

# Direction des opérations en établissements de santé ADN & profils

## Premiers retours du dispositif francilien

**Pierre-Etienne HAAS** Coordonnateur du volet « Efficience des organisations »  
ARS Île-de-France, direction générale adjointe (DGA)

**La fonction de « direction des opérations » (DOP) est incontournable au sein des organigrammes de toute entreprise des secteurs industriels et de service. Pour autant, son implantation demeure encore embryonnaire dans le secteur hospitalier, a fortiori public. À l'heure où les professionnels de santé sont plus que jamais soumis à de fortes contraintes en termes de qualité et d'efficience, la « DOP à l'hôpital » ne serait-elle pas un formidable levier d'amélioration insuffisamment mobilisé ? L'ARS d'Île-de-France a souhaité en faire la démonstration, en accompagnant quinze établissements franciliens qui en ont fait le pari. Premiers enseignements.**

**E**ntendu en directoire dans la bouche d'un praticien de l'un des établissements accompagnés : « *Un directeur des opérations ? Alors comme ça l'administration veut se payer un directeur supplémentaire ?* »

Imaginons, – cher docteur –, que quelqu'un soit au sein de votre établissement en responsabilité pleine et entière afin que vous disposiez systématiquement du temps de vacations qui vous est nécessaire au bloc ; que vous puissiez placer l'ensemble de vos patients dans des lits sans attente ; qu'il n'y ait plus de trou dans vos plages de consultations ; que vos délais d'accès aux équipements d'imagerie soient maîtrisés ; que le temps paramédical dans vos services soit en parfaite adéquation avec l'activité (etc.). Bref, que quelqu'un soit payé pour résoudre très exactement tous les problèmes qui polluent votre quotidien. Ne lui feriez-vous pas bon accueil ? Assurément. Cet homme (femme) dont le travail consiste finalement

à faciliter le travail des autres, c'est le directeur des opérations.

Comprenons bien la genèse de ce type de fonctions, né dans l'industrie à un moment où la simple « administration » des structures ne suffisait plus : contraction des marchés, volatilité toujours plus grande des clients, rythme des innovations accéléré ont contraint les entreprises des secteurs concurrentiels (qui souhaitaient survivre...) à adapter constamment leurs produits aux clients, leurs organisations aux produits, leur management à leurs organisations. Il s'est ainsi agi de légitimer les fonctions liées à la production – faire bien les choses –, au même titre que d'autres fonctions exécutives plus installées que sont la stratégie – faire les bonnes choses –, les finances – avoir les moyens de faire –, les ressources humaines – disposer des bonnes compétences –, etc. Sont ainsi apparues des directions avec pour responsabilité le bon déroulement des opérations au sein de l'entreprise, traditionnellement libellées « directions des opérations » (DOP) ; elles ont très vite trouvé légitimité, et places de choix, au sein des organigrammes.

Néanmoins, le Rubicon séparant modèle « industriel » et monde hospitalier ne peut et ne doit être franchi sans grande prudence. Si le manque d'expertise sur le champ des organisations et de leur optimisation est aujourd'hui relativement consensuel à l'hôpital (massivement compensé par l'appui-conseil externe, et une vraisemblable sursollicitation de l'encadrement de proximité : combien de groupes de travail et autres comités de projets divers et variés pour chaque cadre?...), pour autant, la formalisation d'une fonction de DOP « ne va pas de soi », puisqu'elle bouscule un certain ordre établi.

Partant de ce constat, l'ARS d'Île-de-France a souhaité accompagner des directions d'établissements volontaires et convaincues pour, dans ce

qui peut encore être considéré aujourd'hui comme une démarche innovante, installer des fonctions de DOP ou les renforcer si déjà existantes, dans un but sciemment « expérimental » : quels profils seront choisis par les établissements, quelles feuilles de route seront développées, quelles interactions ces fonctions réussiront-elles à tisser avec leur environnement, et surtout quel « retour sur investissement » pour que, au-delà de l'intuition, la preuve soit faite de la pertinence (et de la rentabilité...) du modèle.

En juin 2014, un appel à candidatures a été lancé par l'ARS d'Île-de-France, avec le soutien et le relais de la délégation régionale de la Fédération hospitalière de France, afin de capter et stimuler les initiatives locales : mise en « réseau » des personnes qui occuperont ces postes, *coaching* des équipes pour fluidifier les nouvelles relations, participation financière (partage du risque ?) à la création des postes furent les trois leviers proposés. Ils emportèrent la conviction de quinze structures pleinement volontaires. L'hétérogénéité des projets et des situations rencontrées est le premier marqueur du caractère encore innovant de ce type de poste, mais représente pour l'agence et la Fédération un formidable laboratoire pour comprendre, évaluer, apprendre de ce qui fonctionne, des points de blocage et de ce qui pose des difficultés, et bien entendu ce qui doit être valorisé et mérite d'être dupliqué. Si, à l'heure où sont écrites ces lignes, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions, nous sommes tout de même en mesure de dégager quelques premiers enseignements.

### Se doter d'une compétence pour coordonner, piloter et outiller

Face aux impératifs d'efficacité et à la pressurisation du système de soins de cette dernière décennie, les projets transversaux se sont multipliés et ont dû trouver pour les faire vivre des porteurs internes. « *La nature a horreur du vide* », disait Aristote, et l'hôpital aussi : les directions générales ne pouvant (et ne devant !) être mobilisées en chefferie de projets, cette responsabilité s'est très (trop ?) naturellement et massivement reportée sur l'encadrement intermédiaire (chefs de service, pôles, cadres, etc.). Encadrement qui, dès lors, dû cumuler sa mission première de management et de gestion de l'activité quotidienne des services avec la nouvelle charge que représentait la conduite de projets. Certains acteurs se sont révélés dans ces nouvelles attributions, mais une majorité d'entre eux l'a vécu comme un détournement du contrat initial sur lequel ils s'étaient engagés à l'hôpital : « *Je suis ici pour*



Panorama des DOP soutenues en Île-de-France disponible sur : <http://fr.calameo.com/books/0005552846fa7c7f45427>

*prendre en charge, soigner, orienter mes patients, pas pour passer ma vie en réunions stériles dont je ne perçois presque plus l'objectif.* » Combien de fois cette phrase a-t-elle été entendue dans les étages ?

## La formalisation d'une fonction de DOP « ne va pas de soi », puisqu'elle bouscule un certain ordre établi.

Force est de constater que l'analyse est parfois justifiée. De la même manière que prodiguer des soins et exercer la médecine sont des compétences issues d'un long travail d'apprentissage, piloter un projet ou animer un programme sont des compétences à part entière, qu'il faut apprendre à reconnaître : outils de gestion de projets, techniques d'animation, tenue des jalons, capacité à fédérer des groupes multidisciplinaires, décliner des objectifs communs (et lisibles), trouver le juste niveau de mobilisation des experts pour impliquer sans emboliser, etc. Autant de cordes à son arc qu'un directeur des opérations saura utiliser, efficacement, pour soutenir les démarches engagées dans son établissement. À ce stade du propos, entendons-nous bien, il ne s'agit en aucune manière de dénigrer le travail et la formidable implication dont font preuve bon nombre de soignants et médecins en se mobilisant (ou en acceptant de se faire mobiliser) sur les démarches de recherche d'efficacité de leur établissement. Bien au contraire, il s'agit de recentrer leur précieux temps sur ce à quoi il est le plus utile : l'expertise

métier, la connaissance des activités, l'identification des marges de progression, oui. La formalisation de relevés de décision, la comitologie, le remplissage de fiches actions, la tenue de calendriers, non.

### Missions, dimensionnement, périmètres et profils ? À chaque établissement sa réalité

Attention, toute ressemblance avec des faits s'étant déroulés dans un établissement francilien n'est absolument pas fortuite. Au-delà du concept, quelle réalité observée autour de ces fonctions de DOP ? Le premier constat est la coexistence de deux grandes catégories de missions susceptibles d'être assumées par la DOP et non exclusives :

- L'optimisation des processus de production de soins : il s'agit de piloter, ou à défaut maîtriser,

l'ensemble ou les principaux chantiers de réorganisation et de transformation des organisations au sein de l'hôpital. Les missions alors assignées à la DOP prennent la forme d'un portefeuille de projets. Ses capacités de gestion de projets, voire de pilotage de programme, sont clairement mises à contribution ;

- le pilotage des processus de production de soins : il s'agit de garantir la fluidité du fonctionnement quotidien de l'hôpital, et à ce titre intervenir dans tous les organes opérationnels d'allocation de ressources ou de décision (conseil de bloc, cellule de gestion des lits, centres d'appels et plateau de consultations, commission des *bed-blockers*, etc.), ou agir en délégation, notamment par le biais de la contractualisation (principalement avec les pôles).

## LA DIRECTION DES OPÉRATIONS : LE POINT DE VUE DE LA FHF ÎLE-DE-FRANCE

Les relations entre les agences régionales de santé (ARS) et les établissements publics, sanitaires comme médico-sociaux, sont parfois difficiles, mais peuvent aussi se révéler fructueuses...

Début 2013, après des épisodes mouvementés, notamment pour des raisons budgétaires, l'ARS d'Île-de-France et la FHF Île-de-France ont pris l'initiative de lancer des travaux communs. L'objectif était multiple : dépasser les difficultés, prouver que l'ARS et les établissements sont en mesure de travailler de concert et au bénéfice de tous, mettre en place des chantiers en commun et de façon simultanée. En ligne de mire : favoriser un parangonnage et une résolution des difficultés éventuelles en temps réel, promouvoir une diffusion des bonnes pratiques, ou encore traiter de thèmes concernant des champs socialement sensibles, pour lesquels le soutien et l'appui de l'ARS étaient jugés indispensables.

Une équipe projet et des comités de liaison ont été institués, des échanges réguliers ont eu lieu. La FHF a demandé et obtenu un cofinancement de la part de l'ARS, au moyen du fonds d'intervention régionale (FIR). Les crédits alloués par le FIR étant annuels, l'agence soutient depuis chaque année le financement de ces projets. Depuis le début de ce travail commun, elle a pu observer, et saluer, l'implication forte d'une équipe de l'ARS (dont fait partie Pierre-Etienne Haas), d'abord réunie sous la dénomination « pôle performance », et désormais incluse dans la « direction de l'efficacité du système de santé ».

### Cinq thèmes retenus la première année

- Achats : inclusion dans le programme PHARE (prestations assurées par le RESAH-IDF).
- Gestion des lits (y compris la qualité de prise en charge).
- Gestion des blocs opératoires.

- Gestion du temps de travail paramédical (absentéisme, recours aux heures supplémentaires, *turn over*...).

- Gestion du temps médical (promouvoir la coopération interétablissements sur des thématiques données comme l'imagerie, l'anesthésie...).

De très nombreux établissements, publics comme privés, se sont portés candidats à ces programmes. L'année suivante, en 2014, l'ARS a proposé d'élargir le programme à plusieurs thèmes, dont la direction des opérations.

Il s'agit d'un domaine nouveau dans la grande majorité des établissements publics de santé. En témoigne le résultat de l'appel à candidature : tandis que, dans les autres programmes, la grande majorité des établissements retenus relèvent du secteur public, sur les quinze établissements engagés dans l'accompagnement à la direction des opérations, on ne compte plus que dix structures publiques, dont quatre groupements hospitaliers de l'apr.-HP (on pourra néanmoins relever que deux projets retenus sont des regroupements d'établissements : les centres hospitaliers de Poissy-Saint-Germain, Mantes-la-Jolie et Meulan-Les Mureaux d'une part, de Juvisy, Longjumeau et Orsay d'autre part). Ce relatif manque d'intérêt témoigne d'un domaine encore nouveau, peu connu, et pour lequel des efforts de communication doivent être faits à destination du secteur public. À ce titre, les résultats de l'accompagnement en cours seront particulièrement importants et utiles pour bien faire comprendre les avantages de cette direction.

Un autre élément intéressant est la très grande diversité des missions allouées aux DOP et des profils retenus : c'est un métier nouveau qui doit encore trouver sa place à l'hôpital. L'on retrouve ainsi, entre autres, des ingénieurs, des

infirmiers, des attachés de direction, des directeurs d'hôpital, des médecins, des professionnels issus du secteur privé...

Cette grande variété de profils a pu être regardée avec appréhension par des directions d'établissements ou des directeurs d'hôpital lorsque la FHF Île-de-France a présenté le dispositif dans diverses instances. D'une part, en ce qu'elle témoignait d'un modèle encore à définir. D'autre part, en raison d'une possible remise en cause de la place et du rôle des directeurs adjoints d'hôpital. Ceux-ci se voient entourés de multiples collègues, issus de milieux très divers : certains d'entre eux ont pu craindre une concurrence, voire une menace. Cette crainte, certes compréhensible, ne paraît toutefois pas justifiée : l'on pourrait au contraire considérer qu'il existe là un nouveau champ à investir pour les directeurs d'hôpital.

La direction des opérations est, on peut l'espérer, appelée à prendre une place croissante dans les établissements. L'exemple francilien montre qu'elle est reproductible aussi bien dans les grands centres hospitaliers, et demain dans les groupements hospitaliers de territoire, que dans les hôpitaux de taille plus modeste. Plutôt que d'y voir une concurrence, les directeurs d'hôpital devraient considérer son émergence comme une opportunité, de nouvelles missions, dans lesquelles ils sont pleinement légitimes, parce que situés au carrefour des missions stratégiques, de l'opérationnel, et de la connaissance fine des fonctionnements hospitaliers. Il serait à ce titre souhaitable que l'École des hautes études en santé publique mette en place une formation, aussi bien continue qu'initiale, à ce nouveau métier : l'on ne peut à ce titre qu'espérer que, d'ici quelques années, des postes de directeur des opérations seront proposés aux élèves sortant de l'École.

**Pierre DE MONTALEMBERT**  
Délégué régional adjoint FHF Île-de-France

La deuxième observation concerne naturellement le dimensionnement de cette fonction. Sa réponse ne peut être que variable selon le type de mission sur laquelle la direction souhaite mettre l'accent, et selon l'ambition que l'on souhaite lui faire porter :

- une personne unique, mais largement soutenue par la direction générale, pourra avoir la légitimité pour animer et mettre en tension les autres organes de l'établissement : s'appuyant sur l'ensemble des ressources de l'hôpital, elle n'a donc pas besoin d'équipe. Lui adjoindre une – petite – équipe peut être de nature à démultiplier sa « force de frappe ». Pour autant, développer outre mesure les ressources dédiées à la DOP lui ferait *de facto* perdre le sens premier de ce qui constitue sa valeur ajoutée ;
- à l'opposé, une DOP qui souhaiterait avoir la maîtrise maximale des opérations, au quotidien, peut se voir confier la responsabilité directe d'un certain nombre d'organes pivots, faisant alors grossir naturellement les effectifs de cette direction. Les hôpitaux universitaires de Genève, par exemple, avec une DOP regroupant pharmacie, stérilisation, gestion des flux patients, accueil et blocs, font figure de cas d'école dans ce domaine.

Entre ces deux extrêmes existe un gradient de situations possibles, que ce soit en termes de missions et/ou de dimensionnements, sur lequel chaque établissement se positionne selon ses problématiques, son historique, sa logique du moment. Gageons tout de même que la très large majorité des expériences franciliennes tend vers le diptyque « pilotage de projets/poste unique », sans pour autant qu'une trajectoire d'évolution de ces postes vers le modèle helvétique ne soit écartée (en tout cas par l'auteur de ces lignes qui, rappelons-le, n'a absolument aucun pouvoir de décision en la matière...).

Par ailleurs, le périmètre de travail est quant à lui beaucoup plus homogène et consensuel. L'ensemble des participants s'accorde sur la nécessaire appréhension par la DOP de l'intégralité des processus de soins, médico-techniques et logistiques, depuis l'entrée du patient jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Néanmoins, le niveau « d'intrusion » que peut se permettre la fonction DOP, et sa capacité à se mobiliser sur ces processus associés, dépend naturellement de la catégorie de missions (cf. ci-dessus) qui lui sont assignées, ainsi que du niveau de centralisation/décentralisation existant ou envisagé : entre omniprésence et dispersion, il n'y a qu'un pas.

Enfin, la dernière observation concerne les profils des personnes qui aujourd'hui endossent cette fonction de DOP. Il ne semble pas y avoir de parcours type pour pouvoir prétendre à ces postes, comme la grande hétérogénéité des formations dont sont issus les participants franciliens tend à le montrer : cadres infirmiers, ingénieurs, directeurs d'hôpital, médecins, etc. Même si la réflexion à ce stade mérite d'être affinée, il nous semble préférable d'aborder la question sous la forme d'un ensemble de compétences à rassembler sur un CV (outils de gestion de projets, connaissance du fonctionnement de l'hôpital, techniques d'optimisation de processus,

### **Installer une DOP sans ouvrir une réflexion plus globale sur le management de l'hôpital pourrait bien revenir à pratiquer une greffe sans administrer les traitements antirejets au patient convalescent.**

sens du dialogue et capacité à fédérer, etc.), celles-ci pouvant être acquises de bien des manières par les postulants. À titre d'illustration, un directeur d'hôpital qui maîtrise intrinsèquement la gestion et le fonctionnement d'une structure de soins pourra se doter de compétences complémentaires en *lean management* ou autres techniques d'optimisation, tandis qu'un responsable de production ou équivalent du secteur industriel devra se former et apprendre tous les codes de cet écosystème si particulier qu'est l'hôpital : tous les chemins mèneraient-ils à Rome ? Il ne semble en tout cas interdit à personne de les arpenter.

### **Mettre en place une fonction de DOP, c'est aussi réinterroger le management de l'hôpital**

Au-delà de la « fiche d'identité » plurielle que nous tentons de constituer, c'est l'un des principaux enseignements collatéraux de ce dispositif : installer une DOP sans ouvrir une réflexion plus globale sur le management de l'hôpital pourrait bien revenir à pratiquer une greffe sans administrer les traitements antirejets au patient convalescent. Car, en effet, sauf à simplement vouloir « internaliser » un consultant à demeure, fort du constat qu'un salarié sera toujours moins cher qu'un prestataire externe à temps plein, nous espérons en fait que cette démarche soit l'occasion d'une réflexion plus globale et durable sur la manière dont nos établissements de santé doivent être pilotés, aujourd'hui, pour faire face aux enjeux de demain.

En creux, si les missions d'un certain nombre de directions (finances, RH, etc.) semblent relativement compréhensibles et appréhendées, il en est d'autres que l'installation d'une DOP peut bousculer dans leurs habitudes de travail. Quelles sont alors les prérogatives d'une direction des soins (projets de soins, politique d'organisation des soins, management des cadres managers ?), d'une direction de la qualité (conformité et sécurité des soins ?), d'une cellule de contrôle de gestion (évaluation du rendement des unités productrices et supports ?), etc. S'il est bien entendu impensable de répondre à ces questions en quelques lignes

## Derrière chaque DOP accompagnée se cache une volonté, une bonne idée, une réponse concrète que les acteurs locaux ont formulée à leurs problématiques locales.

dans ce propos, celles-ci gagneront à être mises sur table, de façon que les bouleversements qui vont s'imposer à nos hôpitaux – bascule ambulatoire, coopérations, coordination des parcours, etc. –, dans un contexte de recherche exacerbée d'efficacité, soient appréhendés dans les conditions les moins mauvaises : de quels nouveaux outils se dote-t-on pour franchir ces marches un peu plus hautes que les autres ?

### L'engagement local et la créativité collective : toutes les raisons d'être optimistes !

Rencontre (réelle) entre un ingénieur et un praticien hospitalier :

- Arnaud L., directeur des opérations dans l'industrie pétrolière : « Pour nous assurer un minimum de rebus sur nos lignes de production, nous avons dans chaque usine un bureau des méthodes de dix ingénieurs dont l'unique mission consiste à optimiser les organisations et l'ordonnancement des tâches. Mais vous dans un bloc opératoire, il s'agit de vies humaines, j'imagine que le niveau d'exigence doit être encore plus élevé ? »
- Dr Céline L., gynécologue-obstétricienne : « Je crois qu'il y a un conseil de bloc qui se réunit tous les quinze jours... ? »
- Arnaud L. : « Comment tout ça peut fonctionner alors ? »
- Dr Céline L. : « Mais parce qu'il le faut ! »

Tout est résumé dans cette dernière phrase. En dépit d'un manque criant de ressources dédiées à l'organisation, les professionnels de santé et agents de direction soignent et font fonctionner la

structure, « parce qu'il le faut ». Parce que finalement tous animés par la volonté de faire au mieux, parce que refusant de ne pas offrir la meilleure prise en charge possible aux patients, parce que bénéficiant peut-être de ce petit supplément d'âme irrémédiablement acquis lorsque son travail consiste à rendre meilleure la santé de son prochain.

À quel prix ? Des conditions de travail jugées par certains de plus en plus dégradées et inéquitables, des aléas bien naturels vécus comme des urgences permanentes, une pression sur les agents, soignants comme encadrants, toujours plus forte. Repenser la gestion et le management des établissements de santé, comme la mise en place de fonction de DOP peut en apporter un exemple, est aussi une manière de rendre hommage à ces personnels en leur redonnant des marges de manœuvre, en redéfinissant

l'adéquation entre les nouveaux besoins d'une structure moderne et le mode de management adapté à ses nouveaux défis. Les idées et les initiatives ne manquent pas au sein des quinze projets franciliens accompagnés :

- de grands travaux immobiliers, déménagements, transferts et permanence d'activité à organiser sur un calendrier ultra-contraint ? Une fonction DOP créée en réponse à cette problématique ;
- un futur GHT, avec en perspective l'élaboration prochaine d'un véritable projet médical commun et de territoire ? Un recrutement conjoint sur une DOP partagée entre trois établissements, pour stimuler et animer les premières réflexions de l'ensemble de la communauté ;
- des structures médico-sociales ne pouvant seules se doter d'une compétence « organisation RH » ? Le recrutement au sein du siège d'une fonction mutualisée pour soutenir et harmoniser les pratiques des différents sites ;
- etc.

**A**insi, derrière chaque DOP accompagnée se cache une volonté, une bonne idée, une réponse concrète que les acteurs locaux ont formulée à leurs problématiques locales. Nous n'avons d'autre ambition que d'accompagner ces initiatives et, au travers de publications et autres retours d'expériences, les porter à la connaissance de tous. Alimenter les réflexions, inspirer les décideurs, consolider les démarches en cours et faciliter l'émergence d'autres projets de DOP innovantes, gardons à l'esprit qu'optimisation et optimisme sont deux mots issus d'une même racine ! ■