



EHESP

Filière directeurs d'hôpital

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **Octobre 2016**

Une direction des opérations : quelles opportunités pour le CHICN ?

Trois scénarios de mise en place d'une direction de la performance des parcours patients au centre hospitalier de Compiègne-Noyon

Jeanne DAVENEL

Remerciements

Mes remerciements s'adressent en premier lieu aux professionnels du centre hospitalier intercommunal de Compiègne-Noyon (CHICN) qui m'ont aidée tout au long du travail de recherche et de réflexion. Je suis particulièrement reconnaissante à Brigitte Duval, directrice du CHICN, et aux membres du groupe de travail constitué sur le thème d'une direction des opérations. Ce groupe a largement contribué à la réflexion par le temps accordé aux échanges de connaissances, d'expériences et de points de vue.

Je remercie également les directeurs et cadres d'établissements de santé ayant pris le temps de me recevoir et de répondre à mes questions, de même que l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France pour l'expérimentation menée dans la mise en place de directions des opérations.

A Monsieur Hatem, fondateur et senior partner d'Ylios, qui a dirigé ce mémoire, j'aimerais exprimer mes sincères remerciements pour avoir accepté de se prêter à cet exercice et pour avoir partagé sa riche expérience en la matière.

Merci à toutes les personnes qui m'auront apporté leur éclairage pour m'aider dans ma démarche.

Sommaire

Introduction	1
1 La direction des opérations : une réponse à des besoins d'ordonnancement dans un contexte d'amélioration continue de la performance	3
1.1. Les raisons d'être d'une direction des opérations : des besoins de coordination et d'efficacité des prises en charge hospitalières	3
1.1.1. Le constat partagé d'un besoin d'ordonnancement des prises en charge	3
1.1.2. L'impératif de l'efficacité	4
1.1.3. Les impératifs d'ordres organisationnel et budgétaire identifiés au CHICN...	4
1.2. La mise en place de directions des opérations en réponse à ces besoins identifiés	11
1.2.1. Les directions des opérations en fonctionnement projets	11
1.2.2. Les directions des opérations en fonctionnement opérationnel	12
2 L'état des lieux au CHICN : une dynamique parcours patient engagée mais inachevée	14
2.1 Des directions investies partiellement dans la logique du parcours patient.....	14
2.1.1 La direction de la qualité engagée dans la définition des parcours patients	14
2.1.2 La direction des soins engagée dans la mise en œuvre opérationnelle du parcours patient	15
2.2 Les directions impliquées dans la coordination des projets parcours patient	17
2.2.1 Le rôle d'impulsion et de suivi de la direction générale et de la direction des affaires générales.....	17
2.2.2 La direction des systèmes d'information et de la performance	18
3 Les scénarios d'instauration d'une direction de la performance des parcours patients : faire du parcours patient un levier de performance au CHICN.....	19
3.1 Le choix d'une direction de la performance des parcours patients en fonctionnement projets.....	21
3.1.1 Un premier scénario ciblant les projets d'optimisation des parcours patients, à l'échelle de l'établissement.....	21
3.1.2 Une nouvelle direction à proximité de la direction générale et du terrain	22
3.1.3 Les risques et les contreparties de l'instauration d'une direction supplémentaire.....	23
3.1.4 Les possibilités de variantes et d'évolution de la création d'une direction de la performance des parcours patients en fonctionnement projets.....	25
3.2 La mise en place d'une fonction, sans nouvelle direction, de responsable de la performance des parcours patients.....	27

3.2.1	Les avantages sans les inconvénients d'une direction parcours patient.....	27
3.2.2	Le périmètre d'action du responsable parcours patients : des portefeuilles de projets définis à partir de l'observation des dysfonctionnements sur le terrain.	28
3.2.3	Un niveau d'action du responsable des opérations reliant stratégie et proximité du terrain	29
3.2.4	Le risque du manque d'impact d'un responsable des opérations	29
3.3	La refondation de la direction des soins en direction de la performance des parcours patients.....	31
3.3.1	Un scénario en phase avec le contexte et les besoins de l'établissement...	31
3.3.2	Le contenu opérationnel d'une direction des soins refondée en direction de la performance des parcours patients	32
3.3.3	Un positionnement facilité de la direction de la performance des parcours patients	35
3.3.4	Les contreparties d'un scénario exigeant.....	36
	Conclusion.....	39
	Bibliographie.....	41
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
ARSIF	Agence régionale de santé d'Ile-de-France
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CH	Centre hospitalier
CHICN	Centre hospitalier intercommunal de Compiègne-Noyon
CPO	Chef de projet opérationnel
DAETB	Direction des affaires économiques, techniques et biomédicales
DAG	Direction des affaires générales
DRH	Direction de ressources humaines
DOP	Direction des opérations
DSI	Direction des systèmes d'information
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPOD	Efficience des pratiques, des organisations et de la dépense
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IP-DMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation

Introduction

Il est 7h34 ce mercredi 31 août à l'aéroport de Lyon Saint Exupéry, quand Charly, technicien du centre de commandement des opérations est alerté par un signal rouge sur son écran de contrôle. L'emplacement Alpha 64 prévu pour l'escale de l'A320 en provenance de Vienne, n'est plus disponible. En retard, le départ du vol pour Londres empêche de libérer l'emplacement.

Après un rapide coup d'œil sur la programmation des escales, le Tunis air en provenance de Carthage, arrivant plus tard, ira se garer en Alpha 64. Il libère ainsi pour l'avion de Vienne son emplacement réservé en Bravo 89. Les signaux des écrans sont à nouveau verts. Satisfait, Charly prévient l'équipage d'Austrian Airlines du changement d'emplacement et reprend sa surveillance.

Cet emplacement a été prévu par la direction des opérations six mois auparavant, vérifié la semaine précédente et confirmé la veille à J-1. Mais face à l'imprévu, la direction des opérations gère aussi le temps réel. Regroupés dans un centre de commandement des opérations, des professionnels suivent les départs et arrivées de chaque vol à l'aéroport et sont responsables de la gestion des aléas.

A l'hôpital comme à l'aéroport, des ressources sont mises à disposition par des gestionnaires, afin que le service aux usagers (patients ou voyageurs) soient rendus dans les meilleures conditions par les producteurs du service (équipes médico-soignantes ou compagnies aériennes).

La rareté des ressources, humaines et matérielles, est une réalité acquise dans la plupart des établissements de santé en France. Face à l'exigence de réponse aux besoins de santé d'un territoire, ces ressources doivent être optimisées. Faut-il une direction à part entière pour mettre en œuvre cette optimisation ? N'est-ce pas déjà le rôle des directions existantes que d'y travailler dans leurs activités de production et dans leurs projets ? Outre la situation de déficit budgétaire qui laisse à penser que les organisations actuelles ne permettent pas pleinement de se saisir de cet enjeu, c'est aussi une interrogation sur les missions données aux directions fonctionnelles existantes, ou encore sur les compétences dont elles disposent.

La mise en place d'une direction des opérations serait alors une réponse apportée à cet impératif d'efficience dans la prise en charge des patients à l'hôpital. Les notions de qualité,

de parcours patient, de synchronisation ou de performance sont clairement affichées à l'hôpital. Une litanie pour ne rien dire ? Au contraire, une signification réelle visant à répondre aux besoins des patients et professionnels de l'hôpital.

En ce sens, les directions des opérations pourraient préfigurer des réorganisations plus profondes des organigrammes et modes de fonctionnement des équipes de direction.

Pour essayer de répondre à ces questions, des démarches parallèles de recherche et de réflexion ont été conduites :

- D'une part la méthode du benchmark, par les entretiens menés avec des directeurs des opérations exerçant en France et en Suisse.
- D'autre part l'état des lieux interne au centre hospitalier de Compiègne-Noyon afin d'évaluer les besoins et les opportunités relatifs à l'établissement d'une direction des opérations, y compris en termes d'acceptation par les professionnels de l'hôpital.
- En outre, un groupe de travail au sein du centre hospitalier de Compiègne-Noyon a été constitué au printemps 2016 et s'est retrouvé à cinq reprises pour faire avancer la réflexion sur l'opportunité de la mise en place d'une nouvelle direction. Le groupe de travail a réuni : la directrice générale, la directrice des affaires générales et de la qualité, la cadre supérieure du pôle support, un ingénieur qualité et la cadre du bloc opératoire.

La réflexion développée sur l'opportunité d'une direction des opérations s'inscrit à dessein dans le contexte du CHICN, de façon à ce qu'elle soit directement utile à l'établissement.

Avec l'aide du groupe de travail constitué, un état des lieux a pu être établi, afin d'identifier à la fois les besoins et les réponses déjà apportées par les professionnels du CHICN. Cet état des lieux, enrichi par les comparaisons avec des directions des opérations existantes, permet d'envisager trois grands scénarios de mise en place d'une direction des opérations au CHICN. Renommée direction de la performance du parcours patient, cette fonction permettrait de dédier du temps et des compétences au besoin d'ordonnancement des séjours et venues de patients. Les modalités d'instauration de cette fonction sont plurielles comme en témoignent les différents scénarios. Le choix d'un scénario repose principalement sur le contexte propre au CHICN et sur le cap donné par la direction générale.

1 La direction des opérations : une réponse à des besoins d'ordonnancement dans un contexte d'amélioration continue de la performance

1.1. Les raisons d'être d'une direction des opérations : des besoins de coordination et d'efficience des prises en charge hospitalières

1.1.1. Le constat partagé d'un besoin d'ordonnancement des prises en charge

Lorsque la direction des opérations est créée en 2009 aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), elle est d'abord appelée direction de la logistique des soins. Son objectif initial est de coordonner de manière centralisée les blocs opératoires qui étaient auparavant gérés par chaque département. La sous-capacité de certains blocs et la surcapacité de certains autres étaient la conséquence d'organisations cloisonnées, pesant sur la fluidité des interventions. S'il est un terme partagé par tous les professionnels interrogés sur la question des opérations, c'est celui de coordination. Ce constat n'est pas toujours au préalable clairement objectivé ou formulé, mais c'est immanquablement un **besoin de coordination qui incite la mise en place d'une direction des opérations.**

En 2011 la direction générale des HUG exprime la nécessité de **centraliser les flux patients**, cela concerne en premier lieu l'accueil et la gestion des lits. Il s'agit d'arrêter de fonctionner en silos, par secteurs. Cela générerait des dysfonctionnements tels que des écarts importants entre des secteurs sous-dimensionnés et d'autres surdimensionnés. La direction des opérations prend alors la responsabilité de l'ordonnancement de la gestion des séjours. Autrement dit, elle programme les parcours des patients à l'hôpital, met en musique les différents intervenants dans ce parcours, elle planifie la production du soin auprès du patient. En temps réel, la direction assure la gestion des aléas risquant d'interrompre la synchronisation programmée.

Le positionnement d'une direction des opérations répond à ce besoin de coordination centralisée dans le sens où elle porte une **vision globale des besoins de l'établissement.** La direction des opérations n'a pas de préférence pour un chirurgien ou un autre, pour un département plus qu'un autre. Positionnée comme tierce personne, elle garde une vision neutre car elle n'a pas d'intérêt pour un département ou un service plus que pour un autre.

La finalité du projet d'instauration d'une direction des opérations est de **mieux structurer l'organisation tout autour du patient** : en matière de programmation et de gestion des ressources partagées telles que les lits et places, les salles d'examens, les salles de bloc mais aussi les équipes médicales et paramédicales. Traditionnellement, chaque service s'en occupe. Concrètement, l'objectif est que les cadres n'aient plus à gérer les lits de manière cloisonnée et que les médecins ne passent plus du temps à décrocher des rendez-vous pour les patients. Autrement dit, avec une direction des opérations, des équipes dédiées s'occupent de l'organisation du parcours du patient. **L'organisationnel est ainsi détaché du soin**, permettant aux équipes médicales et paramédicales de se **recentrer sur le patient**. La vocation de la direction des opérations est donc :

- D'établir ou d'améliorer les processus relatifs aux parcours patients.
- D'avoir une personne qui a la pleine responsabilité de cet objectif de structuration.

1.1.2. L'impératif de l'efficience

Outre un besoin de coordination du point de vue de l'organisation de la prise en charge des patients, le **contexte budgétaire** impose des transformations. Il semble de plus en plus vrai aujourd'hui que la seule possibilité pour un établissement de ne pas être déficitaire soit l'optimisation des organisations.

Si nous reprenons l'exemple suisse, l'ouverture à la concurrence du système hospitalier a renforcé l'impératif d'efficience des hôpitaux¹. En France, la situation globale de déficit des établissements publics de santé² et les efforts d'économies de l'Assurance maladie imposent de maîtriser, voire réduire les dépenses.

1.1.3. Les impératifs d'ordres organisationnel et budgétaire identifiés au CHICN

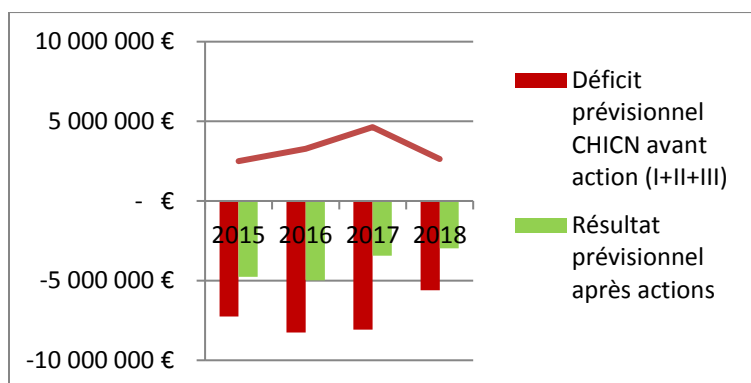
A) La situation de déficit : une pression financière croissante

La situation de déficit, relativement nouvelle pour le CHICN, rend d'autant plus pressantes les exigences de performance. Autrement dit, pour ne pas sortir du déficit par la diminution brutale des effectifs (premier poste budgétaire de dépense), la baisse des effectifs doit être

¹ La loi fédérale une loi de réforme du financement de l'assurance maladie, révisée en 2009, introduit des réformes importantes du financement des hôpitaux. En Suisse les patients peuvent désormais choisir de se faire soigner dans l'hôpital de leur choix. Ils n'ont plus besoin d'obtenir l'autorisation de leur assurance-maladie complémentaire ou du médecin cantonal s'ils optent pour un établissement hors de leur canton de domicile.

² En 2015 le déficit global cumulé des établissements publics de santé s'élève à 411 millions d'euros, à 273 millions d'euros en 2014. Source : Direction générale de l'offre de soins.

la conséquence de l'optimisation des processus, permettant une manière de travailler plus efficace et in fine une baisse des effectifs.



B) Des marges de progression en termes de performance

Les **principaux indicateurs de performance** des établissements de santé se trouvent être des indicateurs **liés au parcours patient**. Ils constituent des indicateurs clés, mis en avant au CHICN comme les indicateurs prioritaires à partager par tous les professionnels de l'établissement. Sont visés l'IP-DMS, les taux d'occupation (des lits, des blocs opératoires) et le taux de chirurgie ambulatoire. Par comparaison avec les objectifs posés par le plan triennal, ces indicateurs peuvent être améliorés.

	2013	2014	2015	Objectifs plan triennal
IP-DMS	1,06	1,06	1,06	
IP-DMS M	1,08	1,09	1,09	0,93
IP-DMS C	0,97	0,94	0,95	0,94
IP-DMS O	1,06	0,99	1,01	1,00
Taux d'occupation MCO	87%	87%	86%	
Taux d'occupation M	90%	90%	89%	90%
Taux d'occupation C	74%	74%	75%	90%
Taux d'occupation O	86%	85%	80%	70%
Taux d'occupation UCA	68%	78%	78%	150%
Taux d'occupation UMA	88%	93%	96%	200%
Taux de Chirurgie Ambulatoire	49,5%	50,4%	49,2%	52,90%

C) Les besoins du territoire : une croissance générale de l'activité

L'activité est croissante au CHICN, c'est le cas également au niveau national. Ainsi, entre 2014 et 2015, l'activité aux urgences a augmenté en termes de passages de 4%, après une

hausse de 5,8% entre 2013 et 2014³. En chirurgie le nombre d'interventions entre 2014 et 2015 augmente de 2,3% (+7,7% l'année précédente)⁴ lorsque le nombre de séjours MCO augmente de 5% entre 2013 et 2014, de 1,6% l'année suivante⁵.

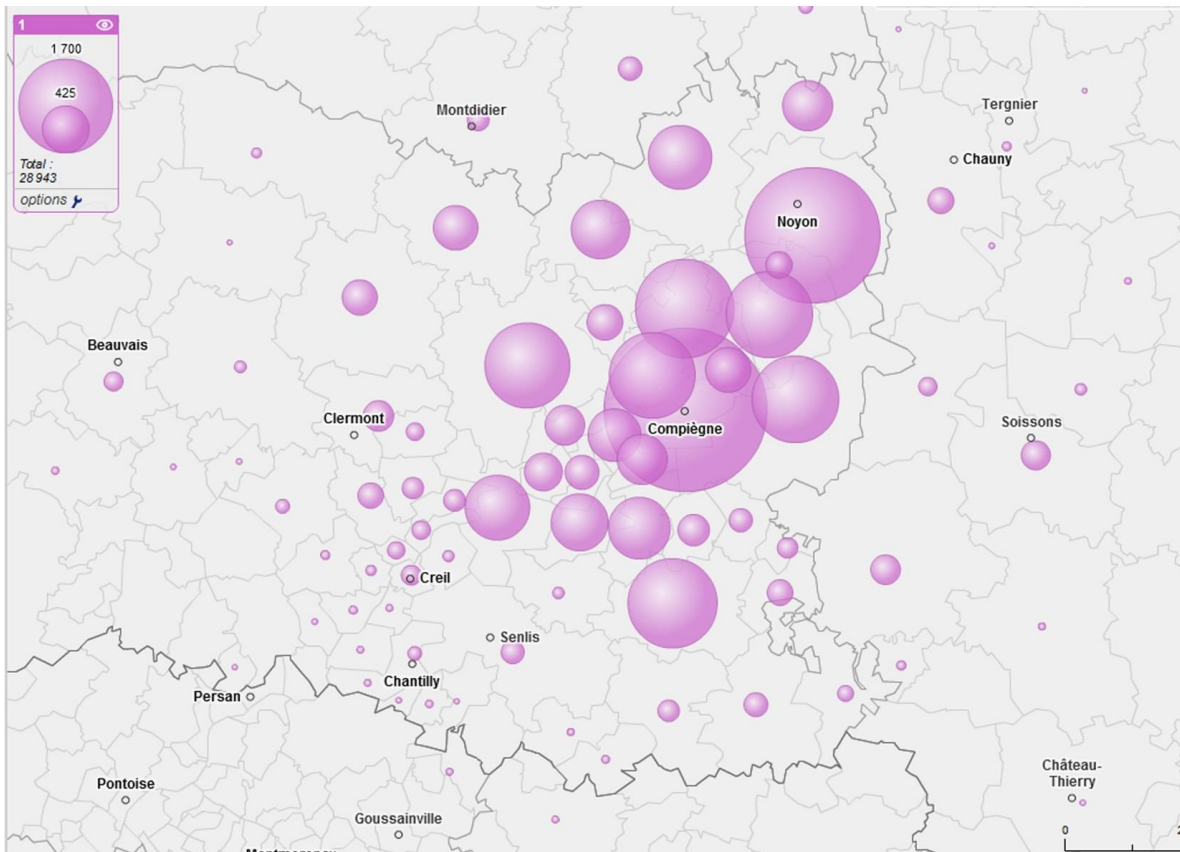
	2013	2014	Variation 2014/2013	2015	Variation 2015/2014
Urgences (nb de passages)	78 271	82 811	5,8%	86 127	4,0%
Chirurgie (nb d'interventions)	9 311	10 032	7,7%	10 262	2,3%
MCO (nb de séjours et de séances)	48 149	50 551	5,0%	51 370	1,6%
Médecine Ambulatoire (nb de séjours)	13 300	15 125	13,7%	15 278	1,0%
Maternité (nb de naissances)	1 492	1 601	7,3%	1 529	-4,5%
Venues Externes (Consultations et Actes)	206 779	232 264	12,3%	234 797	1,1%
Imagerie (Nb d'examens)	81 238	79 622	-2,0%	81 578	2,5%
Biologie (Nb d'actes)	26 761 771	26 351 471	-1,53%	26 548 643	0,7%

Concernant le bassin de population, le CHICN couvre le territoire du Nord-Est de l'Oise, soit près de deux cent mille habitants. Les besoins de la population peuvent également être visualisés par les origines géographiques des patients du centre hospitalier de Compiègne-Noyon, comme le montre la carte ci-dessous. Ces observations appuient la nécessité de se réorganiser pour atténuer **le risque d'un effet ciseaux** entre d'une part des **besoins et des dépenses en augmentation** et d'autre part des **moyens de plus en plus contraints**.

³ Au niveau national, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 3,6% entre 2013 et 2014 et de 4,3% entre 2014 et 2015. Source : enquêtes 2013, 2014 et 2015 de la statistique annuelle des établissements de santé.

⁴ Selon les enquêtes SAE, au niveau national le nombre d'actes chirurgicaux sur patients hospitalisés a augmenté de 1,78% entre 2013 et 2014 et de 1,91% l'année suivante.

⁵ Le nombre de séjours et séances en France a diminué entre 2013 et 2014 (-2,28%) puis augmenté entre 2014 et 2015 (2,31%), toujours selon les enquêtes de la SAE.



Source : hospidiag.atih.sante.fr

D) Le constat lié au plan de performance triennal mis en œuvre au CHICN

Encadré n°1 : le plan de performance triennal au CHICN (2015-2017)

Dès 2015 un plan d'actions de performance est entrepris au CH de Compiègne-Noyon afin de mieux utiliser les ressources et d'optimiser l'activité, permettant in fine de limiter le déficit de l'établissement. Trente actions, regroupées en cinq axes de travail, sont à mettre en œuvre sur trois ans au moins par toutes les directions de l'établissement.

	Axe 1 - Stratégie - Activité
1	Croissance des recettes d'activité
2	Poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire (ANAP)
3	Développement et structuration de la médecine ambulatoire (ANAP)
4	Restructuration de la filière cancérologique
5	Amélioration de l'organisation des consultations externes (ANAP)
	Axe 2 - Qualité
	Orientation 1 - Généralisation de l'informatisation des processus de soins
6	Généralisation du DPI et de sa pleine exploitation
7	Déploiement d'Hôpital sans film (PACS)
	Orientation 2 - Accessibilité/Organisation des secrétariats médicaux (AQOSM)
8	Réduire le délai de production des CR
9	Faciliter la prise de RDV
	Axe 3 - Organisation / Management / Gestion
	Orientation 1 : Gestion capacitaire (ANAP)
10	Rentabilisation des hébergements jour/nuit
11	Transfert de l'addictologie sur Noyon
12	Mise en oeuvre la révision capacitaire :
13	Prise en charge des patients sur le site géographique de proximité
14	Evolution de l'HAD
	Orientation 2 : Efficience des plateaux techniques
15	Extension de l'accès aux examens d'imagerie médicale
16	Restructuration des laboratoires de biologie médicale
	Orientation 3 : Efficience des fonctions support (logistique, administratives,...)
17	Optimisation des fonctions support (administratives, achat, logistiques)
18	Optimisation des achats (PHARE)
19	Reconsidération des fonctions logistiques
20	Optimisation de la gestion des transports internes et externes (ANAP)
	Axe 4 - Ressources humaines
21	Impact RH des reconfigurations des fonctions supports
22	Impact RH des évolutions capacitaires
23	Optimisation de la masse salariale
24	Optimisation des cadres de fonctionnement des services de soins (ANAP)
25	Synchronisation des temps médicaux et paramédicaux (ANAP)
	Axe 5 - Optimisation financière
26	Optimisation du codage PMSI
27	Dématérialisation des fonctions administratives
28	Développement des recettes liées au régime particulier
29	Impact des investissements sur le titre 4 (frais fi + amortissement)
30	Rénégociation des emprunts

Dans le cadre du plan de performance triennal, plusieurs directions du CHICN ont été mobilisées, rendant la **coordination parfois complexe**. La direction générale a joué un rôle important dans le lancement et la **communication relative à ce plan de performance**. La direction des affaires générales et de la qualité a contribué à **l'élaboration et à la déclinaison** de ce plan, notamment en tant que chef de projet opérationnel dans le cadre de l'accompagnement de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (l'ANAP). De ce fait, la direction des affaires générales a constitué des groupes de travail, par principales thématiques, telles que la gestion des lits, la chirurgie ambulatoire, les consultations externes ou encore les transports.

Ces axes de travail ont été repris et enrichis par le plan de performance triennal. Le travail de **synthèse**, de formalisation et de **valorisation des actions** de ce plan de performance triennal a été principalement effectué par une autre direction, celle des systèmes d'information et de la performance. Toutes les directions fonctionnelles ont contribué à ce

plan général en intégrant les actions d'optimisation et d'économies potentielles propres à leur direction fonctionnelle.

Les sessions de travail réunissant les pilotes de groupes de travail, dans le cadre de l'accompagnement par l'ANAP, ont permis de révéler les difficultés de coordination entre les grands thèmes de travail, déclinés en séries d'actions. Les participants aux groupes de travail méconnaissent souvent les avancées et propositions des autres groupes. Ce manque d'échanges d'informations d'un groupe à l'autre est néanmoins pris en compte à l'occasion de sessions de travail collectives.

Si la vision globale est portée par la direction des affaires générales, il n'est toutefois pas toujours aisé d'avoir une visibilité précise sur le travail de chaque groupe ni d'organiser la communication entre des groupes qui n'avancent pas au même rythme.

Du point de vue de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (l'ARSIF), l'origine de son expérimentation (présentée ci-dessous, encadré n°2) est le constat d'un manque de relais, pour les projets de l'ARS, au sein des établissements de santé. Il est important de pouvoir nourrir des collaborations intéressantes tant pour les établissements de santé que pour l'ARS. Toutefois la mise en place d'une nouvelle direction dans un établissement ne peut pas être seulement motivée par un besoin exprimé par l'ARS.

E) La question de l'absence de besoins au CHICN

Certains entretiens menés ont pu au contraire plaider à l'encontre d'une direction des opérations. Une direction supplémentaire peut être perçue comme une **couche administrative contreproductive**. Au niveau paramédical par exemple, le lien pour le suivi du parcours patient passe avant tout par les secrétariats médicaux, non pas par une **direction considérée a priori comme éloignée du terrain**. Le travail des directeurs ne paraît alors positif que lorsque des projets les amènent à aller dans les services.

Pourtant, le **manque de coordination entre les directions** est perçu par les professionnels paramédicaux, les mêmes qui déclinent l'intérêt d'une direction des opérations. Ainsi, sur le sujet des consultations externes dans le cadre du plan de performance triennal : des scénarios sont présentés, des idées de transformation sont validées. Ces projets interfèrent parfois avec d'autres projets du plan de performance triennal. Autrement dit, des décisions prises pour mener à bien les restructurations peuvent interrompre ou mettre en suspens l'avancée des actions d'autres projets du même plan

triennal. Par exemple, l'action de mettre en place un ou plusieurs points d'accueil des patients venant en consultation est conditionnée à des réorganisations de secrétariats menées par ailleurs. On peut se demander dans quelle mesure une direction des opérations permettrait à la fois une mise en cohérence des transformations à mener et une focalisation sur les fonctions d'ordonnancement des parcours patients.

De même, à la suite d'observations ponctuelles et d'entretiens menés dans le cadre du plan de performance triennal⁶, le **manque de fluidité de certains parcours patients** a pu être constaté. C'est par exemple le cas en chirurgie ambulatoire lorsqu'un patient sortant attend plusieurs heures la signature de sortie du médecin. Ou encore dans le service de neurologie, lorsque l'organisation des sorties uniquement l'après-midi accroît les disparités de charges de travail au cours de la journée, tant pour les professionnels médicaux que paramédicaux.

Dans une logique d'amélioration du parcours patient, ces constats ont donné lieu à des actions d'amélioration, par exemple l'expérimentation d'une procédure pour favoriser les sorties des patients le matin.

Au sein de la **communauté médicale**, l'absence de besoin d'une fonction des opérations peut être perçue. En effet, le médecin joue souvent un rôle non négligeable dans l'organisation du parcours patient. Une direction des opérations le dessaisit d'une partie de ses prérogatives. Le témoignage de la directrice des opérations des Hôpitaux universitaires de Genève va dans ce sens : la direction des opérations s'est implantée auprès des chirurgiens à partir du moment où ils ont constaté qu'elle était plus performante qu'eux pour la gestion de la programmation opératoire.

Le constat de besoins, notamment en matière de coordination des cadres de direction et d'efficacité organisationnelle de la prise en charge des patients, conduit à une réflexion sur les organisations des équipes de direction.

⁶ Ces observations ont été menées en lien avec trois axes de travail du plan de performance triennal : synchronisation des temps médicaux et paramédicaux, chirurgie ambulatoire et médecine ambulatoire.

1.2. La mise en place de directions des opérations en réponse à ces besoins identifiés

Récentes en France, les directions des opérations mises en place ces dernières années à l'hôpital recouvrent des réalités différentes d'un établissement à l'autre, preuve pour ainsi dire de leur souplesse et de leur adaptation aux circonstances.

Les témoignages recueillis ont permis néanmoins de distinguer deux grandes orientations, qui questionnent d'ailleurs l'appellation même de direction des opérations. Dans un souci de simplicité nous parlons de direction des opérations, mais les dénominations méritent d'être affinées. D'autres appellations seront proposées plus loin. C'est un choix à part entière des établissements que d'adapter la dénomination de la direction au but recherché et au contexte de l'établissement.

Encadré n°2 : l'expérimentation de l'ARS Ile-de-France

En 2015, à la suite d'un appel à projets, l'ARS d'Ile-de-France soutient la mise en place de quinze directions des opérations en Ile-de-France. Le postulat de départ est que le développement de ce type de fonction constitue une véritable aide pour des équipes médicales, soignantes et administratives aujourd'hui fortement contraintes. L'ARSIF a travaillé sur trois axes avec quinze établissements franciliens :

- L'animation d'un réseau de « pairs » par des journées régionales de partages ;
- Le soutien à la prise de poste par un coaching sur site ;
- Le cofinancement du poste au démarrage sur une durée définie.

A la fin de la première année de fonctionnement, un bilan de ces directions des opérations a été réalisé⁷. Le résultat s'avère positif pour la majorité des établissements, la plupart des directions créées ayant été reconduites dans leurs fonctions à la suite de l'expérimentation.

1.2.1. Les directions des opérations en fonctionnement projets

La première orientation est celle des directions des opérations qui sont introduites sous le prisme de la **gestion de projets**. L'expérimentation de l'ARSIF a plus souvent misé sur

⁷ « La direction des opérations (DOP) : une fonction innovante » 15 DOP soutenues par l'ARS Ile-de-France, Retour d'expériences après un an d'accompagnement, Février 2016.

cette modalité d'installation de direction des opérations. En effet, il est souvent plus facile d'introduire une nouvelle direction qui n'a pas de secteur de responsabilité en propre.

Entrent très souvent dans le portefeuille du directeur des opérations des projets tels que la création d'une cellule de gestion des lits pour visualiser les lits disponibles, la mise en place d'une commission des séjours complexes ou encore les missions de développement des prises en charge en ambulatoire.

A titre d'exemple, le directeur des opérations du centre hospitalier de Bicêtre se voit confier pour mission l'amélioration du parcours sur trois secteurs d'interfaces : les urgences, le bloc opératoire et les consultations. Concernant les consultations, un travail est effectué avec la direction de la qualité sur le parcours patient aboutissant à la création d'un **bureau de l'évaluation de l'expérience patient**. Cette évaluation prend la forme d'un entretien semi-dirigé, avec une grille de questionnaire, permettant d'évaluer les ressentis, positifs et négatifs, des patients venant en consultation. Cette évaluation est intégrée au travail avec les professionnels des consultations. Un patient a d'ailleurs participé, de manière concluante, à l'un des groupes de travail.

Outre l'illustration du travail d'une direction des opérations en fonctionnement projets, cet exemple rappelle l'importance, pour une direction centrée sur l'amélioration des parcours patients, de tenir compte de la **parole du patient**, même si celle-ci est plurielle. Au-delà des enquêtes de satisfaction, la participation de patients aux réflexions et projets d'amélioration des parcours contribue à faire du patient le fil rouge de son parcours.

1.2.2. Les directions des opérations en fonctionnement opérationnel

La définition adoptée par la majorité des établissements mettant en place une direction des opérations ne correspond pas exactement à sa définition originelle, c'est-à-dire la définition qui la rapproche des **directions des opérations en secteur privé**. Celle-ci se comprend comme la direction ayant pour objectif de mettre en adéquation les ressources aux besoins organisationnels de la prise en soins du patient, dans une optique de performance, c'est-à-dire l'utilisation optimale des ressources restreintes. La direction des opérations assure une mission d'**ordonnement**, c'est-à-dire de planification des ressources (en personnel, en équipement) et de leur enchaînement, pour assurer une fluidité du séjour du patient, de sa prise en soins.

Cette mise en adéquation s'entend à différentes échéances, du très court terme (le temps réel, l'urgence) au plus long terme (le programmé). La direction des opérations est alors en

coordination étroite avec les pôles et les directions assurant une mise à disposition de leurs ressources au bénéfice de la prise en soins du patient. Cette définition est issue des directions des opérations telles que connues dans le secteur privé.

Par exemple dans un aéroport, une direction des opérations a sous sa responsabilité :

- La **programmation des ressources** mises à disposition des compagnies aériennes, dans le sens où chaque avion se voit réserver un parking, un approvisionnement en électricité, un accès aux tapis bagages, etc.
- La **gestion des aléas** et des dysfonctionnements en temps réel, c'est-à-dire dès que l'alerte de l'aléa ou du dysfonctionnement est donnée.

Cette direction des opérations comporte un aspect plus opérationnel dans le sens où elle assure une activité de production, **production de l'ordonnement de la prise en charge**. Pour la directrice des opérations des hôpitaux universitaires de Genève, sa direction ne serait pas une véritable direction des opérations sans la gestion des blocs opératoires et de leur programmation, au cœur de son travail quotidien.

De manière plus prospective, la direction des opérations aurait vocation à être responsable de **nouveaux métiers** à l'hôpital, orientés vers la gestion du parcours patient, par exemple les bed managers, les infirmières coordinatrices ou encore les agents de centrales d'accueil des patients.

2 L'état des lieux au CHICN : une dynamique parcours patient engagée mais inachevée

Des fonctions et démarches se rapprochant de celles d'une direction des opérations sont actuellement **réparties sur plusieurs directions et pôles** au CHICN. L'amélioration du parcours patient fait d'ores-et-déjà partie des préoccupations des professionnels de l'établissement. Pour autant, la **fonction d'ordonnancement semble faire défaut**. C'est-à-dire qu'il n'y a pas une fonction responsable de l'enchaînement des étapes du trajet du patient de son premier contact avec l'hôpital jusqu'à sa sortie. L'état des lieux de l'existant au CHICN vise à montrer la **maturité de l'établissement** pour la création d'une direction des opérations.

L'existence de ces différents lieux exerçant une partie de la fonction d'une direction des opérations est symptomatique d'une **gestion souvent trop cloisonnée des parcours patients**.

2.1 Des directions investies partiellement dans la logique du parcours patient

2.1.1 La direction de la qualité engagée dans la définition des parcours patients

La direction de la qualité a déjà entamé un travail important sur les parcours patients dans un objectif de gestion des risques et d'amélioration continue. Les **parcours patients élaborés** avec les ingénieurs de la direction de la qualité, dans une démarche d'amélioration continue et de gestion des risques, constituent une méthode efficace pour faire évoluer les pratiques. Si l'encadrement y a recours, cela constitue un outil d'aide au changement car les étapes de la prise en charge du patient sont ordonnancées visuellement.

Ce travail avec les ingénieurs qualité est la bonne démarche en termes opérationnels, car ils apportent la vision processus, celle qui prend en considération le patient de son premier contact avec l'hôpital jusqu'à sa sortie. La définition de parcours patients – le pluriel semble plus adéquat – constitue une démarche déjà engagée par la qualité au CHICN. Elle connaît toutefois certaines limites. Premièrement elle **n'apporte pas pleinement la dimension managériale** pour permettre à l'encadrement de conduire toute une équipe dans la

démarche parcours patient. Deuxièmement elle ne permet pas encore de travailler sur toutes les **interfaces** articulant services de soins et services supports. Autrement dit, un travail de généralisation et de **standardisation des parcours patients** reste à entreprendre au niveau de l'établissement.

2.1.2 La direction des soins engagée dans la mise en œuvre opérationnelle du parcours patient

Aujourd'hui au CHICN le travail sur les interfaces relève en grande partie de la direction des soins, notamment car elle assume la responsabilité de tout le plateau technique, via le **pôle support de l'hôpital**. Le plateau technique recouvre, sur les deux sites, les activités de bloc opératoire, de chirurgie ambulatoire, des urgences, de réanimation, d'imagerie, de laboratoire, de pharmacie et de stérilisation.

A l'actuelle direction des soins sont déjà rattachés des **métiers et fonctionnements participant pleinement de la dynamique du parcours patient**. La mise en place d'un *bed manager* et plus récemment d'une commission des sorties complexes en témoigne. Ainsi, le rôle du *bed manager* est d'évaluer les besoins en termes de lits pour les patients des urgences d'une part et de recenser les lits disponibles de l'autre. En lien avec les cadres et médecins du service des urgences, son rôle est de fluidifier le parcours du patient entré par les urgences, en organisant les transferts.

Dans cette même logique de parcours patient, a été mise en place une commission d'études des séjours longs et complexes. Réunissant des professionnels divers (cadres de direction, cadre de pôle, médecins, professionnels du service social) elle a pour objectif de trouver des solutions d'aval pour les patients médicalement sortants mais pour lesquels des contraintes organisationnelles empêchent leur sortie. L'interdisciplinarité et le temps consacré à ces patients permettent de débloquer des situations complexes.

Les **démarches d'amélioration continue** sont également **portées par l'encadrement** comme en témoigne l'expérimentation relative au patient debout en unité de chirurgie ambulatoire. Validée dans le plan d'actions du développement de la chirurgie ambulatoire, organisée par l'encadrement en concertation avec les équipes médicales et paramédicales, cette expérimentation permet à certains patients de chirurgie ambulatoire (opérés du canal carpien par exemple) de se rendre à pied au bloc opératoire, accompagné d'un brancardier. Cette évolution du parcours patient permet de diminuer de cinq à trois heures la durée d'hospitalisation du patient. Or cette **optimisation** a pu être mise en œuvre grâce au travail

déjà réalisé de **définition du parcours du patient en ambulatoire**. Cette cartographie des processus est le fruit d'un travail conjoint entre la direction de la qualité et les services de soins (clients de la prestation qualité), en particulier leur encadrement.

Les entretiens menés en interne au CHICN mettent en lumière le besoin de compétences organisationnelles renforcées au niveau des interfaces. Les services supports de l'hôpital ont ceci de spécifique qu'ils offrent une prestation aux autres services de soins. La nature transversale de cette prestation nécessite un **interlocuteur portant cette vision globale**, au niveau de tout l'établissement. Cela plaide en faveur d'une direction des opérations. Sans vision globale, les services supports doivent traiter spécifiquement avec chaque service client, ce qui n'est pas optimal, tant dans la mise en place des prestations que dans leur fonctionnement au quotidien.

Le **positionnement impartial** de la direction des opérations est mis en avant par les directeurs des opérations missionnés sur la gestion quotidienne des services supports, tels qu'aux hôpitaux universitaires de Genève et en clinique de la Générale de santé. Une direction des opérations contribue à l'objectivité de la prise de décision alors que la direction des soins, comme les services supports, ont chacun leurs enjeux, leurs intérêts. Une personne dont le seul objectif est d'améliorer la fluidité de l'organisation est alors considérée comme un atout car les interlocuteurs sont souvent perçus comme multiples. Un directeur des opérations serait alors cet **interlocuteur unique**. Il ne s'agit pas tant de porter des projets que de suivre et d'accompagner l'évolution normale de la prestation d'un service support auprès des services de soins. Est ici en jeu la mise en adéquation constante des ressources aux besoins.

Ce sont aussi parfois des désaccords interpersonnels qui rompent le dialogue avec les interlocuteurs pertinents. La direction des opérations ne peut pas avoir pour rôle de compenser ces mésententes.

Encadré n°3 : L'exemple du bon fonctionnement du système plein-vide

Le système plein-vide vise à dimensionner les dotations des services en fonction des besoins, des délais de consommation et des délais de réapprovisionnement. La dotation restante (la moitié de la consommation) doit permettre de subvenir aux besoins le temps de réapprovisionner le service.

Ce système de plein-vide ne fonctionne que si la méthode est acquise et appliquée par chacun. Quand la moitié de la dotation est vide, il faut sortir l'étiquette. Ainsi, une infirmière

cadre a au départ joué le rôle de coordination pour faire fonctionner le système plein-vidé. La fin de cette fonction de l'infirmière coordonnatrice a dégradé progressivement le fonctionnement du système plein-vidé. Les procédures d'urgence se multipliaient à l'égard de la pharmacie en raison du manque de dotations. Avec la fin des fonctions de l'infirmière coordonnatrice, les soignants et les cadres arrivant à l'hôpital ne connaissaient pas ce système. C'est pourquoi une analyse et un plan d'actions ont été menés par la pharmacie et l'encadrement supérieur du pôle, à la fois pour former les équipes au système plein-vidé et pour analyser les causes des procédures d'urgence. On peut considérer que ce type d'analyse (relative à la dégradation du fonctionnement du plein-vidé), la recherche de solutions et leur mise en œuvre relèvent d'une direction des opérations.

Par ailleurs, les entretiens menés avec les cadres supérieurs de pôle témoignent de la difficulté à impliquer le corps médical dans les transformations. Les cadres de santé constatent souvent un désengagement des médecins si le projet relève de la direction des soins. Conserver une direction des soins en tant que telle ne transmet pas forcément un message intégrateur à destination des médecins dans les démarches d'amélioration au profit du patient. Pour autant, l'existence d'une direction des opérations ne constitue pas non plus un remède miracle à toutes les améliorations potentielles dans un établissement de santé.

Pour le CHICN il pourrait aujourd'hui être préconisé une **direction du parcours patient sans spécifier la dimension soignante**. L'exigence est la considération du parcours patient, que ce soit du point de vue médical ou du point de vue paramédical.

2.2 Les directions impliquées dans la coordination des projets parcours patient

2.2.1 Le rôle d'impulsion et de suivi de la direction générale et de la direction des affaires générales

Les affaires générales jouent un rôle important de coordination dans la gestion de projets. Ainsi, la direction générale du CHICN assume le rôle de communication du plan de performance triennal à l'échelle de l'établissement, le suivi des actions afférentes et de leur évaluation. De même, la direction des affaires générales a endossé la fonction de chef de projet opérationnel pour l'ANAP, tel que décrit plus haut (cf.1.1.3.).

2.2.2 La direction des systèmes d'information et de la performance

Dans le cadre du plan de performance triennal, le directeur des systèmes d'information et de la performance a joué un rôle important pour parvenir à un plan d'actions partagé concernant l'ensemble de l'établissement. Ce travail a demandé un travail de recensement et de **synthèse des actions à mettre en œuvre**. Un travail important de formalisation des actions entreprises, la déclinaison des grands axes d'action visant à plus de performance ont été réalisés. Outre ce travail de synthèse, c'est avant tout un travail de **priorisation des actions** avec l'appui de la direction des systèmes d'information, à laquelle est rattaché le contrôle de gestion, afin de **valoriser ces actions**, et de prioriser celles qui ont un impact financier permettant à terme le retour à l'équilibre. Pour autant, les arbitrages ne reposent pas uniquement sur des critères financiers. D'ailleurs des réunions de travail sur le plan de performance triennal, réunissant toutes les directions, sont organisées régulièrement afin de prendre en considération les différents enjeux, notamment celui du climat social de l'établissement.

Toutefois la suite de ce plan d'actions est plus complexe. Théoriquement chaque direction décline dans son périmètre le plan de performance triennal. La direction des systèmes d'information participe à sa réalisation dans ses aspects propres au périmètre de la DSI (service informatique et contrôle de gestion principalement). Elle n'a pas pour feuille de route la mise en œuvre opérationnelle du plan d'actions.

Le contexte paraît aujourd'hui opportun pour faire émerger une fonction type direction des opérations. Ce contexte favorable ne tient pas uniquement aux difficultés auxquelles une direction des opérations pourrait apporter des réponses. Les discussions et entretiens au sein du groupe de travail sur l'opportunité d'une direction des opérations ont fait valoir le niveau de **maturité de l'établissement** pour orienter l'établissement vers une démarche de performance accrue des parcours patients. La gouvernance par pôle a notamment œuvré en faveur de :

- L'autonomie des pôles et de l'encadrement supérieur et intermédiaire.
- La prise en compte des impératifs d'efficience par les professionnels médicaux et paramédicaux.

Dans un contexte jugé opportun, face aux besoins identifiés en termes de coordination et d'impératif d'efficience, la mise en place d'une direction des opérations peut être envisagée selon différents scénarii.

3 Les scénarios d'instauration d'une direction de la performance des parcours patients : faire du parcours patient un levier de performance au CHICN

Si plusieurs scénarios sont proposés pour le CHICN, un périmètre commun est préconisé, correspondant à une mission d'ordonnement des parcours patients, c'est-à-dire du déroulé de la venue d'un patient à l'hôpital.

Encadré n°4 : qu'est-ce que le parcours patient à l'hôpital ?⁸

Le parcours patient à l'hôpital désigne **l'enchaînement des interventions administratives, médicales et soignantes auprès du patient**, de son premier contact avec l'hôpital jusqu'à sa sortie de l'institution. Ces interventions rythment les **étapes suivies par le patient**. Au-delà de la description de ces processus, la méthode du parcours patient vise à améliorer la coordination des multiples acteurs engagés dans la prise en charge des patients.

En outre, puisque le parcours patient inclut aussi l'étape de sortie du patient de l'hôpital, il comprend les liens à établir ou à renforcer entre la prise en charge hospitalière et les alternatives ou l'aval à l'hospitalisation. Autrement dit, le périmètre d'une direction des opérations prend également en considération les liens avec les acteurs extérieurs à l'hôpital tels la HAD, les EHPAD, la médecine de ville, ou encore les réseaux.

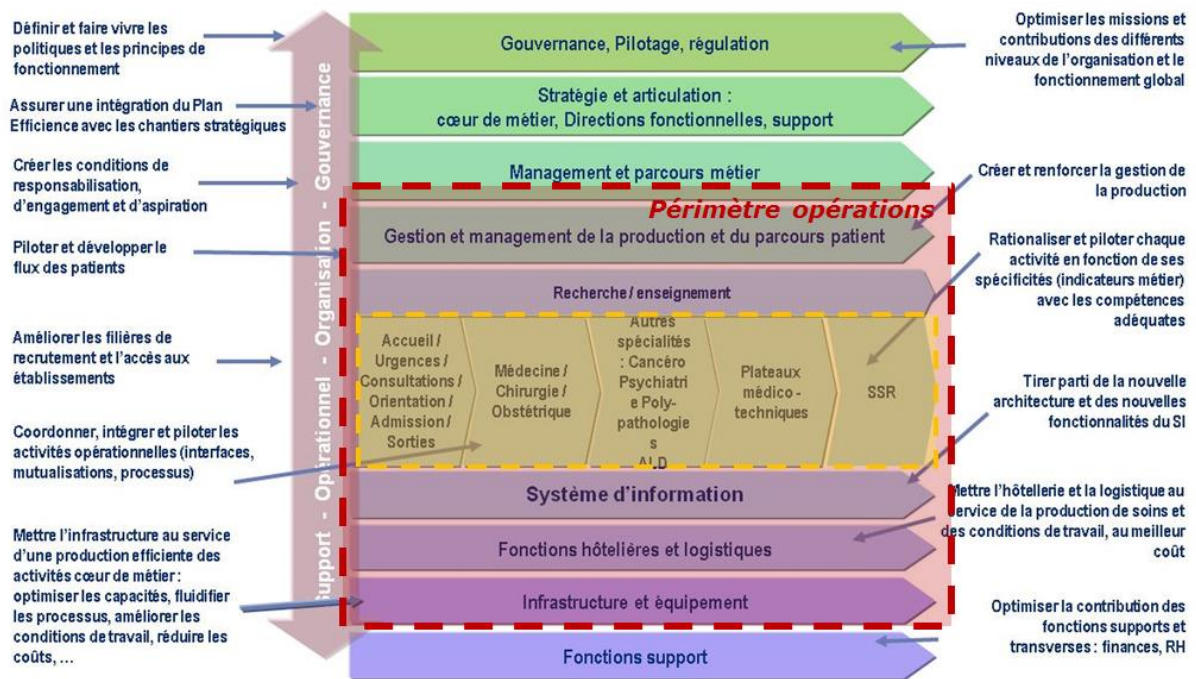
Cette définition est retenue pour le périmètre des opérations à l'hôpital. Toutefois, dans une optique plus large, le parcours patient comprend toutes les étapes que le patient suit selon la trajectoire donnée par sa pathologie et sa situation individuelle, à l'hôpital et en dehors de l'hôpital.

La frontière avec la logistique est étroite, mais le périmètre d'une direction des opérations est en priorité **l'organisationnel autour du séjour du patient**. La direction des opérations a pour périmètre premier l'organisation du parcours du patient, du premier contact du patient avec l'établissement jusqu'à sa sortie. Trois grands axes rythment ce périmètre :

⁸ Source : Agences régionale de santé, « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers », Lexique de A à Z, Septembre 2012.

- La mission d'**accueil**, de **recrutement** des patients,
- La **programmation** de leur séjour à l'hôpital,
- La **régulation** de leur séjour (la gestion des lits notamment).

Le cadre jaune du schéma⁹ ci-dessous permet de visualiser ce premier périmètre, au plus près des services cliniques, périmètre préconisé pour l'installation d'une direction des opérations.



Par ailleurs, le périmètre de la direction des opérations n'est pas figé. Il peut être élargi au-delà du périmètre de départ focalisé autour de l'organisation du parcours du patient. Cet élargissement relève plutôt d'une gestion par opportunité. Par exemple un secteur logistique géré actuellement par une direction des affaires logistiques peut, au gré des possibilités, être rattaché à une direction des opérations.

Dans l'optique d'une utilisation directe par le CHICN, ce périmètre inspire l'intitulé de la nouvelle direction – **direction de la performance des parcours patients**. La notion de parcours patient paraît plus aisée à communiquer que celle d'opérations.

⁹ Source : « La Direction des Opérations : une fonction innovante en établissement de santé », *Contributions à la réflexion sur le métier/fonction de Directeur des Opérations au sein de l'hôpital*, ARS Ile-de-France, Ylios, EPOD, janvier 2015.

3.1 Le choix d'une direction de la performance des parcours patients en fonctionnement projets

3.1.1 Un premier scénario ciblant les projets d'optimisation des parcours patients, à l'échelle de l'établissement

L'expérimentation menée par l'ARS Ile-de-France a souvent soutenu l'instauration de directions des opérations en fonctionnement projets. Autrement dit, une direction dont la mission principale est la **gestion et le pilotage de projets**. Des points communs rapprochent alors direction de la stratégie et direction des opérations, puisque leurs périmètres sont transversaux et leurs fonctionnements similaires.

Toutefois une direction parcours patient en fonctionnement projets ne se confond pas avec une direction de la stratégie. Comme une direction stratégie, elle fonctionne sur la base d'un **portefeuille de projets**. Avec le **prisme du parcours patient**, la nouvelle direction donne par ailleurs d'emblée un cap aux projets, cela correspond à la **dimension stratégique** d'une direction des opérations. Mais cette dimension est assortie d'un **axe opérationnel** qui caractérise une direction des opérations, qui pourrait être rebaptisée direction de la performance des parcours patients.

Ainsi, quelques grands projets pourraient rythmer les premiers pas d'une direction des opérations, tels que :

- La mise en place d'une **cellule de régulation des lits** dont la mission est d'attribuer des lits aux patients hospitalisés. A titre d'exemple, le directeur de l'organisation et des parcours patients de l'hôpital de Tenon a permis la création d'une cellule de gestion des lits pour identifier et répartir les lits disponibles. Associée à un projet d'amélioration de l'accueil aux urgences, la création de cette cellule a permis de réduire la durée de passage aux urgences de deux heures et quinze minutes.
- La création d'une **cellule de programmation des séjours**, ayant pour rôle de programmer, pour chaque séjour de patient, l'ensemble des rendez-vous nécessaires à la prise en charge du patient : examens, avis, opérations, consultations (y compris consultations post-opératoires, post-hospitalisation), transport.

La raison d'être d'une direction en fonctionnement projets est le besoin d'une direction qui stimule, qui **innove** et qui **coordonne les différents projets**. Ce besoin est d'autant plus fort que la structure de l'établissement est importante. Sans direction dédiée, la communication et la conduite de projet risquent d'être éparpillées.

En outre, ce type de direction en fonctionnement projets permet d'accompagner la mise en œuvre de plans visant une **amélioration globale de la performance de l'établissement** (plan de performance triennal au CHICN). Il s'agit de transformations d'une envergure dépassant le seul retour à l'équilibre car elles visent une meilleure performance des fonctionnements de l'établissement sur le long terme.

L'apport d'une direction fonctionnant par projets se situe à plusieurs niveaux :

- Elle permet de **consacrer pleinement du temps pour ces projets** d'envergure. Ceci est souvent difficile à faire par les directions fonctionnelles, en raison d'un manque de temps et de la difficulté à attribuer la conduite du projet à une direction plutôt qu'une autre. En effet, les projets du périmètre des opérations concernent par nature directement plusieurs directions.
- Elle permet de **décharger les directions fonctionnelles** de la conduite de projets risquant de les éloigner des exigences de gestion au quotidien et de la bonne conduite de projets les concernant spécifiquement.
- Les **directions fonctionnelles conservent la conduite de projets les concernant** en propre. Par exemple, un projet de mise en place des sms de rappel la veille d'une consultation externe concerne particulièrement la direction des systèmes d'information. En revanche, il est moins aisé de définir une direction fonctionnelle, concernée plus que d'autres, par le projet d'instaurer une gouvernance des consultations externes. La direction des ressources humaines est tout autant concernée que la direction des affaires médicales au regard du rôle clé des secrétaires médicales et des médecins pour les consultations externes médicales.

3.1.2 Une nouvelle direction à proximité de la direction générale et du terrain

Le scénario ici présenté implique le recrutement d'un nouveau directeur. Le positionnement de ce directeur à **proximité de la direction générale** est un facteur de sa réussite. En effet, la direction des opérations joue le rôle de lien avec les autres directions. D'emblée nous pouvons évoquer le risque d'interférences entre les directeurs adjoints. Pour atténuer ce risque, différents leviers peuvent être activés, notamment la communication relative au périmètre de la direction des opérations et son positionnement. Dans l'organigramme, s'il

n'y a pas de différence de positionnement de la direction des opérations par rapport aux autres directions, dans les faits, la direction générale est plus présente sur les dossiers relatifs aux opérations en raison de leur envergure (à l'échelle de l'établissement).

En termes de méthodologie, le recours à la **méthode lean** est très souvent mis en avant par les directeurs des opérations interrogés. Autrement dit, la direction des opérations se penche sur les fonctionnements et dysfonctionnements au plus près du vécu du patient et des équipes. Elle le fait sur un axe de travail donné, propre à son périmètre – en priorité les axes de recrutement du patient, de régulation des lits et de programmation des séjours. Le portefeuille de projets reste réduit en nombre d'une part parce les projets sont d'une large portée et d'autre part pour éviter qu'un trop grand nombre de projets ne mette en échec leur réalisation.

Si le scénario d'une direction parcours patient en fonctionnement projets apparaît comme un levier important de transformation, au bénéfice de parcours patients optimisés, il échappe sur des écueils non négligeables, concernant principalement les interfaces avec les autres directions et l'efficacité de cette nouvelle direction.

3.1.3 Les risques et les contreparties de l'instauration d'une direction supplémentaire

Une direction du parcours patient en fonctionnement projets interroge sur son **positionnement par rapport aux autres directions**, car elle **complexifie les interfaces avec les autres directions**, et notamment la **direction des soins**. Ainsi la direction des soins est particulièrement engagée dans la déclinaison opérationnelle de l'actuel plan de performance triennal. On peut se demander comment s'articulerait le rôle d'un directeur des opérations avec la direction des soins. Ne sera-t-elle pas une direction donnant aux autres des consignes, sans vraiment produire elle-même ?

Ces interrogations ne concernent pas uniquement l'équipe de direction, elles viennent aussi des équipes soignantes qui ont pu exprimer un certain **scepticisme à l'égard d'une nouvelle fonction et direction** inutile à leurs yeux. Sous cet angle proche du terrain, le lien à faire entre les différents pôles et services ne relèverait pas d'une nouvelle direction supplémentaire mais des professionnels tels que les secrétaires médicales, qui ont des tâches organisationnelles. En réalité une direction des opérations, qui est située à un autre niveau, d'organisation et de pilotage, pourrait notamment inclure les compétences mises en œuvre par les secrétaires médicales.

De même, la crainte d'une strate supplémentaire est évoquée de manière récurrente dans les entretiens menés au sein de l'établissement. Le directeur des parcours patients risque de constituer un **interlocuteur supplémentaire** aux efforts de coordination déjà réalisés au sein de l'équipe de direction. Autrement dit, son rôle risque d'être mal perçu et contreproductif, son travail étant assez peu tangible – un rôle de coordination, d'impulsion donnée. Ce n'est pas pour autant que ce rôle n'est pas tenu. L'exemple du plan de performance triennal au CHICN a montré notamment l'implication de la direction générale et de la direction des affaires générales dans la coordination des projets existants.

Pour assurer sa mission sans créer de tensions ou de conflits au sein de l'équipe de direction, la direction parcours patients en fonctionnement projets doit alors travailler à **réunir les différents acteurs**. Par exemple, pour un projet de création d'une cellule de régulation des lits, la direction parcours patient doit être extrêmement en phase avec la direction des ressources humaines qui est impliquée dès lors que des reconfigurations de personnel paramédical sont en jeu. Au CHU de Nancy, pour une recomposition réalisée en réanimation et pilotée par la direction de la stratégie, la direction des ressources humaines a rencontré les quatre cents agents, afin de connaître leur niveau de poste, leurs positions, leurs aspirations et évolution possibles.

Citer l'exemple de la direction de la stratégie du CHU de Nancy soulève d'ailleurs la question d'une certaine **taille critique** pour instaurer ce type de direction. Ce ne serait qu'à partir d'une certaine taille d'établissement qu'il deviendrait indispensable d'avoir une direction dédiée à la gestion de projets. Il reste toutefois difficile de déterminer un seuil.

Par ailleurs, la seule dimension projets de ce premier scénario interroge sur l'efficacité à long terme de cette direction. Les entretiens menés sont convergents pour la plupart : la direction des opérations doit permettre à terme une vision opérationnelle partagée. Ainsi les premières directions des opérations constituées s'interrogent sur leur prise de responsabilité par la gestion de secteurs dont elles ont mené la transformation. Or cette transition n'est pas forcément évidente lorsque le mandat initial de la direction est axé sur de la gestion de projets.

C'est pourtant l'une des étapes de la **démarche des « petits pas »** mise en valeur dans l'expérimentation de l'ARSIF. Cette évolution vers la responsabilité de secteurs est l'une des variantes possibles de ce premier scénario.

3.1.4 Les possibilités de variantes et d'évolution de la création d'une direction de la performance des parcours patients en fonctionnement projets

A) L'évolution de la direction des opérations vers la responsabilité de secteurs

Le directeur des opérations de l'hôpital de Bicêtre, entré en fonction en 2015, s'est vu attribuer la **responsabilité de l'activité de consultations externes sur l'un des sites**, à la suite du projet de regroupement de consultations sur un même plateau. Si le périmètre de cette direction est flou initialement, en raison d'un contexte changeant (changement de direction générale au moment de l'arrivée du directeur des opérations), des secteurs sont rapidement ciblés, en concertation avec la direction générale, tels que les hôpitaux de jour, les urgences, les consultations. Mais vouloir attribuer au directeur des opérations la responsabilité de secteurs est source de questionnement. On risque en effet de se heurter à des problèmes de responsabilités déjà réparties entre les directions plus anciennes.

C'est pourquoi le secteur de responsabilité reste relativement réduit, son élargissement sera fonction des opportunités. A l'hôpital européen Georges Pompidou, de nouvelles équipes sont créées à l'issue des projets menés, elles relèvent alors de la responsabilité du directeur des opérations. Cet exemple est développé dans le dernier scénario.

B) Une direction projets-opérations

Une association d'une direction projets et d'une direction opérations peut être envisagée. Par exemple à l'hôpital suisse de Paris a été créé un poste de responsable des opérations et projets. Ce poste associe le **pilotage des projets de réorganisation** (par le suivi des chefs de projet) et la **responsabilité d'équipes** (secrétariats médicaux et équipes parcours patient et service social). Un exemple de projet reprenant ces deux dimensions est la réorganisation des secrétariats. Cette responsable des opérations s'est vue confier parallèlement la responsabilité managériale des secrétariats et la mission de mise en place d'organisations mutualisées dans la perspective d'un déménagement à venir et d'une future dématérialisation (reconnaissance vocale, numérisation des archives, etc.). Par la suite, la responsabilité managériale de tout un pôle administratif (parcours patients, secrétariats médicaux et service social) a été endossée par la responsable des opérations.

C) Une direction des opérations sollicitée ponctuellement

Dans un **projet de travaux ou de restructurations**, il peut y avoir **une cellule opérationnelle** avec un directeur dédié (directeur des opérations). Pour des projets de ce type, avec un périmètre bien connu sur une période déterminée, une direction des opérations a également tout son sens. Cette cellule monte en compétence et peut être rentabilisée quand ce type de projet est d'actualité.

On parle alors de direction des opérations pour une direction créée ad hoc pour suivre un projet majeur d'investissement, de construction, de réorganisation. C'est d'ailleurs le rôle endossé par la direction des opérations des hôpitaux universitaires de Genève concernant le projet de reconstruction des blocs opératoires.

D) Une direction des opérations au niveau du groupement hospitalier de territoire

Si le périmètre du groupement hospitalier de territoire du CHICN ne suscite pas pour le moment une direction spécifique pour le groupement hospitalier du territoire Oise-Nord-Est, on peut néanmoins envisager le scénario d'une **direction des opérations propre au GHT**. Une direction des opérations correspond en effet aux impératifs de transversalité que le GHT suppose. De la même manière, on peut considérer que la mise en place de GHT ira de pair avec la mise en place d'équipes de direction à l'échelle du GHT. Ce cas de figure a pu être étudié au niveau de l'ARS Ile-de-France ? Le directeur des opérations se positionnant alors comme chef de projet de la transformation en GHT.

Ces variantes d'instauration d'une direction des opérations témoignent de l'adaptation au contexte nécessaire dans la mise en place d'une nouvelle direction. Les résistances à l'instauration d'une telle direction incitent à réfléchir à d'autres scénarios.

3.2 La mise en place d'une fonction, sans nouvelle direction, de responsable de la performance des parcours patients

Pour éviter la résistance qui peut être opposée à la création d'une nouvelle direction, une alternative réside dans le rattachement de ce poste à une direction fonctionnelle, voire à la direction générale.

3.2.1 Les avantages sans les inconvénients d'une direction parcours patient

Le choix peut être fait de mettre en place un responsable des opérations, sans établir une nouvelle direction. Ce scénario répond ainsi aux **risques d'interférences** que comporte la création d'une direction supplémentaire. Il adopte une **méthode des petits pas** qui peut s'avérer gagnante à long terme.

Tout comme la direction des opérations en fonctionnement projets a pu être renommée, il convient pour le CHICN de proposer une appellation plus hospitalière. En imitant le premier scénario, ce pourrait être un poste de **responsable de la performance des parcours patients** ou encore de **responsable projets et parcours patient**.

L'intérêt d'un responsable des opérations en termes de méthode se situe, comme pour le premier scénario, dans le recours à des méthodologies proches du lean management. Le responsable travaille avec la direction qualité, utilisant notamment comme point de départ le travail de **cartographie des risques et des parcours patients**, déjà entamé par la direction de la qualité.

Sans le statut de directeur, il est sans doute plus facile au responsable de la performance des parcours patients de travailler en **proximité avec les équipes impliquées dans les parcours patients**. Ce travail permet de révéler le **décalage existant** entre le terrain et les représentations souvent partagées par les directeurs. Pour autant, il ne s'agit pas d'établir une fonction supplémentaire simplement pour pallier les déficits des directions existantes. Ainsi, il relève bien des directions existantes de faire remonter des informations du terrain, de recouper les informations par différentes sources. Une direction des opérations ne peut pas se justifier simplement parce que les directions existantes ne rempliraient pas entièrement ce rôle.

Quoiqu'il en soit, le responsable des opérations va au-delà de ce premier travail d'analyse et de définition de parcours patients car il a pour mission de **porter des projets**, de **les mettre en œuvre**.

3.2.2 Le périmètre d'action du responsable parcours patients : des portefeuilles de projets définis à partir de l'observation des dysfonctionnements sur le terrain.

L'objectif commun des différents projets identifiés dans le portefeuille du responsable des parcours patients est l'optimisation de ces parcours, en particulier dès que le séjour du patient repose sur les **interfaces entre différents services de l'hôpital**. Par exemple, dans un des centres hospitaliers universitaires étudiés, la responsable des parcours patients est un cadre supérieur de santé, rattaché à la direction de la qualité et de la gestion des risques. Sa fonction consiste en l'analyse et la mise en œuvre de processus parcours patient, dans une approche de gestion des risques et d'amélioration continue. Ainsi, concernant les **processus de sortie des patients** est mise en œuvre une triple action :

- de formation des cadres sur les dispositifs d'accompagnement à la sortie de l'hôpital,
- de sollicitation de la cellule d'aide aux sorties complexes,
- de coopération prioritaire avec certaines structures de soins de suite et de réadaptation.

L'action se situe au niveau de la direction des soins et le suivi repose sur un certain nombre d'indicateurs tels que le nombre de cadres formés, le nombre de dossiers traités par la cellule d'aide aux sorties complexes ou encore le nombre de conventions de coopérations avec les SSR révisées.

En termes de portefeuille de projets, le responsable des opérations n'a généralement pas plus de trois à quatre projets à mener en même temps. Au centre hospitalier de Bicêtre, le périmètre officiel se fonde sur l'historique des directions. Le responsable des opérations s'adapte à des organisations existantes, tous les secteurs abordés par le responsable des opérations restent dépendants d'une direction existante. Cela ne représente pas un frein aux projets à conduire. Ainsi, dès la première année de fonction du responsable des opérations, plusieurs projets sont menés à bien tels que la mise en place du **système plein-vidé**. Le résultat est positif avec un gain de temps infirmier (-0,5ETP) et une diminution des ruptures de stocks de 40% à 10%. Dans le secteur des urgences, le responsable des opérations se penche sur le parcours patient avec l'objectif de diminuer le **temps de passage aux urgences**. Parmi d'autres actions, la conception d'une affiche à destination

des pompiers et des smuristes pour aider au déshabillage du patient aboutit à un gain de temps pour l'infirmière d'accueil et d'orientation.

Ces exemples témoignent de la proximité du travail du responsable des opérations avec le terrain.

3.2.3 Un niveau d'action du responsable des opérations reliant stratégie et proximité du terrain

Le positionnement du responsable des opérations reste à **proximité de la direction générale** quand bien même cette fonction n'est pas érigée au statut de direction. Il s'agit en effet d'identifier et de porter les projets à mener en lien avec la direction générale. D'autant plus que la **vision opérationnelle** de la fonction opérations, axée sur le terrain et les micro-dysfonctionnements, constitue une source d'information de première main pour la direction générale.

Ainsi, au centre hospitalier de Bicêtre, le **projet d'amélioration du parcours patient au bloc opératoire** s'est fondé sur une étude à proximité des professionnels, permettant de se rendre compte que le principal problème était lié à l'organisation du brancardage. Le résultat du projet une fois abouti est un gain de trente à quarante minutes sur le temps de démarrage le matin. Très concrètement, l'analyse du responsable des opérations a permis de s'apercevoir que la dernière salle programmée (sur onze salles) démarrait une heure et demi après la première. La cartographie du parcours patient a révélé un goulot d'étranglement que les heures théoriques ne permettaient pas de déceler. Le dernier patient ne pouvait pas arriver avant 9h30 car le brancardage n'arrivait pas à suivre le rythme. Une troisième équipe de brancardiers ayant peu d'activité entre 7h30 et 8h a été affectée au bloc sur ce créneau, résolvant l'écart de démarrage des salles.

En dépit de résultats positifs de cette fonction de responsable des opérations, se priver d'une direction pour le sujet de la performance des parcours patients peut être dommageable pour le but recherché.

3.2.4 Le risque du manque d'impact d'un responsable des opérations

Sans direction dédiée, la fonction des opérations – ou parcours patients dans l'optique du CHICN – risque de manquer ses objectifs. Ces craintes s'expriment en termes de **manque de légitimité et de pouvoir d'action du responsable des opérations**. Autrement dit,

vouloir adopter la méthode des petits pas, en instaurant un responsable des opérations qui est seulement chef de projet, n'est pas forcément la bonne méthode. La méthode progressive est en réalité incertaine et accroît le risque d'échec. La fonction des opérations demande en effet un minimum de marge de manœuvre, de « pouvoir ».

Preuve de la difficulté d'un responsable des opérations à aller au bout de sa démarche, le questionnement sur les **prérogatives** de ce dernier se fait jour assez rapidement. Certains responsables des opérations issus de l'expérimentation ARSIF sont confrontés à cette question aujourd'hui. Un des obstacles premiers à ces prérogatives est la remise en cause frontale des directions existantes. La prise en responsabilité progressive de secteurs – variante du premier scénario de direction des opérations en fonctionnement projets – est une des solutions apportées. Selon les opportunités au sein de l'établissement, cette montée en responsabilité permet au responsable des opérations de s'implanter dans une fonction plus opérationnelle, plus productive.

En outre, la question du **profil du responsable des opérations**, délicate quel que soit le scénario, peut être ici soulevée, sans pouvoir apporter de réponse tranchée, tant elle dépend du contexte et des opportunités de l'établissement. Les directeurs ou responsables des opérations ont souvent un profil ingénieur, mais également directeur, consultant, médecin, cadre de santé.

Les scénarios un et deux ne répondent pas clairement à la nécessaire articulation entre direction des soins et direction des opérations. Plusieurs directeurs des opérations interrogés évoquent ce rapprochement comme une évolution souhaitable, voire réalisée dans certains établissements. Sachant que cette évolution est aussi le fruit d'un certain contexte, d'opportunités qui s'offrent à un établissement à un moment donné.

3.3 La refondation de la direction des soins en direction de la performance des parcours patients

Au centre hospitalier de Compiègne-Noyon, le **poste de la direction des soins est vacant** depuis avril 2016. La directrice générale en assure l'intérim et s'occupe du recrutement d'un nouveau directeur des soins. Cette vacance crée une opportunité de refondation de l'ancienne direction des soins.

L'appellation de direction des opérations paraissant peu appropriée, la notion de performance du parcours patient est privilégiée pour ce scénario également.

3.3.1 Un scénario en phase avec le contexte et les besoins de l'établissement

Aujourd'hui au CHICN le travail sur les interfaces relève de la direction des soins. Un cadre supérieur est responsable du pôle support englobant tout le plateau technique. Elever la **gouvernance du plateau technique** au niveau d'une direction de la performance des parcours patients permettrait de donner tout son poids à la fonction d'ordonnement de la direction parcours patients.

Remplacer, ou plutôt **faire évoluer, la direction des soins, par une direction de la performance des parcours patients** apparaît comme une bonne option. Elle pourrait se concrétiser dans le recrutement à venir d'un directeur des soins. Le processus de recrutement est en cours à l'heure actuelle. La question du profil de ce directeur est abordée plus bas.

Les objectifs de cette direction des soins transformée sont de deux ordres :

- **Dimension de direction des soins à conserver.** L'autonomie acquise par l'encadrement supérieur et intermédiaire permet a priori de dégager du temps pour donner à la direction une deuxième dimension.
- **Dimension de direction des opérations à déployer,** avec le concours des autres directeurs. L'encadrement en place de la direction des soins représente une force de déploiement majeure pour la direction des opérations.

Concernant cette deuxième dimension, il est nécessaire d'insister sur le sens donné à cette direction parcours patients. En effet, son périmètre et ses objectifs sont bien **l'efficience et la performance**. Cette dimension fait évoluer l'ancienne direction des soins au profit d'une vision globale et financière. Les opérations ont trait à l'efficience, à l'optimisation financière.

Ses actions et projets doivent permettre de réduire le déficit, tout en gardant un niveau de qualité de la prise en charge et un certain équilibre social. Il s'agit donc de se détacher du seul statut de manager d'équipes paramédicales.

Donner cette dimension d'efficacité et de performance à la direction du parcours patient est une condition clé. En effet s'il est demandé aux pôles une gestion financière il faut pouvoir les accompagner. Le témoignage du directeur des opérations du centre hospitalier de Provins relatif au travail de réduction de la durée moyenne de séjour met en avant l'importance de guider et accompagner les médecins sur cet objectif. Un temps incompressible est à consacrer pour répondre à leurs questions.

Ce scénario a pour corollaire une certaine aisance des cadres supérieurs avec le **management par les processus et par la recherche de l'efficacité**. Cette vision opérationnelle est majeure. Etant liée à la vision terrain, c'est une force d'associer pleinement l'encadrement de l'ancienne direction des soins. En outre, une certaine **continuité dans la proximité avec le terrain** est ainsi assurée.

D'un point de vue lexical, un des atouts de ce scénario est de rapprocher et réintégrer les médecins dans les projets et réorganisations concernant les services de l'hôpital, en **abandonnant l'étiquette uniquement « soins »** de la direction des soins.

Ce rapprochement est envisagé dans des directions des opérations existant en fonctionnement opérationnel et non projets. La **fusion entre direction des opérations et direction des soins** est d'autant plus facilement envisagée que le travail avec les soignants se fait d'ores-et-déjà avec l'encadrement intermédiaire. L'un des premiers avantages perçus est la facilitation du travail conjoint puisque la direction des soins est directement concernée par le travail de la direction des opérations.

3.3.2 Le contenu opérationnel d'une direction des soins refondée en direction de la performance des parcours patients

Les exemples d'autres directions des opérations, en fonctionnement opérationnel, donnent des indications pour l'orientation à donner à une nouvelle direction de la performance des parcours patients au CHICN.

Ainsi, dans l'un des hôpitaux d'Ile-de-France interrogés, des réorganisations importantes ont été menées et sont envisagées par la direction des opérations. Pour répondre à l'objectif de régulation des ressources mises à disposition, une **cellule de gestion des lits** a été

créée. Très concrètement, ces professionnels de la cellule de gestion des lits ne se déplacent pas dans les services, ils sont derrière un écran avec un casque. Les gestionnaires de lits relèvent de la responsabilité de la direction des opérations. Les services sont donc dépossédés de cette gestion, désormais centralisée.

Dans la continuité des objectifs opérationnels, l'un des projets en cours est de mettre en place **des équipes de programmation des séjours**, dédiées par typologies de patients. Ces équipes auront accès à tous les agendas : bloc, imagerie, consultations, etc. Avec cette cellule, le médecin ou l'infirmière n'aura plus à s'occuper des demandes de rendez-vous des patients du service. L'équipe de programmation prendra en charge le parcours complet du patient, sans avoir à demander leur accord aux plateaux techniques. L'objectif est d'avoir des professionnels de la programmation, sous la responsabilité de la direction des opérations.

Aux hôpitaux universitaires de Genève, l'axe principal de travail de la direction des opérations tourne autour des blocs opératoires. Ainsi, pour la gestion des flux patients une équipe de professionnels gère la programmation des blocs. La directrice des opérations travaille **en vis-à-vis avec les professionnels des blocs opératoires** dès lors que des changements importants sont envisagés, par exemple en termes de modifications des vacances, des ouvertures et fermetures de salles ou de contexte exceptionnel (pendant la période hivernale notamment). La direction des opérations mène un travail de présentation et de défense de dossiers et projets, lui donnant une légitimité auprès du corps médical en particulier. Au-delà des blocs opératoires, la direction des opérations est mobilisée sur les **reconfigurations capacitaires**. Elle procède par exemple aux changements de locaux, aux déplacements de services, de spécialités.

Au centre hospitalier de Provins, le directeur des opérations a décliné une série d'actions visant à mettre en place un véritable **pilotage proactif de la ressource capacitaire**. Parmi ces actions on compte : l'instauration d'un outil de suivi et de visibilité de la disponibilité des lits, l'installation d'une coordination médicalisée, à la fois sur la gestion et le fléchage des patients, la création de salons de sortie pour fluidifier la séquence de sortie. Les indicateurs montrent un réel impact de ces transformations : le taux de sortie avant midi a augmenté de 20%, permettant également une **baisse de la durée moyenne de séjour** des services du pôle de médecine.

Les exemples de directeurs des opérations en clinique se rapprochent de cette définition plus opérationnelle et managériale de la fonction. Par exemple, la gestion au quotidien du directeur des opérations d'une clinique de la Générale de santé se fonde sur une **palette de rendez-vous organisationnels** tels que :

- La revue hebdomadaire des événements indésirables avec en particulier le directeur des systèmes d'information,
- La revue hebdomadaire des durées de séjour longues,
- La revue administrative, c'est-à-dire la réunion de tous les administratifs car le directeur des opérations a sous sa responsabilité tous les agents administratifs (y compris ceux de la facturation),
- Le point régulation : le directeur des opérations pilote la régulation, comprenant le contrôle de la programmation opératoire.

Encadré n°5 : évaluation et pilotage au sein de la direction des opérations

Le travail sur le parcours patient est une notion qui reste assez floue, peu matérialisée. Il est donc difficile d'avoir un tableau de bord sur les parcours patients. Pour autant, les directions des opérations interrogées se dotent bien d'indicateurs et de tableaux de bord.

Le choix des indicateurs est généralement de retenir des indicateurs existants dans l'établissement. En fonction de sa stratégie, un établissement peut faire le choix d'un nombre limité d'indicateurs mais partagés par les différents niveaux d'encadrement. Il peut aussi décider de décliner ces indicateurs à un niveau plus fin en fonction des niveaux d'encadrement. Dans chacun des services on peut considérer qu'il faut décliner les indicateurs. Cette déclinaison permet de leur donner plus de sens.

Le directeur des opérations est souvent confronté à la difficulté des systèmes d'information de faire le lien entre la réalité et les indicateurs. L'observation terrain du directeur des opérations peut permettre de vérifier la pertinence des indicateurs.

Les indicateurs retenus sont à la fois quantitatifs et managériaux. Parmi les indicateurs quantitatifs les plus suivis se trouvent l'IP-DMS, le taux d'occupation des salles de bloc opératoire, le taux d'occupation des lits ou encore le temps d'attente aux urgences. En guise d'indicateurs managériaux peuvent être retenus le nombre et la régularité de réunions ou groupes de travail pour un projet, le taux de participation aux comités de pilotage, etc.

Ces tableaux de bord constituent un outil important pour le directeur des opérations. Ils permettent un pilotage des projets menés et des secteurs gérés. En outre, ils permettent indirectement de rendre compte du travail de la direction des opérations. Par exemple, les hôpitaux universitaires de Genève absorbent chaque année dix pour cent d'activité supplémentaire, sans augmenter les moyens, c'est-à-dire la capacité des blocs. Pour la direction des opérations, cet indicateur est un moyen de justifier sa fonction.

3.3.3 Un positionnement facilité de la direction de la performance des parcours patients

Dans ce scénario, le positionnement de la direction de la performance des parcours patients n'est sans doute pas aussi proche de la direction générale que dans les deux premiers scénarios. Toutefois la proximité est de mise sur toute la dimension de stratégie du parcours patient.

Les entretiens et présentations en comité de direction au CHICN ont donné lieu à un **accueil favorable à ce scénario** et donc un **positionnement moins complexe** que celui d'une direction supplémentaire. Les directions fonctionnelles ont démontré leur intérêt pour une direction des soins rénovée, permettant d'être relais de leurs questions et positions auprès de l'encadrement paramédical.

Sans interlocuteur supplémentaire, le dialogue entre les directions impliquées dans la performance des parcours patients est facilité, sous l'impulsion donnée par la nouvelle direction. Ce rôle d'impulsion rappelle l'importance de la **dimension relationnelle du poste**. La personnalité du directeur doit pouvoir favoriser l'échange et le dialogue entre les directions.

Par exemple, aux hôpitaux universitaires de Genève, le lien avec la direction des affaires médicales est étroit, un lien fonctionnel et non hiérarchique. Les rencontres avec le directeur des affaires médicales sont quotidiennes. S'y ajoutent des rencontres plus ponctuelles sur les projets à mener. La principale raison de cette proximité est le périmètre de la direction des opérations. En effet, elle recouvre des domaines d'activité sensibles, en particulier les blocs opératoires.

En termes de modalités d'action, le travail de cette nouvelle direction sera en partie dépendant d'autres directions telles que la qualité et les systèmes d'information, en particulier le contrôle de gestion. Bien que cela n'ait que rarement été vu dans les directions étudiées, cette dépendance peut être négociée, par exemple en contractualisant un temps de travail donné des services de la qualité et du contrôle de gestion pour la nouvelle direction.

3.3.4 Les contreparties d'un scénario exigeant

Ce scénario de direction de la performance des parcours patients implique la création de nouvelles équipes. Il s'agit de transformations introduisant de **nouveaux métiers à l'hôpital** – transformations en partie engagées au CHICN. Cela suppose un temps non compressible de recrutement et/ou de formation des professionnels. Toutefois, dans un contexte de redimensionnement capacitaire et de redéploiement de personnels, cela peut créer des débouchés de reclassement pour certains professionnels. Par ailleurs, cette contrepartie n'est pas spécifique à ce scénario.

Par ailleurs, ce scénario de fusion de la direction des soins et de la direction des opérations accroît **l'exigence du recrutement**. Au-delà du profil traditionnel de directeur des soins, le directeur de la performance des parcours patients doit travailler sur l'organisation du soin autour du patient, déchargeant les soignants de l'organisationnel.

L'un des biais du rapprochement entre la direction des opérations et la direction des soins est le penchant d'un directeur des soins pour le « protectionnisme » envers les professionnels paramédicaux. D'où la nécessité de vigilance en faveur d'un profil de directeur ou directrice allant dans l'intérêt général de l'établissement, sans être porté vers un secteur plus qu'un autre.

Plus concrètement, il paraît intéressant de démarquer le profil de poste de celui issu du parcours traditionnel d'un directeur des soins. Le recrutement doit pouvoir assurer un certain nombre de compétences relatives à la performance des parcours patients telles que :

- La vision en processus de la prise en charge des patients ;
- L'expérience en gestion des flux ;
- Les compétences dans la conduite de projets et des changements à la suite des projets ;
- Les compétences dans le pilotage d'équipes et de nouvelles organisations, comprenant notamment l'utilisation de tableaux de bord.

L'exigence du profil recruté, en termes de compétences, constitue en réalité un enjeu commun aux différents scénarios. D'autres enjeux le sont, comme l'illustre l'encadré ci-dessous.

Encadré n°6 : Les enjeux communs aux différents scénarios

L'enjeu du positionnement : la proximité à la direction générale

Même lorsque le directeur des opérations est rattaché à une autre direction, il est en étroite concertation avec la direction générale. La nécessité de faire travailler le directeur ou responsable des opérations en concertation étroite avec la direction générale est une constante parmi les directions étudiées.

L'enjeu de la communication

La majorité des entretiens menés relève **l'importance de la communication au moment de la mise en place de la direction ainsi que par la suite**. La présentation de la direction, le sens qui lui est donné est une opportunité pour la direction générale de donner à tous les métiers de l'hôpital une même vision. Pour autant, l'obligation de réalisme tempère cette vision du « tout communiquant ». Ainsi, certains directeurs des opérations optent pour la **méthode du « surf »**. En effet, au lieu de communiquer sans réserve sur les objectifs de la direction des opérations, il peut être souhaitable d'utiliser les réclamations venant des professionnels médicaux et paramédicaux pour aller dans le sens voulu par la nouvelle direction. Autrement dit, le directeur « surfe sur la vague ».

L'enjeu de la conduite du changement

Chacun des scénarios propose un changement de la structure de direction d'un centre hospitalier. La manière dont est introduit ce changement peut être hétérogène d'un scénario à l'autre. Ainsi le scénario n°3 est relativement prudent, en vue d'une bonne acceptation en interne. Pourtant l'enjeu reste le même, celui d'**introduire de nouvelles compétences** à l'hôpital, corrélativement à la recherche de parcours patients plus efficaces. Ces transformations d'ordre systémique supposent la **réorientation de métiers** aujourd'hui au cœur de la prise en charge des patients, passant notamment par le recentrage sur le soin ou sur l'organisationnel autour du patient.

Conclusion

A l'affût des messages délivrés par la tour de contrôle, Charly garde ses yeux rivés sur les écrans de contrôle de la salle de commandement des opérations, le cœur du réacteur de l'aéroport. Tout dérapage par rapport à la programmation est signalé et traité en temps réel. Tout autour de ce réacteur gravitent de nombreux professionnels responsables à la fois de la mise à disposition des ressources nécessaires aux compagnies aériennes et de l'accueil des passagers.

La direction des opérations constitue donc une direction à part entière, dotée de moyens humains et financiers importants. Si l'hôpital n'a pas à reproduire à l'identique ce modèle de direction, on peut imaginer qu'il devra accélérer les évolutions de ses modes de gouvernance et des compétences qu'il orchestre.

Au sein du centre hospitalier de Compiègne-Noyon se dessine le choix du troisième scénario. Cette orientation est prise à la mesure des avantages et inconvénients de chacun des scénarios et au regard du contexte actuel propre au CHICN.

Les deux premiers scénarios sont considérés comme vecteur d'une trop grande complexité. La direction des opérations telle que présentée dans ces deux scénarios est perçue comme une stratification supplémentaire contreproductive. Et ce d'autant plus que des directions et pôles de l'hôpital remplissent déjà pour partie les fonctions d'une direction des opérations. A contrario le troisième scénario évite des tensions potentielles entre directions tout en :

- Donnant à l'ancienne direction des soins toute sa place dans une démarche approfondie et élargie de la performance du parcours patient.
- Associant plus étroitement les directions fonctionnelles existantes et la nouvelle direction dans cette dynamique parcours patient.

La nouvelle dénomination de la direction des soins vise aussi à approfondir l'ordre de marche vers la performance, déjà engagé dans toutes les directions. Si la dynamique parcours patient est comprise et engagée, elle reste perfectible. Son approfondissement est source d'amélioration continue de la performance de l'établissement.

Le choix de ce scénario est néanmoins révélateur de la difficulté à innover en matière d'organisation, malgré l'importance des défis à relever (en matière d'efficience, de réponse aux besoins en santé d'un territoire par exemple). Beaucoup d'établissements de santé

recherchent un difficile équilibre entre la nécessité d'évoluer et les résistances propres à la préservation d'une organisation existante.

Autrement dit, un scénario de direction des soins rénovée en direction de la performance des parcours patients risque de devenir assez rapidement trop étroit. Il pourrait être une première étape vers un scénario plus innovant, promouvant une direction des opérations à part entière. Celle-ci découle en réalité des besoins tels que décrits plus haut : le besoin de compétences nouvelles, axées sur la gestion des flux des patients. Ces compétences recouvrent notamment les missions présentées d'accueil, de programmation et de régulation des séjours des patients. Elles impliquent l'introduction de nouveaux métiers à l'hôpital, auprès du patient mais également au niveau de l'encadrement.

Si les structures de direction se réduisent en nombre avec la constitution de groupements hospitaliers de territoire, c'est aussi pour garantir des changements plus rapides des organisations hospitalières. Une direction des opérations trouve alors pleinement sa place dans un organigramme rénové à la hauteur des enjeux d'un groupement hospitalier de territoire.

Bibliographie

Présentations et documentations institutionnelles

ARS Ile-de-France, EPOD, « La direction des opérations (DOP) : une fonction innovante »
15 DOP soutenues par l'ARS Ile-de-France, Retour d'expériences après un an
d'accompagnement, Février 2016.

ARS Ile-de-France, EPOD, Ylios, « La Direction des Opérations : une fonction innovante
en établissement de santé », Contributions à la réflexion sur le métier/fonction de Directeur
des Opérations au sein de l'hôpital, janvier 2015.

ARS Ile-de-France, EPOD, « Les métiers innovants en établissements de santé, une vision
prospective du management ? », juin 2016.

Agences régionale de santé, « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, Pour
une prise en charge adaptée des patients et usagers », Lexique de A à Z, Septembre 2012.

Hôpitaux universitaires de Genève, « Une direction des opérations : quelle réalité après
quatre ans d'existence », Présentation EPOD, Mai 2015.

Articles spécialisés et documentation universitaire

CURATOLO Niccolo, « Proposition d'une méthode lean pour l'amélioration des processus
métiers : application au processus de prise en charge médicamenteuse à l'hôpital. Génie
des procédés. Ecole nationale supérieure d'arts et métiers - ENSAM, 2014. Français. <NNT
: 2014ENAM0035>. <tel-01127366>

MEGEVAND Valérie, NOBRE Thierry, WIESER Philippe, « Directeur des opérations, en
avoir ou pas à l'hôpital », Gestions hospitalières, n°536, Mai 2014.

SPINHIRNY Frédéric, « Réflexion, Lean management et bon sens », Gestions
hospitalières, n° 523, pages 89-91, Février 2013.

Site internet

GAREL Benjamin, « Le Lean à l'hôpital », avril 2014.

Vidéo disponible en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=YuJJrFqOA9A>

Bases de données

Statistique annuelle des établissements de santé, enquêtes 2013, 2014 et 2015.

Statistiques du CHICN.

Liste des annexes

Annexe 1	Liste des personnes interrogées
Annexe 2	Trame d'entretien
Annexe 3	Proposition d'organigramme

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Professionnels extérieurs au CHICN

ARS Ile-de-France, coordinateur du programme efficience des organisations

CH Bicêtre, directeur des opérations

CH Provins, directeur des opérations

Clinique générale Beaulieu (Genève), directrice des opérations

Clinique Générale de santé (Champigny), directeur des opérations

CHU Nancy, directeur général

CHU Nancy, chef du département stratégie, opérations, coordination du plan de refondation et coopérations internationales

CHU Toulouse, cadre supérieur de santé, direction de la qualité-gestion des risques.

Hôpital européen Georges Pompidou, directeur des opérations

Hôpitaux universitaires de Genève, directrice des opérations

Professionnels du CHICN

Directrice générale

Directrice adjointe en charge des affaires générales, de la qualité et des affaires juridiques

Directeur adjoint en charge des ressources humaines

Directrice adjointe en charge des finances

Directrice adjointe en charge des affaires économiques, techniques et biomédicales

Présidente de la commission médicale d'établissement

Chef du service de la pharmacie

Cadre supérieur du pôle support

Cadre supérieur du pôle de cancérologie

Ingénieur qualité

Cadre du bloc opératoire

Infirmière référente du bloc opératoire

Infirmière diplômée d'Etat référente aux consultations externes

Annexe 2 : trame d'entretien avec les professionnels extérieurs au CHICN

AXE 1 : PERIMETRE

1. Quel est le périmètre d'action de votre direction, de votre fonction le cas échéant ?
2. A-t-il évolué dans le temps ?
3. Le contexte des GHT a-t-il un impact sur votre périmètre ?

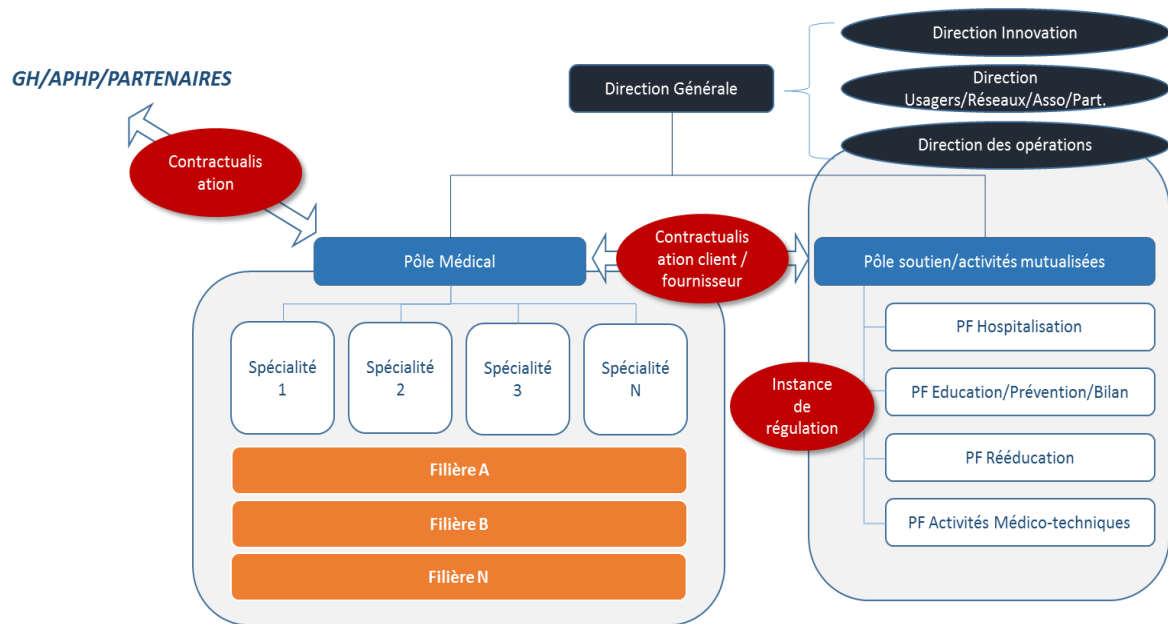
AXE 2 : FONCTIONNEMENT

4. Quelle articulation prévoir/mettre en place avec les directions fonctionnelles de l'établissement ? Quel positionnement hiérarchique et organisationnel ?
5. Quelles missions et responsabilités ? Quelle montée en charge dans le temps pour la fonction ?
6. Quels sont les objectifs et les indicateurs de la direction des opérations ? Quelle est son évaluation, son suivi ?
7. Quels outils et ressources (dont système d'information) ?
8. Comment rendre cette fonction attractive ?
9. Quel profil et quel parcours professionnel pour le directeur des opérations ?

AXE 3 : BILAN

10. Positif
11. Négatif
12. Améliorations envisagées

Annexe 3 : Proposition d'organigramme innovant



Source : ARS Ile-de-France, Ylios, EPOD, « La Direction des Opérations : une fonction innovante en établissement de santé », Contributions à la réflexion sur le métier/fonction de Directeur des Opérations au sein de l'hôpital, janvier 2015.

DAVENEL

Jeanne

Octobre 2016

Filière directeurs d'hôpital

Promotion 2015-2016

UNE DIRECTION DES OPERATIONS : QUELLES OPPORTUNITES POUR LE CHICN ?

Trois scénarios de mise en place d'une direction de la performance des parcours patients au centre hospitalier intercommunal de Compiègne-Noyon

Résumé :

Innover est un étendard facile à brandir mais difficile à établir. L'essoufflement actuel de modes d'organisation hospitalière et de leurs financements incite les directions hospitalières à réfléchir sur leurs missions et sur leurs compétences à mettre en œuvre. Pour autant la conduite du changement vers une amélioration continue du parcours du patient à l'hôpital n'est pas chose aisée. Plusieurs scénarios peuvent contribuer à cette réflexion, en vue d'une transformation opérationnelle de l'organigramme de direction.

Ainsi, à la suite d'une étude de l'existant, enrichie par les comparaisons avec des directions des opérations instaurées ces dernières années, trois grands scénarios de mise en place d'une direction des opérations au CHICN ont pu être envisagés. Renommée direction de la performance des parcours patients, cette fonction permettrait de dédier du temps et des compétences au besoin d'ordonnancement des séjours et venues des patients. Les modalités d'établissement de cette fonction sont plurielles, comme en témoignent les différents scénarios construits. Elles nécessitent de s'interroger en particulier sur son périmètre d'action, sur son positionnement au sein de l'organigramme de direction, ainsi que sur son évaluation, c'est-à-dire le bilan de son action.

Compte-tenu du degré de maturité de l'établissement et des risques engendrés par la création d'une direction supplémentaire, le choix porte en priorité sur une rénovation de la direction des soins existante. Rebaptisée, forte de compétences nouvelles à sa tête, la direction des soins se voit confier la mission de poursuivre et d'accélérer la dynamique en marche pour la performance des parcours patients.

Si cette transformation s'avère insuffisante elle n'en reste pas moins une étape importante sur le chemin de l'adaptation des organisations hospitalières aux impératifs de performance.

Mots clés :

Direction des opérations, direction des soins, organigramme, parcours patient, performance, qualité.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

