impliqués dans le fonctionnement quotidien de la clinique. Elle s'appuie sur des méthodes de recherche qualitatives; recherche basée sur des données probantes, telles que l'observation, les entretiens semi-dirigés, le *benchmarking* et la recherche-action qui conduiront à l'élaboration de recommandations contextualisées et applicables (Canter Kohn, 1989; Bruno, 2008).

Afin que le stage débute sur des bases solides, un modèle logique de mesure des résultats a été élaboré, servant de cadre de référence, inspiré de Santé publique (2016). Ce dernier illustre les composantes essentielles de ce service, soit les ressources mobilisées (intrants et extrants), les activités réalisées et les résultats (effets et impacts) (Figure 1). Il permet notamment de visualiser comment les ressources humaines et matérielles sollicitées soutiennent les activités clés, lesquelles mènent à la production de livrables concrets (extrants) et à l'atteinte de résultats mesurables (effets et impacts), qui guideront l'ensemble des actions menées tout au long du stage. Ce modèle vient, en somme, encadrer, structurer et bonifier les actions devant être analysées, afin d'assurer l'implication de toutes les parties

prenantes, en favorisant une compréhension commune des objectifs poursuivis et des moyens mis en œuvre. Cet outil stratégique facilite ainsi l'évaluation continue du stage, en permettant l'ajustement des interventions en fonction des résultats observés et des besoins émergents.

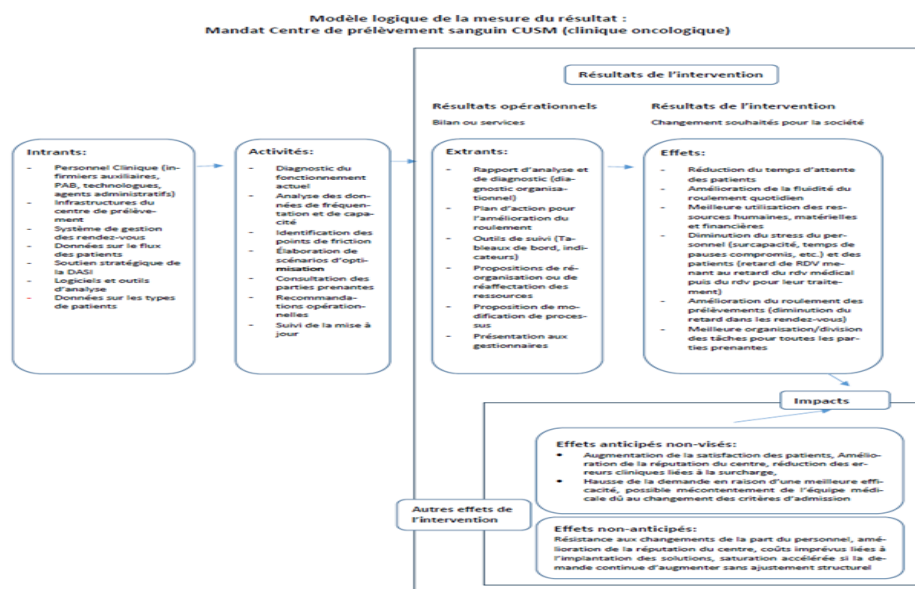


Figure 1. Modèle logique de la mesure du résultat.

3.2. La confidentialité

Dans le cadre de cette étude, un souci constant de confidentialité a guidé la collecte, le traitement et la présentation des données. Les personnes interrogées ne sont pas nommées, et aucune citation ou réponse n'est associée directement à leur identité ou à leur fonction spécifique. Cependant, compte tenu de la nature du terrain et du caractère circonscrit des organisations étudiées (le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM], le Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke [CHUS] et le CP Chauveau) une confidentialité complète ne pouvait être garantie. En effet, bien que ces établissements aient été désignés explicitement en raison de leur intérêt analytique, certaines personnes familières du contexte pouvaient raisonnablement inférer l'identité de certains répondants à partir du contenu des propos recueillis. Les gestionnaires participants, et plus particulièrement le mandant de la recherche, ont été informés de ces limites de confidentialité et les ont explicitement acceptées. Leur ouverture à cet égard témoigne d'une volonté de transparence et de partages

interétablissements, visant à favoriser l'apprentissage collectif et la mise en valeur de pratiques exemplaires entre les organisations participantes. Cette posture éthique et partenariale a permis d'enrichir la portée de l'étude, en donnant accès à des résultats contextualisés et comparables, tout en respectant les principes fondamentaux de la recherche impliquant des êtres humains, soit la prudence, le respect des personnes et l'intégrité scientifique. Enfin, dans une perspective d'apprentissage en gestion, l'ouverture des établissements à partager de l'information a été particulièrement appréciée et a permis de constater que la comparaison des performances entre les organisations constitue un puissant levier d'amélioration pour tout gestionnaire soucieux de faire progresser sa pratique.

3.3. Les méthodes de collectes des données

3.3.1. L'observation directe

La première méthode de collecte de données utilisée a consisté en l'observation directe des diverses activités connexes au CP. Cette démarche vise à approfondir la compréhension du déroulement opérationnel sur le terrain, tout en identifiant les interactions, les enchainements d'activités et les éventuels points de frictions entre les différentes étapes du parcours-usager. En effet, cette étape cruciale de la recherche qualitative a permis de documenter les rôles et les dynamiques des professionnels impliqués, de manière directe ou indirecte, dans le roulement de la clinique. Elle vise, ainsi, à développer une compréhension nuancée du mandat confié et du fonctionnement réel observé sur le terrain (Kohn & Christiaens, 2014). Elle a aussi permis de recueillir les propos des divers acteurs concernés (infirmière auxiliaire, agents administratifs, gestionnaires, médecins, bénévoles et usagers), offrant ainsi une perspective précieuse sur leurs rôles respectifs, les défis auxquels ils sont confrontés au quotidien, ainsi que les pistes de réflexion et les suggestions concrètes qu'ils proposent pour améliorer le service et la qualité des soins offerts (Kohn & Christiaens, 2014). À cette fin, les premières semaines ont été consacrées à l'observation des processus et des procédures internes, afin de récolter les données nécessaires à une analyse rigoureuse et contextualisée. Pendant cette phase d'immersion, plusieurs parties prenantes, telles qu'énumérées ci-dessus, ont été longuement observées afin de comprendre leur réalité quotidienne et de faire émerger

des enjeux organisationnels parfois insaisissables pour les employés travaillant dans le milieu, en raison d'une forme d'habitation ou de normalisation des dysfonctionnements. En ce sens, cette approche a permis de mettre en évidence des problématiques systémiques qui, autrement, seraient passées inaperçues dans une analyse strictement procédurale ou centrée sur les indicateurs de performance (Kohn & Christiaens, 2014).

3.3.2. L'entrevue semi-dirigée

La deuxième méthode utilisée est l'entrevue semi-dirigée qui a été effectuée auprès des divers acteurs impliqués dans le CP sanguin. Cette méthode est définie comme « une technique de collecte de donnée qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructives » (Lincoln, 1995). Elle a permis d'amasser des informations complémentaires grâce à l'utilisation de questions ouvertes, qui invite les participants à partager librement des éléments qu'ils n'auraient pas nécessairement exprimés dans un contexte moins confidentiel ou qu'ils n'auraient pas envisagé mentionner en l'absence d'une sollicitation explicite (Royer, 2016). Ces entretiens ont été poursuivis jusqu'à ce que les données pertinentes soient jugées suffisantes pour répondre aux objectifs de la recherche. Lorsque les informations récoltées ont commencé à se répéter de manière substantielle, et que les nouvelles données n'apportaient plus d'éléments significatifs à l'analyse, la phase d'entrevue a été stoppée. Cette décision a été motivée par la nécessité d'éviter une saturation des informations, tout en préservant l'efficacité de la collecte de données et en optimisant le temps de recherche. Cette approche est conforme aux principes de saturation de l'information des données, comme le soulignent des travaux de chercheurs tels que Glaser et Strauss (1967), repris par Guest, Bunce et Johnson (2006), qui recommandent de cesser les entretiens dès que l'apport d'informations supplémentaires devient marginal. Pour chaque groupe de participants, une typologie d'action a été choisie afin d'assurer la pertinence des interactions et la validité des données collectées. Cette approche a permis d'adapter les modalités d'entrevue aux spécialités de chaque groupe, tout en garantissant une cohérence avec l'analyse transversale des résultats. Finalement, les questionnaires d'entrevues, rédigés en anglais et en français,

ont été approuvés par la DASI du CUSM chapeautant ce stage ainsi que par notre conseiller académique, garantissant ainsi leur conformité aux exigences institutionnelles et pédagogiques avant que les entrevues ne prennent place.

3.3.2.1. Les infirmières auxiliaires

Premièrement, la thématique à visée exploratoire et évaluative proposée par (Trudel, Simard, & Vonarx, 2007), a été choisie comme cadre pour les entrevues menées auprès des infirmières auxiliaires. Cette approche permet l'organisation des échanges autour de grands thèmes, tels que le roulement de la clinique de prélèvement sanguin du CUSM, en offrant une espace d'expression où les perceptions, les expériences et les suggestions des participants peuvent être recueillies sans limiter les réponses à des options fermées. L'objectif de cette typologie est d'identifier les points forts, les points de frictions et les opportunités d'amélioration dans un environnement professionnel, ce qui en fait un outil adapté à une démarche d'évaluation qualitative (Trudel, Simard, & Vonarx, 2007). En somme, le questionnaire d'entrevue (Appendice A) a été conçu pour permettre la comparaison des points de vue au sein du groupe, l'identification des leviers d'action, ainsi que la documentation des besoins et des attentes spécifiques des infirmières auxiliaires (Trudel, Simard, & Vonarx, 2007).

3.3.2.2. Les agents administratifs

Deuxièmement, la typologie d'action utilisée pour les entrevues semi-dirigées avec les agents administratifs est celle de John. W. Creswell en 2014 qui aide le chercheur à choisir une méthode adaptée selon l'objectif, le contexte et le type de données recherchées. Creswell propose cinq approches qualitatives, soient la Recherche narrative, la Phénoménologie, la Théorie ancrée, l'Ethnographie et l'Étude de cas. Pour ce mandat, l'étude de cas est l'approche préconisée, puisqu'elle permet d'explorer et d'analyser en profondeur la réalité et l'opinion des agents administratifs quant au roulement de la clinique de prélèvement sanguin. Elle est, en effet, largement utilisée en sciences sociales, en éducation, en santé et en évaluation de programme, afin de comprendre les perceptions et les expériences vécues, les

dynamiques, les défis et les pistes de solution qu'ils proposeront comme étant adaptée à leur rôle administratif (Creswell, 2014) (Appendice B).

3.3.2.3. Les usagers

Troisièmement, la typologie des entrevues proposée par (Patton, 1990) a été retenue pour la collecte des données auprès des usagers. Couramment utilisée en recherche sociale et en évaluation de programmes, cette approche fournit un cadre méthodologique permettant de structurer l'enquête relative au mandat de stage. Parmi les différentes formes d'entrevues recensées par Patton, le choix s'est porté sur l'entrevue guidée par canevas, soit l'entrevue semi-structurée. Ce format repose sur l'élaboration préalable de thèmes et de questions ouvertes, ajustables en fonction des réponses des participants (Appendice C). Il favorise à la fois la comparabilité des données recueillies et la spontanéité des échanges, tout en assurant une rigueur méthodologique supérieure à celle des entrevues informelles. Cette typologie permet de cibler des dimensions précises de l'expérience-usager, telles que l'accueil, l'attente, le confort, la compréhension du processus ou les difficultés rencontrées, tout en offrant la flexibilité nécessaire pour adapter les questions à chaque interlocuteur (Patton, 1990). L'ensemble s'inscrit dans un cadre conceptuel visant à documenter les expériences vécues par les usagers au CP, à identifier les points de friction ou de satisfaction dans leur parcours, ainsi qu'à produire des données qualitatives utiles à l'amélioration des services et de l'organisation (Patton, 1990). Ce processus contribue également à donner une voix aux usagers dans l'évaluation des soins, orientant ainsi la conduite des entrevues.

3.3.2.4. Les bénévoles

Finalement, pour l'entretien semi-directif des bénévoles de la clinique, la typologie d'action de Jean-Claude Kaufmann (2016) est retenue, définissant cette méthode comme un entretien compréhensif. Cette approche vise à saisir la subjectivité des acteurs en mettant l'accent sur le sens qu'ils attribuent à leurs pratiques et à leurs expériences. Elle permet d'aller au-delà de la simple description des tâches pour explorer les motivations, les ressentis et les dynamiques relationnelles propres au bénévolat en contexte oncologique. Ce choix de

typologie a permis de développer les questionnaires posés lors des entretiens en prenant en compte sa capacité à offrir une compréhension fine du vécu des bénévoles, tout en laissant une marge de liberté d'expression, ce qui favorise la collecte de données riches et nuancées, essentielles à l'analyse qualitative du rôle qu'ils jouent dans l'accueil et l'accompagnement des usagers (Kaufmann, 2016) (Appendice D). En effet, les bénévoles, bien qu'ils ne soient pas des professionnels de santé, constituent des acteurs engagés dans une démarche de soutien. L'entretien compréhensif permet d'accéder à leur ressenti, à leurs motivations et au sens qu'ils attribuent à leur rôle, tout en révélant les difficultés qu'ils peuvent rencontrer ainsi que leurs sources de satisfaction. Cette approche contribue à situer leur place dans le parcours de soins et dégager des pistes d'amélioration pour optimiser les services offerts aux usagers (Kaufmann, 2016).

3.3.3. Le *benchmarking*

La troisième méthode utilisée est le *benchmarking*, défini comme un processus systématique de comparaison de la performance d'un service avec celle d'autres établissements, ce qui aide à identifier les points forts et les axes d'amélioration. Comme l'a mentionné Robert Camp dans l'article de (Bruno, 2008), « Qui veut s'améliorer doit se mesurer, qui veut être le meilleur doit se comparer », un proverbe qui illustre parfaitement le rôle de l'évaluation et du *benchmarking* en tant que leviers essentiels de l'amélioration continue. Dans le cadre de ce stage, une analyse comparative a été réalisée dans deux centres hospitaliers universitaires voisins, le CHUM et le CHUS en plus du CP Chauveau, qui possède des capacités similaires à celle du CUSM. Grâce à cette démarche, il a été possible d'établir des objectifs clairs, mesurables et atteignables pour l'amélioration de la qualité, en s'appuyant sur des indicateurs de performance validés plutôt que sur des impressions subjectives (Al-Kuwaiti, Homa, & Maruthamuthu, 2016). Le *benchmarking* vient, en effet, faciliter l'identification et la diffusion des meilleures pratiques, en analysant les résultats des établissements performants, pour adapter et implémenter des stratégies qui ont démontré leur efficacité dans l'optimisation des soins et services offerts aux usagers. Cette approche dite pragmatique vient ainsi accélérer l'adoption de méthodes en favorisant l'engagement des parties prenantes et la

responsabilisation de ceux-ci. En montrant des résultats tangibles aux équipes provenant des centres comparatifs, leur motivation à s'impliquer devient souvent plus forte, renforçant leur adhésion ainsi que la légitimité du gestionnaire lorsqu'il souligne l'impact potentiel des changements sur la qualité des soins et l'efficience organisationnelle (Ettorchi-Tardy, Levif, & Michel, 2011; Lovaglio, 2012).

3.3.4. La recherche-action

La dernière méthode employée est la recherche-action, qui repose sur un processus itératif de planification, d'intervention, d'observation et de réflexion, a été menée dans différentes sphères d'activités du CP. Cette démarche vise à recueillir des informations essentielles concernant certains éléments clés des processus internes, nécessaires à la prise des décisions éclairées concernant les recommandations et changements éventuels. Sans ses données, il aurait été impossible d'obtenir une compréhension globale des activités en cours, et, par conséquent, de fonder les actions envisagées sur des données probantes, issues d'informations fiables et objectives. Les différentes activités entreprises sont les suivantes (Canter Kohn, 1989).

3.3.4.1. Calcul du temps d'attente

Tout d'abord, une activité liée au calcul du temps d'attente a été mise en place, qui a permis de recueillir des données auprès des usagers utilisant le service de prélèvement sanguin. Pour ce faire, trois moments clés de la journée ont été sélectionnés : le matin (avant 9 h), les heures d'affluence (entre 10 h et 12 h), ainsi que l'après-midi (après 13 h). Le choix de ces périodes stratégiques a été soigneusement réfléchi afin d'assurer la légitimité des résultats obtenus, en tenant compte des variations d'achalandage selon les périodes de la journée. De petits cartons plastifiés ont donc été distribués aux usagers, dès leur inscription au terminal d'enregistrement, sur lequel était inscrite l'heure exact d'arrivée, l'heure prévue du rendez-vous, et finalement l'heure de départ, lorsque la prise de sang fut complétée (Appendice E).

3.3.4.2. Le Takt Time

Par la suite, des audits ont été réalisés afin d'évaluer le temps moyen requis par l'agent administratif pour traiter les requêtes des usagers dès leur arrivée au centre. Cette action a permis d'obtenir des données concrètes pour évaluer l'efficacité des processus, tant à l'accueil, qui constitue la porte d'entrée des usagers pour leur prise de sang, qu'auprès des prélèvements effectués par les infirmières auxiliaires. En effet, cela a permis le calcul du Takt time, soit le rythme de service nécessaire des employés pour répondre à la demande sans créer de retard, illustrant de manière quantitative la nécessité de revoir l'organisation du personnel à la réception du CP (Kowang, Yew, & Hee, 2019). La formule utilisée est:

$$\text{Takt time} = \frac{\text{temps disponible (minutes)}}{\text{Nombre d'usagers par jours}}$$

3.3.4.3. Ajout quotidien d'utilisateur sans rendez-vous

Ainsi, des recherches ont été menées sur les ajouts d'utilisateurs sans rendez-vous, dans le cadre de prélèvements associés à des protocoles de recherche. Ce procédé a aidé à comprendre et illustrer quantitativement la charge de travail imprévue dans le but d'adapter les ressources ou les procédures, visant l'amélioration de l'efficacité et l'efficience du service, comme stipulé dans le mandat de stage (Berry & Curry, 2012). Il a également fourni des données objectives sur les capacités exigées par les usagers des projets de recherche, permettant ainsi de présenter aux différents acteurs une image claire de la réalité du terrain, en soulignant l'ampleur de la charge de travail, souvent démesurée et difficilement absorbable par le CP. Pour ce faire, l'appui des agents cléricaux a été grandement apprécié, car, sans leur collaboration, qui a consisté à compter, en fin de journée, le nombre d'utilisateurs ayant subi un prélèvement à des fins de recherche sans avoir de rendez-vous planifié, aucune donnée statistique n'aurait pu être obtenue à ce sujet.

3.3.4.4. Questionnaire de satisfaction des usagers

Finalement, un questionnaire de satisfaction a été étayé et distribué aux usagers figurants dans la salle d'attente du service, afin d'évaluer certains indicateurs de qualité, soit leur avis

relatif à la réception/l'accueil au CP, les lieux physiques du centre et les soins reçus pendant l'acte de la prise de sang (Appendice F). Cette méthode de collecte reposait sur une approche anonyme et volontaire, garantissant la confidentialité des réponses et favorisant l'expression libre des opinions. Le questionnaire simple et concis était disponible en anglais et en français dans le but de rejoindre le plus d'utilisateurs. L'évaluation a été effectuée en utilisant l'échelle de type Likert développée par Rensis Likert en 1932. Cette échelle permet de mesurer et de quantifier le degré de satisfaction des utilisateurs en cinq niveaux : très satisfait, satisfait, peu satisfait, pas satisfait du tout ou non applicable (Ferrando, Morales-Vives, & Muniz, 2025). Cette approche, à la fois quantitative et qualitative, a permis d'obtenir une vision plus complète de l'expérience-usager, facilitant ainsi l'analyse statistique des données subjectives et objectives, dans le but d'identifier les tendances émergentes, les points forts et de cibler les aspects nécessitant des améliorations.

4. RÉSULTATS ET ANALYSES DES DONNÉES

Les résultats analysés dans le cadre de ce mandat seront présentés selon les méthodes de collecte de données utilisées, en s'appuyant sur un processus de triangulation, défini comme un « processus qui consiste à confronter les résultats de plusieurs sources de données », afin de renforcer la validité des résultats, d'accroître la crédibilité des interprétations et d'offrir une compréhension plus complète et nuancée des données recueillies (Bloor & Wood, 2006). Chaque catégorie sera appuyée par des figures ou des tableaux synthétisant les données clés, facilitant la compréhension et la comparaison des résultats, ainsi que l'identification des tendances, des écarts et des éléments marquants. Cette présentation claire et structurée soutiendra l'analyse des données et favorisera une interprétation rigoureuse des constats.

4.1.L'observation active

4.1.1. Le rôle des membres de l'équipe du CP

Chaque membre de l'équipe occupe un rôle spécifique, comprenant diverses tâches complémentaires qui s'articulent entre elles afin de contribuer à l'atteinte des objectifs communs, tout en assurant la cohérence et l'efficacité des actions au sein du CP étudié.

4.1.1.1.Les infirmières auxiliaires

Les infirmières auxiliaires sont majoritairement responsables d'effectuer les prises de sang, conformément à l'activité réservée 37.1 (5°) du *Code des professions* (Gouvernement du Québec, 2025). À ce titre, elles assument l'ensemble des tâches liées au prélèvement sanguin, incluant la double identification de l'utilisateur, la vérification de la prescription et des étiquettes à apposer sur les spécimens, ainsi que l'acheminement des tubes prélevés vers le laboratoire central. Elles veillent au respect rigoureux des protocoles d'asepsie et de sécurité, notamment en matière de prévention des infections, compte tenu de la vulnérabilité de la clientèle oncologique. Enfin, elles sont responsables de signaler toute anomalie observée lors du prélèvement, comme, par exemple, une difficulté d'accès au système veineux périphérique ou une réaction indésirable, afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins aux usagers.

4.1.1.2. Les agents administratifs

Les agents administratifs du CP sont responsables de l'appel des usagers à l'aide du système ORMS, qui affiche le nom de l'utilisateur ainsi que l'emplacement où il est attendu sur un écran situé dans la salle d'attente. Lors de la présentation de l'utilisateur à leur poste de travail, ils recueillent la carte d'assurance maladie et la requête de prélèvement sanguin afin de procéder à l'encodage des tests prescrits, au changement du statut de l'utilisateur et à l'impression des étiquettes destinées à être apposées sur les spécimens sanguins. Pour l'exécution de leurs fonctions, quatre systèmes informatiques sont utilisés : ORMS (appel des usagers à la réception du CP), Medivisit (changement du statut de l'utilisateur à des fins statistiques), Oacis (encodage de la requête sanguine et impression des étiquettes) et Traceline (demande d'épreuve de compatibilité croisée en vue d'une possible transfusion sanguine).

Il arrive que certains usagers se présentent au CP sans requête médicale. Dans une telle situation, les agents administratifs doivent d'abord s'assurer qu'aucune requête électronique n'a été saisie dans Oacis et que la requête ne figure pas parmi celles déposées dans un panier par d'autres professionnels¹. En l'absence de requête, une ordonnance collective permet aux agents administratifs de générer une demande pour un profil général (« Oncology-Profile »). Ce profil regroupe les tests de base habituellement requis par un hématologue ou un oncologue pour procéder à l'évaluation clinique. Toutefois, lorsque certains examens précis ne sont pas inclus dans ce profil, le médecin peut demander à l'utilisateur de revenir pour un nouveau prélèvement, situation qui survient fréquemment.

Les agents administratifs sont également responsables de tâches, telles que l'assemblage des documents (carte d'assurance maladie, requête comportant l'heure du rendez-vous et étiquette de prélèvement), afin de faciliter le déroulement du processus et de réduire les risques d'erreurs liés à l'identification et à la transmission de l'information.

Enfin, ils assurent le classement et la distribution de l'ensemble des documents administratifs liés aux prélèvements sanguins. Cela comprend l'impression des résultats, qui doivent être

agrafés et remis au médecin concerné, ainsi que l'archivage des requêtes des usagers déjà prélevés, conservées pour une période de trois mois à des fins de contrôle de la qualité.

4.1.1.3. Les bénévoles

Les bénévoles jouent également un rôle déterminant dans le fonctionnement du CP. Ils sont notamment responsables du filtrage des usagers aux bornes d'enregistrement afin de limiter l'achalandage dans la salle d'attente, en redirigeant les usagers qui se présentent trop tôt à leur rendez-vous. Cette tâche comporte toutefois une limite, puisqu'elle repose sur l'exactitude de l'heure de rendez-vous indiquée par l'utilisateur, celle-ci n'apparaissant pas sur la borne d'enregistrement lors de son arrivée.

Les bénévoles ont aussi pour rôle d'indiquer aux usagers les documents à préparer avant d'être appelés à la réception, afin de favoriser l'efficacité du service (carte d'assurance maladie et requête, le cas échéant). Ainsi, un bénévole vérifie que les documents regroupés par les agents administratifs correspondent bien au bon usager, appelle celui-ci à voix haute dans la salle d'attente en respectant l'ordre des rendez-vous, puis le dirige vers une infirmière auxiliaire qui procédera à la prise de sang.

Enfin, les bénévoles tentent de répondre aux diverses questions des usagers présents dans la salle d'attente, afin de limiter les interruptions auprès des réceptionnistes.

4.1.1.4. Les usagers

Les usagers n'occupent pas de rôle spécifique au sein du CP. Ils doivent toutefois suivre une trajectoire prédéfinie, de leur arrivée jusqu'à la réalisation de la prise de sang, laquelle se décline comme suit :

1. L'utilisateur arrive au CP.
2. Il numérise sa carte à une borne d'enregistrement disponible.
3. Il prend place dans la salle d'attente du CP.
4. Son nom apparaît à l'écran lorsqu'il est appelé par les agents administratifs.
5. Il se dirige vers la réception et remet les documents requis (carte d'assurance maladie et requête, le cas échéant).

6. L'utilisateur retourne s'asseoir dans la salle d'attente.
7. Son nom est appelé à voix haute par un bénévole.
8. Les documents préparés lui sont remis à son entrée dans le CP.
9. Il est dirigé par le bénévole vers les chaises A, B ou C, lesquelles déterminent l'ordre de passage avant la prise de sang.
10. L'utilisateur se déplace séquentiellement de la chaise C vers la chaise B, puis vers la chaise A.
11. Il est appelé par la prochaine infirmière auxiliaire disponible.
12. La prise de sang est effectuée.
13. L'utilisateur quitte le CP.

4.1.2. Performance globale du CP

La collecte de données a également porté sur les statistiques du service afin d'obtenir une compréhension globale de la capacité, cet aspect ayant été identifié comme un enjeu lors de la définition du mandat. À partir du tableau 1 ci-dessous, il est possible d'observer la capacité annuelle et quotidienne, de même que les taux d'ajouts non planifiés et d'absences des usagers sans préavis, sur quatre périodes clés : l'année en cours (2024-2025), l'année précédente (2023-2024), l'année prépandémique (2019-2020) ainsi que l'année d'ouverture du CP (2015-2016).

Tableau 1. Performance annuelle du CP

	2024-2025	2023- 2024	2019-2020	2015-2016
Usagers annuels	58 398	56 476	52 236	30 235
Usagers/jour	225	217	200	188
Ajouts annuels non planifiés	6 358 (10.9%)	6 449 (11.4%)	8 817 (16.8%)	5 842 (19.3%)
Absence sans préavis	6 086 (10.4%)	6 899 (12.2%)	5 568 (10.7%)	2 334 (7.7%)
Autres informations	Tout au long de l'année, le mardi a systématiquement présenté le volume d'utilisateur élevé.		X	X

De plus, la figure 2 présente la capacité annuelle des usagers par jour de la semaine selon trois périodes clés (l'ouverture du service de prélèvement en oncologie, l'année courante et l'année précédente) afin de comparer l'achalandage et identifier le jour de la semaine étant le plus fréquenté.

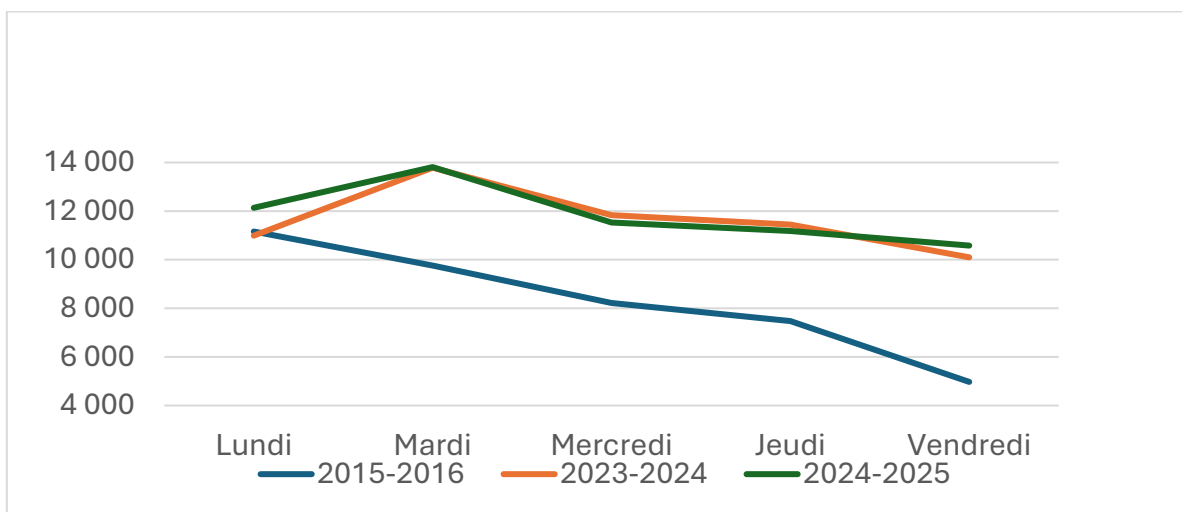


Figure 2. Capacité annuelle des usagers par jour de la semaine selon les années sélectionnées.

4.2.L'entrevue semi-dirigée

Le recours au leadership transformationnel joue ici un rôle essentiel dans la mise en place du projet, puisqu'il permet d'impliquer activement le personnel à toutes les étapes du processus de changement, de la conception à la mise en œuvre, en passant par l'amélioration des mesures de performance. Cette approche favorise la motivation des employés et exerce, par conséquent, une influence positive sur leur rendement au travail (Thi Tran & Cam Hoang, 2024).

4.2.1. Les infirmières auxiliaires

Quatre infirmières auxiliaires ont été rencontrées, ce qui a permis de recueillir diverses opinions fondées sur leurs expériences pratiques et leurs perceptions des défis

organisationnels. Les points communs soulevés par les infirmières auxiliaires portent principalement sur des aspects extracliniques, notamment le taux élevé de roulement des agents administratifs, entraînant des retards fréquents et une dépendance accrue envers les employés expérimentés pour assurer la continuité des opérations. Elles ont également mentionné un manque de formation initiale des agents administratifs, générant une préparation insuffisante, des erreurs répétées et une performance inconstante.

On a également remarqué des interruptions de travail prolongées chez les infirmières auxiliaires en raison de congestion administrative, notamment lorsqu'un grand nombre d'usagers se présentent simultanément à l'accueil, mais que personne n'est appelé pour effectuer une prise de sang. Les participantes ont aussi souligné des retards dans le flux des usagers liés à des tâches administratives chronophages, telles que la saisie manuelle de données et la préparation des documents, pour lesquelles le temps et les ressources sont insuffisants. Enfin, la charge de travail administrative, tant pour les agents administratifs que pour les infirmières auxiliaires, a été jugée importante, notamment en lien avec la saisie des données de laboratoire, l'enregistrement des statistiques, l'impression des étiquettes, l'agrafage des résultats imprimés et la numérisation des requêtes médicales.

4.2.2. Les agents administratifs

En ce qui concerne les entrevues menées auprès des agents administratifs, trois d'entre eux ont été rencontrés. Plusieurs problématiques soulevées rejoignent celles mentionnées par les infirmières auxiliaires, notamment le taux élevé de rotation du personnel administratif, une formation initiale jugée insuffisante et la réalisation de tâches administratives perçues comme inefficaces (p. ex. l'agrafage des résultats imprimés et la numérisation des requêtes médicales).

Les points de divergence identifiés sont les suivants : l'acceptation systématique des usagers arrivant en retard, contribuant à l'accumulation des retards et perturbant le déroulement des rendez-vous; l'ajout fréquent de rendez-vous non planifiés, entraînant des dépassements d'horaires et une insatisfaction accrue des usagers en attente; des attentes contradictoires en

matière de planification des rendez-vous, générant une pression supplémentaire exercée par les équipes médicales afin d'accepter des demandes en dehors des créneaux approuvés; l'absence d'un système de suivi des erreurs de prescription, limitant la responsabilisation des médecins et compliquant le suivi ainsi que l'encodage des données liées aux prises de sang; une tendance à répondre aux demandes des usagers au détriment des règles de planification de la clinique, ce qui accentue les retards; et enfin, un manque perçu de soutien de la part du gestionnaire, donnant au personnel le sentiment d'être peu valorisé et insuffisamment appuyé face aux difficultés quotidiennes.

4.2.3. Les bénévoles

Les bénévoles ont également soulevé des enjeux similaires à ceux exprimés par les autres parties prenantes, notamment le taux élevé de roulement des agents administratifs, le manque de formation initiale et de soutien, ainsi que le travail sous pression afin d'assurer la satisfaction des usagers et la continuité du service. Ils ont aussi mentionné des retards liés à l'encodage des requêtes et des données nécessaires, ralentissant le flux global entre l'accueil et le prélèvement sanguin.

Par ailleurs, les bénévoles ont exprimé des préoccupations spécifiques, notamment sur le plan de l'éthique professionnelle, en lien avec l'utilisation fréquente du téléphone cellulaire par le personnel et un manque perçu d'empathie, de patience et de clarté dans les communications avec les usagers. Ils ont également signalé des erreurs fréquentes de concordance entre l'identification de l'utilisateur figurant sur les requêtes médicales et les étiquettes imprimées, soulignant ainsi la nécessité de renforcer les mécanismes de vérification.

D'autres enjeux mentionnés incluent la diminution des responsabilités des bénévoles depuis la pandémie, notamment la suppression de certaines tâches de présélection des usagers qui contribuaient auparavant à simplifier le processus; une organisation inadéquate des lieux physiques, générant un environnement encombré et peu clair (nombre insuffisant d'écrans d'affichage, manque de chaises dans la salle d'attente et dysfonctionnements fréquents des

bornes d'enregistrement); enfin, la surréservation systématique des rendez-vous malgré des ressources limitées, contribuant aux retards et à l'insatisfaction des usagers.

4.2.4. Les usagers

Les rencontres avec les usagers ont eu lieu dans la salle d'attente afin d'observer les dynamiques en contexte réel. Plutôt que de se centrer sur les problématiques et les aspects à améliorer, ces échanges ont permis de mettre en lumière leurs besoins et leurs attentes à l'égard du service de prélèvement sanguin. Les usagers ont notamment souligné l'importance d'un accueil personnalisé et le besoin d'être guidés tout au long du processus, particulièrement pour les nouveaux usagers. Ils ont également exprimé le souhait d'une plus grande standardisation et d'une meilleure clarté des informations transmises par les différents intervenants, afin de savoir à quoi s'attendre lors de leur arrivée au CP.

La réduction du temps d'attente a été largement évoquée, les usagers rapportant des délais moyens de 35 à 45 minutes, surtout les lundis et mardis. Ils ont également manifesté un intérêt pour une plateforme numérique de prise de rendez-vous, favorisant leur autonomie dans le choix des dates et des heures. Enfin, les usagers ont suggéré une réorganisation de l'espace physique, notamment de la salle d'attente et l'ajout d'écrans d'affichage, mentionnant que la configuration actuelle génère du stress, un sentiment d'insécurité et compromet la confidentialité des informations (p. ex. l'affichage des noms des usagers à l'écran).

Les besoins et attentes exprimés par les usagers reflètent les cinq dimensions classiques de la qualité de service perçue – l'empathie, la confiance, la fiabilité, la réactivité et les éléments tangibles – telles que définies dans le modèle SERVQUAL, mettant en évidence l'importance des dimensions humaines et organisationnelles de l'expérience usager (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988).

4.3. Le *benchmarking*

Le tableau 2 ci-dessous illustre les différents critères analysés lors du *benchmarking* auprès des établissements du système de santé et des services sociaux.

Tableau 2. Comparaison des données recueillies dans les autres établissements

	CUSM (CAO)	CUSM (CP général)	CP Chauveau	CHUM
Heure d'ouverture	7 h à 16 h	7 h à 14 h 45	7 h à 15 h (mardi au jeudi) 7 h à 17 h (lundi et vendredi)	7 h 15 à 16 h
Effectif	4-5 infirmières auxiliaires 2 agents administratifs 2 bénévoles en tout temps	6 infirmières auxiliaires 3 agents administratifs 1 volontaire (2 demi-journées par semaine)	6 infirmières auxiliaires (mardi au jeudi) 8 infirmières auxiliaires (lundi et vendredi) 4 à 6 agents administratifs 2 aides de services	2 ou 3 infirmières auxiliaires 1 agent administratif 1 ou 2 bénévoles en tout temps
Infirmière auxiliaire/usagers par jour	1/50	1/40	1/50	1/53 à 56
Capacité d'usagers moyenne/jour	250	170, maximum de 236	300-320	164
Organisation de la clinique et roulement	6 stations infirmières 40 chaises dans la salle d'attente 1 écran	8 stations infirmières 53 chaises dans la salle d'attente 4 écrans	8 stations infirmières 60 chaises dans la salle d'attente Pas d'écran	3 stations infirmières 50 chaises dans la salle d'attente 2 écrans
Système de prises de rendez-vous	Medivisit	ClicSanté	ClicSanté	ClicSanté
Temps d'attente moyen	Entre 30 et 45 min	Environ 30 min	15 min	15 min
Rigidité	Accepte les usagers venant sans requête ainsi que se présentant sans rendez-vous	N'accepte pas les usagers venant sans requêtes, mais vont selon la situation les acceptés s'ils n'ont pas de rendez-vous	N'accepte aucun usager sans requête ni sans rendez-vous.	N'accepte aucun usager sans requête ni sans rendez-vous.

L'analyse des éléments observés lors du benchmarking réalisé auprès des autres centres comparatifs, soit la mesure de la performance extrinsèque, a permis de dégager plusieurs aspects organisationnels et opérationnels influençant la performance des CP. Parmi ceux-ci figurent des différences marquées dans la répartition des ressources humaines (variant d'un à six agents administratifs et de deux à huit infirmières auxiliaires, entre autres, créant des déséquilibres dans la charge de travail des acteurs concernés), la flexibilité des horaires (notamment les heures d'ouverture prolongées, favorisant une meilleure répartition des usagers et une réduction des périodes de pointe), la capacité d'accueil (oscillant entre 165 et

320 usagers par jour) ainsi que l'utilisation des systèmes de prise de rendez-vous (Medivisit pour le CUSM et ClicSanté pour l'ensemble des autres centres). Ces éléments mettent également en évidence des pratiques variées en matière de gestion des flux, de planification et d'optimisation des processus, permettant d'identifier des leviers d'amélioration visant la réduction des temps d'attente, l'harmonisation des ratios personnel-usagers et le renforcement de la qualité des services offerts.

Il a ainsi été possible de formuler des constats significatifs quant au degré de structuration des règles d'accès des centres, lequel varie d'un établissement à l'autre. L'analyse des caractéristiques organisationnelles a permis de mettre en évidence une relation entre ce degré de structuration et les temps d'attente observés. Les centres, tels que le CHUM et le CP Chauveau, dont les règles d'accès sont plus strictes – n'acceptant ni les usagers sans prescription médicale ni ceux sans rendez-vous planifié – présentent des temps d'attente significativement réduits.

Le CP général du CUSM, caractérisé par un cadre d'accès intermédiaire et refusant les usagers sans demande médicale, mais acceptant certains usagers sans rendez-vous, affiche des temps d'attente plus longs que ceux du CHUM et du centre Chauveau. Cependant, ces temps d'attente restent inférieurs à ceux du CP d'oncologie du CUSM, qui adopte une approche plus permissive en acceptant les usagers se présentant sans demande et sans rendez-vous.

Toutefois, un cadre d'accès plus structuré s'accompagne généralement d'une flexibilité organisationnelle moindre, souvent associée à une priorisation accrue de la qualité et de la sécurité des soins. À l'inverse, une productivité plus élevée, liée à une grande flexibilité organisationnelle, peut améliorer la performance à court terme, mais expose également le personnel à une charge de travail et à une charge mentale accrues, augmentant ainsi le risque d'épuisement professionnel.

Enfin, l'analyse des centres comparatifs révèle une disparité notable quant aux systèmes informatiques utilisés pour la prise de rendez-vous. Le CUSM est actuellement le seul centre

hospitalier à utiliser Medivisit, alors que les autres établissements ont recours à ClicSanté. Le tableau 3 présente les distinctions entre ces deux solutions, en mettant en lumière leurs écarts en matière d'efficacité, d'automatisation, d'expérience utilisateur et de réduction de la charge administrative. Cette comparaison permet de cerner les avantages et les limites propres à chaque système, ainsi que leur pertinence selon la taille et les besoins des établissements de santé.

Tableau 3. Comparaison des différents systèmes informatiques de prises de rendez-vous

Critères	ClicSanté	Medivisit
Efficiency et automatisation	Réservation automatisée, rappels et suivis Envoi des commentaires de non-conformité aux médecins Confirmation et annulation par SMS ou courriel	Processus majoritairement manuels Moins d'automatisation dans la gestion des erreurs et des rendez-vous
Déploiement et évolutivité	Déploiement rapide dans plusieurs cliniques Convient aux grands établissements de santé	Plus adapté aux petits établissements de santé ou aux structures de soins privées
Expérience des usagers	Réservation en ligne intuitive pour les usagers Redirection automatique vers d'autres centres en cas de saturation Flexibilité des horaires et possibilité de réservation à l'avance Tous les rendez-vous accessibles sur un seul site web	Planification gérée par le personnel Moins de flexibilité pour les usagers
Réduction de la charge de travail administrative	Gain de temps jusqu'à 200 heures par an Statistiques intégrées Paramètres personnalisables Gestion simplifiée des présences	Charge de travail administrative accrue Moins d'outils intégrés pour la gestion et les statistiques

L'analyse comparative des systèmes informatiques présentée au tableau 3 ci-dessus met en évidence des écarts significatifs entre ClicSanté et Medivisit. D'une part, ClicSanté se distingue par ses fonctionnalités de réservation en ligne, de rappels, de confirmation et

d'annulation par SMS ou courriel, ce qui permet de réduire considérablement les tâches manuelles et les risques d'erreurs. Son déploiement rapide et son adaptabilité aux établissements de grande taille en font une solution évolutive, particulièrement pertinente pour un centre hospitalier universitaire comme le CUSM.

Ainsi, ClicSanté améliore l'expérience des usagers grâce à une interface intuitive, une plus grande flexibilité des horaires et la possibilité de redirection en cas de saturation des plages disponibles, tout en générant un gain de temps administratif estimé à environ 200 heures par année. À l'inverse, Medivisit repose sur des processus majoritairement manuels et offre peu d'outils intégrés de gestion et d'analyse statistique, ce qui le rend davantage adapté aux structures de plus petite taille.

Ces constats conduisent à prioriser l'implantation de ClicSanté au CUSM afin d'optimiser l'efficacité opérationnelle, d'améliorer la satisfaction des usagers et de réduire la charge de travail administrative.

4.4. La recherche-action

4.4.1. Calcul du temps d'attente

Sur un total de 28 usagers audités, le temps moyen d'attente s'établit à 38,75 minutes à partir de l'heure d'arrivée et à 41,36 minutes à partir de l'heure réelle de rendez-vous. Ces données, présentées au tableau 4, indiquent que 46 % des usagers du service arrivent en retard à leur rendez-vous et qu'ils attendent généralement moins longtemps que ceux qui se présentent à l'heure prévue. Cette tendance met en évidence une organisation du roulement peu optimale.

La récurrence des délais observés semble avoir été intégrée par certains usagers dans leur organisation personnelle, ceux-ci se présentant fréquemment après l'heure prévue du rendez-vous.

Ce constat illustre non seulement un manque de synchronisation entre la planification et la réalité opérationnelle, mais également une érosion de la confiance envers le système, compromettant la fluidité et la qualité globale du parcours usager.

L'exercice réalisé a permis d'objectiver les constats issus des entrevues semi-dirigées menées auprès des usagers, tout en mettant en lumière les principaux points de friction de leur parcours. Il constitue également une base solide pour orienter les ajustements organisationnels requis afin d'améliorer à la fois l'expérience usager et l'efficacité du service.

Tableau 4. Temps d'attente moyen

Usagers	Heure planifiée du rendez-vous	Heure d'arrivée	Heure de départ	Temps d'attente (De l'heure d'arrivée) En minutes	Temps d'attente (De l'heure planifiée du rendez-vous) En minutes
31/09/2025					
1	12h30	12h20	12h59	29	39
2	12h30	12h00	13h02	62	32
3	11h50	11h59	12h29	30	39
4	12h20	12h28	12h42	14	22
5	12h00	11h51	12h29	38	29
6	13h00	12h20	13h41	81	41
7	12h40	12h17	13h34	77	54
8	11h50	12h11	13h26	75	84
9	13h10	12h31	14h05	94	55
10/1/2025					
10	13h20	13h48	14h38	50	78
11	13h30	13h42	14h00	18	30
12	13h50	14h13	14h43	30	53
13	14h40	14h15	14h52	37	12
14	Add-on	13h30	14h50	80	x
15	13h30	13h45	15h00	75	90
16	14h40	14h42	15h30	48	50
10/2/2025					
17	8h30	8h35	8h48	13	18
18	8h10	8h25	8h45	20	30
19	Add-on	8h46	8h55	11	x
20	9h00	8h55	9h27	32	27
21	Add-on	8h16	8h30	14	x
22	8h50	8h32	9h09	37	19
23	8h30	8h00	8h34	34	4
24	8h20	8h24	8h34	10	14
25	9h20	8h45	9h00	15	20
26	7h00	8h41	8h57	16	117
27	8h40	8h37	8h57	20	17
28	8h30	9h05	9h30	25	60
Moyenne				38.75	41.36

4.4.2. Le *Takt Time*

En considérant qu'en moyenne 250 usagers sont planifiés chaque jour au CP du CUSM, que les quarts de travail des infirmières auxiliaires et des agents administratifs sont d'une durée de 7 heures, pauses et repas déduits, et que l'effectif quotidien comprend de quatre à cinq infirmières auxiliaires ainsi que deux à trois agents administratifs, le *Takt time* pour chacun des groupes se calcule comme suit:

Infirmières auxiliaires :

Takt time = Temps disponible (minutes) / nombre d'usagers par jour
= 4 ou 5 infirmières auxiliaires x 420 minutes (quarts de 7 heures) / 250 usagers
= 1 680 ou 2 100 minutes / 250 usagers
= 6.72 ou 8.40 minutes par usager

Agents administratifs :

Takt time = Temps disponible (minutes) / nombre d'usagers par jour
= 2 ou 3 (agents administratifs) x 420 minutes (quarts de 7 heures) / 250 usagers
= 840 ou 1 260 / 250 usagers
= 3.36 ou 5.04 minutes par usager

Ce calcul permet d'objectiver la faisabilité des tâches infirmières et administratives dans un temps donné, en mettant en évidence un déséquilibre entre la charge de travail et les ressources disponibles, particulièrement du côté administratif. Pour les infirmières auxiliaires, le temps disponible par usager se situe entre 6,72 et 8,40 minutes, ce qui demeure restreint, mais généralement adéquat pour assurer un prélèvement sécuritaire et répondre aux besoins spécifiques de la clientèle oncologique. Pour les agents administratifs, le Takt Time varie entre 3,36 et 5,04 minutes par usager, ce qui est considéré insuffisant pour accomplir l'ensemble des tâches requises.

Ces résultats permettent d'expliquer les problématiques de fluidité observées dans la clinique et corroborent les constats issus des entrevues, lesquelles font état de périodes d'attente prolongées pour les infirmières auxiliaires en raison de refoulements à l'accueil. Ils soulignent également la nécessité d'optimiser les processus par l'automatisation, d'ajuster

les ratios de personnel et de renforcer la coordination afin d'améliorer la fluidité des opérations et la qualité des services offerts.

Le calcul du *Takt Time* permet également d'estimer la capacité raisonnable d'utilisateurs devant être planifiée par heure. En effet, cette analyse met en évidence une surcapacité des rendez-vous planifiés à l'heure, qui, combinée à des ressources humaines et matérielles limitées, entraîne des retards importants dans les temps d'attente des utilisateurs. Ces délais contribuent à leur frustration ou à leur inquiétude, d'autant plus que plusieurs d'entre eux se présentent pour de multiples rendez-vous au cours d'une même journée. Dans les calculs présentés ci-dessous, il est important de préciser que les infirmières auxiliaires sont budgétées pour un quota de 50 utilisateurs par jour, alors qu'aucune cible équivalente n'est actuellement définie pour les agents administratifs.

Infirmières auxiliaires :

Cas #1: Takt time = 6.72minutes/utilisateur

$$420 \text{ minutes} / 6.72 = 62.5 \text{ utilisateurs/jour/infirmière auxiliaire}$$

- 4 infirmières auxiliaires x 62.5 = 250 utilisateurs/jour
➔ Capacité maximale d'utilisateur par heure = 250 utilisateurs / 7 heures = 35.7
- 5 infirmières auxiliaires x 62.5 = 312.5 utilisateurs/jour
➔ Capacité maximale d'utilisateur par heure = 312.5 utilisateurs / 7 heures = 44.6

Cas #2: Takt Time = 8.40minutes/utilisateur

$$420 \text{ minutes} / 8.40 = 50 \text{ utilisateurs/jour/infirmière auxiliaire}$$

- 4 infirmières auxiliaires x 50 = 200 utilisateurs/jour
➔ Capacité maximale d'utilisateur par heure = 200 utilisateurs / 7 heures = 28.5
- 5 infirmières auxiliaires x 50 = 250 utilisateurs/jour
➔ Capacité maximale d'utilisateur par heure = 250 utilisateurs / 7 heures = 35.7

Agents administratifs :

Cas #1 : Takt Time = 3.36 minutes/utilisateur

$$420 \text{ minutes} / 3.36 = 125 \text{ utilisateurs/jour/agent administratifs}$$

- 2 agents administratifs x 125 = 250 utilisateurs/jour
➔ Capacité maximale d'utilisateur par heure = 250 utilisateurs / 7 heures = 35.7

- 3 agents administratifs x 125 = 375 usagers/jour
 ➔ Capacité maximale d'usager par heure = 375 usagers / 7 heures = 53.5

Cas #2 : Takt Time = 5.04 minutes/usager

420 minutes/5.04 = 83.3 usagers/jour/agent administratif

- 2 agents administratifs x 83.3 = 166.7 usagers/jour
 ➔ Capacité maximale d'usager par heure = 166,7 usagers / 7 heures = 23.81
- 3 agents administratifs x 83.3 = 250 usagers/jours
 ➔ Capacité maximale d'usager par heure = 250 usagers / 7 heures = 35.7

Les résultats issus des calculs présentés ci-dessous mettent en évidence l'importance de considérer divers facteurs organisationnels, humains et matériels afin de prévenir les retards et d'améliorer la fluidité des opérations au CP. Le calcul du Takt Time, fondé sur une capacité quotidienne de 250 usagers, la durée des quarts de travail et le nombre de ressources disponibles, révèle un déséquilibre significatif entre la charge de travail et les ressources.

Pour les infirmières auxiliaires, la capacité quotidienne estimée varie entre 200 et 312,5 usagers selon le *Takt Time* et le nombre d'infirmières auxiliaires en poste. Cette capacité correspond globalement à la charge moyenne actuelle, mais laisse peu de marge de manœuvre pour la gestion des imprévus ou des situations cliniques plus complexes. En revanche, pour les agents administratifs, les calculs indiquent une capacité théorique allant de 166 à 250 usagers par jour pour deux agents administratifs, et pouvant atteindre jusqu'à 375 usagers pour trois agents.

Toutefois, le *Takt Time* très restreint, compris entre 3,36 et 5,04 minutes, démontre que la nature et la complexité des tâches administratives ne permettent pas une réalisation efficace dans un laps de temps aussi limité, d'autant plus que ces agents ne sont pas remplacées durant leurs pauses. Cette situation réduit le temps réellement disponible et accentue les retards, entraînant des périodes d'attente prolongées pour les infirmières auxiliaires entre chaque usager.

Ces écarts entre la capacité quotidienne théorique et la capacité opérationnelle réelle mettent en évidence une surcapacité dans la planification horaire, où le nombre de rendez-vous excède la capacité atteignable pour assurer un roulement constant du service (figures 3 et 4).

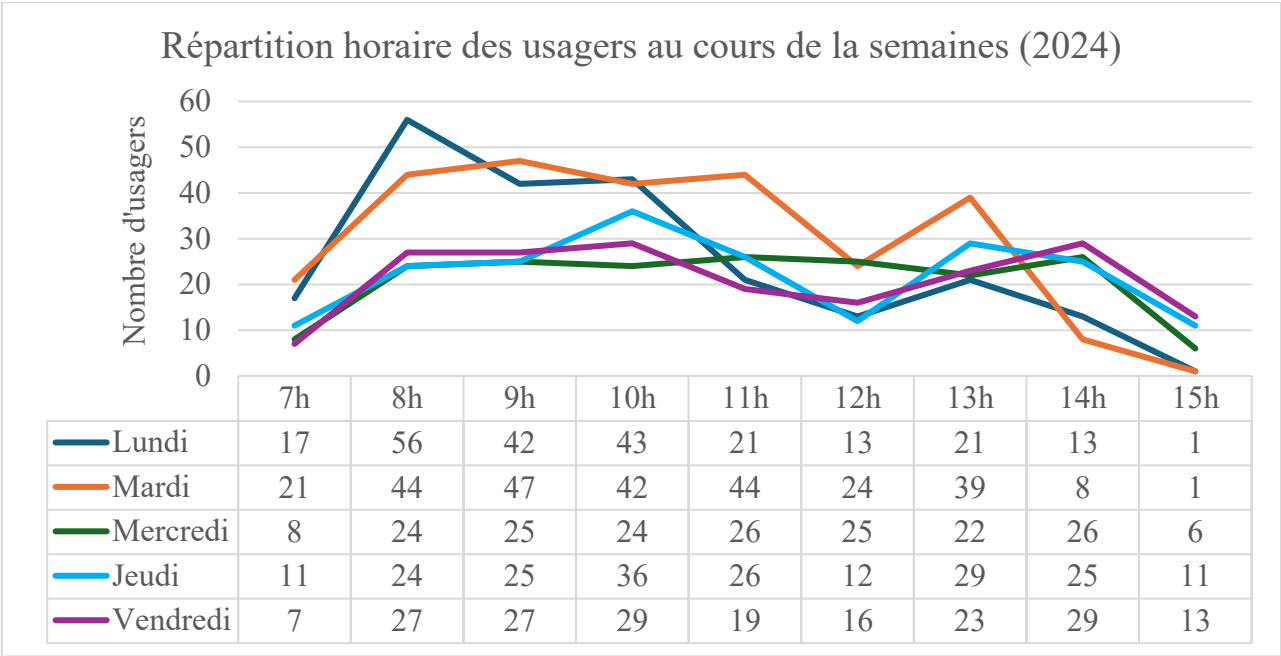


Figure 3. Répartition horaire des usagers au cours de la semaine (2024)

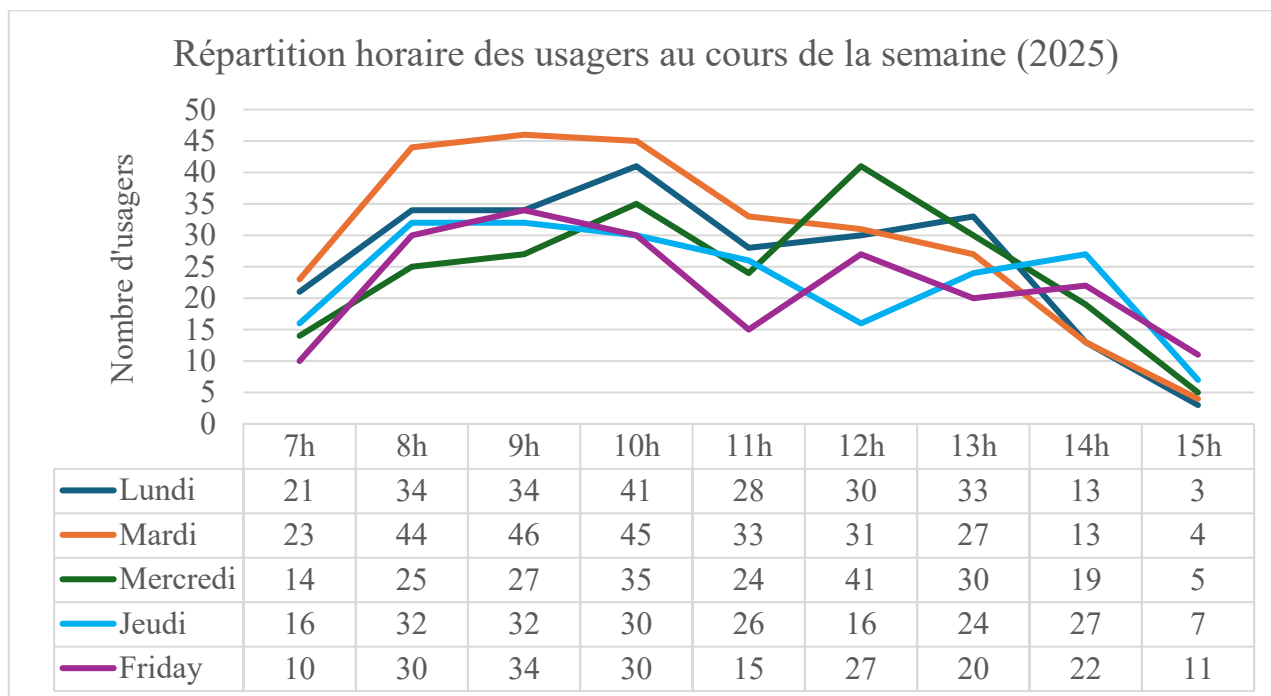


Figure 4. Répartition horaire des usagers au cours de la semaine (2025).

Les figures 3 et 4 ci-dessous présentent les données recueillies sur la répartition horaire des usagers au cours d'une semaine. Les statistiques analysées proviennent de la première semaine de septembre 2024 et de la première semaine de septembre 2025, afin de comparer les tendances et d'identifier les périodes de pointe selon les jours de la semaine. En tenant compte des résultats issus des calculs de Takt Time, la répartition horaire des usagers ne devrait pas excéder 35 usagers par heure, puisque le dépassement de ce seuil entraîne une accumulation progressive des retards, générant un effet domino sur le reste de la journée.

Les données présentées aux figures 3 et 4 révèlent des pointes atteignant jusqu'à 56 usagers par heure, soit une charge équivalente à 160 % de la capacité maximale estimée, correspondant à une surcharge d'environ 60 % estimée à partir du Takt Time, et ce, sans inclure les ajouts non planifiés, lesquels seront abordés ultérieurement. Cette surcapacité entraîne non seulement des retards significatifs, mais accentue également la pression exercée

sur les ressources humaines, en particulier sur les agents administratifs, dont le temps disponible est déjà très limité et se trouve davantage réduit en l'absence de remplacement durant les pauses.

La surcharge horaire ne se traduit pas uniquement par des retards administratifs, mais comporte également des répercussions directes sur la sécurité et la qualité des soins. Lorsque le nombre d'utilisateurs dépasse la capacité optimale calculée, la pression exercée sur les infirmières auxiliaires réduit le temps alloué à chaque prélèvement, augmentant ainsi le risque d'erreurs techniques ou d'omissions de vérifications essentielles. Par ailleurs, les délais prolongés favorisent l'accumulation d'utilisateurs dans la salle d'attente, ce qui accroît leur niveau de stress et d'inconfort, particulièrement chez une clientèle déjà vulnérable en raison de son état de santé et de la multiplicité des rendez-vous. Ces situations génèrent de la frustration, nuisent à la perception de la qualité du service et peuvent compromettre la continuité des soins, notamment lorsque les retards affectent le déroulement des traitements.

Ces déséquilibres mettent ainsi en lumière les enjeux organisationnels liés à la planification, les contraintes humaines et les limites matérielles qui affectent la fluidité du service. Ils soulignent la nécessité de revoir les cibles de capacité quotidienne en intégrant des solutions organisationnelles, telles que l'automatisation de certaines tâches administratives, l'ajustement des ratios de personnel et le renforcement de la coordination interdisciplinaire, afin de réduire les délais et d'améliorer l'expérience usager.

4.4.3. Ajout quotidien d'utilisateurs sans rendez-vous

À la suite de la compilation de 28 jours de données portant sur les ajouts non planifiés au CP, un total de 206 utilisateurs de recherche ajoutés sans rendez-vous a été recensé, représentant 46 % de l'ensemble des ajouts non planifiés du CP d'oncologie du CUSM (tableau 5). Cette proportion, substantielle, met en évidence une tendance susceptible d'affecter directement la fluidité des opérations et la gestion des ressources.

Cette situation suggère l’existence de lacunes dans les mécanismes de coordination ou de contrôle entre les équipes, de même qu’une réduction de la prévisibilité dans la planification des rendez-vous. Ces constats soulignent la nécessité de définir des protocoles clairs encadrant l’intégration des usagers, ainsi que d’optimiser les outils de prise de rendez-vous afin de limiter les ajouts hors planification, lesquels contribuent aux retards, à la surcharge de travail et à l’instabilité de l’horaire.

Tableau 5. Ajouts quotidien d’usagers sans rendez-vous

Date	Nombre d’usager initialement planifié	Nombre d’ajouts non planifiés total	Nombre d’ajouts à des fins de recherche	Nombre d’ajouts pour une autre raison	Nombre usager total
8/7/2025	266	23	11	12	289
8/8/2025	230	14	12	2	254
8/11/2025	235	19	4	15	254
8/14/2025	227	17	8	9	244
8/15/2025	210	12	0	12	222
8/18/2025	270	19	2	17	289
8/19/2025	262	16	10	6	278
8/20/2025	204	21	6	15	225
8/21/2025	209	14	11	3	223
8/22/2025	166	22	8	14	188
8/26/2025	281	17	10	7	298
8/27/2025	242	25	11	14	267
8/29/2025	226	6	4	2	232
9/2/2025	311	20	6	14	331
9/3/2025	287	17	8	9	304
9/4/2025	261	15	6	9	276
9/5/2025	271	12	10	2	283
9/9/2025	306	12	8	4	318
9/11/2025	245	4	4	0	249
9/16/2025	260	16	6	10	276
9/17/2025	218	17	12	5	235
9/18/2025	169	17	8	9	186
9/19/2025	244	7	6	1	251
9/24/2025	218	16	8	8	234

Date	Nombre d'usager initialement planifié	Nombre d'ajouts non planifiés total	Nombre d'ajouts à des fins de recherche	Nombre d'ajouts pour une autre raison	Nombre usager total
9/25/2025	217	18	5	13	235
9/26/2025	209	7	3	4	216
10/2/2025	251	21	11	10	272
10/3/2025	257	16	8	8	273
					7202
		15.71428571	206	234	257.2142857
46% des ajouts non-planifiés sont reliés à la recherche					

4.4.4. Questionnaire de satisfaction-usagers

En se référant à l'appendice F, qui présente le questionnaire de satisfaction des usagers – utilisé comme indicateur de la qualité perçue – en versions française et anglaise, il est possible d'identifier les différents aspects évalués. Un total de 30 usagers a accepté de remplir ce questionnaire de manière volontaire et confidentielle. La figure 5 ci-dessous synthétise les résultats obtenus. Un score se rapprochant de quatre est considéré comme favorable, tandis qu'un score plus faible traduit un niveau de satisfaction moindre à l'égard du service reçu.

Les éléments liés à l'accueil et à l'environnement du rendez-vous, tels que la disponibilité des sièges dans la salle d'attente (score de 2,70), le respect des heures de rendez-vous (score de 2,77), l'espace physique du CP (score de 2,90) et la continuité du roulement du service (score de 2,97), ont obtenu des résultats plus faibles, indiquant des possibilités d'amélioration significatives.

À l'inverse, la courtoisie du personnel –tant des infirmières auxiliaires (score de 3,80) que du personnel administratif (score de 3,73) –, la rapidité du prélèvement sanguin (score de 3,56) ainsi que la clarté des explications fournies avant le prélèvement (score de 3,77) ont été particulièrement bien évaluées. Ces résultats reflètent la qualité des interactions humaines entre le personnel et les usagers.

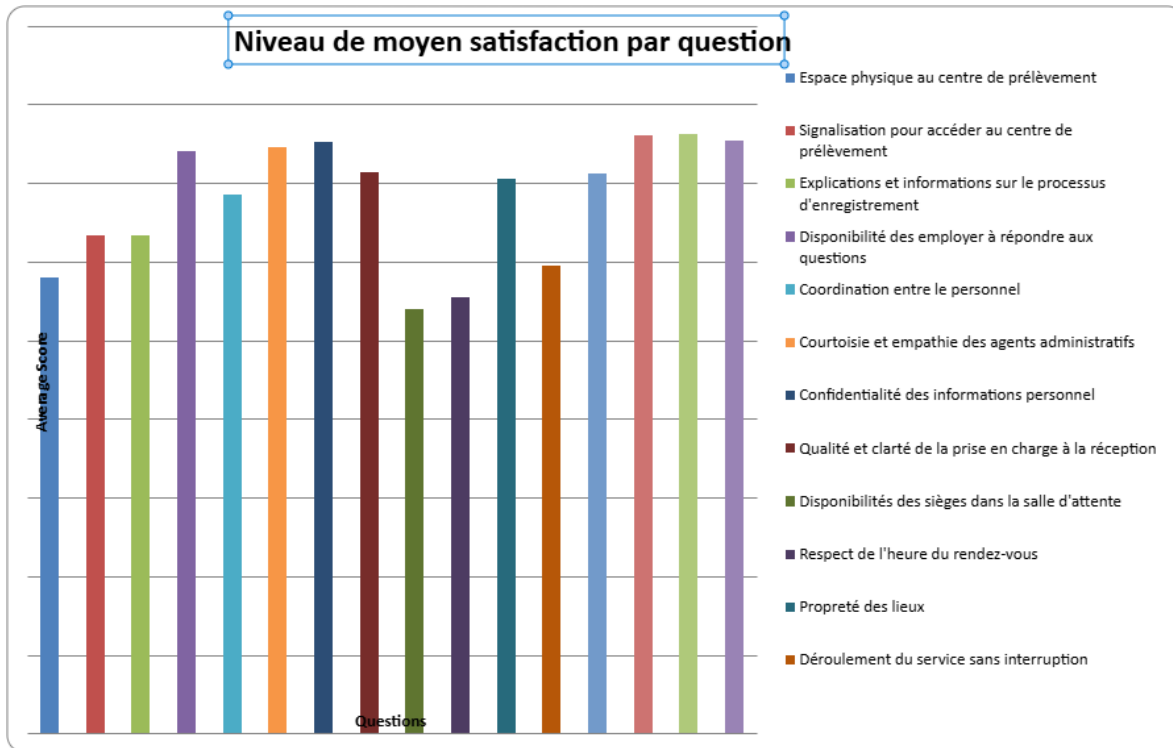


Figure 5. Comptabilisation des résultats obtenus dans le questionnaire de satisfaction

Dans l'ensemble, ces données permettent d'orienter les priorités d'intervention pour optimiser l'expérience usager, notamment par une amélioration de la gestion des espaces physiques et une réduction des délais d'attente.

4.5. Le rôle du gestionnaire immédiat

L'analyse du rôle du gestionnaire immédiat s'appuie sur les résultats recueillis auprès des autres parties prenantes rencontrées. Aucune collecte de données quantitatives n'a été réalisée directement auprès de la gestionnaire, cette approche n'ayant pas été convenue par le mandant. L'analyse proposée repose donc sur une interprétation croisée des perceptions et des observations issues du terrain.

Une réflexion portant sur le rôle du gestionnaire immédiat a été intégrée à l'analyse, à partir des données recueillies auprès des différentes parties prenantes et des observations réalisées dans le cadre du mandat. Cette réflexion s'inscrit dans une perspective de gestion axée sur la

performance, où le gestionnaire de proximité joue un rôle central dans l'organisation des activités, la continuité des services et l'efficacité des processus.

Dans ce contexte, l'imputabilité de gestion constitue un cadre de référence pertinent. Elle renvoie à la responsabilité du gestionnaire de rendre compte des décisions et des résultats obtenus en fonction des ressources disponibles et des objectifs organisationnels poursuivis (Carignan, 2010). L'imputabilité s'exerce notamment à travers les choix organisationnels, les processus en place, le respect des normes applicables ainsi que les mécanismes de suivi et d'amélioration continue. Elle repose sur une capacité d'action sur plusieurs leviers, dont les politiques et procédures, l'organisation du travail, la formation et l'information du personnel, les instances de concertation, ainsi que les mécanismes de détection et de correction des écarts (Gouvernement du Canada, 2020; Bureau du Vérificateur général du Canada, 2020).

L'analyse souligne également l'importance du rôle du gestionnaire de proximité dans la reconnaissance de la contribution des employés. Cette reconnaissance, qui peut s'appuyer sur diverses approches — humaniste, comportementale, psychodynamique ou éthique — contribue au maintien de la motivation, du sentiment d'appartenance et d'un climat de travail propice à la collaboration (Brun & Dugas, 2002). Dans des environnements caractérisés par des exigences élevées en matière de performance, ces dimensions jouent un rôle structurant dans la mobilisation des équipes.

Les données recueillies mettent en évidence l'existence de dynamiques organisationnelles complexes, où les équipes développent diverses formes d'entraide et d'adaptation afin de répondre aux exigences opérationnelles. Si ces mécanismes informels favorisent la continuité des services, ils ne suffisent toutefois pas toujours à compenser les contraintes liées à la charge de travail, à la variabilité des flux d'utilisateurs ou aux limites structurelles des processus. Ces enjeux peuvent avoir des effets différenciés selon les groupes professionnels et les contextes de travail.

Enfin, l'analyse soulève une réflexion plus large sur la viabilité des équipes évoluant dans un contexte de performance élevée. Si la formation continue constitue un levier essentiel pour

soutenir le développement des compétences et la sécurité des pratiques, elle doit s'inscrire dans une approche plus globale intégrant le soutien organisationnel, la régulation de la charge de travail, des espaces de concertation et des mécanismes de reconnaissance du travail réel. La posture de gestion ne peut ainsi se limiter à l'atteinte d'objectifs de productivité à court terme, mais doit également viser la durabilité et la résilience des équipes, dans une perspective de qualité et de sécurité des soins à long terme. Mais si la formation continue constitue un levier essentiel pour soutenir le développement des compétences et la sécurité des pratiques, elle ne peut, à elle seule, garantir la viabilité ni la résilience d'une équipe soumise à des exigences de performance élevées. La résilience organisationnelle repose sur une combinaison de mécanismes complémentaires, incluant un soutien managérial soutenu, une régulation adéquate de la charge de travail, des espaces de concertation permettant l'ajustement des pratiques et une reconnaissance du travail réel. En l'absence de ces conditions, les gains de performance à court terme risquent de s'opérer au détriment de la santé des équipes et de la qualité des soins à long terme.

Il incombe donc aux gestionnaires de soutenir activement le développement des compétences, car son insuffisance compromet la sécurité des pratiques et fragilise la qualité globale des soins. Ainsi, la posture de gestion ne peut pas se limiter à la recherche d'une productivité immédiate. Elle doit aussi intégrer des stratégies favorisant la durabilité et la résilience des équipes. Ainsi, la posture de gestion ne peut se limiter à la recherche – et à l'atteinte – d'une productivité immédiate, mais doit intégrer des stratégies favorisant la durabilité et la résilience des équipes.

5. RECOMMANDATIONS ET DISCUSSIONS

À la lumière de ces constats, il apparaît essentiel de proposer des recommandations visant non seulement à maintenir la performance opérationnelle, mais également à renforcer la durabilité et la résilience des équipes.

5.1. Typologie d'Ishikawa

Afin de formuler des recommandations spécifiques et réalistes, la typologie d'Ishikawa a été utilisée. Cette approche permet d'identifier les causes profondes du problème de roulement du CP du CUSM et de « déterminer quelles actions correctives doivent être entreprises pour résoudre la situation » (NOVAE, 2024). Les catégories sous-jacentes à cette typologie, connues sous l'appellation de « 5M », sont la main-d'œuvre, le matériel, le milieu, les méthodes et la mesure.

Premièrement, les éléments liés à la main-d'œuvre analysés dans la section *Résultats et Analyses* de ce rapport de stage, mettent en évidence certaines défaillances contribuant à un fonctionnement inefficace du service (NOVAE, 2024). En effet, l'absence de formation continue du personnel, combinée au manque de communication entre les différents groupes, infirmières auxiliaires, agents administratifs, médecins, bénévoles et autres employés du Centre du cancer des Cèdres, ainsi qu'à une faible motivation et à une insatisfaction professionnelle des employés, fragilise la cohésion organisationnelle. La prise en charge des enjeux liés à la main-d'œuvre pourrait ainsi améliorer l'efficacité et la productivité des processus, notamment par l'optimisation des canaux de communication et la mise en place de stratégies favorisant la mobilisation et la reconnaissance du personnel (NOVAE, 2024).

Deuxièmement, le matériel, incluant les équipements informatiques, ainsi que les outils et fournitures utilisés, peut également avoir un impact significatif sur le roulement, et, par conséquent, sur l'efficacité du service (NOVAE, 2024). Les agents administratifs doivent en effet fréquemment composer avec des pannes ou des dysfonctionnements d'équipements, notamment les imprimantes utilisées pour produire les étiquettes des

échantillons sanguins, ainsi qu'avec des logiciels (Orms, Medivisit, Oacis, etc.) qui ne communiquent pas entre eux. Cette incompatibilité ralentit considérablement le travail administratif, ce qui influence directement le temps d'attente des infirmières auxiliaires entre deux usagers et, par ricochet, la fluidité globale du service. Une modernisation des équipements et une meilleure intégration des systèmes informatiques (ex. ClicSanté et Medivisit) apparaissent donc comme des leviers essentiels pour améliorer la performance et réduire les délais (NOVAE, 2024).

Troisièmement, le milieu englobe les conditions environnementales et organisationnelles des processus internes du CP. Cette catégorie comprend les conditions de travail, la disposition des lieux (postes de travail, salle d'attente, etc.), ainsi que les politiques, les procédures et la culture organisationnelle (NOVAE, 2024). L'analyse des données recueillies a mis en lumière certaines défaillances, telles que le manque de chaises et d'écrans dans la salle d'attente, entraînant un regroupement d'usagers devant la réception. Cette situation augmente le bruit ambiant, et nuit au confort ainsi qu'à la confidentialité. De plus, le CPO présente une culture organisationnelle distincte de celle des autres centres, caractérisés par une flexibilité importante. Bien que cette souplesse puisse être bénéfique dans certains contextes, elle peut également engendrer un manque de repères clairs et accentuer l'impatience des usagers. L'absence de règles claires et de procédures uniformes nuit ainsi à la fluidité des opérations. Une réorganisation des espaces physiques, combinée à une harmonisation des politiques internes et à une communication renforcée, apparaît essentielle pour améliorer l'expérience des usagers et soutenir l'efficacité des équipes (NOVAE, 2024).

Quatrièmement, les méthodes « comprennent les pratiques, les procédures et les routines suivies pour réaliser une tâche spécifique » (NOVAE, 2024). Pour le CP d'oncologie du CUSM, certaines procédures inefficaces ont été observées, notamment en ce qui concerne la trajectoire des usagers, de leur arrivée jusqu'au prélèvement ainsi que la gestion des ajouts d'usagers non planifiés. Le manque de directives claires, qu'il s'agisse du parcours des usagers, des documents requis pour le rendez-vous, des critères applicables

aux ajouts d'usagers non planifiés, ou encore la marche à suivre lors de bris d'équipements électroniques (aucun plan de contingence en place), accentue les risques d'erreurs et de retards. L'insuffisance de contrôles qualité et l'absence de standardisation des pratiques nuisent ainsi à la fluidité des opérations et à la sécurité des soins. Une révision des procédures, accompagnée d'une clarification des directives, apparaît indispensable pour assurer la cohérence du service et la fiabilité des processus (NOVAE, 2024).

Finalement, la mesure regroupe les outils et systèmes de suivi de la performance utilisés par l'organisation. Les enjeux susceptibles de nuire à la performance, incluent l'imprécision des outils, l'ambiguïté des normes, et le manque de suivi et d'analyse des données (NOVAE, 2024). Au CP, le seul système de mesure de la performance repose sur l'encodage des données dans Medivisit par les agents administratifs. Ces statistiques permettent de compiler le nombre de visites quotidiennes et annuelles, les taux d'absences non signalées, les ajouts non planifiés et les rendez-vous horaires quotidiens. Toutefois, l'absence d'analyse approfondie des données limite la capacité à interpréter les tendances, à identifier les causes des écarts et à mettre en œuvre des actions correctives. En conséquence, le système actuel ne permet pas une évaluation globale et dynamique de la performance, réduisant ainsi les possibilités d'amélioration continue et d'optimisation des processus, visant la maximisation du roulement et la réduction des délais du CP (NOVAE, 2024).

5.2.Recommandations selon les axes de performances

Un tableau a été élaboré afin de regrouper les recommandations prioritaires visant à améliorer la performance du CP (Appendice H). Chaque recommandation a été associée à un ou plusieurs axes de performance (efficacité, équité, efficience, accessibilité, sécurité, continuité, réactivité et viabilité), reflétant les dimensions organisationnelles touchées par les changements proposés. Afin d'évaluer la pertinence et la faisabilité des actions retenues, deux critères ont été utilisés : le niveau de difficulté (de 1 = très complexe à 5 = très facile) et l'impact attendu (de 1 = faible à 5 = élevé). La cote totale résulte de la combinaison de ces

deux paramètres et permet de prioriser les interventions en fonction de leur potentiel d'amélioration et de leur facilité de mise en œuvre. Cette approche favorise une prise de décision éclairée en identifiant les mesures présentant un fort impact et une complexité modérée, susceptibles de générer des bénéfices rapides et significatifs tant pour les usagers que pour le personnel. Dans le cadre du présent rapport, seules les recommandations ayant obtenues une cote supérieure à 12 sont détaillées. Celles-ci sont regroupées en sous-catégorie afin de proposer une lecture structurée et cohérente des recommandations.

5.2.1. Renforcer la capacité administrative et l'équilibre du flux de travail

La première mesure, avec une cote de 15 (5, 3), consiste à maintenir en tout temps trois agents administratifs à l'accueil du CP. Cette disposition, directement liée aux axes de l'accessibilité et de la sécurité, est essentielle pour stabiliser le flux d'usagers et prévenir les goulots d'étranglement, particulièrement durant les périodes de fort achalandage. Elle permettrait de mieux respecter un Takt time de cinq minutes par usagers, réduisant ainsi la charge sur les agents administratifs, tout en favorisant la continuité des opérations et la diminution des délais d'attente.

La deuxième mesure, qui obtient une cote de 13 (3.25, 4), vient renforcer la précédente en améliorant l'efficacité du service. Elle consiste à assurer la couverture des pauses et des repas par le redéploiement du personnel clérical provenant de d'autres secteurs de la CPO. Cette approche garantit la continuité des opérations sans compromettre la qualité du service, tout en optimisant l'utilisation des ressources disponibles. Elle favorise également la flexibilité organisationnelle et limite les interruptions dans le flux des usagers, contribuant ainsi au maintien d'un niveau de performance stable tout au long de la journée.

5.2.2. Renforcer la discipline de réservation et la priorisation des usagers

Dans cette catégorie, la recommandation ayant obtenu une cote de 14 (3.5, 4) concerne l'application de critères stricts de réservation des rendez-vous avant 11 heure exclusivement aux usagers sous traitement actif. Ce changement, axé sur l'efficacité et

l'équité, vise à optimiser la planification en priorisant les usagers les plus vulnérables, tout en réduisant les risques de congestion en matinée. Cette mesure permettrait d'éviter les retards de traitement et d'améliorer l'équité des services, en limitant les conflits liés à l'attente et en offrant une expérience usager plus harmonieuse. Le principal défi réside dans la communication claire et cohérente de ces critères, tant auprès des usagers que de l'équipe interdisciplinaire, afin d'assurer une application uniforme et sans ambiguïté.

5.2.3. Optimiser les processus pour les ajouts non planifiés et les usagers de recherche
La première recommandation de cette catégorie consiste à conclure une entente avec l'équipe du centre de recherche du CUSM afin qu'elle prenne en charge les usagers inscrits à des protocoles de recherche, disposant déjà d'un service de prélèvements sanguins à leur centre. Cette mesure qui a obtenu une cote de 12.25 (3.5, 3.5), et qui agit sur la viabilité du service et la sécurité, vise à réduire la pression exercée sur le CP en transférant une partie de la charge vers des équipes déjà équipées pour ce type de service. Sa mise en œuvre nécessitera une coordination étroite entre les équipes ainsi qu'une entente formelle définissant les modalités de transfert de responsabilités, bien que cette prise en charge n'aurait, en principe, jamais dû incomber au CPO, qui absorbe actuellement les coûts liés aux prélèvements.

Dans le même ordre d'idées, si la prise en charge des prélèvements sanguins des usagers de recherche s'avère impossible, le CP de l'ODC devra veiller à encoder ces usagers différemment dans Medivisit, en utilisant le code « ZResearch » et en indiquant le centre de coût d'oncologie aux fins de facturation et de suivi statistique. Cette recommandation, également cotée à 12.25 (3.5, 3.5), permettrait d'assurer une traçabilité rigoureuse des activités liées aux usagers participant à ces protocoles de recherche, tout en facilitant une facturation juste, actuellement inexistante. Cette démarche pourrait inciter les équipes de recherche à recourir davantage aux services affiliés à leur centre plutôt qu'à ceux de la CPO. Elle s'inscrit dans une logique d'efficience et contribue à la viabilité du service,

tout en renforçant la transparence et la conformité des processus, en distinguant clairement les usagers réguliers de ceux participant à des protocoles de recherche.

Enfin, la mise en place de plages horaires quotidiennes exclusivement dédiées aux ajouts non planifiés, lesquels devraient obligatoirement passer par la réception principale de la CPO pour obtenir un créneau réservé constitue une autre recommandation clé. Avec une cote de 12.38 (2.75, 4.5), cette mesure vise à améliorer la fluidité des opérations tout en garantissant une meilleure expérience usager. En réservant des plages horaires spécifiques pour les ajouts non planifiés, qu'ils soient liés à la recherche ou à d'autres situations, le centre pourrait préserver l'équité et l'accessibilité, tout en offrant aux usagers une meilleure prévisibilité quant à leur prise en charge. Cette approche réduirait les interruptions imprévues et les priorisations informelles, optimiserait la gestion des ressources et contribuerait au maintien de l'efficacité globale du service. Bien que sa mise en œuvre présente une complexité modérée, l'impact attendu est élevé en termes de fluidité opérationnelle, de satisfaction des usagers et de respect des principes d'équité et d'accessibilité.

5.2.4. Repenser la trajectoire des usagers et l'aménagement des lieux physiques

Avec une cote de 12 (4, 3), la recommandation associée à catégorie consiste à retirer la séquence des chaises A-B-C à l'intérieur du CP. Les bénévoles appelleraient plutôt les usagers en les dirigeant directement vers la prochaine chaise libre d'une infirmière auxiliaire. À cet effet, l'installation de signaux visuels indiquant qu'une infirmière auxiliaire est disponible pour le prochain usager faciliterait le travail des bénévoles et améliorerait la fluidité des opérations. Ce changement permettrait d'accroître l'efficacité du service en réduisant les déplacements inutiles et en simplifiant le parcours des usagers.

5.2.5. Renforcer la formation, la stabilité et le développement des équipes

La mesure ayant un impact positif sur cette catégorie consiste à reconnaître et à fidéliser le personnel expérimenté afin de stabiliser le noyau administratif, de réduire le taux de

roulement et de préserver l'expertise interne. Ayant obtenu une cote de 12 (4, 3), et axée sur la viabilité organisationnelle, cette recommandation contribuerait à assurer la continuité des opérations, à limiter les coûts liés au recrutement et à la formation, et à améliorer l'efficacité globale du service. Elle favoriserait également la création d'un environnement de travail plus attractif et durable, soutenant la rétention des talents et la qualité des services offerts aux usagers.

5.2.6. Clarifier les rôles et le soutien des bénévoles

La clarification des rôles et le soutien aux bénévoles sont essentiels afin de maximiser leur contribution. Pour améliorer la performance du service, il est recommandé de renforcer leur positionnement stratégique, notamment en assignant un bénévole au terminal d'enregistrement afin d'orienter les usagers en fonction de l'heure et de la destination de leur rendez-vous. Cette mesure permettrait de fluidifier le parcours des usagers, de réduire les goulots d'étranglement et les déplacements inutiles tout en offrant une expérience plus structurée et rassurante pour les usagers. Avec une cote de 13.13 (3.75, 3.5), cette recommandation agirait directement sur l'efficacité et la viabilité du service, en améliorant la coordination des flux et l'utilisation des ressources humaines.

5.2.7. Optimiser la communication et les outils numériques

Enfin, la dernière catégorie d'action, axée sur l'accessibilité et l'efficacité du service de prélèvements sanguins, consiste à mettre à jour les paramètres des terminaux d'enregistrement afin qu'ils reflètent les heures réelles des rendez-vous. Cette amélioration faciliterait le contrôle effectué par les bénévoles lors de l'arrivée des usagers. Avec une cote de performance de 12 (4, 3), cette mesure permettrait de réduire les erreurs d'orientation, d'accélérer la prise en charge et de renforcer la fluidité du parcours usager, tout en optimisant la coordination entre les équipes.

5.3. Leçons apprises

Les différentes approches de gestion observées présentent des avantages significatifs, mais également certaines limites qui influencent leur efficacité dans les milieux de soins. Parmi

les avantages, on note une plus grande clarté des rôles et des responsabilités, favorisant ainsi la coordination des équipes. Ces approches contribuent également à l'optimisation des ressources, notamment par la réduction des gaspillages et l'amélioration des processus, ce qui s'avère particulièrement pertinent dans des contextes où les ressources sont limitées. De plus, la prise de décision fondée sur les données, appuyées par l'utilisation d'indicateurs et de tableaux de bord, renforce l'objectivité et la transparence. Enfin, les démarches orientées vers l'amélioration continue, telles que les principes Lean, encouragent l'innovation et la performance organisationnelle.

Cependant, ces approches comportent aussi certaines limites. Elles peuvent s'avérer trop rigides et manquer de flexibilité dans des environnements complexes, comme les soins de santé, où les imprévus sont fréquents. La charge administrative générée par des procédures nombreuses peut ralentir la réactivité des gestionnaires et détourner leur attention des enjeux cliniques. Par ailleurs, la résistance au changement demeure un obstacle important, les équipes percevant parfois ces outils comme contraignants. Enfin, l'efficacité de ces approches dépend fortement de leur adaptation au contexte culturel et organisationnel, ce qui peut en limiter la portée.

En ce qui concerne les facteurs de satisfaction des gestionnaires, plusieurs éléments ressortent. L'autonomie décisionnelle constitue un facteur clé, puisqu'elle permet d'influencer les orientations stratégiques. La reconnaissance, tant de la part de la direction que des équipes, renforce le sentiment d'accomplissement. La disponibilité de ressources adéquates, qu'il s'agisse de personnel, de budgets ou d'outils technologiques, est également essentielle pour assurer la qualité des services. À cela s'ajoutent les possibilités de développement professionnel, qui favorisent la motivation et la rétention, ainsi qu'un climat de travail positif, fondé sur la collaboration et une communication ouverte. La perception d'un impact réel sur la qualité des soins contribue aussi de manière significative à la satisfaction des gestionnaires.

À l'inverse, certains environnements de travail peuvent générer un niveau de stress élevé chez les gestionnaires. Les milieux soumis à une forte pression temporelle, tels que l'oncologie, constituent un exemple. Les contraintes budgétaires importantes, les conflits interpersonnels, les changements organisationnels fréquents et le manque de contrôle accentuent cette pression. S'y ajoute la charge émotionnelle associée à la gestion de situations complexes, notamment auprès de clientèles vulnérables.

Ces constats mettent en évidence l'importance d'adopter des approches de gestion flexibles et adaptées au contexte, tout en soutenant les gestionnaires par des ressources suffisantes et un environnement de travail favorable. Ils soulignent également la nécessité de stratégies visant à réduire le stress organisationnel, afin de préserver la santé psychologique des gestionnaires et de garantir la qualité des soins offerts.

CONCLUSION

Ce stage a permis de développer une compréhension fine de l'analyse des données et de leur rôle central dans l'amélioration de la performance organisationnelle. L'examen rigoureux des flux, des délais, des volumes et des capacités a mis en évidence la puissance des indicateurs lorsqu'ils sont utilisés pour éclairer la prise de décision et soutenir des recommandations structurées. Les données constituent indéniablement un levier essentiel pour objectiver les enjeux, documenter les écarts et orienter les choix de gestion.

Toutefois, cette expérience a également mis en lumière les limites d'une approche strictement analytique. Le gestionnaire n'est pas un analyste de données au sens strict : il se sert des données, mais ses décisions ne sont jamais le simple produit mécanique d'un traitement quantitatif. Si tel était le cas, un chiffrier Excel pourrait, à lui seul, remplacer l'exercice du jugement managérial. Or, la réalité organisationnelle est plus complexe.

L'analyse des conditions de mise en œuvre des recommandations formulées a révélé l'importance déterminante du leadership, de la qualité des relations avec les parties prenantes et de la vision clinique et organisationnelle portée par les équipes. Certaines propositions, bien qu'elles soient performantes sur le plan opérationnel, peuvent entrer en tension avec des valeurs profondément ancrées, notamment en matière de personnalisation des soins, de relation avec la clientèle ou de conception du rôle clinique. C'est le cas, par exemple, de l'optimisation accrue des prélèvements en clinique externe. Ces résistances ne constituent pas un échec de la performance, mais l'expression légitime d'une vision différente, qu'il convient de reconnaître et de respecter.

Ainsi, être un leader du changement en matière de qualité et de performance ne consiste pas uniquement à produire des données crédibles et à démontrer des gains potentiels. Cela implique aussi d'écouter les équipes, de comprendre ce qu'elles souhaitent préserver, de composer avec leurs priorités et de co-construire des trajectoires d'amélioration compatibles

avec leur identité professionnelle. La vision demeure, dans certains contextes, un ingrédient plus déterminant que la performance mesurée à court terme.

En ce sens, ce stage a confirmé que la gestion en santé repose sur un équilibre délicat entre rigueur analytique, intelligence relationnelle et vision stratégique. C'est dans cette capacité à articuler les données avec le sens, et la performance avec les valeurs, que se situe le cœur du rôle du gestionnaire.

RÉFÉRENCES

- Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique). (2016, 04). *Modèle logique : un outil de planification et d'évaluation*. Ontario, Toronto. Récupéré sur https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/f/2016/focus-on-logic-model.pdf?sc_lang=fr.
- Al-Kuwaiti, A., Homa, K., & Maruthamuthu, T. (2016, 10 01). *A new performance improvement model: Adding Benchmarking to the Analysis of Performance Indicator Data*. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 42(10), pp. 462-465. doi:DOI: 10.1016/s1553-7250(16)42062-3
- Bass, B., & Avolio, B. (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Sage Publications, Inc.
- Berry, L., & Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients; Comprendre la valeur du personnel infirmier; les répercussions des charges de travail excessives et comment les ratios infirmières-patients et les modèles dynamiques de dotation peuvent aider*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. Récupéré sur <https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/02/Workload-French.pdf>
- Bloor, M., & Wood, F. (2006). *Keywords in Qualitative Methods*. Sage Publications. doi:<https://doi.org/10.4135/9781849209403>
- Brun, J., & Dugas, N. (2002). *Centre d'expertise en gestion des ressources humaines: La reconnaissance au travail: une pratique riche de sens*. Secrétariat du Conseil du trésor. Récupéré sur https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/reconnaissance_au_travail/reconn-trav_02.pdf
- Bruno, I. (2008). *La recherche scientifique au crible du benchmarking*. Petite histoire d'une technologie de gouvernement. Revue d'histoire moderne et contemporaine.(55-4bis (5)), pp. 28-45.
- Bureau du Vérificateur général du Canada. (2020). *4025: Contrôles internes*. Bureau du Vérificateur général du Canada .
- Canter Kohn, R. (1989). *L'observation participation et la recherche-action: une comparaison*. Dans Pratiques de formation/Analyse (Vol. 18 (1), pp. 69-74). doi:<https://doi.org/10.3406/pfa.1989.2172>

- Carignan, J. (2010). *Performance sans limites*. Ordre des conseillers en ressources humaines et en relations industrielles agréés du Québec. Carrefour RH. Récupéré sur <https://carrefourrh.org/ressources/developpement-organisationnel/2010/10/performance-sans-limites>
- Creswell, J. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. (éd. 4). Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2011). *Le benchmarking: une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé*. Pratiques et Organisation des Soins, 42(1). Récupéré sur <https://shs.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-1-page-35?lang=fr>
- Ferrando, P., Morales-Vives, F., & Muniz, J. (2025). *Likert Scales: A Practical Guide to Design, Construction and Use*. Psicothema, 34(4), pp. 1-15. doi:<https://doi.org/10.70478/psicothema.2025.37.24>
- Gouvernement du Canada. (2018). *Groupe en éthique de la recherche*. Récupéré sur EPTC 2 - Chapitre 10: Recherche qualitative: https://ethics.gc.ca/fra/tcps2-eptc2_2018_chapter10-chapitre10.html.
- Gouvernement du Canada. (2020). *Guide de surveillance continue du contrôle interne en matière de gestion financière*. . Gouvernement du Canada . Récupéré sur <https://www.tbs-sct.canada.ca/pol/doc-fra.aspx?id=32651>
- Gouvernement du Québec. (2025). *Chapitre 26 - Code des professions*. Ministère de l'emploi et de la Solidarité sociale. Québec: Les publications du Québec, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Récupéré sur Legis Québec: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-26>
- Jacques Pierre, S. (2018). *Le rôle modérateur du leadership transformationnel de la relation entre la culture organisationnelle et l'identification organisationnelle*. Université de Montréal. Montréal: Faculté Des Sciences de La Gestion. Récupéré sur <https://archipel.uqam.ca/11271/1/M15461.pdf>
- Kaufmann, J. (2016). *L'entretien compréhensif* (éd. 4). Armand Colin . doi:<https://doi.org/10.3917/arco.kaufm.2016.01>.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). *Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé: apports et croyances*. Cairn.info, Tome III (4), 67-82. doi:<https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>.

- Kotter, J.-P. (1996). *Leading Change*. Boston Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Kowang, T.-O., Yew, L.-K., & Hee, O.-C. (2019). "Takt time analysis in Lean Six Sigma: From conventional to integration.". *Int J Eng Adv Technol*. 9 (2), 4076-4080.
Récupéré sur https://www.researchgate.net/profile/Ong_Hee/publication/338983851_Takt_Time_Analysis_in_Lean_Six_Sigma_From_Conventional_to_Integration/links/5e3652bc458515072d76ebb0/Takt-Time-Analysis-in-Lean-Six-Sigma-From-Conventional-to-Integration.pdf
- Lambert, G. (2010). *L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), pp. 23-43.
doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>.
- Lincoln, Y. (1995). *Emerging criteria for quality in qualitative and interpretative reseach*. *Qualitative Inquiry*, 1, pp. 755-289.
- Lovaglio, P. (2012). *Benchmarking strategies for measuring the quality of healthcare: problems and prospects*. *The scientific world journal*.
doi:<https://doi.org/10.1100/2012/606154>
- MSSS. (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Québec. Récupéré sur Gouvernement du Québec: https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Systeme_et_services_de_sante/organisation-services/donnees-systeme-sante-quebécois-services/mesure-analyse-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf
- MSSS. (2016). *Rapport du comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance du Programme nationale de cancérologie du Québec*. Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Récupéré sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-902-18W.pdf>
- MSSS. (2023). *Les partenariats gage de qualité en cancérologie: Plan d'action 2024-2026 du programme québécois de cancérologie*. Québec: Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Récupéré sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-902-01W.pdf>
- MSSS. (2025). *La prévention, c'est la santé - Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035*. Québec. Récupéré sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-297-04W.pdf>

- MSSS. (2025). *Plan de transformation: Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent*. Québec. Récupéré sur Gouvernement du Québec: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-127-13W.pdf>
- NOVAE. (2024). *Maitrisez les 5M du diagramme d'Ishikawa et devenez un expert de l'analyse des problèmes*. Novae-Recrute.com. Récupéré sur <https://www.novae-recrute.com/actualites/comprendre-les-5m-du-diagramme-dishikawa>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). *SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality*. Journal of Retailing, 12-40. Récupéré sur https://www.researchgate.net/publication/200827786_SERVQUAL_A_Multiple-item_Scale_for_Measuring_Consumer_Perceptions_of_Service_Quality
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and reseach methods* (Vol. 14 (1)). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Royer, C. (2016). *Parmi les questions posées sur l'utilisation des méthodes quantitatives: qu'est-ce que la profondeur?* Recherches qualitatives, Hors-série, 18, p.17-26.
- Sicotte, C., Champagne, F., & Contrandriopoulos, A.-P. (1999). *La performance organisationnelle des organismes publics de santé*. Ruptures, Revue Transdisciplinaire en santé. Récupéré sur https://www.researchgate.net/profile/Claude-Sicotte/publication/274136966_La_performance_organisationnelle_des_organisations_de_sante/links/5516a66e0cf2d70ee2754ba0/La-performance-organisationnelle-des-organisations-de-sante.pdf
- Thi Tran, Y., & Cam Hoang, T. (2024). *Leadership transformationnel et performance des salariés du public: les rôles médiateurs de la participation des employés et de la motivation de service public*. 90(4), 763-780. Revue Internationale des Sciences Administratives.
- Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2007). *La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire?* Recherches qualitatives, Hors Série(5), pp. 38-45. Récupéré sur https://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/trudel.pdf

APPENDICE A

QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE DES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES (VERSION ANGLAISE ET FRANÇAISE)

Version anglaise:

Questions about role perception and well-being:

- What aspects of your work at the blood collection clinic make you enjoy your job?
- Do you feel heard and involved in decisions that affect your work?
- Does your current workload impact your well-being or motivation to come to work?
- What bothers you the most or could make you dislike your job at the clinic? (Or what would make you want to stay longer in this position?)

Questions about workflow and logistics:

- Can you describe a typical day at work? Are there particularly difficult or overloaded moments?
- What steps, in your opinion, slow down the blood collection process?
- Are the materials and resources available to you sufficient to meet current needs?
- Are there tasks you perform that could, in your opinion, be delegated or automated to help streamline your workday?
-

Questions about communication and collaboration:

- How would you rate communication among staff members? (Nurses, secretaries, volunteers)
- Are there important pieces of information or elements that are not always well communicated, potentially delaying or slowing down workflow?
- Do patients clearly understand the instructions/procedures before arriving at the clinic?

Questions about patient admission criteria and triage:

- Are there patients who, in your opinion, could be redirected to another blood collection service (CLSC, external collection center, etc.)? If so, what types of patients and why?
- What do you think are the criteria that make a patient eligible to have their blood drawn at our center?

Questions about solutions and improvement ideas:

- If you had a magic wand, what aspect of the clinic would you change first to help improve workflow or efficiency?
- If I told you, we were reviewing the clinic's patient eligibility criteria to improve the workflow, what would you think?

Concluding questions:

- In your opinion, how could we improve the overall situation at the clinic?
- What do you think is the main issue and the main strength currently of the blood collection center?

Version française:

Questions sur la perception du rôle et du bien-être

- Quels éléments ou aspects de ton travail à la clinique de prélèvement font que tu apprécies ton travail?
- Te sens-tu écoutée et impliquée dans les décisions qui touchent ton travail?
- Est-ce que la charge de travail que tu effectues en ce moment vient affecter ton bien-être ou ta motivation à venir au travail?
- Qu'est-ce qui te dérange le plus ou qui ferait en sorte que tu n'aimes plus ton travail à la clinique (ou qu'est-ce qui ferait en sorte que tu veux rester plus longtemps dans ce poste) ?

Questions sur le flux de travail et la logistique :

- Peux-tu me décrire une journée typique au travail? Y a-t-il des moments particulièrement difficiles ou surchargés?
- Quelles sont les étapes, selon toi, qui ralentis le processus de prélèvement?
- Est-ce que le matériel et les ressources à ta disposition sont suffisants pour répondre aux besoins actuels?
- Y a-t-il des tâches que tu effectues qui pourraient, selon toi, être déléguées ou automatisées, afin d'aider le roulement de ta journée de travail?

Questions sur la communication et la collaboration :

- Comment juges-tu la communication entre les membres du personnel? (Médecin, infirmière, secrétaires, bénévoles)
- Y a-t-il des informations importantes ou des éléments qui ne sont pas toujours bien transmises, pouvant retarder ou ralentir le roulement de travail?
- Est-ce que les usagers comprennent bien les instructions/la façon de procéder avant leur arrivée à la clinique?

Questions sur les critères d'admission et le triage des usagers admissible à la clinique :

- Y-a-t-il des usagers qui pourraient, selon toi, être redirigés vers un autre service de prélèvement (CLSC, Centre de prélèvement externe, etc.)? Si oui, quels types d'usagers? Pourquoi?
- Quels sont, selon toi, les critères qui rendent admissible un usager à venir prendre ses prises de sang à notre centre?

Questions sur les solutions et pistes d'amélioration :

- Si tu avais une baguette magique, quel aspect aimerais-tu changer en premier de la clinique, qui aideraient le roulement ou l'efficacité de la clinique et de ton travail?
- Si je te dis que nous reverrions les critères d'admissibilité des usagers de la clinique, afin d'améliorer le roulement, qu'en penses-tu?

Questions de conclusion :

- Comment, selon toi, pourrions-nous améliorer la situation globale de la clinique?
- Selon toi, quel est la principale problématique et la principale force, en ce moment, du centre de prélèvement?

APPENDICE B

QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE DES AGENTS ADMINISTRATIFS (VERSION ANGLAISE ET FRANÇAISE)

Version anglaise:

Questions on perceptions of roles and work experience:

- Can you describe to me your main responsibilities at the blood test center?
- What aspects of your role do you find the most rewarding or satisfying?
- What challenges do you face in your daily administrative tasks?
- How do you feel your role contributes to the overall functioning of the center?
- Which part of your job do you like and dislike the most? Is there something that could change your perspective of your dislikes?

Questions on workflow and logistics:

- Can you walk me through a typical day in your role?
- What parts of the workflow do you find most efficient? Which part are more problematic?
- Are there any administrative procedures that you feel could be improved or streamlined?
- How do you manage high patient volume or peak times?

Questions on communication and collaboration:

- How would you describe the communication between administrative staff and clinical staff (nurses, physicians, volunteers)?
- Are there any recurrent issues in communication that affect your work or patient flow?
- How do you ensure the patients receive clear and accurate information before their appointments?
- Do you feel heard or considered when it comes to changes or modifications in your work environment?

Questions on suggestions and improvements:

- If you could change one thing about your administrative process at the center, what would it be?

- Are there technologies or systems you think could improve your workflow?
- What ideas do you have to improve patient experience from an administrative perspective?

Conclusion questions:

- Is there anything else you would like to share about some of the positive or negative points in the test center?
- In your opinion, what is the biggest challenge that you, the administrative agent, and the test center is currently facing?

Version française:

Questions sur la perception du rôle et l'expérience de travail :

- Pouvez-vous me décrire vos principales responsabilités au centre de prélèvement
- Quels aspects de votre rôle trouvez-vous les plus gratifiants ou satisfaisants ?
- Quels défis rencontrez-vous dans vos tâches administratives quotidiennes ?
- Selon vous, comment votre rôle contribue-t-il au bon fonctionnement du centre ?
- Quelle partie de votre travail aimez-vous le plus et le moins ? Y a-t-il quelque chose qui pourrait changer votre perception des aspects que vous aimez moins ?

Questions sur le flux de travail et la logistique :

- Pouvez-vous me décrire une journée typique dans votre rôle ?
- Quelles parties du flux de travail vous semblent les plus efficaces ? Lesquelles posent davantage de problèmes ?
- Y a-t-il des procédures administratives qui, selon vous, pourraient être améliorées ou simplifiées ?
- Comment gérez-vous les périodes de forte affluence ou les volumes élevés d'utilisateurs ?

Questions sur la communication et la collaboration :

- Comment décririez-vous la communication entre le personnel administratif et le personnel clinique (infirmières, médecins, bénévoles) ?
- Y a-t-il des problèmes de communication récurrents qui affectent votre travail ou le flux des utilisateurs ?
- Comment vous assurez-vous que les utilisateurs reçoivent des informations claires et précises avant leur rendez-vous ?

- Vous sentez-vous écouté ou pris en compte lorsqu'il est question de changement ou modification dans votre milieu de travail?

Questions sur les pistes d'amélioration :

- Si vous pouviez changer une chose dans le processus administratif du centre, quelle serait-elle ?
- Y a-t-il des technologies ou des systèmes qui, selon vous, pourraient améliorer votre flux de travail ?
- Quelles idées avez-vous pour améliorer l'expérience des usagers du point de vue administratif ?

Questions de conclusion :

- Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager concernant les points positifs ou négatifs du centre de prélèvement ?
- Selon vous, quel est le plus grand défi auquel vous, en tant qu'agent administratif, et le centre de prélèvement êtes actuellement confrontés ?

APPENDICE C

QUESTIONNAIRES D'ENTREVUE DES USAGERS (VERSION ANGLAISE ET FRANÇAISE)

Version anglaise:

Questions about the Overall Patient Experience:

- Can you describe how your visit to the blood test center went?
- What stood out to you the most, either positively or negatively, during your visit?
- How did you feel throughout your visit to the blood test center? (Your emotions: frustration, confusion, despair, joy, relaxed, etc.)?
- How would you describe the overall organization of the blood test center?

Questions about the Workflow and Logistics of the Blood Test Center:

Before the visit:

- How is the appointment scheduling process for the blood test center?
- What instructions did you receive regarding your visit to the center, and how did you perceive them?
- Are there any instructions (requests, arrival times, etc.) that are unclear or vary depending on the staff member you speak to?

Upon arrival:

- How would you describe the reception at your appointment at the blood test center?
- How would you describe the waiting time before your blood test?

During the blood test:

- How did the blood test procedure itself go?
- Was the communication with the staff (licensed practical nurses, administrative agents, volunteers, etc.) adequate?
- Were you properly informed about all the steps involved?

Questions about Suggestions for Improvement:

- What could improve your experience at the blood test center?
- Are there aspects of the service offered that you would like to see changed or improved?

- If you had the power to change one thing at the blood test center, what would it be?

Conclusion Question:

- Is there anything you would like to share about your visits or about the service in general?

Version française:

Questions sur l'expérience globale des usagers:

- Pouvez-vous me raconter comment se déroule votre visite au centre de prélèvement?
- Qu'est-ce qui vous a ou vous marque le plus, en bien ou en moins bien, lors de votre visite?
- Comment vous sentez-vous tout au long de votre visite au centre de prélèvement? (Vos émotions : frustration, confusion, désespoir, joie, détendue, etc.)
- Comment décrivez-vous l'organisation générale du centre de prélèvement?

Questions sur le flux et la logistique du centre de prélèvement

Avant la visite :

- Comment se passe la prise de rendez-vous pour le centre de prélèvement?
- Quelles sont les consignes relatives à votre venue au centre de prélèvement que vous avez reçu et comment les avez-vous perçus?
- Y a-t-il des consignes (requêtes, heures d'arrivée, etc.) qui ne sont pas claires ou qui divergent selon le membre du personnel à qui vous parlez?

À l'arrivée :

- Comment décrieriez-vous l'accueil à votre rendez-vous au centre de prélèvement?
- Comment décrivez-vous le temps d'attente avant votre prise de sang?

Pendant le prélèvement :

- Comment se déroule l'intervention en elle-même, la prise de sang ?
- La communication avec le personnel (infirmier auxiliaire, agents administratifs, bénévoles, etc.) est-elle adéquate? Est-ce qu'on vous informe adéquatement de toutes les étapes entreprises?

Questions concernant les pistes d'amélioration

- Qu'est-ce qui pourrait améliorer votre expérience au centre de prélèvement?

- Y a-t-il des aspects du service offert que vous aimeriez changés ou améliorés?
- Si vous aviez le pouvoir de changer une chose au centre de prélèvement, quelle serait-elle?

Questions de conclusion :

- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez me partager sur vos visites ou sur le service en général?

APPENDICE D

QUESTIONNAIRES D'ENTREVUE DES BÉNÉVOLES (VERSION ANGLAISE ET FRANÇAISE)

Version anglaise:

Questions about the role perception and well-being:

- What do you enjoy most about your role as a volunteer at the blood collection center?
- Do you feel recognized and valued for your contribution?
- Does your current involvement affect your well-being or motivation?
- Are there aspects your role that bother you or that you would like to see changed?

Questions about the workflow and logistics:

- Can you describe a typical day as a volunteer?
- Are there moments when you feel overwhelmed or that things are disorganized?
- Do you have access to the resources you need to perform your role effectively?
- Are there tasks you find unnecessary or that could be simplified?

Questions about communication and collaboration :

- How would you describe communication between volunteers and staff (nurses, secretaries, etc.)?
- Are there important pieces of information that are not always well communicated?
- Do patients seem well informed about procedures before arriving?

Questions about the patient's admission and triage:

- In your opinion, are there patients who could be redirected to other services? If so, which ones and why?
What criteria do you think should determine patient eligibility at the center?

Questions about improvement ideas :

- If you could change one aspect of the center's operations, what would it be?
- What would you think if we reviewed patient eligibility criteria to improve workflow?

Conclusion questions :

- What improvements would you suggest for the blood collection center?
- What do you think is the center's main strength and main challenge right now?

Version française :

Questions sur la perception du rôle et bien-être :

- Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre rôle de bénévole au centre de prélèvement ?
- Vous sentez-vous reconnu(e) et valorisé(e) dans votre contribution ?
- Est-ce que votre implication actuelle influence votre bien-être ou votre motivation ?
- Y a-t-il des aspects de votre rôle qui vous dérangent ou que vous aimeriez voir changés ?

Questions sur le flux de travail et logistique :

- Pouvez-vous me décrire une journée typique en tant que bénévole ?
- Y a-t-il des moments où vous ressentez une surcharge ou un manque d'organisation ?
- Avez-vous accès aux ressources nécessaires pour bien accomplir votre rôle ?
- Y a-t-il des tâches que vous jugez inutiles ou qui pourraient être simplifiées ?

Questions sur la communication et collaboration :

- Comment décririez-vous la communication entre les bénévoles et le personnel (infirmières, secrétaires, etc.) ?
- Y a-t-il des informations importantes qui ne sont pas toujours bien transmises ?
- Les usagers semblent-ils bien informés sur les procédures avant leur arrivée ?

Questions sur les critères d'admission et triage :

- Selon vous, certains usagers pourraient-ils être redirigés vers d'autres services ? Si oui, lesquels et pourquoi ?
- Quels critères devraient, selon vous, déterminer l'admissibilité des usagers au centre ?

Questions sur les pistes d'amélioration :

- Si vous pouviez changer un aspect du fonctionnement du centre, lequel serait-ce ?
- Que penseriez-vous d'une révision des critères d'admission des usagers pour améliorer le roulement ?

Questions de conclusion :

- Quelles améliorations suggèreriez-vous pour le centre de prélèvement ?
- Selon vous, quelle est la principale force et la principale faiblesse du centre actuellement ?

APPENDICE E

CARTON PLASTIFIÉ; AUDITS TEMPS D'ATTENTES MOYEN

Appointment Time: _____

Arrival Time : _____

Departure Time : _____

APPENDICE F

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION USAGERS (VERSION ANGLAISE ET FRANÇAISE)

Version anglaise:

1. RECEPTION

What is your level of satisfaction regarding the following aspects of the **reception at the oncology test center**?

	Very satisfied	Satisfied	Slightly satisfied	Not satisfied	Does not apply
The physical space of the test center					
Signage to reach the sampling center					
Explanations and information about the registration process					
The staff at the sampling center were available to answer your questions and/or guide you to the correct service					
Coordination between the different personnel					

(Volunteers, receptionists, auxiliary nurses)					
Courtesy, attentiveness, and empathy of the administrative staff at your egger					

2. APPOINTMENT LOCATION

What is your level of satisfaction regarding the following aspects of **the physical location of the appointment?**

	Very satisfied	Satisfied	Slightly satisfied	Not satisfied	Does not apply
Confidentiality of your personal information					
Clarity of reception and care upon your arrival					
Availability of seats in the waiting room					
Respect for your appointment time					
Cleanliness of the premises (waiting rooms, reception desk, blood sampling room, etc.)					

Service flow without interruptions or unnecessary delays					
--	--	--	--	--	--

3. DURING THE APPOINTMENT

What is your level of satisfaction regarding the following aspects of **the blood draw**?

	Very satisfied	Satisfied	Slightly satisfied	Not satisfied	Does not apply
Speed of the sampling process once called					
Courtesy, attentiveness, and empathy of the nursing staff at your egger					
Compliance of the hygiene measures					
Clarity of explanations given before the blood draw					

Version française:

1. ACCUEIL

Quel est votre niveau de satisfaction concernant les aspects suivants **de l'accueil au centre de prélèvement en oncologie**?

	Très satisfait(e)	Satisfait (e)	Peu satisfait (e)	Pas du tout satisfait(e)	Ne s'applique pas
--	-------------------	---------------	-------------------	--------------------------	-------------------

L'espace physique du centre de prélèvement					
La signalisation pour se rendre au centre de prélèvement					
Explications et informations concernant le processus d'inscription/d'enregistrement					
Le personnel du centre de prélèvement s'est montré disponible à répondre à vos questions et/ou à vous guider au bon service					
La coordination entre les différents intervenants (Bénévoles, réceptionnistes, infirmières auxiliaires)					
La courtoisie, l'écoute et l'empathie du personnel administratif à votre égard					

2. LIEU DU RENDEZ-VOUS

Quel est votre niveau de satisfaction concernant les aspects suivants **du lieu physique de rendez-vous?**

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)	Ne s'applique pas
La confidentialité à l'égard de vos informations personnelles					
La clarté de l'accueil et de la prise en charge à votre arrivé(e)					
La disponibilité des sièges dans la salle d'attente					
Le respect de l'heure de votre rendez-vous					
La propreté des lieux (salles d'attentes, bureau de la réception, salle de prélèvement sanguin, etc.)					

Le déroulement du service sans interruption ou retards inutiles					
---	--	--	--	--	--

3. PENDANT LE RENDEZ-VOUS

Quel est votre niveau de satisfaction concernant les aspects suivants **de la prise de sang?**

	Très satisfait(e)	Satisfait(e)	Peu satisfait(e)	Pas du tout satisfait(e)	Ne s'applique pas
La rapidité du processus de prélèvement une fois appelé(e)					
La courtoisie, l'écoute et l'empathie du personnel infirmier à votre égard					
Le respect des mesures d'hygiène					
La clarté des explications					

données avant le prélèvement					
---------------------------------	--	--	--	--	--

APPENDICE G

PLAN D'ACTION 2024-2026 DU PROGRAMME DE CANCÉROLOGIE DU QUÉBEC

Axe 1 : La participation active de la population et des PTC	
Orientations prioritaires de l'axe 1 :	Action 1 : Soutenir l'intégration et l'engagement des PTC dans les structures de gouvernes locales et nationales. (Orientations : 1.3 et 7.1)
1.1 Assurer l'accès à des informations sur le cancer destiné à la population.	
1.2. Impliquer la personne atteinte dans les décisions concernant ses soins.	Action 2 : Soutenir le déploiement du rôle des patients accompagnateurs dans les établissements pour assurer leur présence tout au long de la trajectoire. (Orientations : 1.4 et 6.1)
1.3. Intégrer des PTC dans les structures de gouverne du programme de cancérologie.	
1.4. Développer la fonction « patient-accompagnateur » à toutes les étapes de la trajectoire.	Action 3 : Rendre disponible des contenues pertinents en ligne pour répondre aux besoins informationnels des professionnels, des PTC et de la population. (Orientations : 1.1, 2.1, 3.4, 4.3 et 6.4)
1.5. Documenter et analyser les expériences rapportées par les usagers dans le processus de planification et d'amélioration de la qualité et la pertinence de l'offre de soins et services.	Action 4 : Identifier les meilleures pratiques à adopter favorisant l'autodéclaration des symptômes (ex : sondages, portail patient, outils de télésanté, suivis virtuels en milieu de vie) (Orientations : 1.5, 5.4, 6.2 et 8.2)
1.6. Adapter l'offre de soins et de services en cancérologie aux réalités et aux besoins des différentes PTC.	Action 5 : Instaurer des mesures sur les concepts des expériences-usagers et de résultats de santé et cancérologie. (Orientations : 1.2, 1.5, 4.2 et 4.3)

Axe 4 : Une investigation rapide fondée sur la pertinence	
Orientations prioritaires de l'axe 4 :	Action 1 : Élaborer les rapports synoptiques provinciaux standardisées et soutenir leur implantation. (Orientations : 13.4, 4.4, 7.4, 8.1 et 8.2)
4.1 Définir les algorithmes et instaurer des trajectoires d'investigation optimales pour établir le diagnostic des cancers les plus fréquents, complexes et rares.	Action 2 : Développer les algorithmes et les trajectoires types d'investigation pour les sièges tumoraux suivants : prostate, gynéco-oncologie, digestif haut et ORL. (Orientations : 4.1 et 4.2)
4.2 Soutenir l'implantation de guichets d'investigation rapide en cancérologie dans tous les établissements.	Action 3 : Soutenir le déploiement et évaluer la performance de l'approche par guichet d'investigation rapide pour les quatre principaux sièges tumoraux et, éventuellement les autres sièges tumoraux. (Orientations : 4.2 et 5.1)
4.3 Outiller la première ligne pour favoriser une investigation efficace des symptômes et signes	

vagues de cancer en complémentarité avec les guichets.	Action 4 : Développer ou adapter les outils d'aide à la décision pour soutenir l'autonomisation des patients et en lien avec la détection et la prise en charge des principaux signes et symptômes du cancer (Orientations : 1.1 et 4.3)
4.4 Améliorer les délais d'accès aux examens et à leurs résultats en fonction des cibles établies.	Action 5 : Développer une échelle de priorisation harmonisée pour les principaux examens d'imagerie en fonction des différentes indications cliniques. (Orientations : 4.4 et 5.4)
4.5 Assurer un accès équitable standardisé et en temps opportun aux analyses moléculaires à visée pronostique et thérapeutique	Action 6 : Mettre en œuvre des stratégies permettant de faciliter l'accès aux analyses de pathologie et aux analyses moléculaires ainsi qu'à leurs résultats associés selon le siège tumoral. (Orientations : 4.4, 4.5, 5.1 et 5.3)
	Action 7 : Assurer une utilisation judicieuse des tests de biologie médicale selon les indications validées scientifiquement. (Orientations : 4.5 et 5.3)

Axe 5 : Traitements efficaces, pertinents et innovants	
Orientations prioritaires de l'axe 5 :	
5.1 Offrir un accès équitable et en temps opportun aux traitements contre le cancer.	Action 1 : Développer des guides et des normes qui soutiennent la pertinence pour la prise en charge des différents sièges de cancer. (Orientations : 4.1, 5.1, 5.3, 5.4 et 7.2)
5.2 Améliorer la capacité de traitement par des stratégies de planification efficaces, en repensant les façons de faire et en encourageant les pratiques innovantes.	Action 2 : Évaluer et soutenir l'implantation de modèles de priorisation soutenant la pertinence et l'accessibilité à la chirurgie oncologique. (Orientations : 5.1 et 5.2)
5.3 Soutenir l'introduction structurée d'innovations thérapeutiques et en mesurer les bénéfices et la valeur en contexte réel de soins.	Action 3 : Adapter la mesure de l'accès en radio-oncologie pour y intégrer les nouvelles priorités cliniques. (Orientations : 5.1 et 8.3)
5.4 Encourager la pertinence par le déploiement de modèles de prestations de soins et de services personnalisés.	Action 4 : Élaborer une échelle de priorités cliniques pour l'accès aux traitements systématiques. (Orientations : 5.1 et 8.3)
5.5 Assurer une offre de soins et de services hiérarchisée, fluide et intégrée dans le continuum de soins par siège tumoral.	Action 5 : Soutenir le déploiement de l'hypofractionnement, en radio-oncologie, comme un standard, selon les données probantes disponibles (orientations : 5.2 et 5.3)
	Action 6 : Identifier et soutenir la mise en œuvre de stratégies visant à dégager de la capacité pour répondre aux besoins des patients en lien avec l'administration de traitements systémiques. (Orientations : 5.2, 5.4, 5.5 et 7.3)

Axe 7 : Un réseau hiérarchisé et intégré pour des soins et des services de qualité et une évolution des pratiques

<p>Orientations prioritaires de l'axe 7 :</p> <p>7.1 Réaffirmer le rôle et le leadership des programmes de cancérologie dans l'ensemble du continuum d'offre de soins et de services des établissements.</p> <p>7.2 Poursuivre le déploiement et le fonctionnement du modèle d'organisation et d'animation en réseau consacré à un siège tumoral ou à une thématique particulière.</p> <p>7.3 Assurer une coordination et une collaboration interétablissement pour maintenir l'accès équitable de tous.</p> <p>7.4 Soutenir les professionnels dans leur travail avec des communautés de pratiques dynamiques.</p> <p>7.5 Optimiser la contribution des différents professionnels tout au long de la trajectoire de soins.</p> <p>7.6 Favoriser l'attractivité et la rétention des différentes professions en cancérologie.</p>	<p>Action 1 : Réaffirmer, notamment dans le contexte de la création de Santé Québec, les attentes du MSSS à l'égard de la gouvernance et de l'organisation clinique et administrative des programmes de cancérologie dans les établissements (<i>Orientations : 7.1 et 7.3</i>)</p> <p>Action 2 : Accompagner les centres responsables des réseaux hiérarchisés et intégrés, par siège tumoral ou par des thématiques dans l'appréciation de leur rôle, dans l'évolution de celui-ci et dans la communication des retombées. (<i>Orientations : 5.5, 7.2 et 7.4</i>)</p> <p>Action 3 : Encourager et soutenir la standardisation de la pratique des professionnels en cancérologie par des outils harmonisés. (<i>Orientations : 7.4 et 7.5</i>)</p> <p>Action 4 : Déployer une offre de service provinciale pour réaliser l'harmonisation et la diffusion de formulaires d'ordonnances et autres outils pharmaceutiques associés aux thérapies adultes en oncologie. (<i>Orientations : 5.1, 7.4 et 7.5</i>)</p> <p>Action 5 : Diffuser les orientations ministérielles concernant l'encadrement et l'optimisation de la trajectoire des patients sous médicaments antinéoplasiques administrés par voie orale (MAVO) et soutenir leur implantation dans les établissements. (<i>Orientations : 5.5, 5.5, 6.3 et 7.5</i>)</p> <p>Action 6 : Actualiser le rôle de l'infirmière-pivot en cancérologie pour maximiser sa contribution auprès de la clientèle atteinte de cancer ayant des besoins complexes. (<i>Orientations : 7.5 et 7.6</i>)</p>
---	--

Axe 8 : La surveillance de l'état de santé de la population au regard du cancer et l'analyse de la performance du réseau en cancérologie	
<p>Orientations prioritaires de l'axe 8 :</p> <p>8.1 Consolider le développement du registre québécois de cancer (RQC).</p> <p>8.2 Rassembler dans un environnement informationnel les informations nécessaires pour décrire et apprécier l'ensemble des soins et des services en cancérologie.</p> <p>8.3 Optimiser la production et la diffusion d'informations pertinentes en cancérologie</p>	<p>Action 1 : Soutenir les RLC des établissements dans la transmission des informations minimales sur les nouveaux cas de cancer dans les six mois suivant le diagnostic et des informations complètes douze mois après la fin de l'année civile, dans le respect des normes et bonnes pratiques des registres. (<i>Orientations : 8.1</i>)</p> <p>Action 2 : Identifier et inclure dans le RQC de nouvelles données pertinentes et de qualité tout au long de la trajectoire de soins en cancérologie pour certains sièges tumoraux dans une approche de valorisation des données. (<i>Orientations : 8.2</i>)</p>

	<p>Action 3 : Jumeler différentes banques de données pour contribuer à la documentation plus exhaustive des trajectoires de soins en cancérologie. (Orientations : 8.2)</p>
	<p>Action 4 : Tirer profit de la mise en place du Dossier santé numérique (DSN) pour optimiser la collecte de données portant sur les caractéristiques de la clientèle et les différentes étapes de la trajectoire de soins en cancérologie. (Orientations : 8.2)</p>
	<p>Action 5 : Mettre en place une structure de gouvernance avec les partenaires du PQC permettant une meilleure identification et une priorisation des besoins ainsi qu'une production et une diffusion d'informations uniformisées en cancérologie. (Orientations : 8.3)</p>
	<p>Action 6 : Développer des indicateurs, réaliser des analyses et diffuser à la population et au réseau de la santé des informations concernant la surveillance de l'état de la population, de même que la performance des soins et des services. (Orientations : 1.5, 2.4, 3.4, 4.2, 4.4, 5.1, 5.5 et 8.3)</p>

APPENDICE H

Recommandations à fort impact sur la performance du centre de prélèvements sanguins

Optimiser l'efficiency, la collaboration interprofessionnelle et l'expérience usager grâce à des améliorations opérationnelles ciblées

Recommandations	Axes de performance	Niveau de performance			État
		Degré de difficulté	Niveau d'impact	Total	
		1 = complexe 5 = facile	1 = faible 5 = élevé		
1. Renforcer la capacité administrative et l'équilibre des flux de travail					
Maintenir en tout temps trois agents administratifs à l'accueil afin d'aligner la charge de travail sur le flux d'usages (temps TAKT cible : ~5 minutes par usager).	Accessibilité Sécurité	5	3	15	
Assurer la couverture des pauses et des périodes de repas en redéployant du personnel clérical provenant d'autres secteurs de l'ODC .	Efficacité	3.25	4	13	
Mettre en place un identifiant plastifié fixé à la carte de l'utilisateur, ainsi que des étiquettes pour les requêtes Oacis saisies manuellement , afin d'éliminer les formulaires papier lorsque la requête électronique (eReq) est disponible.	Efficacité Sécurité	4.5	2.5	11.25	Complété, mais non laminé
Éliminer les tâches cléricales non essentielles (p. ex. l'agrafage de résultats non prioritaires) afin de préserver l'efficiency et de maintenir	Efficacité	2.5	3.5	8.75	En attente du projet RTS

Recommandations	Axes de performance	Niveau de performance			
		Degré de difficulté	Niveau d'impact	Total	État
		1 = complexe 5 = facile	1 = faible 5 = élevé		
l'accent sur le traitement des usagers.					
Mettre en œuvre une routine de nettoyage et d'organisation des postes de travail par le personnel clérical à la fin de chaque quart de travail, ou prévoir un nettoyage régulier planifié.	Sécurité	4.5	1	4.5	

Retombées attendues: réduction des temps d'attente, meilleure continuité des flux de travail et diminution du stress administratif.

2. Renforcer la discipline de prise de rendez-vous et la priorisation des usagers

Appliquer strictement les critères de prise de rendez-vous : uniquement les usagers en traitement actif ou faisant l'objet d'une investigation clinique avant 11 h.	Efficacité Équité	3.5	4	14	En cours
Mettre en place un processus de tri à l'accueil afin d'assurer une priorisation équitable des usagers, en tenant compte à la fois de l'horaire des rendez-vous et de l'heure d'arrivée.	Équité	2.5	4.5	11.25	
Arrimer dynamiquement la capacité de prise de rendez-vous aux effectifs disponibles en temps réel (infirmières auxiliaires autorisées [IAA] et	Efficacité Réactivité Viabilité	2	4.5	9	

Recommandations	Axes de performance	Niveau de performance			État
		Degré de difficulté	Niveau d'impact	Total	
		1 = complexe 5 = facile	1 = faible 5 = élevé		
aides-soignants [AS]) afin d'éviter la surplanification.					
Programmer les consultations pour les nouveaux usagers qui commencent une chimiothérapie ou un nouveau traitement au moins 4 jours, mais pas plus de 7 jours, avant leur première séance.	Continuité Efficacité	3.5	2	7	
Intégrer ClicSanté comme système informatique central pour la gestion des rendez-vous et la production de statistiques, en favorisant l'autonomie des usagers.	Accessibilité Continuité Réactivité	1.5	4	6	
Rediriger les usagers en suivi ou cliniquement stables vers des rendez-vous en CLSC via ClicSanté , environ une semaine avant le suivi médical.	Continuité Accessibilité (↓) Efficacité	2	2.5	5	

Retombées attendues : optimisation du flux des usagers, amélioration de l'équité d'accès aux services et adéquation de la charge de travail avec les ressources disponibles.

3. Optimiser la gestion des usagers ajoutés et des usagers de recherche

Réserver quotidiennement des plages horaires dédiées exclusivement aux usagers ajoutés (add-ons) ; tout autre ajout doit obligatoirement transiter par l'accueil principal	Efficacité Équité Accessibilité	2.75	4.5	12.38	
---	---------------------------------------	------	-----	-------	--

Recommandations	Axes de performance	Niveau de performance			État
		Degré de difficulté	Niveau d'impact	Total	
		1 = complexe 5 = facile	1 = faible 5 = élevé		
afin d'assurer une inscription adéquate.					
Les prélèvements sanguins liés à des projets de recherche devraient idéalement être effectués au CIM ou, à défaut, être reportés à une autre journée.	Viabilité Sécurité	3.5	3.5	12.25	En cours
Désigner les usagers impliqués dans des essais cliniques comme « ZRESEARCH » dans le système Medivisit, en y associant le code du centre de charges nécessaire pour la facturation et le suivi statistique.	Efficacité Viabilité	3.5	3.5	12.25	
Créer une carte distinctive « Ajout d'urgence » pour les usagers autorisés par les cliniciens ; seuls les usagers présentant cette carte seront acceptés comme ajouts.	Sécurité Réactivité Équité Efficacité	4.5	2.5	11.25	
Collaborer avec le centre de prélèvements principal du D02 afin de réserver des plages horaires spécifiques pour nos usagers ajoutés.	Réactivité Efficacité	2	3.5	7	

Retombées attendues : amélioration de la traçabilité, réduction des interruptions non planifiées et optimisation de la récupération des financements liés aux activités de recherche.

Recommandations	Axes de performance	Niveau de performance			État
		Degré de difficulté	Niveau d'impact	Total	
		1 = complexe 5 = facile	1 = faible 5 = élevé		
4. Repenser le parcours usager et l'aménagement des espaces physiques					
Abolir la séquence des chaises A-B-C: les bénévoles appellent directement les usagers lorsque l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) est disponible.	Efficacité	4	3	1 2	Réalisé, mais sans succès
Afin de soutenir l'abolition de la séquence A-B-C, implanter un signal visuel indiquant aux bénévoles la disponibilité de l'IAA.	Efficacité	4	3	12	En cours
Réorganiser l'affichage visuel et les panneaux d'information afin de décrire clairement chacune des étapes du parcours de l'utilisateur.	Efficacité	3.75	3	11.25	
Moderniser la salle d'attente (écrans, mobilier, éclairage) afin d'améliorer le confort et le respect de la confidentialité.	Efficacité	1	5	5	
Remplacer l'affichage des noms des usagers sur les écrans d'appel par des identifiants numériques, afin de renforcer la conformité aux exigences de protection des renseignements personnels.	Sécurité	1.5	2	3	

Retombées attendues : environnement plus calme, plus lisible et davantage centré sur l'utilisateur, conforme aux meilleures pratiques en matière de confidentialité et d'expérience usager.

Recommandations	Axes de performance	Niveau de performance			
		Degré de difficulté	Niveau d'impact	Total	État
		1 = complexe 5 = facile	1 = faible 5 = élevé		

5. Renforcer la formation, la stabilité et le développement de l'équipe

Reconnaître et fidéliser le personnel expérimenté afin de stabiliser le noyau administratif et de réduire le taux de roulement.	Viabilité	4	3	12	
Prolonger la formation du personnel administratif au-delà de 1 à 3 jours , en y intégrant du mentorat par observation (<i>shadowing</i>) et des apprentissages basés sur des mises en situation.	Réactivité Sécurité Efficacité Viabilité	2.5	4.5	11.25	
Offrir des activités de formation continue (séances de mise à jour trimestrielles, accompagnement par les pairs).	Viabilité	3	2	6	

Retombées attendues : accroissement de la confiance du personnel, diminution du taux de roulement et maintien durable de la qualité des services.

6. Clarifier les rôles et le soutien offerts aux bénévoles

Positionner un bénévole au terminal d'accueil (check-in) afin d'orienter les usagers en fonction de l'heure de leur rendez-vous et de leur destination.	Efficacité Viabilité	3.75	3.5	13.13	En cours
--	-------------------------	------	-----	-------	----------

Recommandations	Axes de performance	Niveau de performance			État
		Degré de difficulté	Niveau d'impact	Total	
		1 = complexe 5 = facile	1 = faible 5 = élevé		
Réinstaurer les fonctions clés des bénévoles, notamment l'orientation des usagers, l'assistance numérique pour la prise de rendez-vous via ClicSanté et l'accompagnement dans le parcours de soins.	Continuité Équité Accessibilité	1.5	2.5	3.75	En cours
Ajouter un affichage visuel dans la salle d'attente indiquant le temps d'attente approximatif, afin de réduire le nombre de questions adressées aux bénévoles.	Efficacité Équité	4.5	2	9	En cours

Retombées attendues : réduction de l'engorgement, amélioration de la fluidité du parcours usager et meilleure valorisation du potentiel des bénévoles.

7. Optimiser les communications et les outils numériques					
Ajuster les paramètres des bornes d'enregistrement afin qu'ils reflètent fidèlement les heures réelles de rendez-vous et l'ordre d'arrivée des usagers.	Accessibilité	4	3	12	En attente de la mise à jour informatique
Mettre en place une ordonnance collective permanente pour les usagers en urologie sans requête valide , assurant l'inclusion automatique des profils oncologiques et PAS.	Efficacité	3.5	3	10.50	Complété
Rendre obligatoires les requêtes électroniques (Oacis) pour tous les médecins ; les	Efficacité Sécurité	1.5	3.5	5.25	En attente du projet CPOE

Recommandations	Axes de performance	Niveau de performance			État
		Degré de difficulté	Niveau d'impact	Total	
		1 = complexe 5 = facile	1 = faible 5 = élevé		
usagers sans requête valide ne sont pas admis au prélèvement.					
Informers clairement les usagers des informations obligatoires devant figurer sur une requête papier ; en l'absence d'un élément requis, le prélèvement ne peut être effectué et la requête doit être corrigée par le médecin prescripteur.	Efficienc Sécurité	1	3.75	3.75	
Revoir le système de confirmation de rendez-vous par SMS afin d'y intégrer une option d'annulation.	Réactivit Efficacité	1.5	2	3	

Retombées attendues : diminution des erreurs administratives, amélioration de la coordination et intégration numérique fluide tout au long du continuum de soins.