

**Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours « Management
des Organisations Soignantes »**

L'HAD-R au centre Bel Air : Enjeux et défis
ECUE 7.2

FARNAULT Patrick
KHELIL Abdenour

SABOURIN MARC
Année 2024/2025

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des

Auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

Je voudrais ici remercier ma direction pour la confiance qu'elle m'a accordée en me permettant de réaliser ce cursus Master 2.

Les équipes de l'ESM et de l'UPEC pour leur pédagogie et leur bienveillance.

Ma famille et mes amis pour leur compréhension et leur soutien durant ces deux années universitaires.

J'adresse une pensée plus particulière à :

- Amélie mon chauffeur du lundi de pâques qui m'a sauvé d'un interminable bus de substitution, égayant cette journée de son humour et de sa bonne humeur.
- Maxime mon acolyte de promotion pour ces deux ans de partage, son amitié et ses conseils avisés.
- Mes parents, éternels relecteurs et soutien du premier jour.
- Laetitia pour ses colis chocolatés et autres douceurs, sources de réconfort par correspondance.

Autant de personnes qui permettent de tracer une trajectoire claire même au cœur du brouillard.

« Quand tu prendras la mer, elle sera sémaphore, quand tu verras la terre, elle deviendra le port »

Damien SAEZ Rois demain

Table des matières

Table des matières.....	1
Liste des abréviations	3
Introduction.....	4
1 Contexte	5
1.1 L'HAD-R en France.....	5
1.1.1 Historique	5
1.1.2 Cadre législatif actuel	6
1.1.3 Cadre conceptuel	8
1.1.4 Réalité opérationnelle	11
1.2 Le territoire : Indre et Loire.....	14
1.2.1 Démographique.....	14
1.2.2 Politique	16
1.2.3 Offre de soin.....	17
1.3 L'établissement	19
1.3.1 La croix rouge française	19
1.3.2 Le centre bel air.....	19
1.3.3 L'HAD - R Bel Air.....	21
1.4 La mission.....	26
2 Analyse de la situation.....	28
2.1 Diagnostic opérationnel.....	28
2.1.1 Effectif	28
2.1.2 Volume d'activité.....	29
2.1.3 Satisfaction	32
2.1.4 Finances	33
2.1.5 Organisations	33
2.1.6 Compétences	34
2.1.7 Analyse de la convention	34
2.1.8 Benchmark	35
2.1.9 Bilan opérationnel	37
2.2 Diagnostic stratégique	38
2.2.1 PESTEL	38
2.2.2 SWOT	40
2.3 Les enjeux	41
2.4 Analyse des parties prenantes	42
2.4.1 La direction du centre Bel Air	42
2.4.2 L'équipe HAD-R Bel Air.....	43
2.4.3 La direction d'Humensia	43
2.4.4 L'équipe HAD Socle HUMENSIA	43
2.4.5 Les structures d'amont	43
2.4.6 Les structures d'aval	44
2.4.7 Les Patients	44
2.5 Analyse fonctionnelle des organisations.....	44
2.5.1 Le mode de contrôle	44
2.5.2 La division horizontale.....	45
2.5.3 La division verticale.....	45
2.5.4 Les frontières de l'organisation	45
2.6 Les freins.....	47
2.6.1 Réglementaires et financiers	47
2.6.2 Organisationnels et fonctionnels	48
2.6.3 Politiques	48
2.6.4 Culturels.....	49
2.7 Défis managériaux et stratégie.....	49
2.7.1 Défis managériaux	49

2.7.2	Stratégie	50
3	Mise en œuvre.....	52
3.1	Méthodologie.....	52
3.1.1	Choix de la démarche projet	52
3.1.2	Construction de la conduite du changement	53
3.2	Plan d'action.....	54
3.2.1	Le GANTT	54
3.2.2	Phase de préparation	56
3.2.3	Phase d'intervention	57
3.2.4	Phase d'évaluation	60
3.3	Evaluation globale du projet	61
3.3.1	Etat d'avancement : retour d'expérience	61
3.3.2	Axes d'amélioration	62
3.3.3	Perspectives	63
	Conclusion.....	65
	Bibliographie	66
	Annexes	70

Liste des abréviations

A

APA
Activité physique adaptée, 9, 22, 29

C

CDD
Contrat à Durée Déterminée, 29
CDI
Contrat à Durée Indéterminée, 28
CHRU
Centre hospitalier régional universitaire, 21
CHU
Centre Hospitalier Universitaire, 21
CPTS
Communauté Professionnelle de Territoire de Santé, 21
CRf
Croix Rouge française, 20

D

DMS
Durée moyenne de séjour, 23, 44
DPI
Dossier Patient informatisé, 14, 26, 44, 47
DRESS
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 6, 13

E

EHPAD
établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 7
ETP
Equivalent Temps Plein, 26, 29, 32, 37, 57

F

FNEHAD
Fédération Nationale des Établissements d'HAD, 6, 14, 69, 70

G

GHT
Groupement hospitalier de territoire, 21

H

HAD
Hospitalisation à domicile, 0, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 43, 44, 48, 50, 59, 1

HAD-R
Hospitalisation à domicile mention réadaptation, , 5, 6, 7, 13, 14, 15, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 36, 37, 43, 44, 45, 1

HAS
Haute Autorité de Santé, 14
HC
Hospitalisation complète, 13, 33
HPST
Hopital, Patients, Santé, Territoire, 7

I

IDE
Infirmière diplômée d'état, 23, 24

M

MCO
Médecine Chirurgie Obstétrique, 23, 44
MPR
Médecine physique et de réadaptation, 6, 21, 22, 23, 26, 50

P

PEC
Prise en charge, 24, 33, 35, 51, 61
PESTEL
Politique, Economique, Social, Technologique, Ecologique, Légal, 1, 39, 40, 41, 68
PRS
Projet régional de santé, 17

Q

QVCT
Qualité de Vie et des Conditions de Travail, 42, 61, 63

R

RH
Ressources humaines, 14, 49, 55, 58, 70

S

SMR
Soins de Médecine et de Réadaptation, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 41, 43, 44
SWOT
Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats, 1, 41

T

T2A
Tarification à l'activité, 9, 27, 49

Introduction

Les politiques publiques de ces dernières années portent de plus en plus une dynamique ambulatoire et « d'aller vers ». Entre tension démographique, réalité budgétaire et prise de distance avec l'hospitalocentrisme¹, le secteur de la santé est en permanente évolution.

Dans ce contexte, l'activité de soin au domicile a connu un essor depuis les années 80 à nos jours. Au cœur de ces trajectoires, nous traiterons ici de l'activité d'hospitalisation à domicile en mention réadaptation, et plus particulièrement au travers du développement de L'Hôpital A Domicile de Réadaptation (HAD-R) du centre Bel Air.

Après avoir présenté le contexte, depuis la naissance de l'activité d'Hospitalisation A Domicile (HAD) à la création récente de la mention réadaptation, nous ferons le point sur la spécificité de l'activité au domicile dans son aspect symbolique. Nous poursuivrons en délimitant le cadre juridique puis ferons le point sur la réalité de l'HAD aujourd'hui en France.

Nous prendrons ensuite le temps de présenter le territoire concerné par ce travail, l'établissement et le point de départ de ce projet.

Une fois cette présentation du contexte faite, je présenterai la phase d'analyse de ce projet, depuis l'analyse d'activité, le benchmark, aux outils de diagnostics stratégiques. Je détaillerai les limites identifiées, les différentes parties prenantes et les enjeux qui leur sont propres.

Fort de ces analyses, je définirai ensuite les axes d'amélioration prioritaires que je chercherai à appliquer au travers de la phase d'intervention. Confrontant ces derniers à l'analyse précédente, j'identifierai les freins politiques, culturels, mais aussi les leviers d'intervention afin de définir la stratégie opérationnelle du projet et définir un planning.

Je présenterai ensuite les différentes étapes de cette mise en œuvre opérationnelle et les indicateurs de suivi qui accompagneront le projet.

Enfin je terminerai par une discussion autour du déroulé de ce projet et une mise en perspective.

¹ Dumond Jean-Paul, Masquelet Alain-Charles, Dumond, J.-P., & Masquelet Alain-Charles. (2021). La grande transformation hospitalière : Vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles. Éditions Seli Arslan.

1 Contexte

1.1 L'HAD-R en France

HAD ou HAD-R, de quoi parle-t-on exactement ?

« L'hospitalisation à domicile est proposée en remplacement d'une hospitalisation complète dès lors que la prise en charge ne comporte pas de soins intensifs ni de recours fréquents à un plateau technique spécialisé. L'HAD de réadaptation s'adresse à des patients présentant une ou plusieurs déficiences ou incapacités (quelle que soit la pathologie) nécessitant une rééducation/réadaptation pluridisciplinaire coordonnée par un médecin de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), avec un programme soutenu et limité dans le temps, dans un but de gain ou de maintien fonctionnel et de meilleure qualité de vie. »²

L'HAD est un mode d'hospitalisation permettant de réaliser des soins parfois lourds ou techniques auprès de patients directement dans leur lieu de vie. Elle englobe l'ensemble des motifs d'admission.

Catégorie de soin à part entière, l'HAD-R consiste en la réalisation de soins de rééducation et de réadaptation, comme modalité propre d'admission, auprès de patients ayant des affections du système nerveux ou locomoteur.

1.1.1 Historique

Période fondatrice (1947-1972)

- **1947** : Inspiration américaine avec le *Home Care* du Dr BLUESTONE à New York.³
- **1951** : Première expérimentation d'HAD à l'hôpital Tenon.⁴
- **1957** : Créations du premier établissement d'HAD public.
- **1970** : Réforme hospitalière qui légalise l'HAD.⁵

Structuration institutionnelle (1973-2005)

- **1973** : Création de la Fédération Nationale des Établissements d'HAD (FNEHAD).
- **1991** : Reconnaissance de l'HAD comme « *alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle* ».⁶
- **2000** : Circulaire DH/EO2/2000/295 clarifiant le rôle de l'HAD et ses critères de qualité.

² Rapport HAD-R IDF 2018 <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-02/HAD-rapport-R-IDF-2018.pdf>

³ Qu'est-ce que l'HAD ? (S. d.). FNEHAD. Consulté 28 avril 2025, à l'adresse <https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>

⁴ Dossier de la DRESS 10 dans d'hospitalisation à domicile

⁵ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970

⁶ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991

Modernisation (2006-2020)

- **2006** : Circulaire du 1er décembre réaffirmant le caractère polyvalent de l'HAD et son développement territorial.
- **2007** : Décret élargissant l'intervention de l'HAD aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).⁷
- **2009** : **Loi HPST** (Hôpital, Patients, Santé, Territoires)⁸ :
 - Consécration de l'HAD comme « *mode d'hospitalisation à part entière* ».
 - Les structures d'HAD deviennent des établissements de santé avec le même cadre réglementaire.
- **2012** : Décrets étendant l'HAD aux établissements médico-sociaux avec hébergement.

Réformes récentes (2021-2025)

- **2021** : Ordonnance du 12 mai transformant l'HAD en « *activité de soins à part entière* » (fin du statut d'exception).
- **2022** : **création de la mention réadaptation**⁹ : apparition de l'HAD-R dans les textes même si le type de prise en charge existait déjà.
- **2023** : Entrée en vigueur des nouvelles règles au 1er juin, avec délai de mise en conformité jusqu'en 2026.
- **2024-2025** : Révision nationale des autorisations sanitaires alignées sur le Schéma Régional de Santé.
- **2025** : Reconnaissance des professeurs en activité physique adaptée comme intervenant à part entière de l'HAD-R.¹⁰

1.1.2 Cadre législatif actuel

Fort de l'évolution législative de ces dernières années l'HAD s'est donc imposée comme un mode d'hospitalisation à part entière dont les structures porteuses sont identifiées comme des établissements de santé.

Même si des actes de rééducation étaient déjà dispensés dans le cadre de cette activité, c'est le Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 complété par le Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 qui vont introduire le terme d'HAD-R et en définiront les conditions techniques de fonctionnement.

⁷ Décret du 22 février 2007 et Circulaire du 5 octobre 2007

⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

⁹ Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022

¹⁰ Décret n° 2025-4 du 3 janvier 2025

Ces décrets créent quatre mentions :

- Une mention « socle »
- 3 mentions spécialisées
 - Réadaptation

« Art. R. 6123-143.-L'activité d'hospitalisation à domicile comportant la mention " réadaptation " a pour objet d'assurer au domicile du patient une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée afin de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité »¹¹.

- Ante et Post partum
- Enfant de moins de 3 ans

L'établissement porteur de l'autorisation socle a la possibilité de porter également d'autres mentions

« L'autorisation d'hospitalisation à domicile comportant l'une des mentions prévues aux 2°, 3° ou 4° ne peut être accordée que si le titulaire dispose d'une autorisation d'hospitalisation à domicile comportant la mention " socle " ou obtient concomitamment une telle autorisation. »¹²

Pour assurer ces activités spécialisées, et notamment la mention réadaptation, il a la possibilité outre la constitution d'une équipe interne, de contractualiser avec des établissements SMR afin qu'ils assurent pour leur compte l'activité de prescription MPR et la réalisation des séances de rééducation.

« Art. D. 6124-209.-Lorsque la prise en charge est réalisée dans le cadre d'une convention avec une structure autorisée à exercer l'activité de soins médicaux et de réadaptation en application du I de l'article R. 6123-144, cette convention prévoit notamment :

1° La réalisation au moins une fois par semaine d'une évaluation de la prise en charge du patient par les équipes de coordination du titulaire de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile de mention " socle " et l'équipe de coordination mentionnée à l'article D. 6124-207

2° Les modalités d'accès au système de communication mentionné à l'article D. 6124-196 et de partage du dossier médical des patients. »¹³

Les décrets définissent également un volume d'activité de rééducation minimale dans ces conditions techniques. Chaque patient devra bénéficier d'au moins cinq séances hebdomadaires proposées par au moins deux professionnels de santé différents.

« Art. D. 6124-208.-L'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient au moins cinq actes de rééducation ou réadaptation par semaine. Ces actes relèvent de la compétence d'au moins deux professions de santé différentes. »

¹¹ Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile

¹² Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile

¹³ Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile

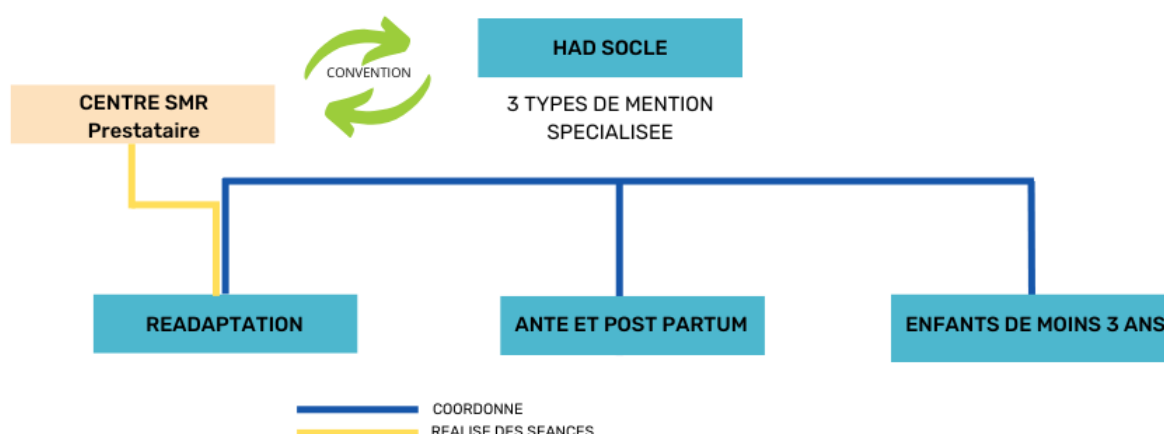
Le Décret n° 2025-4 du 3 janvier 2025 modifiant les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de réadaptation en hospitalisation à domicile et autorisant l'intervention des Professeurs APA.

Dans le cadre d'un séjour d'HAD-R les professionnels libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes...) comptent dans le nombre de passages à dispenser, et sont directement rémunérés par la structure socle seule perceptrice de la Tarification A l'Activité (T2A). Etant considéré comme hospitalisés, les transports sont à la charge de la structure HAD socle. Les intervenants libéraux sont donc engagés à effectuer leurs séances au domicile s'ils s'intègrent dans ce dispositif. De même dans le cadre de convention avec un établissement SMR, c'est la structure socle qui rétrocède une part de la T2A perçue définie dans la convention entre les deux parties.

C'est ce dispositif qui est actuellement en place entre l'établissement Bel Air et l'HAD socle Humensia et dont traitera ce travail. L'établissement porteur de l'autorisation est garant de la partie administrative, des soins médicaux et infirmiers du maintien de la qualité et la sécurité des soins et de la coordination globale du séjour.

L'équipe de rééducation a la responsabilité de fournir une prescription MPR à l'issue d'une consultation, de produire les séances à domicile, de renseigner le dossier patient informatisé et de participer aux staffs pluridisciplinaires.

SCHEMA DES MENTIONS D'HAD



1.1.3 Cadre conceptuel

Le domicile comme lieu de vie

« Habitat, maison, demeure, hébergement, chez soi, ne sont pas synonymes mais coexistent dans le mot domicile. L'hébergement désigne le lieu en mesure d'assurer la vie matérielle d'une personne : C'est une notion socio-économique qui s'applique aussi bien à un domicile individuel que collectif. On parle ainsi d'un hébergement temporaire et du forfait d'hébergement. Le mot domicile possède une signification sociale spécifique : Le domicile appartient aux attributs et au statut social d'une personne, c'est pourquoi tant de structures d'hébergement revendiquent la qualité de domicile de substitution. Il retentit également sur la place et le rôle familial de cette personne directement touchés par son entrée en établissement. Le domicile a une valeur narcissique particulière : Avec le grand âge et la dépendance, les murs et les objets du domicile s'assimilent aux enveloppes et aux contenus du corps propre, à tel

point qu'une personne en perte d'autonomie physique peut encore se déplacer seule chez elle. Sa sensori-motricité trouve dans cet espace des points d'appui qui étayent son schéma corporel défaillant. À l'inverse, l'hospitalisation risque de lui faire perdre très vite les moyens qui lui restent. »¹⁴

Le domicile, au-delà de sa fonction strictement matérielle, revêt une dimension symbolique, c'est une extension de soi.¹⁵

Intervenir au domicile est donc bien plus que la dispensation d'un soin, c'est une rencontre, c'est un « aller vers », vers l'autre, à sa rencontre.¹⁶ C'est cette dimension qui fait toute la spécificité de cette pratique et la finesse du positionnement du professionnel.

Le domicile comme lieu de soin

Avec plus de 50 ans d'existence, il est surprenant de constater le peu de bibliographie disponible autour de la réflexion du soin à domicile, on retrouve quelques ouvrages sur les conditions de travail, certains sur la spécialité oncologique, la prise en soin du post partum, la gériatrie et enfin les soins palliatifs. Mais au cours de mes recherches je n'ai trouvé que peu d'ouvrages portant sur la signification du soin à domicile, sa dimension psychologique, philosophique¹⁷. Nous trouverons des retours d'expérience, des études, des procédures. Nous avons ici un décalage qui montre l'ambivalence du milieu hospitalier autour de ce sujet.

L'ergothérapie s'intéresse depuis longtemps à la question de l'activité et du milieu de vie, cherchant toujours à proposer des actions de rééducation et de réadaptation au plus près des conditions réelles de vie des patients¹⁸. La rééducation sur le lieu de vie du patient favorise l'engagement de ce dernier dans les stratégies de compensation et permet un transfert immédiat des acquis. Longtemps pionniers dans l'application de ces notions, ils ont depuis été rejoints par les autres professions de rééducation qui plébiscitent des activités de rééducation signifiantes et significatives.

Ces thérapies proposées à domicile permettent d'offrir au patient la possibilité de travailler dans son quartier, sécurisant les premières sorties et le replaçant comme acteur de la cité à part entière. Dans le cas contraire le patient sorti d'hospitalisation non accompagné peut se retrancher chez lui par désadaptation et crainte de la chute.

Leadership

« Le leadership est un terme utilisé pour décrire l'acte de transformer, d'inspirer, de coacher, de coordonner et de « manager » les individus, au niveau individuel, d'un groupe, d'une communauté, d'organisations ou plus largement d'une nation [Clegg et Bailey, 2007]. Conceptuellement, le leadership est défini comme un processus où le leader inspire, dirige, coordonne, motive et guide un groupe d'individus, nommé les suiveurs, de taille plus ou moins importante. »¹⁹

¹⁴ CHARAZAC, P. (2020). 18. Le domicile. In Aide-mémoire Psychogériatrie—3e éd : Vol. 3e ed. (P. 397-410). Dunod

¹⁵ DREYER, P. (2016). Chapitre 7. Significations symboliques de la maison. In Agir sur l'environnement pour permettre les activités (p. 91-105). De Boeck Supérieur

¹⁶ DJAOUI, E. (2014). Chapitre 16. Le professionnel et l'intimité : Un rapport problématique. In Intervenir au domicile : Vol. 3e éd. (P. 239-255). Presses de l'EHESP

¹⁷ DJAOUI, E. (2014). Chapitre 9. L'investissement psychique du domicile. In Intervenir au domicile : Vol. 3e éd. (p. 123-134). Presses de l'EHESP ;

¹⁸ CHARRAS, K., REINTJENS, C., & TROUVE, E. (2016). Chapitre 8. Approche écologique des relations personne-environnement. In Agir sur l'environnement pour permettre les activités (p. 107-124). De Boeck Supérieur

¹⁹ SAINT-MICHEL, S. E. (2023). Introduction. In Théories du leadership (p. 3-18). La Découverte

La typicité de l'activité à domicile appelle un accompagnement de l'encadrement adapté tenant compte des spécificités de cet exercice²⁰.

Se déplaçant au domicile du patient, les équipes sont lors de leur journée, séparée physiquement de leur hiérarchie et doivent être en capacité de s'adapter aux aléas, de moduler leurs organisations. Les enjeux managériaux concernant ces professionnels doivent donc en tenir compte, il s'agit de :

- Développer l'adaptabilité et le partage d'expérience. En faisant des analyses de pratiques et en rencontrant d'autres pairs.
- Mettre en place des organisations de travail favorisant l'autonomie²¹, en définissant des espaces de liberté afin de limiter la dépendance à la hiérarchie directe lors de la réalisation de la tournée.
- Sécuriser leurs interventions, car en tant que travailleurs isolés et conducteurs réguliers, il faut pouvoir leur apporter un maximum de moyens d'alerter et de solliciter de l'aide en cas de besoin, en bénéficiant de procédures très claires et des outils numériques nécessaires.
- Favoriser les temps d'échanges en équipe afin de lutter contre le sentiment d'isolement professionnel.

Ici le mode de leadership est inspiré des modèles situationnels²², adaptable en fonction des éléments de contingences. Le manager intervient dans la définition des objectifs, la facilitation des trajectoires²³ et adapte son approche aux éléments individuels et environnementaux.

La médecine physique et de réadaptation

Développée la première fois en France à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière²⁴, la spécialité a connu un essor poussé par l'épidémie de polio dans les années 40.

« La médecine physique et de réadaptation (MPR) est une spécialité médicale visant à l'amélioration du fonctionnement physique et cognitif, des activités (incluant le comportement), de la participation (incluant la qualité de vie) et la modification des facteurs personnels et environnementaux.

Elle est donc responsable de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la réhabilitation des personnes de tous âges subissant des conditions médicales responsables de handicaps et de comorbidités. »²⁵

La spécificité de cette spécialité est d'être structurellement tournée vers la pluridisciplinarité²⁶. L'équipe, articulée autour du médecin déploie un programme interdisciplinaire de rééducation basé sur des objectifs communs et dont l'atteinte est évaluée et débattue lors de réunions de synthèse. Dans le cadre de l'exercice libéral, les soins dispensés, bien qu'efficaces, répondent plus à une logique de silo, il est plus

²⁰ DUPUIS, J.-C., & DESNOËS, G. (2021). Chapitre 5. Faire vivre un « professionnalisme délibéré ». Un possible.... L'organisation matricielle et subsidiaire. In Diriger au sein des nouvelles organisations sociales et médico-sociales (p. 103-120). Dunod

²¹ GUILLAIN, J.-Y. (2021). Mise en place d'une équipe autonome : Étude exploratoire dans une entreprise de réseau. Question(s) de management, n° 35(5), 61-71

²² PLANE, J.-M. (2016). Chapitre 1. Les théories du leadership : Évolution des pratiques et des modèles. In Le Leadership (p. 7-32). Vuibert ;

²³ SAINT-MICHEL, S. E. (2023). III / L'approche situationnelle et contingente du leadership. In Théories du leadership (p. 41-55). La Découverte

²⁴ La MPR, une discipline médicale à part | Sornest. (s. d.). Consulté 8 mai 2025, à l'adresse <http://sornest.fr/grand-public/la-discipline-de-la-mpr/>

²⁵ Edition, S. (s. d.). Sofmer.com. Consulté 8 mai 2025, à l'adresse <https://www.sofmer.com>

²⁶ COFEMER. (2024). Item 122 Professionnels de rééducation et de réadaptation. In COFEMER (Éd.), Médecine physique et de réadaptation (p. 25-37).

rare que les objectifs de chaque profession convergent, notamment par absence de temps de coordination.

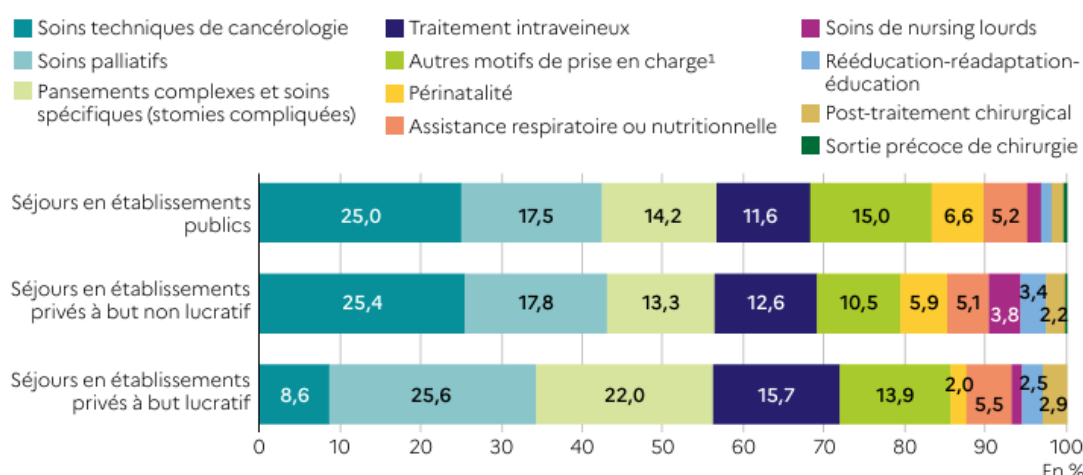
C'est particulièrement sur ce point que l'exercice d'HAD-R innove, il permet de proposer des programmes structurés autour d'objectifs concrets dans le cadre d'une intervention définie dans le temps.

1.1.4 Réalité opérationnelle

De par la récente création de la mention, les données spécifiques à l'HAD-R sont encore peu disponibles en tant que telles, cependant les différentes ressources documentaires nationales nous permettent de dresser un panorama des pratiques en HAD.

L'HAD-Répond à un réel besoin d'évolution de notre système de santé, entre une offre en établissement qui peine à se maintenir au regard des difficultés économique et de recrutement, et une augmentation chaque année du besoin de santé induit par le vieillissement de la population. L'HAD se présente non plus comme une alternative un peu « légère » à l'hospitalisation, mais comme un mode d'hospitalisation à part entière permettant d'assurer des soins complexes.

Graphique 1 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2022



Nous pouvons constater que la réadaptation représente une faible part de l'activité globale d'HAD quel que soit la typologie de structure.²⁷ Cependant, cette activité est en croissance permanente, et nous pouvons nous attendre à constater un accroissement de cette activité suite à la création de cette mention.

En France, l'HAD connaît un développement soutenu²⁸. En 2022, près de 159 000 patients ont été pris en charge en HAD²⁹, avec un nombre de séjours en augmentation

²⁷ Les établissements de santé en 2022—Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (S. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240718_Panorama_EtablissementsSante2024

²⁸ Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) Un essor important, en deux temps | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (S. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/les-dossiers-de-la-drees/dix-ans-dhospitalisation-domicile-2006>

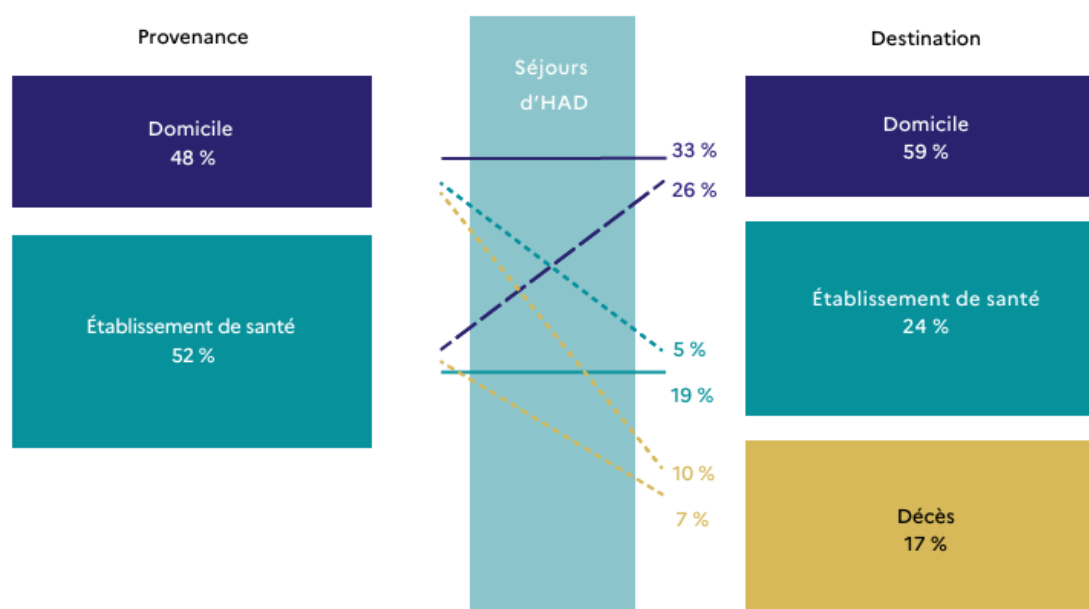
²⁹ Les établissements de santé en 2022—Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (S. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240718_Panorama_EtablissementsSante2024

de 5 à 10% chaque année. La part des patients en HAD-R, notamment pour des soins de réadaptation, continue de croître avec l'évolution du vieillissement de la population et la demande croissante pour des soins moins institutionnalisés.

Selon les dernières données de la DRESS, le nombre de patients bénéficiant de rééducation – réadaptation a doublé au cours des dix dernières années. La part de l'HAD-R dans l'offre globale de soins hospitaliers continue d'augmenter, avec une prise en charge de plus en plus fréquente dans le cadre de maladies chroniques ou de réadaptation après une hospitalisation aiguë.

« L'HAD présente plusieurs avantages : sur le plan financier, une HAD n'engendre pas de dépenses supplémentaires par rapport à une HC [3]. L'HAD offre, lorsqu'elle est adaptée à la pathologie, un niveau de prise en charge comparable à celle d'une HC : plusieurs études montrent une absence de surmortalité et un niveau égal de ré-hospitalisation à six mois [4]. Ces études retrouvent une diminution de la durée de séjour chez les patients en HAD par rapport à ceux en HC, de même que des taux de complications moindres, facilitant leur réhabilitation. »³⁰

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour d'HAD en 2022



« La part de patients admis directement depuis leur domicile, en nette augmentation depuis le début de la crise sanitaire, poursuit sa progression (48 % en 2022, après 37 % en 2019) [schéma 1]. Pour une majorité d'entre eux, l'HAD évite une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 33 % de ces séjours permettent aux patients de demeurer chez eux après le séjour (25 % en 2019). Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD-Retarde l'hospitalisation complète pour 5 % des séjours, dans la mesure où les patients concernés sont transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile. En outre, 52 % des séjours d'HAD concernent des patients admis après une prise en charge en établissement de santé traditionnel. La moitié d'entre eux écourtent une hospitalisation complète en parvenant à rester à

*domicile après l'HAD (26 % des séjours), tandis que pour d'autres (19 %), une nouvelle hospitalisation reste nécessaire ensuite. »*³¹

Les parcours de soins sont multiples, avec une activité d'HAD-Réalisant la passerelle entre la ville et l'hôpital mais également comme acteur du maintien à domicile.

Les avantages médico-économiques de l'HAD

L'un des principaux avantages de l'HAD-R est son caractère coût-efficacité. Selon une étude de la Haute Autorité de Santé (HAS), les coûts de l'HAD sont environ 30% à 40% inférieurs à ceux des hospitalisations classiques, notamment en raison de la réduction des frais liés à l'hébergement et à la prise en charge des patients en milieu hospitalier. Cette efficacité économique s'accompagne également de bénéfices qualitatifs :

- Réduction de la durée d'hospitalisation : L'HAD³² permet une hospitalisation précoce et une sortie rapide du patient de l'hôpital, tout en maintenant une qualité de soins optimale à domicile. Les patients bénéficient d'un suivi continu tout en étant dans un environnement plus favorable à leur réadaptation, loin des risques d'infections nosocomiales³³ et du stress associé à l'hospitalisation prolongée.
- Amélioration de la qualité de vie : Les patients en HAD, notamment en HAD-R, connaissent une meilleure qualité de vie que ceux en hospitalisation classique. Selon une étude menée par l'Observatoire National de l'HAD, près de 85% des patients en HAD expriment une satisfaction globale quant à leur prise en charge, avec une amélioration significative de leur autonomie, notamment en réadaptation neurologique et orthopédique.

Concernant la pratique des professeurs en activité physique adaptée, la législation est venue rejoindre la réalité opérationnelle, car en effet, depuis la création de la mention, ces professionnels étaient déjà intégrés

L'HAD socle supporte les coûts de coordination, de fourniture du matériel, finance le DPI et les moyens humains nécessaires à la réalisation des soins médicaux et infirmiers.

L'établissement partenaire supporte les coûts en Ressources Humaines (RH) et matériels inhérents à son intervention.

Les défis médico-économiques et organisationnel liés à l'organisation de l'HAD

Cependant, malgré ces avantages, l'HAD-R reste confrontée à plusieurs défis organisationnels et médico-économiques, qui peuvent affecter son efficacité et sa rentabilité :

- Coûts de gestion de l'équipe pluridisciplinaire : L'HAD-R implique une organisation complexe, avec des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, rééducateurs, etc.) travaillant en coordination. La gestion de ces équipes, réparties sur différents lieux géographiques, engendre des coûts logistiques significatifs (transports, outils de communication à distance, etc.),

³¹ Les établissements de santé en 2022—Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (S. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240718_Panorama_EtablissementsSante2024

³² COFEMER. (2024). Item 122 Professionnels de rééducation et de réadaptation. In COFEMER (Éd.), Médecine physique et de réadaptation (p. 25-37).

³³ Publications FNEHAD. (S. d.). FNEHAD. Consulté 28 avril 2025, à l'adresse <https://www.fnehad.fr/espace-delegues-regionaux/publicationsfnehad/>

sans compter les défis liés à l'efficacité des soins. Les coûts de coordination sont donc un facteur clé dans l'évaluation de la rentabilité de l'HAD-R.

- Coût du matériel médical à domicile : Bien que l'HAD-R réduise les coûts d'hébergement hospitalier, le coût des équipements médicaux à domicile (lit médicalisé, matériel de rééducation, etc.) peut représenter une dépense importante, notamment pour les patients nécessitant des soins prolongés. Cette dépense est d'autant plus importante que les équipements sont souvent spécifiques et doivent être adaptés à l'évolution des besoins du patient et que les tarifs sont dégressifs.
- Accessibilité et inégalités géographiques : L'HAD-R se heurte également à des difficultés géographiques et logistiques, notamment dans les zones rurales ou les zones denses où la coordination des soins devient plus complexe. Le manque de professionnels de santé, l'éloignement géographique des patients, et les contraintes d'organisation pour maintenir une qualité de soin dans ces zones peuvent augmenter les coûts de gestion.

Les enjeux de la coordination des soins dans l'HAD-R

La coordination des soins reste un des défis majeurs de l'HAD-R. Le travail de réadaptation nécessite une collaboration étroite entre différents professionnels de santé : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et autres professionnels spécialisés. Une mauvaise communication interprofessionnelle et une planification des soins inefficace peuvent avoir un impact sur la qualité des soins et sur le temps de réadaptation des patients, augmentant ainsi les coûts.

La gestion des ressources humaines est également un enjeu clé. L'absence d'outils numériques efficaces pour le partage des informations entre les différents intervenants dans l'HAD-R génère des retards dans la prise en charge et des pertes d'efficacité. Les retards dans l'adaptation des plans de soins, la redondance des interventions, ou la mauvaise coordination des horaires entre les différents professionnels peuvent augmenter le coût global de la prise en charge.

1.2 Le territoire : Indre et Loire

1.2.1 Démographique

Le département en 50 ans a augmenté sa population de plus de 40%.

« La démographie d'Indre-et-Loire est caractérisée par une densité moyenne et une population âgée qui croît depuis les années 1950.

Avec ses 616 326 habitants en 2022, le département français d'Indre-et-Loire se situe en 41^e position sur le plan national.

En six ans, de 2015 à 2021, sa population s'est accrue de près de 7 200 unités, c'est-à-dire de plus ou moins 1 200 personnes par an. Mais cette variation est différenciée selon les 272 communes que comporte le département.

La densité de population d'Indre-et-Loire, 100,6 habitants par kilomètre carré en 2022, est inférieure à celle de la France entière qui est de 107,1 hab./km² pour la même année »³⁴

POP T1 - Population en historique depuis 1968

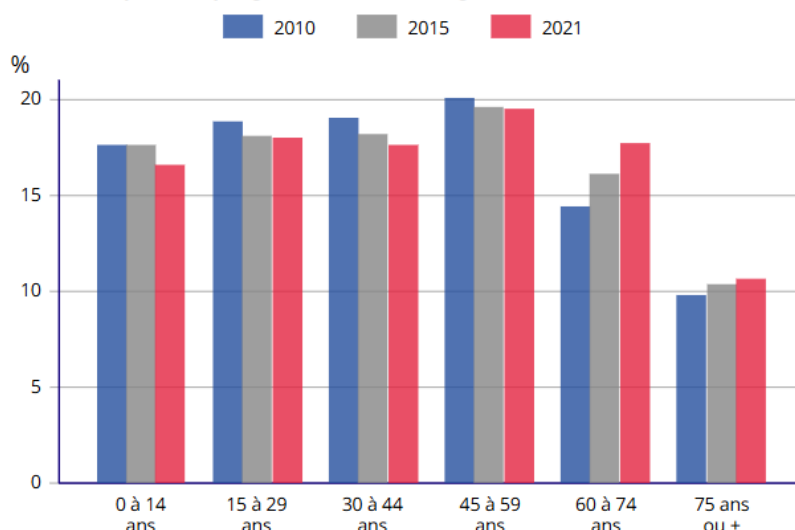
	1968(*)	1975(*)	1982	1990	1999	2010	2015	2021
Population	437 866	478 597	506 093	529 345	554 003	590 515	604 966	612 160
Densité moyenne (hab/km ²)	71,5	78,1	82,6	86,4	90,4	96,4	98,7	99,9

(*) 1967 et 1974 pour les DOM

Les données proposées sont établies à périmètre géographique identique, dans la géographie en vigueur au 01/01/2024.

Sources : Insee, RP1967 à 1999 dénombremments, RP2010 au RP2021 exploitations principales.

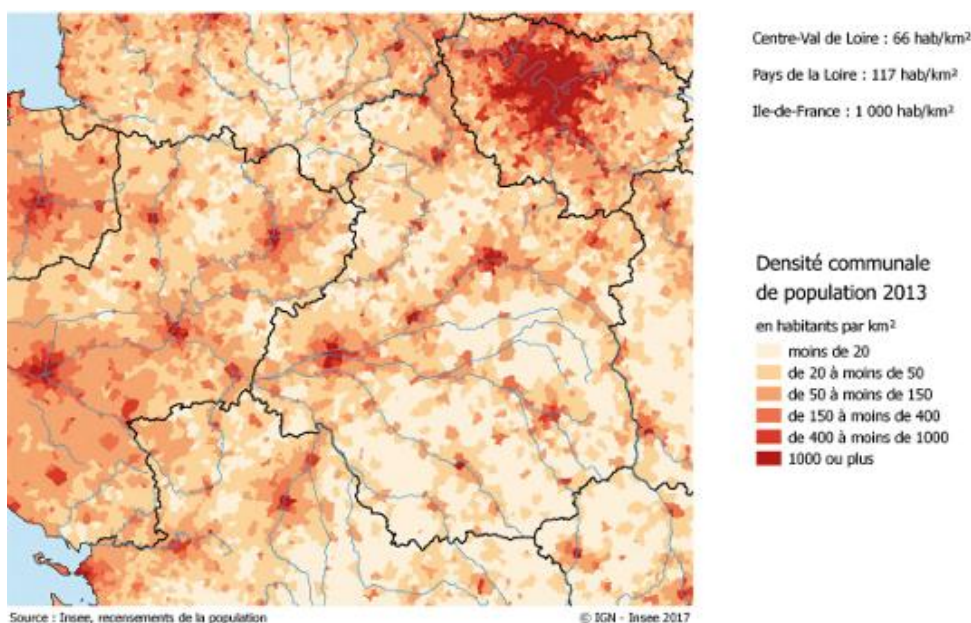
POP G2 - Population par grandes tranches d'âges



Sources : Insee, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations principales, géographie au 01/01/2024.

Comme partout en France, l'Indre et Loire voit vieillir sa population, avec les augmentations en demande de santé qui accompagnent cette tendance démographique. Comme évoqué plus haut, la population âgée sera consommatrice de soins de rééducation - réadaptation dans le cadre du maintien à domicile et fera partie des vecteurs d'augmentation de l'activité domiciliaire.

³⁴ Dossier complet – Département d'Indre-et-Loire (37) | Insee. (S. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-37>



Département plutôt rural avec des disparités, nous pouvons constater une concentration plus marquée autour des agglomérations.³⁵ Cet élément a une influence sur la planification des tournées car les temps de trajets seront par conséquent rallongés en comparaison d'un territoire plus dense démographiquement.

1.2.2 Politique

L'objectif de développement de cette activité est clairement formulé dans le cadre d'orientation stratégique 2018 – 2028 sur lequel viendra s'appuyer le Projet Régional de Santé (PRS) 3 2023 - 2028 « *Restructurer l'offre en santé pour s'adapter aux améliorations de plus en plus rapides des pratiques professionnelles, en favorisant les prises en charge dans le lieu de vie et le juste recours aux établissements de santé et médico-sociaux (virage ambulatoire) dont les hospitalisations à domicile (HAD).* »³⁶

Ce dernier soutient la démarche « d'aller vers » en prônant le recours à l'HAD-R.

« *Renforcement des prises en charge spécifiques par la mise en œuvre des trois mentions spécialisées (réadaptation, ante et post-partum et enfants de moins de trois ans)* »³⁷

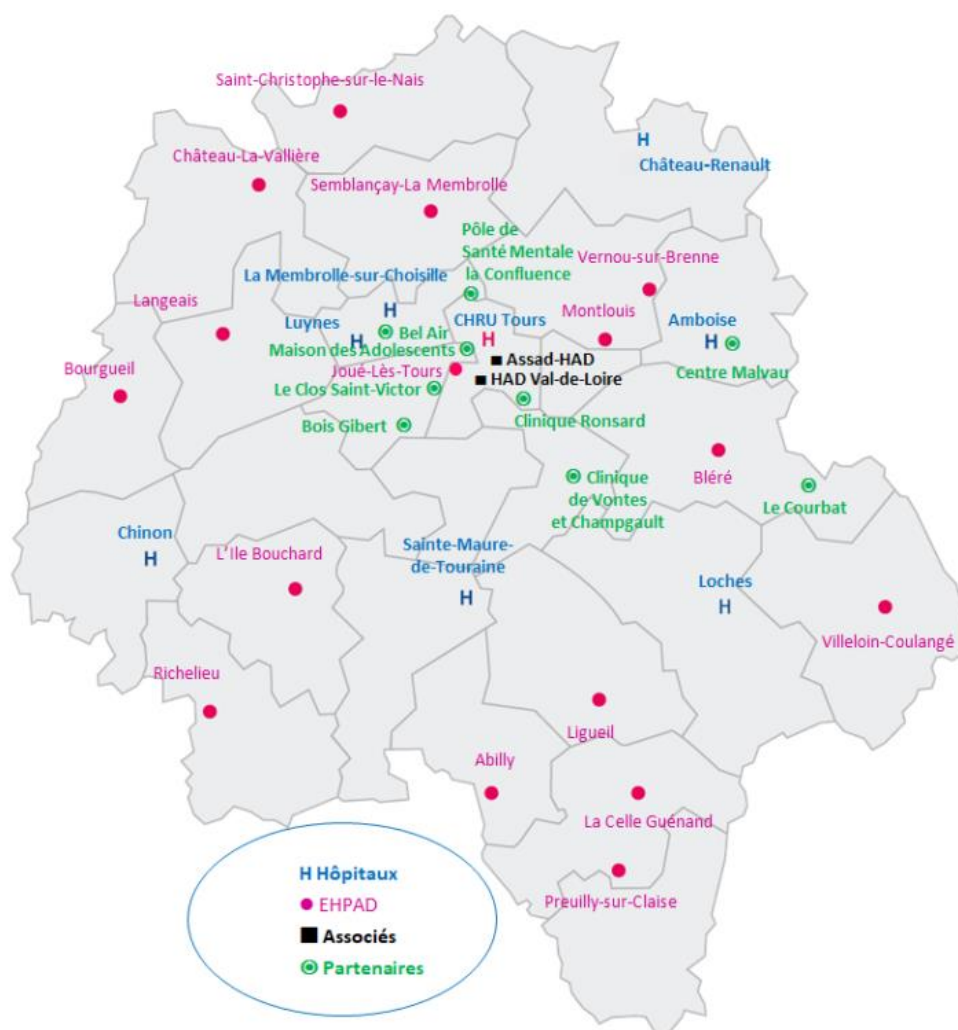
³⁵ L'ARS Centre-Val de Loire publie son projet régional de santé 2023-2028. (2024, février 28). <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lars-centre-val-de-loire-publie-son-projet-regional-de-sante-2023-2028>

³⁶ Cadre d'orientation stratégique centre val de Loire 2018 - 2028

³⁷ L'ARS Centre-Val de Loire publie son projet régional de santé 2023-2028. (2024, février 28). <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lars-centre-val-de-loire-publie-son-projet-regional-de-sante-2023-2028>

1.2.3 Offre de soin

L'offre du territoire est organisée autour du GHT Touraine Val de Loire³⁸

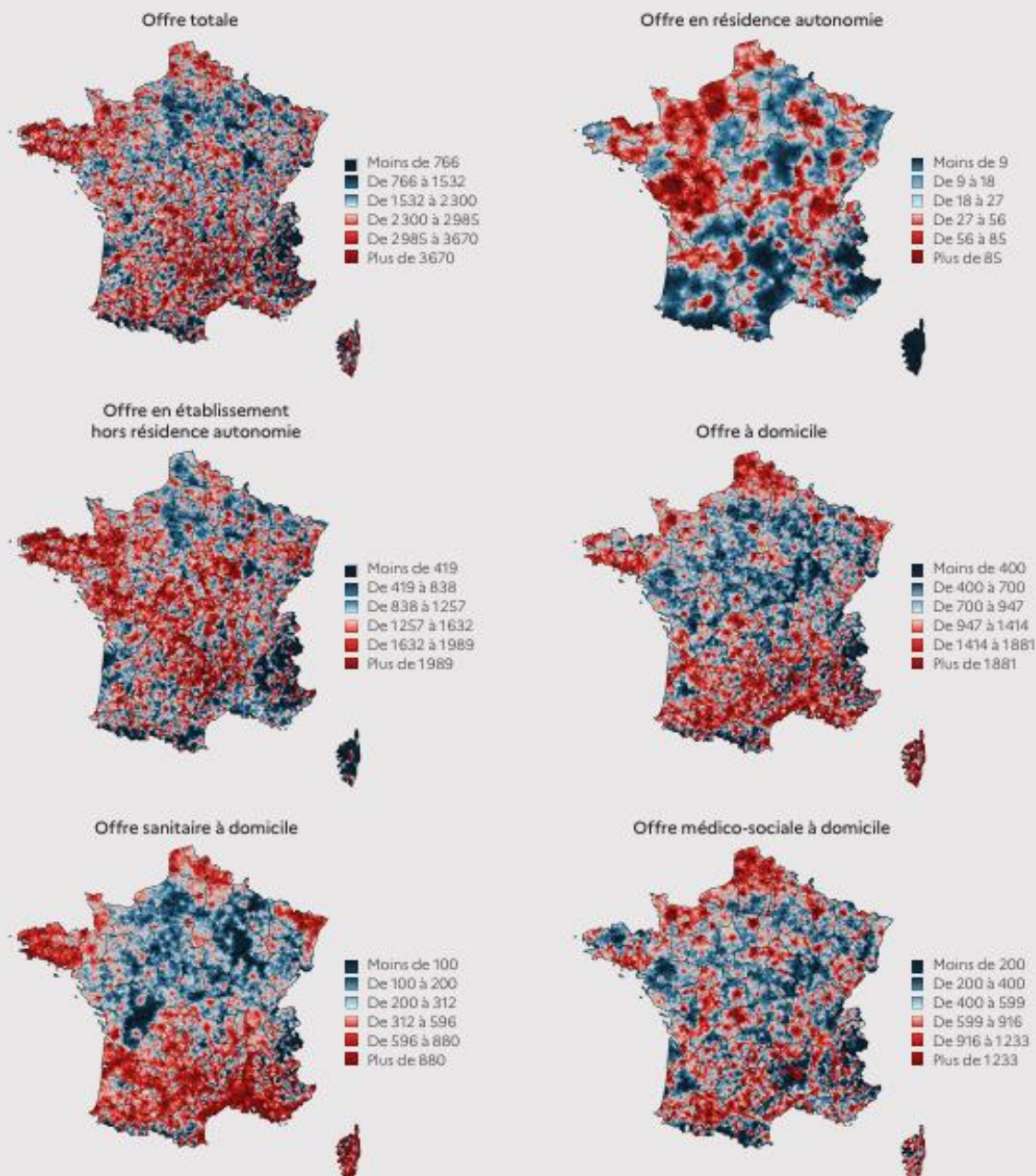


L'Indre et Loire possède deux structures d'HAD intervenant sur le territoire :

- L'HAD Centre val de Loire récemment implantée. Structure privée à but lucratif, elle a développé une équipe d'HAD-R interne et contractualise avec certains établissements SMR.
- L'ASSAD HAD (nouvellement Humensia), acteur historique du département, elle a de nombreuses antennes afin de couvrir l'ensemble du territoire. Structure privée non lucrative, elle contractualise avec différents centre SMR du territoire pour développer son activité d'HAD-R. Le centre Bel-Air est partenaire de cette dernière.

³⁸ Le CHRU de Tours et ses partenaires. Le GHT. (S. d.). CHRU de Tours. Consulté 2 mai 2025, à l'adresse <https://www.chu-tours.fr/le-chru-et-ses-partenaires/le-ght/>

Carte 1 Accessibilité potentielle localisée à l'offre exprimée en nombre d'ETP à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus



Établissement hors résidence autonomie : SSR, centres d'accueil de jour, Ehpad, EHPA non Ehpad USLD (hébergement temporaire, permanent ou de jour). Offre médico-sociale à domicile : aides à domicile en mode prestataire, mandataire ou en emploi direct. Offre sanitaire à domicile : infirmières libérales ou travaillant en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et hospitalisation à domicile (HAD).
Lecture > La commune de L'Abergement-Clémenciat (01001) compte 2 094 professionnelles en équivalent temps plein (ETP) accessibles à moins de 60 minutes (avec fonction de durée décroissante) pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. Cette offre totale se décompose en 722 professionnelles à domicile, 1 296 professionnelles en établissement hors résidence autonomie et 76 professionnelles en résidence autonomie.

Champ > Communes de France métropolitaine.

Sources > Insee, DADS 2019 ; DGE, NOVA 2019 ; ATIH, tableau de bord 2020 ; CNAMTS, SNDS 2019 ; DREES, SAE 2019, Finess 2019, EHPA 2019, Badiane 2019.

> Études et Résultats n° 1279 © DREES

Nous pouvons voir sur ce document ci-dessus de la DRESS que l'activité à domicile est moins développée en Indre et Loire que dans le reste du territoire, ce qui permet de considérer le potentiel que représente cette activité.

1.3 L'établissement

1.3.1 La croix rouge française

La Croix-Rouge française (CRf) est une association reconnue d'utilité publique, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Elle est reconnue par le gouvernement français comme une société de secours volontaire, autonome et auxiliaire des pouvoirs publics. Elle est l'une des 185 sociétés nationales qui composent le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Dans son projet associatif, la Croix-Rouge française réaffirme son engagement dans une économie sociale de services à but non lucratif. « Dans ses établissements des secteurs de la santé, de l'aide sociale et de la formation, ses salariés mettent leur professionnalisme au service des actions humanitaires de l'association et des politiques publiques ou d'intérêt général qu'elle contribue à mettre en œuvre. Consciente que notre société a, plus que jamais, besoin d'humanité, la Croix-Rouge française souhaite faire de ses délégations et de ses établissements, des lieux qui incarnent les valeurs d'un engagement désintéressé et les exigences d'un professionnalisme reconnu ; des lieux où le souci de la personne bénéficiaire et la qualité de sa prise en charge sont prioritaires ; des lieux où la générosité, la solidarité, l'écoute, l'attention sont partagées par ceux qui les font vivre au service de ceux qu'ils accueillent. »

Les valeurs de la CRf s'appuient sur les sept principes fondamentaux établis par le Mouvement Croix-Rouge, en orientant ses actions vers le soulagement de toutes les souffrances humaines, avec une priorité en faveur des plus vulnérables. Ces principes, auxquels adhèrent les bénévoles et les salariés, sont « **Humanité, Impartialité, Neutralité, Indépendance, Volontariat, Unité et Universalité** ». Par ailleurs, en cohérence avec ses sept principes, la Croix-Rouge française s'engage à garantir une **inconditionnalité de l'accueil dans ses établissements** et délégations.

1.3.2 Le centre bel air

Reconnu comme centre expert sur six domaines d'expertise, **Le SMR Bel-Air** est situé sur la commune de La Membrolle-sur-Choisille. Il est composé de plusieurs unités de MPR spécialisées dans la prise en charge rééducative de différentes pathologies, qui nécessitent une rééducation intensive, particulièrement dans les domaines neurologiques, de la brûlure et de l'amputation. Il emploie près de 250 personnes

Hospitalisation complète
Affections du système
nerveux
(unité Amboise = 35 lits)

Hospitalisation complète
Affections du système
nerveux
(unité Villandry = 35 lits)

Hospitalisation complète
Affections du système
locomoteur et des brûlés
(unité Chenonceau = 20 lits)

Hospitalisation complète
Unité EVC/EPR 9 lits

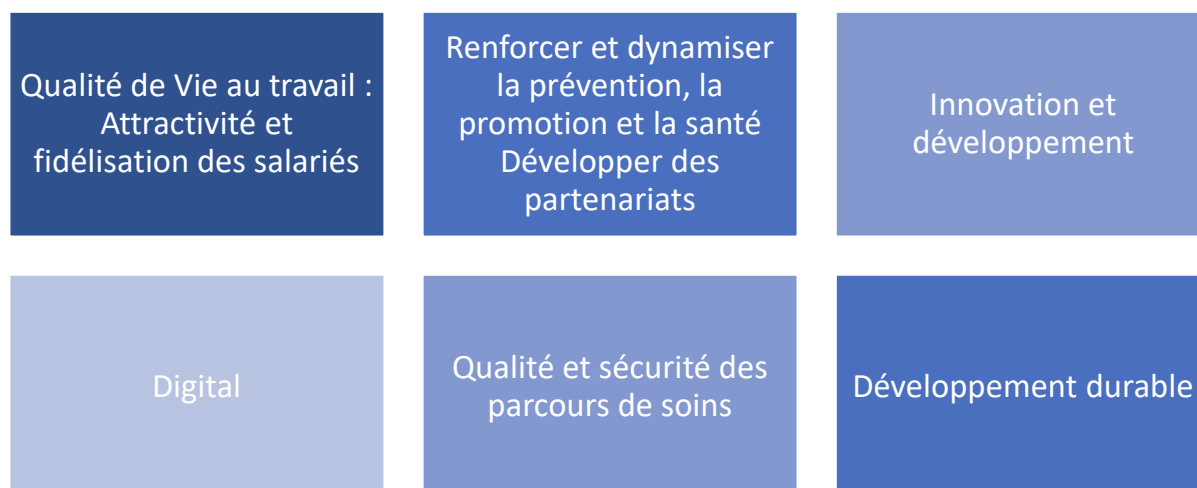
Hospitalisation de jour
Affections du système
locomoteur et du système
nerveux
(capacité de 6500 venues)

Consultations externes :
évaluations nouveaux
patients, suivi patients,
pré-admissions, post-AVC

Bien identifié sur le territoire, il est en lien avec les différentes structures de la filière.

- Partenaire du GHT Touraine Val-de-Loire
- CHRU : partenaire privilégié en amont et en aval
- Liens ville-hôpital (ASSAD-HAD, libéraux, services d'aides à domicile, dispositif d'appui à la coordination, Communauté Professionnelle de Territoire de Santé (CPTS))
- Lien avec deux principales cliniques privées

Ses orientations stratégiques sont :



En tant que centre de référence dans la région Centre Val-de-Loire, le SMR Bel-Air a répondu à l'appel à projet émanant de l'ARS quant à la création d'un centre de rééducation fonctionnelle pédiatrique pour enfants et adolescents sur le site du Pôle Bel-Air.

Le SMR Bel-Air créera une unité d'hospitalisation de jour de 8 places et une unité d'hospitalisation complète de 6 lits afin d'accueillir des enfants de 0 à 16 ans.

Cette offre sera complétée par une activité de consultations externes et la création d'une équipe mobile pédiatrique.

Le SMR Bel-Air accueille également des patients en hôpital de jour du lundi au vendredi pour des séances de rééducation. Il est actuellement autorisé pour 20 places avec une projection d'extension à 30 places en cours d'année 2025. En 2021, l'établissement a intégré une activité « Equipe Mobile MPR » comme établissement porteur en partenariat avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et le SMR Clos St Victor.

En 2024, Bel-Air a repris l'intégralité de l'activité.

Depuis le mois de novembre 2023, le SMR Bel-Air est devenu partenaire de Humensia (ex ASSAD) en intégrant dans ses services une activité HAD mention Réadaptation.

Par ailleurs, l'établissement a été identifié par l'ARS comme possible porteur d'une création de SMR pédiatrique. Le projet a été confirmé au mois d'octobre dernier.

Du 10 au 13 décembre 2024, la Haute Autorité de Santé a effectué sa visite de certification

1.3.3 L'HAD - R Bel Air

Elément à part entière de l'axe qualité et sécurité des parcours de ses orientations stratégiques, le centre Bel-Air a souhaité développer une activité d'HAD-R. Il continue de porter cette activité comme inscrit dans son projet d'établissement 2025 -2028.

Depuis novembre 2023 le centre Bel Air a signé un contrat de prestation avec une HAD socle afin de fournir la partie rééducation de cette activité.

Il a donc créé une activité d'HAD mention HAD réadaptation en partenariat entre l'établissement SMR BEL-AIR et l'ASSAD-HAD, titulaire de la mention HAD socle (HAD-S) sur l'ensemble du département d'Indre-et-Loire de la Région Centre Val-de-Loire.

« L'HAD de réadaptation (HAD-R) s'adresse à des patients présentant une ou plusieurs déficiences ou incapacités (quelle que soit la pathologie) nécessitant une rééducation/réadaptation pluridisciplinaire coordonnée par un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), avec un programme soutenu et limité dans le temps, dans un but de gain ou de maintien fonctionnel et de meilleure qualité de vie. Elle est proposée au cours d'un parcours composé de différentes modalités de prise en charge intégrées dans un projet thérapeutique.

Intervenir au domicile présente plusieurs avantages :

- Le patient, dans son environnement, est confronté à ses difficultés dans la vie réelle et les progrès sont immédiatement appréhendés ;
- Un niveau élevé d'interventions au domicile, grâce aux soins complexes pluridisciplinaires coordonnés, évite les coûts supplémentaires engendrés par des complications liées aux déficiences
- Retrouver des repères habituels rassure et contribue à la mise en place d'une dynamique positive et d'une réinsertion sociale plus rapide ;
- La présence de l'équipe d'HAD-R au domicile facilite l'implication des aidants du patient (proches et professionnels) dans leur environnement de vie quotidienne grâce à un accompagnement ou une éducation spécifique tenant compte de ses déficiences ; elle est l'occasion d'intégrer le médecin traitant au projet de rééducation/réadaptation.

L'HAD-R assure une expertise par un professionnel spécialisé en MPR ; elle met à disposition au domicile des professionnels spécialisés dans la rééducation, la réadaptation et l'éducation thérapeutique. Les interventions de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes sont quasi systématiques ; d'autres interventions sont prescrites en fonction des besoins propres à chaque situation clinique : orthophonie, avis diététique, activité physique adaptée (APA), etc. »

Objectifs stratégiques

- Diversifier l'activité en présentant une nouvelle modalité de réadaptation et structurer un partenariat fort avec une HAD porteuse de la mention socle
- Rapprocher le SMR BEL AIR du domicile des patients
- Répondre à la demande des patients
- Répondre à la demande de la tutelle
- Réduire le coût global de la prise en charge de rééducation / réadaptation
- Augmenter le recrutement des patients

Objectifs opérationnels

- Permettre une prise en charge rééducative complexe et pluriprofessionnelle au domicile
- Diminuer les DMS et éviter les ré-hospitalisations
- Fluidifier les parcours des patients entre établissements de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), SMR et HAD

ORGANISATION DE L'HAD DE READAPTATION

Admission

Les demandes d'admission proviennent de médecins (hospitaliers, libéraux ou internes à BEL-AIR).

Elles sont adressées à l'HAD socle ou au SMR BEL-AIR par le logiciel Via Trajectoire (préférentiellement), par courrier, par fax, par courriel. Si le SMR reçoit la demande, elle est alors transmise à l'HAD socle qui centralise les demandes.

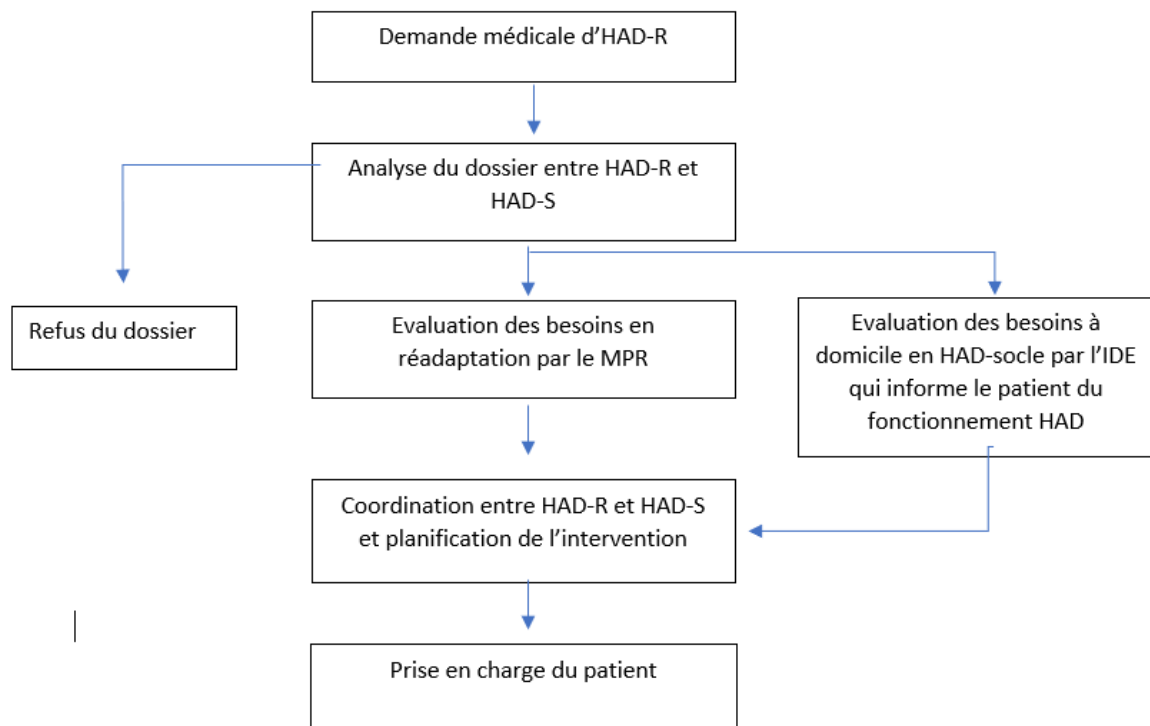
Une première analyse du dossier est réalisée entre les IDE des HAD-S et HAD-R pour étudier si le patient est éligible à l'HAD de rééducation. Cette analyse peut être réalisée en consultation au SMR BEL AIR.

S'il est éligible, le dossier est passé en commission d'admission avec les médecins HAD S et HAD-R. L'accord du médecin traitant est demandé.

Si le dossier ne correspond pas aux critères d'HAD, le demandeur est informé du refus.

Les besoins du patient au domicile sont évalués dans un premier temps par l'IDE coordinatrice de l'HAD-Socle. Le médecin MPR détermine les besoins en rééducation (type et fréquence).

Le projet thérapeutique est ensuite construit en équipe pluriprofessionnelle.



Organisation des prises en charges

Deux modes de prise en charge sont possibles :

- **Prise en charge majoritairement par l'HAD R** (dit « mode de prise en charge principale ») dans le cadre d'une intervention infirmière sans soins complexes (médicaments, pansements simples)
 - 1 PEC rééducative/jour soit 5PEC/semaine
- **Prise en charge mixte en HAD socle et HAD R** (dit « mode de prise en charge associée ») dans le cadre d'un besoin important en soins infirmiers.
 - 3 PEC rééducative/semaine

Il est également envisagé que certaines interventions de rééducateurs se déroulent en télé soins/téléconsultations.

Chaque passage de rééducateur est estimé à 45 minutes de présence au domicile (hors temps de trajet).

La durée moyenne de séjour est de 6 semaines.

Les patients pris en charge doivent nécessiter au moins deux professionnels de rééducation différents.

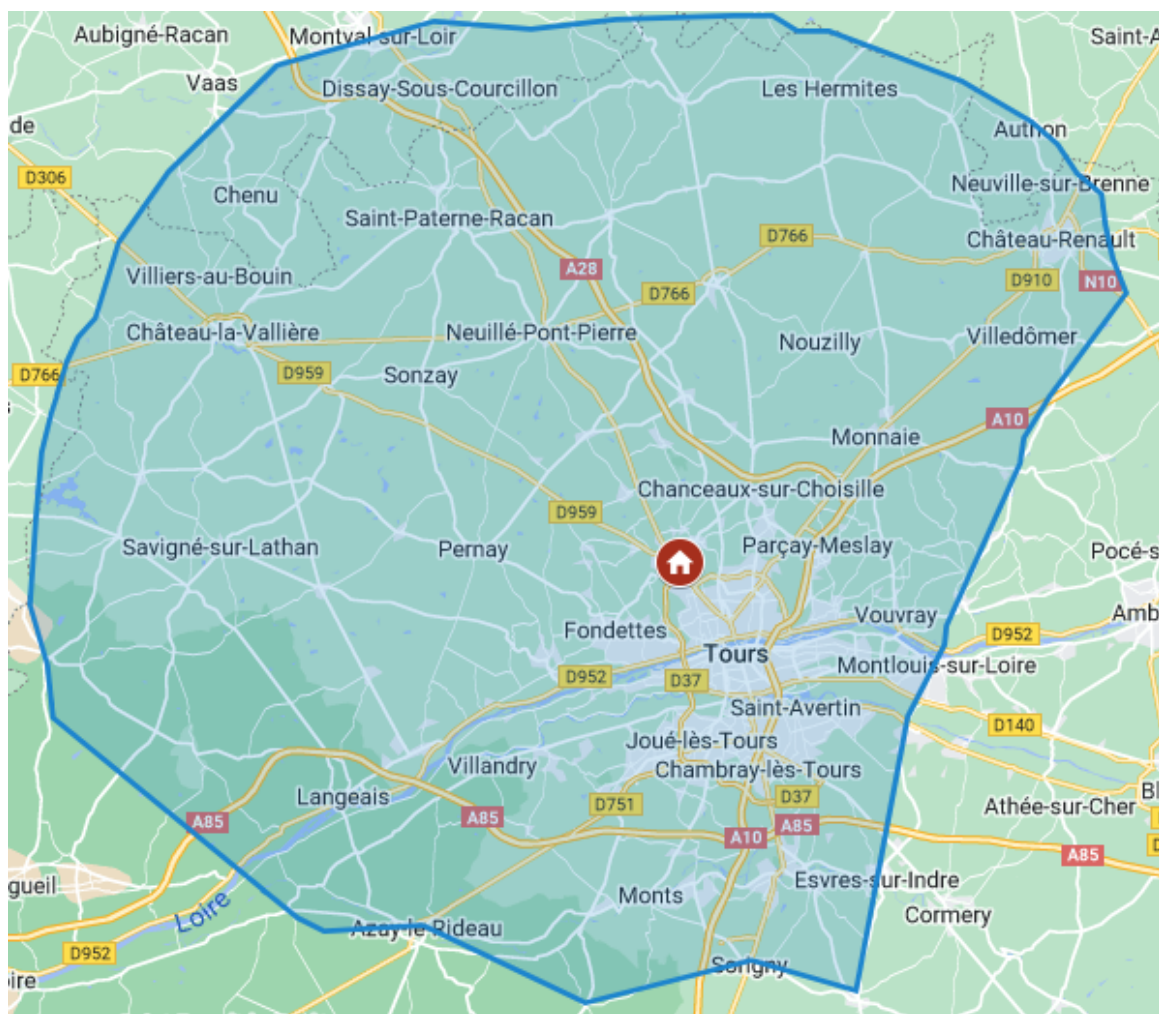
Communication entre HAD-S et HAD-R :

- Synthèse pluriprofessionnelle de rééducation réalisée à BEL AIR, et éventuellement accessible en visiophonie par l'HAD-S
- Réunion quotidienne d'organisation entre IDE-S et IDE-R : organisation des tournées, imprévus, ...

Territoire d'intervention et partenaire HAD-R

L'HAD-R est susceptible d'intervenir dans un rayon de 30 kms ou 30 minutes de trajet autour de La Membrolle sur Choisisse.

L'HAD-R fonctionne par convention avec les HAD Socle : ASSAD HAD Indre et Loire



Typologie des patients

Tout patient atteint d'une pathologie neurologique ou locomotrice nécessitant de la rééducation pluridisciplinaire et complexe à domicile.

Voici quelques exemples de pathologies possibles :

- Lésions cérébrales
- Maladies neurodégénératives
- Pathologies orthopédiques et traumatologiques
- Brûlures
- Amputations

Moyens humains de l'HAD-R

Moyens humains pour 19 patients (soit 95 passages/semaines) en équivalent temps plein (ETP)

- 0,2 médecin MPR
- 0,2 Secrétaire Médicale
- 0,1 cadre de rééducation
- 1 masseur kinésithérapeute
- 1 ergothérapeute
- 1 Enseignant en Activité Physique Adaptée
- 1 orthophoniste

Chaque passage est estimé à 45 minutes de présence au domicile (hors temps de trajet)

Organisation et volume d'activité

L'activité des rééducateurs est dimensionnée comme ceci :

- 1 h30 de staff pluridisciplinaire
- 1 h de planification hebdomadaire
- 2h30 de renseignement des dossiers et rédaction de comptes rendus
- 30h de séances et déplacements soit 24 séances en considérant un intervalle moyen entre deux séances de 30 minutes

L'activité du médecin MPR est dimensionnée comme ceci :

- 1 h30 de staff pluridisciplinaire
- 1 h30 de dictées de comptes rendus et prescriptions
- 4h de consultations

La secrétaire partage son temps entre planification des consultations, contacts téléphoniques, rédaction et envois de comptes rendus.

Moyens matériels

- Utilisation de quatre véhicules dédiés à l'HAD R BEL-AIR :
- Dossier informatisé du patient Domilink® avec l'application Mobisoins® accessible sur un smartphone
- Téléphones et PC portables fournis par le SMR BEL-AIR disposant de l'application Domilink® Mob soins® (DPI) et Géosoins® (logiciel de gestion de tournées)
- Logiciel d'organisation des tournées (Géosoins®)
- Locaux : salle de synthèse avec matériel de visiophonie, bureaux
- Logiciel de téléconsultation

Financement

La rémunération par le biais de la T2A est perçue par l'HAD socle qui dans le cadre de cette convention rémunère le centre Bel-Air sur facture selon les arbitrages suivants :

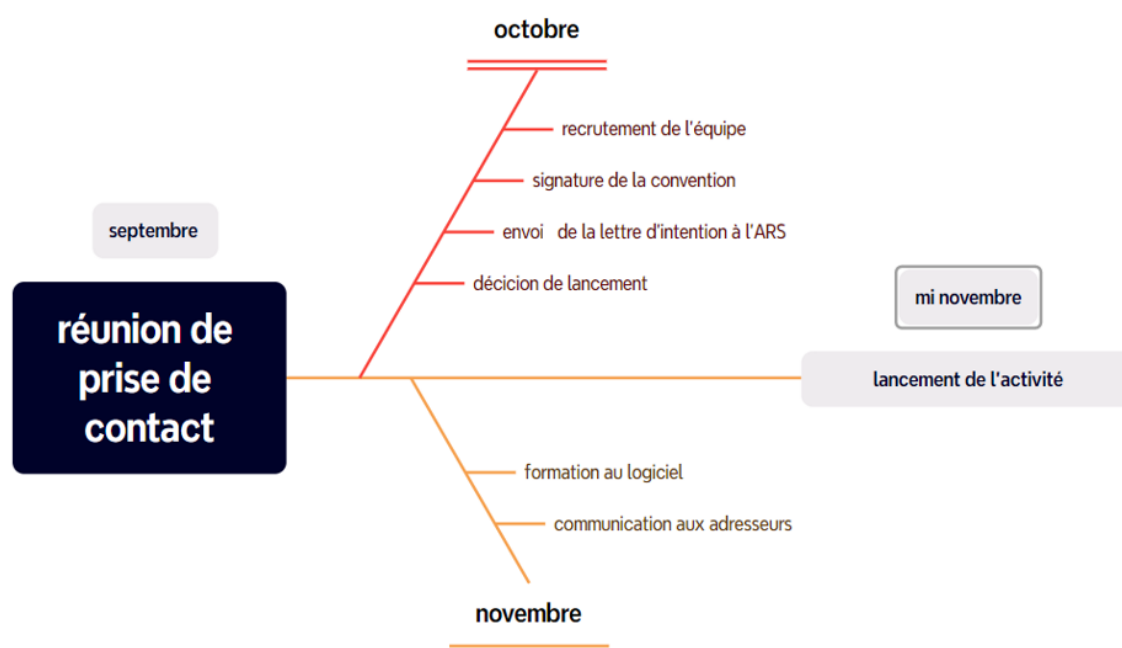
Il est organisé et détaillé dans la convention liant le SMR BEL-AIR et la structure HAD-S.

60% de la T2A pour une prise en charge principale

50% de la T2A pour une prise en charge associée

Déploiement

Fin 2023



1.4 La mission

A un an d'existence, suite au bilan positif, la direction du centre Bel Air m'a chargé de développer l'activité. La demande initiale était d'augmenter les effectifs de 50 % dans le but d'augmenter l'activité. La volonté de la structure SMR est notamment de pouvoir utiliser l'HAD-R comme intermédiaire entre l'hôpital et elle afin d'assurer l'occupation de ses lits tout en prenant des patients capables de recevoir les volumes de rééducation prévus. Ainsi l'HAD-R permettra de conditionner le patient à son futur séjour par exemple dans le cas d'une attente de cicatrisation chez un patient amputé.

L'année passée, bien que positive, ayant laissé apparaître des fragilités dans les fonctionnements lors de la montée en charge, je négocie donc avec ma hiérarchie afin de faire évoluer la commande³⁹, expliquant que je pressens une impossibilité d'augmenter l'activité sans une analyse plus approfondie.

³⁹ Fiche mission en annexe n°5

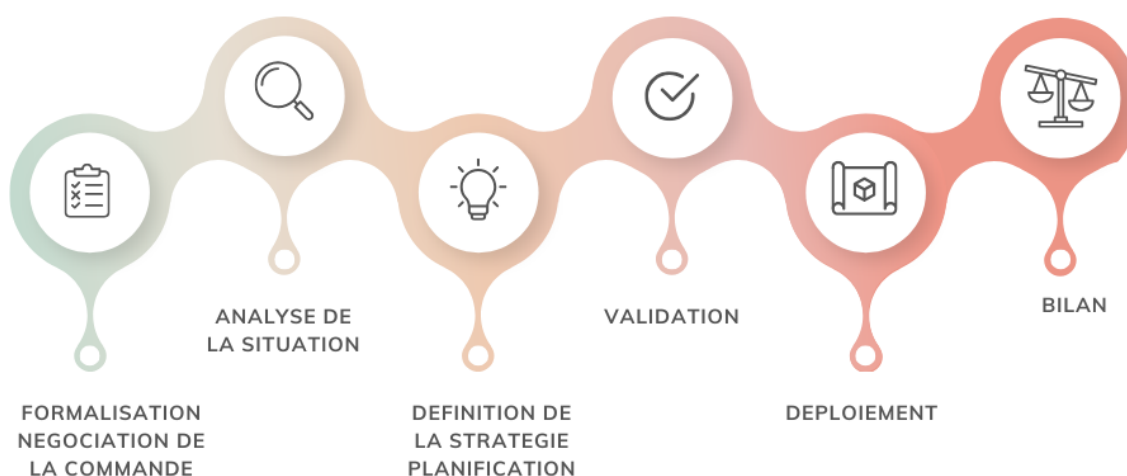
Nous convenons de maintenir les effectifs en l'état mais en proposant des Contrats à Durée Indéterminée (CDI) aux agents afin de les sécuriser et de garantir une pérennité d'activité. Il m'est donc demandé, au cours de cette année de :

- Développer l'activité en optimisant le nombre de séances au regard des effectifs
- Optimiser l'organisations de l'HAD-R en prévision de cette montée en charge.
- Améliorer les parcours patients et la coordination entre l'HAD-R et l'établissement SMR

La finalité de cette commande sera, comme envisagée initialement, de pouvoir à terme développer l'activité en recrutant de nouveaux rééducateurs.

Pour y répondre, je vais réaliser dans un premier temps une analyse complète de la situation ce qui permettra dans un second temps de définir les modalités et les stratégies d'intervention. Enfin je piloterai le déploiement opérationnel puis je définirai les indicateurs permettant d'évaluer la pertinence des actions menées.

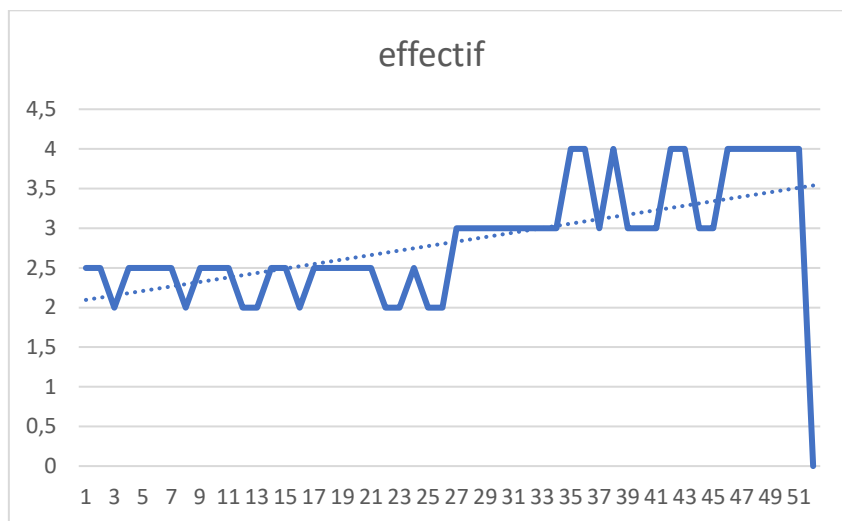
TIMELINE DU PROJET



2 Analyse de la situation

2.1 Diagnostic opérationnel

2.1.1 Effectif



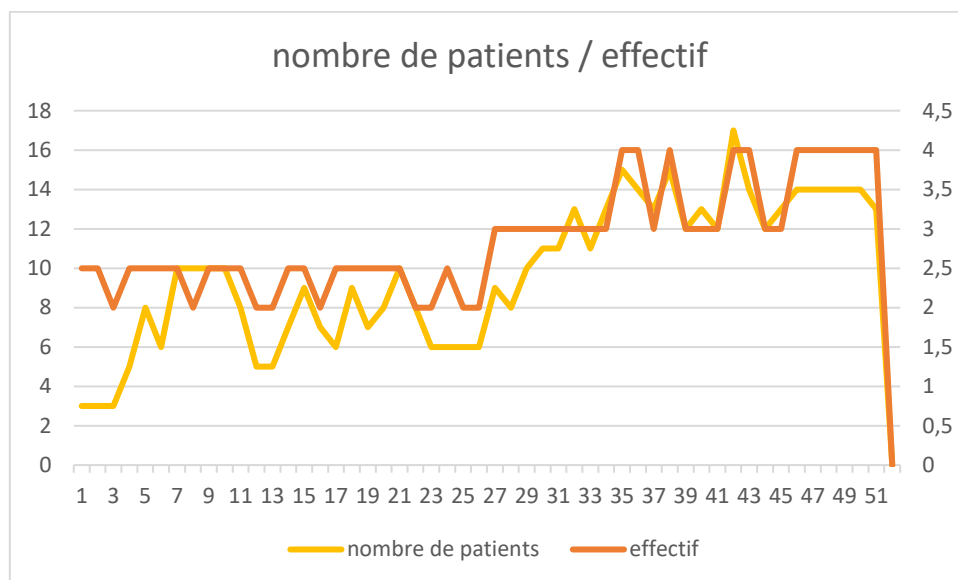
Le graphique ici présenté montre les effectifs disponibles en termes de capacité de prise en charge, ainsi l'absence d'une personne même pour congés est ici répercutée. Extrait du tableau de suivi hebdomadaire, cet indicateur est la base pour tous les calculs d'objectifs de nombre de patients et sert à piloter l'activité.

Durant l'année 2024 l'effectif a connu une évolution progressive, effectivement initialement trois Equivalent Temps Plein (ETP) avaient été créés en Contrat à Durée Déterminée (CDD) (professeur APA, kinésithérapeute et ergothérapeute), mais la difficulté de recrutement des professionnels kinésithérapeutes n'ont permis de pourvoir que 0.5 ETP de janvier à juin. Le poste d'orthophoniste a lui été créé en août. Les autres variations apparentes sur le graphique sont dues aux congés avec notamment une fermeture complète en semaine 51.

Ces variations d'effectif sont suivies de manière hebdomadaire car elles impactent directement la capacité de prise en charge de l'équipe et demandent à ajuster la file active en conséquence.

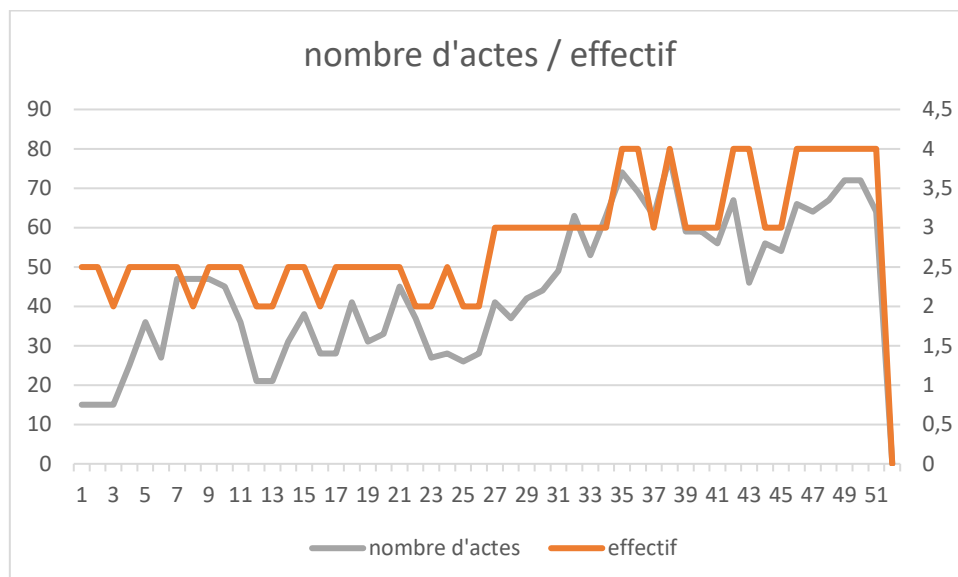
2.1.2 Volume d'activité

Au cours de l'année 2024, 69 patients ont été pris en charges pour 2297 séances produites. Les équipes ont parcouru plus de 40200 km.

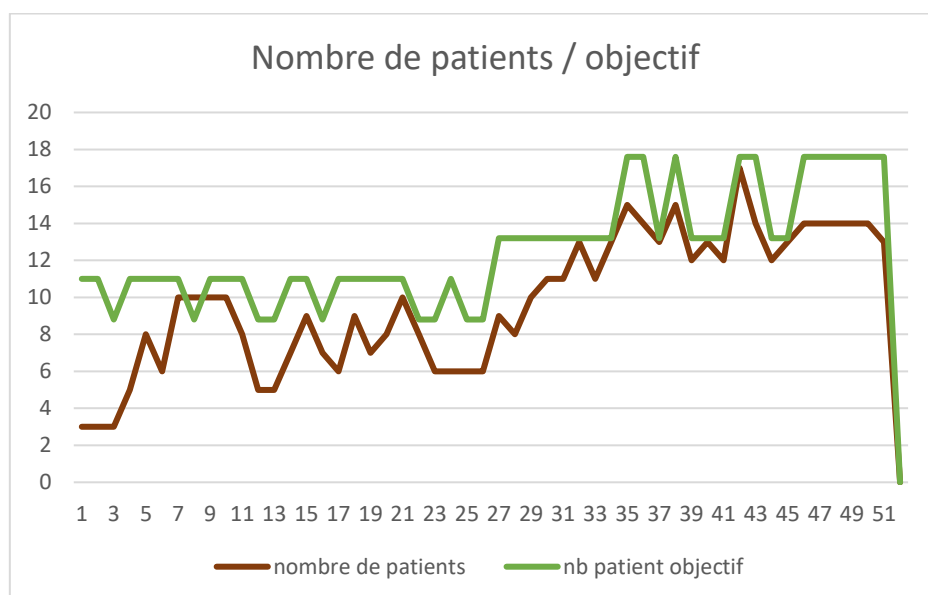


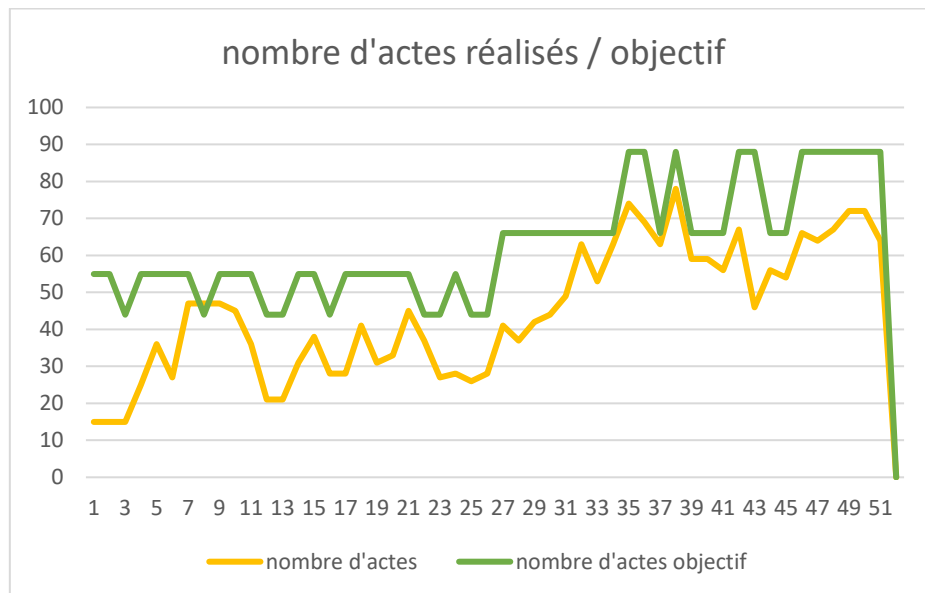
En croisant l'évolution de l'effectif on peut constater une légère décorrélation des courbes mettant en évidence un phénomène d'inertie dans l'augmentation de la file active. En effet au cours de l'année, le fonctionnement à flux tendu des consultations a entraîné des retards d'admissions et ne permettait pas de compenser une place libre s'il n'y avait personne en liste d'attente.

De plus l'analyse des typologies d'adressage de patients montre que plus de 90% des patients sont recrutés dans le cadre d'un passage direct depuis le SMR Bel-Air. Cet auto adressage, bien que répondant à des objectifs de réduction des DMS du centre Bel-Air pose le problème de la diversité de la filière, de l'identification de notre activité à l'extérieur et rend dépendant d'un seul acteur l'activité d'HAD-R. Une réflexion sera à mener sur notre capacité à aller chercher de nouvelles sources d'adressage afin de pouvoir envisager une augmentation future d'activité. En l'état des organisations, le SMR ne pourrait pas à lui seul combler un volume d'activité supérieur. Le développement de l'équipe s'accompagnera nécessairement d'une diversification des provenances de patients.

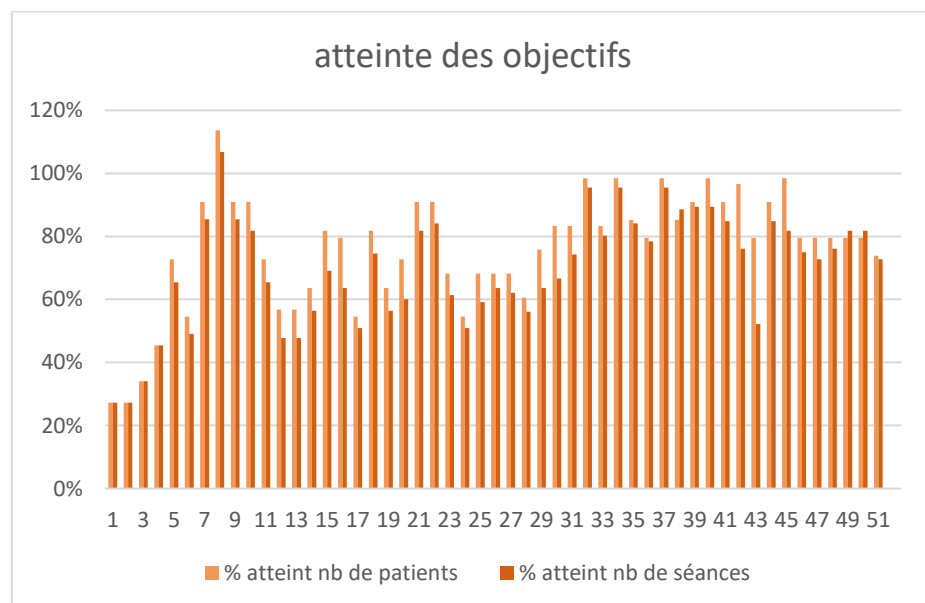


Au même titre que l'analyse précédente, on constate une décorrélation, mais en plus nous pouvons voir notamment sur la semaine 29 et les semaines 39 à 45, une augmentation d'actes non proportionnelle au nombre de patients. Ceci est dû au fait que certains patients conservent leurs intervenants libéraux, qui comptent dans le nombre de séances à assurer. Ainsi pour certains de ces patients l'équipe n'intervient que 3 fois au lieu des 5 envisagées. Ce phénomène induit un besoin d'augmenter par réaction le nombre de patients suivis pour compenser et renforce la problématique du recrutement de patients.





Lors de la mise en place de l'activité, l'évaluation de la capacité de prise en soin a montré un potentiel de 24 séances hebdomadaires par ETP, ce qui permet de définir des objectifs d'activité tenant compte des variations d'effectif. Cependant, l'analyse de ces données montre que l'équipe a rarement réussi à atteindre ses objectifs.



Plusieurs éléments viennent expliquer cela :

- La répartition des tâches de coordination de parcours peu définie génère une consommation de temps qui ne peut plus être mis au service de la prise en soin
- La planification de l'activité qui se complexifie de plus en plus à mesure que la liste de patients augmente, et consommant de ce fait plus de temps.
- Parfois le manque de demande ne permet pas de réaliser des admissions sur les créneaux disponibles.

- La composition des tournées en fonction des secteurs géographiques des patients qui augmente parfois le temps moyen de trajet et impacte in fine le nombre de séances réalisables.

L'inadéquation entre le capacitaire estimé et la réalité de la capacité de production actuelle soulève la question de la pertinence de l'indicateur en l'état. Une estimation de la capacité de prise en charge tenant compte des temps réels consacrés aux activités hors prise en soin et la modélisation de l'impact des secteurs d'intervention permettraient de redéfinir ces cibles d'activités.

2.1.3 Satisfaction

Patients

Mis en place durant l'année, les questionnaires de satisfaction nous ont permis d'avoir le retour de 39 patients sur 69 Prise En Charge (PEC) avec une évaluation globalement positive. Les retours en termes d'axes d'amélioration partent sur l'organisation en amont du début de la prise en charge avec un manque de clarté sur le déroulé du séjour et l'organisation avec les éventuels libéraux.

PEC générale	horaires	organisation	écoute	qualité de PEC	recommandation
4,7	4,9	4,9	4,9	4,8	4,8

Partenaire d'amont

En complément, nous avons réalisé une enquête auprès des structures d'amont, et les retours soulignent des manques :

- Absence de compte rendu suite à la consultation d'admission informant les objectifs retenus et la date effective de début de PEC
- Manque de définition des modalités de sortie lors du passage d'Hospitalisation Complète (HC) vers l'HAD
- Non réception d'un compte rendu de fin d'intervention informant des actions réalisées et des objectifs restants.

Partenaire d'aval

De la même manière nous avons pu avoir des retours de certaines structures d'aval qui nous font remonter certains éléments :

- Une demande d'amélioration dans la coordination de la sortie d'HAD avec les libéraux
- Un manque de communication concernant les modalités d'admission et la possibilité de suspendre les activités libérales durant le séjour.

2.1.4 Finances

Les charges de personnel ayant évolué durant l'année, nous avons différencié ces trois périodes dans le tableau.

	Semaines 1 à 26	Semaines 27 à 34	Semaines 35 à 51	Total
Produits	130 798 €	62 147 €	168 375 €	361 320 €
Charges	109 444 €	37 761 €	92 425 €	239 630 €
Résultat	21 354 €	24 386 €	75 950 €	121 690 €

L'activité 2024 est excédentaire même si les volumes maximums d'activité n'ont pas été atteints. Cela montre que le modèle économique de cette activité est actuellement relativement avantageux.

La modélisation⁴⁰ réalisée a permis de faire le suivi de la rentabilité de l'activité tout au long de l'année et d'ajuster les objectifs de volume de prise en soin à l'évolution des charges identifiées. Ici la modélisation est basée sur la méthode des coûts partiels⁴¹, nous traitons uniquement les données relatives directement à l'activité. Les fonctions accessoires et prorata des coûts architecturaux ne sont donc pas ventilé ici.

Nous pouvons donc voir dans le tableau en annexe que la capacité de production de l'équipe permet la génération de bénéfice, le modèle en lui-même n'est donc pas en l'état menacé, les difficultés sont donc supposées conjoncturelles.

Avec les effectifs de la fin 2024, la capacité de production maximale tenant compte des jours fériés, des congés payés et RTT est de 3872 séances annuelles alors que le seuil de rentabilité est de 2080 séances annuelles.

2.1.5 Organisations

Dernièrement des tensions apparaissent entre les deux équipes au sujet de la répartition des rôles. L'équipe de rééducation faisant remonter une frustration de ne pas avoir le temps d'assurer le suivi correct des patients alors même que le volume d'activité envisagé n'est pas atteint et qu'ils sont en équipe complète.

Effectivement, les rééducateurs sont régulièrement sollicités par les professionnels libéraux, ou les structures d'amont qui ne comprennent pas la temporalité de l'intervention ni la finalité de cette hospitalisation. Pourtant, à chaque admission, la personne chargée de celle-ci est censée contacter l'ensemble des acteurs afin de pouvoir intégrer l'intervention des rééducateurs dans le maillage déjà constitué. L'équipe de rééducation se retrouve à augmenter son temps d'échange téléphonique et mail pour répondre à ces différentes sollicitations, ce qui impacte leur exercice car il n'y a pas eu de temps identifié pour ces missions puisqu'elles étaient considérées comme faisant partie des prérogatives de la structure socle.

Dans cette situation, nous avons pour l'heure, identifié les causes suivantes :

⁴⁰ Annexe n°3

⁴¹ CHAUVET, C. (2022). Chapitre 3. Les coûts partiels. In *Le contrôle de gestion... Mais c'est très simple !* (P. 61-89). Dunod

- La mise en place rapide du partenariat avec un **temps d'intégration très court** ne permettant pas aux acteurs de bien se connaître et s'identifier, en effet les organigrammes respectifs sont mal connus des uns et des autres.
- Des **réorganisations** successives suite au départ, à deux semaines du début du partenariat, de la cadre de rééducation chargée de la coordination de la rééducation. Ce départ a généré des répartitions de la charge de travail au niveau des autres cadres de la structure socle. Les interlocuteurs ont découvert la réalité opérationnelle au moment de ce départ car ils étaient jusque-là en charge de la partie soins infirmiers.
- Un décalage entre le discours tenu par la direction de la structure socle et la réalité de la pratique, concernant les missions de coordination de parcours.
- La **non formalisation des processus d'admission et de fin de PEC** des patients. Ce sont des étapes clés où beaucoup d'interactions sont nécessaires. Le fait que les différentes étapes ne soient pas formalisées et que les acteurs responsables de ces dernières non plus, est un facteur de flou.

2.1.6 Compétences

Sur le plan des compétences métier, l'équipe est composée de professionnels expérimentés, ils ont donc les compétences adéquates dans leur champ d'intervention.

L'équipe de rééducation est parfois en difficulté pour anticiper sa capacité de prise en soin au regard des différents facteurs, et doit réajuster régulièrement les tournées.

De plus la gestion de tournée est une activité nouvelle dont ils ne sont pas coutumiers et à laquelle ils ne sont pas formés, agissant de fait de manière empirique. Ils ont régulièrement évoqué le temps passé à cette mission avec laquelle ils ne sont pas à l'aise.

De par la typologie d'activité, ils ont été plusieurs fois amenés à accompagner des patients dans le cadre de soins palliatifs. Parfois déstabilisés dans ce type de prise en soin, chacun des rééducateurs a sollicité une formation professionnelle sur cette thématique lors de son entretien annuel début 2025.

2.1.7 Analyse de la convention

Elément constitutif et contractuel de ce partenariat, il est le point de départ de cette collaboration. Elle définit notamment la répartition des coûts de fonctionnement et la répartition des rôles de chaque partie.

2-1 – Equipe pluridisciplinaire et Organisation des soins :

L'HAD dédie à l'activité réalisée une équipe pluri professionnelle composée d'infirmiers coordinateurs et/ou de réadaptation, de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignantes, de psychologue, d'assistantes sociales...

Le SMR contribue à l'activité réalisée par la mise à disposition d'une équipe médicale, cadre de santé et de rééducateurs, composée des compétences suivantes : médecin MPR, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophoniste, diététiciennes et enseignants d'activité physique adaptée (APA) qui se déplacent au domicile du patient et travaillent en étroite collaboration avec les personnels de l'ASSAD-HAD, titulaire de la mention HAD socle.

2-4- Coordination de l'activité :

La coordination globale de la prise en charge du patient est assurée par l'équipe de l'HAD (médicale et paramédicale) et la coordination médicale de l'activité de rééducation est assurée par le médecin MPR du SMR.

- Admission en HAD

Toute admission en HAD sur demande d'un prescripteur fait l'objet d'une demande ou d'une prescription reçue soit par l'HAD, soit par le SMR. Si le SMR reçoit la demande, celle-ci est transmise à l'HAD qui centralise les demandes d'admission, programme et coordonne les visites d'évaluation (annexe 2). Les évaluations (visite du domicile, accessibilité du logement, rencontre des aidants, adaptation du domicile...) sont organisées par l'équipe de coordination de l'HAD en coordination avec les professionnels du SMR. Au vu des premières informations recueillies, l'infirmier d'admission l'HAD s'entoure des professionnels jugés nécessaires à la bonne évaluation du patient :

Nous pouvons constater que la mission du SMR est d'assurer la réalisation des séances à domicile en cohérence avec le projet de rééducation défini avec le médecin MPR.

Les actions de coordination globale, et d'admission incombent à l'HAD socle.

Cependant la convention ne précise pas les actions entendues par « coordination globale » et « modalités d'admission », le manque de clarification de ces points dès la constitution du partenariat permet d'expliquer en soi la difficulté constatée dans la répartition des rôles.

2.1.8 Benchmark⁴²

En complément de l'analyse de notre activité, je me suis également rapproché de deux HAD-R de régions limitrophes L'HAD-R du centre de l'Arche au Mans⁴³ dans le 72 et celle du centre de la Ménaudière⁴⁴ établissement SMR dans le 41 ayant une activité équivalente à la nôtre afin de mettre en perspective notre façon de travailler et bénéficier du retour de pairs légitimes.

J'ai pu au cours de journées d'immersion assister au déroulé des réunions de service, à la planification de l'activité et échanger avec les responsables des services.

⁴² ETTORCHI-TARDY, A., LEVIF, M., & MICHEL, P. (2011). Le benchmarking : Une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. Pratiques et Organisation des Soins, Vol. 42(1), 35-46.

⁴³ Centre de l'Arche. (S. d.). PRH - Pôle Régional du Handicap. Consulté 29 avril 2025, à l'adresse <https://asso-prh.fr/centre-de-larche/>

⁴⁴ SMR de la Ménaudière | Soins médicaux et de réadaptation | MGEN. (S. d.). Consulté 29 avril 2025, à l'adresse <http://proximite.mgen.fr/212>

Le but de ces entretiens était de comparer les organisations, les ratios d'activité et d'avoir un retour de leur expérience afin de m'aider à penser l'activité autrement. Ici, afin d'être comparable à notre établissement, les indicateurs retenus seront le nombre maximum de séances réalisées par jour, le nombre de patients de la file active exprimé en patient / ETP dans la file active et le nombre de séances hebdomadaires / ETP.

Le centre SMR la Ménaudière

Au niveau de leur organisation, ils ont développé des partenariats avec deux structures socle différentes afin de couvrir un plus grand territoire et de diversifier les adressages.

Ils ont créé un poste de coordinateur à plein temps en interne qui assure le suivi d'activité, les contacts administratifs auprès des patients et des partenaires, la planification des entrées et sorties.

Ils parviennent malgré un secteur assez étendu à produire jusqu'à 6 séances quotidiennes en autorisant les agents à rentrer un soir par semaine avec le véhicule de service si cela permet de réaliser la sixième séance.

Ils ont intégré cette activité à l'activité du plateau technique, et les professionnels rééducateurs effectuent une rotation tous les mois sur ces postes.

Ils produisent 22 à 24 séances hebdomadaires par ETP et ont un ratio de 4.5 patients par ETP dans leur file active.

Le centre SMR de l'Arche

Le centre de l'arche ne fournit que les rééducateurs, et aucun à temps complet. La coordination, la réalisation des plannings et la gestion administrative sont effectuées par une coordinatrice salariée de l'établissement socle.

Les rééducateurs sont fixes mais partagent leur temps entre la pratique HAD-R et les interventions sur le plateau technique.

Ils effectuent un maximum de 5 séances par jour, produisent 22 séances hebdomadaires par ETP et ont un ratio de 4.5 patients par ETP dans leur file active.

Ces contacts montrent la diversité de choix dans les organisations, notamment l'internalisation ou non de la coordination, les stratégies pour majorer l'activité. Nous pouvons également conclure que nos ratios d'activité sont réalistes et correspondent aux pratiques.

Synthèse

Cette enquête comparative permet de confirmer la volumétrie de séances envisagée. Elle montre aussi que certains moyens organisationnels peuvent être des leviers d'amélioration de l'activité. Enfin, concernant la coordination nous pouvons constater deux organisations, l'une internalisée et l'autre externalisée. Cela fournit de précieux éléments de réflexion pour la suite de ce travail.

2.1.9 Bilan opérationnel

Au regard des éléments d'analyse précédents, nous pouvons constater que de manière générale la qualité des prises en charge est préservée et que la pérennité de l'activité, au vu des éléments financier, n'est pas menacée. Cependant, l'analyse de l'activité, l'analyse des retours des structures adresseuses et des structures d'aval ainsi que les retours des professionnels de l'équipe montrent aujourd'hui de nombreux axes d'amélioration dont l'atteinte est un critère indissociable des objectifs 2025.

La problématique pourrait être formulée ainsi :

Au vu des ressources humaines et matérielles disponibles, nous n'atteignons pas la capacité de production maximal.

A un an d'existence, l'activité fonctionne relativement bien avec un bilan bénéficiaire, mais le manque de clarification des organisations en affecte le bon fonctionnement.

La définition d'objectifs d'activité basés sur un capacitaire maximum ne prenant pas en compte les freins organisationnels qui peuvent mettre en tension les agents entre un **objectif non réalisable** et une volonté de bien faire, représentant une source de risques psychosociaux⁴⁵ au travers de conflits de critères⁴⁶.

Au regard des objectifs 2026 envisagés par ma direction, l'analyse confirme la nécessité de les avoir prorogés pour laisser place à une phase de structuration.

Les limites constatées peuvent être regroupées en trois grandes catégories comme présentées, ci-après, dans l'extrait de la présentation⁴⁷ faite lors de la réunion de cadrage de janvier.



Au regard des constats établis et des limites soulevées j'identifie les axes d'amélioration suivants

⁴⁵ Rapport GOLLAC (Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser | Travail-emploi.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 2011)

⁴⁶ CLOT, Y. (2017). Travail et pouvoir d'agir ([2e édition]). Presses universitaires de France.

⁴⁷ Annexe n° 1

Axes d'amélioration :

Organisation :

- Structurer des parcours d'admissions
- Créer un document définissant clairement les rôles de chacun
- Coconstruire des critères qualité
- Définir les processus de fin de prise en soin.
- Coordination à l'admission

Compétence :

- Hétérogénéité des pratiques
- Difficultés de gestion des tournées

Communication

- Process de communication non formalisés
- Coordination avec les libéraux non clarifiée
- Communication avec les services adresseurs
- Renseignement du dossier et de l'agenda patient

Activité :

- Diversifier l'adressage
- Formaliser les limites liées aux secteurs et aux positions géographiques des patients
- Antérioriser la planification de l'activité
- Définir les échéances et les délais d'intervention

Contractuellement les tâches de coordination du parcours relèvent des prérogatives de l'HAD socle, cependant, nombre des constats réalisés montrent qu'actuellement cette tâche n'est assurée que partiellement. La définition succincte de la convention entérine cette zone d'incertitude car la non définition claire de ce qui est exigible dans ces actions de coordination laisse la place à des divergences d'interprétation et réduit l'opposabilité du document.

Suite à ces constats je vais maintenant prendre du recul à l'aide d'outils d'analyse stratégique permettant de replacer cette activité dans ses contextes d'existence. Nous commencerons par une analyse macro puis une micro ce qui permettra de mettre en perspective les éléments précédemment identifiés.

2.2 Diagnostic stratégique

2.2.1 PESTEL

Le PESTEL⁴⁸ permet une analyse macro de la situation, il aide à considérer les différents champs pouvant concerner notre activité à une échelle assez large allant du politique à l'environnemental.

⁴⁸ DAUBIER, M., & DAUBIER, S. (2022). Outil 64. Le modèle PESTEL. In Pro en Agilité (p. 190-191). Vuibert

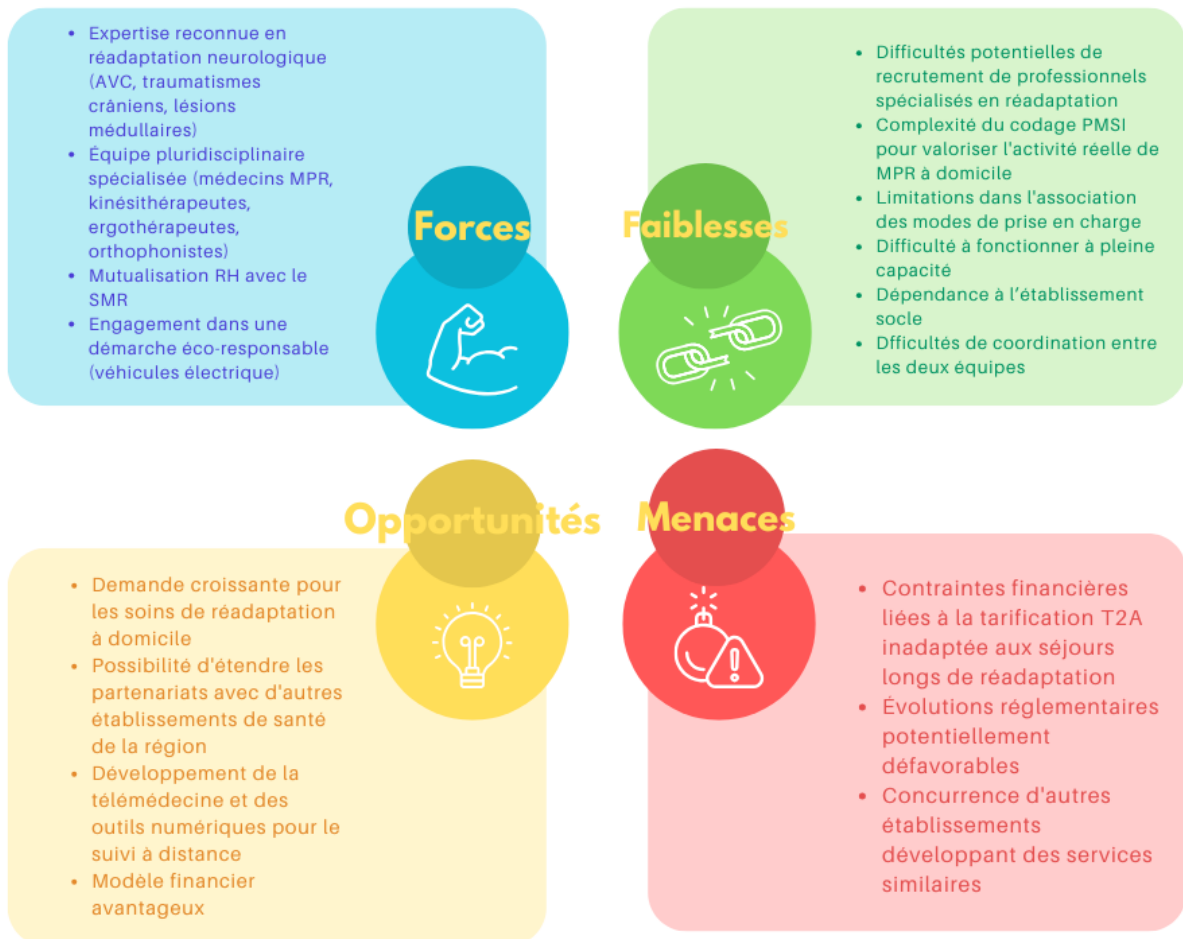


L'approche macro offerte par le PESTEL montre une activité dynamique, s'inscrivant dans les enjeux environnementaux, démographiques, politiques et économiques. Cependant ce dynamisme retrouvé également sur le plan législatif en fait une activité

dont les évolutions futures sont plus complexes à prédire et qui génèrent de l'incertitude.

2.2.2 SWOT

Le **SWOT**⁴⁹ quant à lui est un outil plus micro, il est complémentaire du PESTEL, permettant de recentrer l'analyse sur la structure en elle-même, analysant ses composantes internes et externes les plus proches.



Le SWOT permet une approche plus micro dans l'analyse et confirme, à l'échelle de l'établissement, le dynamisme de l'activité, soutenue par son attachement à la structure SMR. Cependant la dépendance à la structure socle et le développement rapide de la concurrence montrent que la capacité d'adaptation dans un délai court sera la clé de la réussite.

⁴⁹ MAES, J., & DEBOIS, F. (2023). La boîte à outils du chef de projet—3e éd : Vol. 3e éd. Dunod

2.3 Les enjeux

L'analyse opérationnelle tenant compte de l'expérience accumulée sur le premier exercice, associée au diagnostic stratégique et aux orientations du commanditaire nous permettent de considérer les enjeux de la situation :

- **Maintenir le partenariat** qui représente un levier de réduction des DMS et donc de valorisation de l'activité du centre SMR.
- Être en capacité de développer **une filière d'amont à la prise en charge dans le centre SMR** pour que l'HAD-R puisse prendre en charge des patients sortant d'hospitalisation en se rapprochant des structures hospitalières de médecine et de chirurgie.
- **Assurer la performance économique** de l'HAD-R.
- Avoir une croissance permettant de répondre aux **besoins de prise en charge** identifiés et ne pas se faire distancer par la **concurrence** qui partage notre secteur.
- **Prémunir l'équipe de problématiques de santé au travail** causées par le stress inhérent à la situation actuelle.

Considérant que l'objectif final du commanditaire du projet, est de pouvoir augmenter le volume de l'activité en développant l'équipe afin d'augmenter le nombre de patients suivis.

En l'état actuel des organisations, une augmentation d'activité ne viendrait que d'avantage mettre en lumière les dysfonctionnements, limitant de fait la capacité de l'équipe à atteindre les volumes d'activité cibles, ce qui aurait plusieurs effets négatifs :

- Augmentation des risques psychosociaux pour les équipes avec d'éventuelles conséquences sur leur santé et des répercussions sur l'absentéisme et le turn-over
- Impossibilité à générer les volumes d'activité du fait de la majoration des dysfonctionnements et du manque de sources d'adressage.
- Baisse de l'intérêt financier du fait des effets d'échelle générés par des recrutements
- Perte de secteurs d'activité du fait de l'insatisfaction des adresseurs qui pourraient se tourner vers la structure concurrente.

Considérant les axes d'amélioration et les enjeux, il faudra proposer un plan d'action dont les résultats attendus sont de différents ordres :

Compétence : Capacité de l'équipe d'organiser et moduler la charge de travail en prenant en compte l'ensemble des contraintes liées à l'activité.

Organisationnel : Formalisation des parcours et des rôles de chacun permettant de fluidifier les admissions et sorties de patients. Les temps seront bien identifiés ainsi que les acteurs.

Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) : Diminution des tensions, augmentation de la satisfaction professionnelle et de l'autonomie des équipes. Ces éléments représentent un enjeu fort de prévention des risques psychosociaux.

Performance (quantitatif) : Amélioration de la capacité de prise en soins en atteignant le volume d'activité nominal.

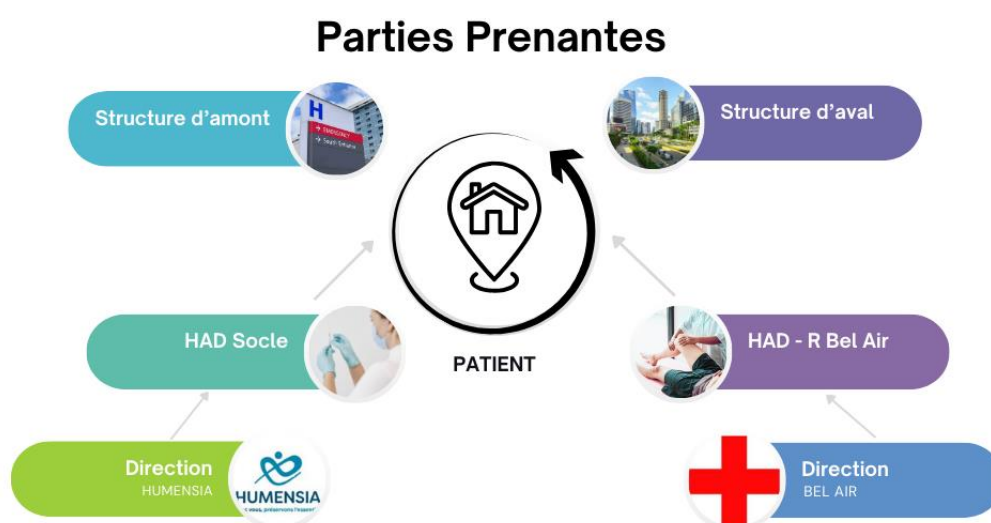
Qualitatif : Amélioration de la satisfaction des partenaires d'amont et d'aval, la formalisation des missions permettra de leur fournir des éléments fiables et des interlocuteurs identifiés, facilitant de ce fait l'articulation entre les différents temps

du parcours du patient. Préservation ou augmentation de la satisfaction des patients en permettant au plus grand nombre de bénéficier d'une prise en soin de qualité.

Cependant, avant de définir de manière précise les actions à mener, nous allons détailler les différentes parties prenantes, leurs enjeux spécifiques et réaliser une analyse fonctionnelle afin d'anticiper les potentiels freins et de construire une stratégie.

2.4 Analyse des parties prenantes

Ici, nous analyserons l'ensemble des parties prenantes au travers de leurs enjeux et de leurs valeurs propres. Cette analyse permettra par la suite de mieux anticiper les potentiels freins politiques et culturels induits par la situation et les axes d'amélioration proposés.



2.4.1 La direction du centre Bel Air

Mandataire dans le cadre de ce projet, son intérêt est triple :

- Bénéficier d'une structure d'aval qui permette de sécuriser la sortie précoce des patients. En effet la réforme du financement des SMR incite les établissements à réduire la durée de leurs séjours afin de garantir leur équilibre financier.
- Développer son activité d'HAD-R qui présente un fort rendement et lui permet de compenser le déficit d'autres activités
- Développer la capacité de l'équipe d'HAD-R à prendre des patients en sortie d'hospitalisation aiguë en prévision d'une admission en SMR. De ce fait, cela limite la « fuite » des patients vers des établissements concurrents et garantit l'occupation des lits avec des patients au profil idoine. Situation subie récemment et qui a eu une incidence sur les admissions dans notre unité spécialisée en locomoteur

Issue de la logique sanitaire, sa culture est celle de la stratégie hospitalière, elle suit les tendances données par les réformes et l'évolution des financements. C'est pourquoi ces dernières années elle a accentué le développement de l'hospitalisation à temps partiel.

2.4.2 L'équipe HAD-R Bel Air

L'équipe de rééducation de l'HAD-R a pour enjeu premier de stabiliser ses organisations et de diminuer sa charge administrative afin de pouvoir se consacrer davantage à la prise en soin. Elle privilégie une intervention en équipe complète préconisant une suspension de l'activité des libéraux, le cas échéant par souci de cohérence du séjour. En effet la coordination avec les libéraux complexifie l'intervention et il est plus difficile de proposer et de suivre un projet thérapeutique car ils ne se joignent pas aux staffs hebdomadaires et ne renseignent que très peu le DPI.

Elle a besoin de diversifier ses sources d'adressages afin de pouvoir renouveler régulièrement sa patientèle car les séjours sont relativement courts et le manque de diversité d'aval expose à un risque de dépendance à un seul acteur.

Sa culture est sanitaire, avec des projets définis en équipes pluridisciplinaires, elle a l'habitude des procédures de soins et des parcours détaillés.

2.4.3 La direction d'Humensia

Garante de la pérennité de l'activité de leur établissement, elle est signataire de la convention de prestation avec Bel-Air.

Elle a à cœur de développer l'activité en maintenant les conditions techniques de fonctionnement inhérentes à l'autorisation.

Nous pouvons envisager que leurs objectifs stratégiques soient portés sur le développement de l'activité dans un contexte concurrentiel et l'optimisation de leur modèle économique.

2.4.4 L'équipe HAD Socle HUMENSIA

L'HAD socle, garante de la coordination a pour enjeu la cohérence du parcours global du patient. Elle a donc à cœur de conserver autant que possible le lien avec les libéraux afin de faciliter l'étape d'aval, ce qui fait gagner du temps dans la gestion de cette étape.

Elle contractualise avec différents acteurs du territoire et doit dimensionner son équipe au regard de l'augmentation de l'activité

Ils ont la culture du soin à domicile, ils sont spécialistes de la gestion de l'aléa et ont besoin de conserver de la latitude dans leur organisation afin d'être plus réactifs.

2.4.5 Les structures d'amont

Ici nous retrouverons deux catégories,

- Les acteurs hospitaliers pour lesquels l'HAD est une solution d'aval
Les structures MCO et SMR, dont les enjeux sont la réactivité d'admission pour réduire leur DMS et la sécurité des patients afin d'éviter des ré-hospitalisations. La fiabilité de la date d'admission est cruciale pour eux
Le maintien du suivi patient avec la réception du compte rendu de consultation avant prise en charge et la lettre de liaison par la suite.

- Les adresseurs de ville dont le but est de préserver au maximum les organisations soignantes déjà en place pendant et en aval de la prise en soin.

2.4.6 Les structures d'aval

Service de soin à domicile ou autres intervenants libéraux, il est important pour eux d'avoir de la visibilité dans la planification du relai.

Même si la plupart comprennent l'importance de suspendre leurs interventions le temps de l'hospitalisation, certains rééducateurs libéraux insistent pour les maintenir car cela impliquerait une baisse de leur activité.

2.4.7 Les Patients

Il est important pour eux de bénéficier d'une prise en soin fluide avec une date de début connue en amont, un planning tenant compte de leur organisation de vie et un relai libéral efficace le cas échéant.

2.5 Analyse fonctionnelle des organisations

Mobilisant les théories des organisations notamment développées par M DUMOND⁵⁰, nous allons ici analyser les deux structures que sont l'HAD-R de Bel-Air et l'HAD socle d'Humensia au travers de leurs paramètres de conception. Nous allons les présenter, puis décrire chacune des organisations selon ces composantes. Nous ferons ensuite une synthèse sous forme de tableau.

« L'organisation peut être considérée comme un système composé de processus et de ressources qui sont agencés en fonction des paramètres de conception. Ceux-ci forment une configuration organisationnelle dont l'efficacité dépend de paramètres de conception. »⁵¹

« Un paramètre de conception est une caractéristique d'une organisation qui agence les ressources nécessaires et qu'il est possible de moduler ou de faire varier. Les paramètres de conception constituent les items décisifs pour fabriquer une nouvelle organisation »⁵²

2.5.1 Le mode de contrôle

Le mode de contrôle permet de définir l'organisation de la régulation de la production, c'est-à-dire ce qui est contrôlé, comment, et à quelle intensité.

Deux grandes tendances se dessinent :

- La contractualisation : basée sur un contrôle des règles, fréquent, sur la base d'indicateurs précis dont l'archétype est le marché financier
- La socialisation : basée sur un système de normes sociales plus ou moins explicites et dont l'évaluation est basée sur des perceptions subjectives d'un

⁵⁰ DUMOND, J.-P., & MASQUELET Alain-Charles. (2021). La grande transformation hospitalière : Vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles. Éditions Seli Arslan.

⁵¹ DUMOND J. P., Transformation des organisations de santé, p36 2024/2025, ESM-UPEC

⁵² Ibid. p44

groupe ou d'une personne « légitime ». On parle ici dans les exemples extrêmes de fonctionnement clanique.

On retrouve souvent les deux composantes dans les organisations bureaucratique avec différents niveaux d'agencement. La définition des critères comme le mode de contrôle, l'objet du contrôle, et son intensité permet de déceler, d'analyser les fonctionnements.

2.5.2 La division horizontale

Ce paramètre porte sur le degré de spécialisation ou de polyvalence des agents. Par souci d'efficacité la spécialisation s'est instinctivement développée dans le monde du travail. Elle offre un gain de qualité de production et diminue les temps d'apprentissage⁵³. Cependant ces organisations sont moins adaptables et une trop faible diversité de tâches entraîne une perte de motivation au travail. On peut à ce titre citer les organisations en chaîne du début de l'ère industrielle, au point d'atteindre une mécanisation des corps. Poussée à ce point la domestication des corps en deviendrait même un mode de contrôle⁵⁴.

De l'autre côté, la polyvalence présente l'avantage d'avoir des personnes plus adaptatives, les organisations en découlant sont plus souples et performantes dans la résolution de problèmes.

Là le principe de division du travail, qui peut être par métier, tâche, horaire. Et de l'autre le niveau de spécialisation des agents.

2.5.3 La division verticale

Il est ici question de définir la structuration hiérarchique de l'organisation en trois sous-systèmes⁵⁵ :

- Le nombre de niveau hiérarchique
- La centralisation ou la délégation des décisions
- Le principe de structuration de la hiérarchie, à savoir descendante ou ascendante. Part- on du terrain pour définir les besoins à confier aux strates du dessus (subsidiarité), ou part- on du haut pour définir les actions déléguées et les personnes pour les réaliser ?

Ce paramètre influe sur la capacité d'une équipe à être autonome.

2.5.4 Les frontières de l'organisation

Ce paramètre permet de définir les process qui seront internalisés et ceux qui seront externalisés. Rarement binaires, les choix se font au cas par cas. Ce sont des arbitrages souvent basés sur un rapport entre le coût de transaction et le service rendu.

Il oppose en général les coûts de gestion⁵⁶ des ressources humaines versus les coûts de contrôle et de suivi de la prestation.

⁵³ Ibid. p 51

⁵⁴ FOUCAULT, M. (1993). Surveiller et punir : Naissance de la prison (P160-264). Gallimard.

⁵⁵ DUMOND J. P., Transformation des organisations de santé, p51-53 2024/2025, ESM-UPEC

⁵⁶ ibid. p49

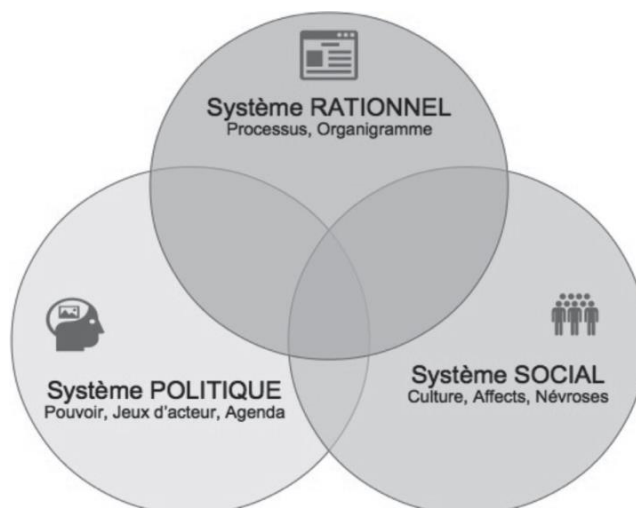
Au-delà d'être un choix strictement comptable, ce paramètre influence également les organisations hiérarchiques.

HAD-R Bel-Air		Paramètres et sous-paramètres de conception			HAD socle HUMENSIA	
audit d'activité		Principe de contrôle	Le mode de contrôle	Principe de contrôle	analyse des retours des partenaires	
quantité de patients Quantité d'actes indicateurs qualité		Objets du contrôle		Objets du contrôle	la satisfaction	
hebdomadaire		Intensité du contrôle		Intensité du contrôle	non défini	
internalisé totalement		Ressources humaines	Les frontières de l'organisation ou la situation de chaque unité par rapport à l'organisation	Ressources humaines	internalisation de l'équipe de coordination et d'encadrement	prestation de soin majoritairement externalisé
internalisé / propriétaire du matériel informatique, externalisé /	externalisé / flotte de véhicules en leasing, dossier patient informatisé porté par le socle	Ressources matérielles		Ressources matérielles	internalisé: propriétaire des véhicules et du DPI	
internalisé / propriétaire		Locaux		Locaux	internalisé: propriétaire	
fort, une personne par métier		Degré de spécialisation	La division horizontale	Degré de spécialisation	moyen, changement de missions entre eux	
par métier		Principe de division		Principe de division	par tâche (admissions, soins)	
3 (équipe, encadrement direction)		Nb de niveaux hiérarchiques	La division verticale	Nb de niveaux hiérarchiques	3 (coordination , encadrement direction)	
autonomie faible, objectifs définis en directoire		Degré de centralisation		Degré de centralisation	autonomie forte	
descendant		Principe de structuration		Principe de structuration	faiblement descendant	

Nous pouvons ici constater les différences marquées, tant dans les modes de contrôle que dans les principes de division.

2.6 Les freins

L'analyse des parties prenantes mise en perspective avec les axes d'amélioration identifiés permet d'envisager les différentes résistances. David AUTISSIER⁵⁷ a récemment théorisé les organisations dans leur rapport au changement, non plus comme des résistances franches, mais plutôt comme des dynamiques de non engagement qui créent des ralentissements. Au travers de trois sous-systèmes encapsulés les uns dans les autres il décompose les différents aspects constitutifs d'une organisation.



58

2.6.1 Réglementaires et financiers

Réglementaires

Les différentes réformes de l'HAD contraignent l'agencement de l'activité et obligent notamment à un volume de cinq séances hebdomadaires minimum par patient.

Le statut de la structure porteuse de l'autorisation et de ses liens avec les centres SMR sont également balisés dans les derniers textes et donnent un cadre défini.

Financiers

Le mode de financement de l'activité (100% T2A) qui incite à une productivité maximale pour garantir l'équilibre budgétaire.

Les retours réguliers demandés par la direction autour des indicateurs d'activité laissent envisager des réticences à moduler les objectifs quantitatifs.

Le flou autour des organisations conduit à faire reposer une partie de la coordination de parcours sur l'équipe de rééducation, peut être que cela permet à l'établissement

⁵⁷ AUTISSIER, D., DERUMEZ, C., & JOHNSON, K. J. (2024). Chapitre 1. Le changement c'est maintenant... depuis toujours... et urgent. In Neo change (p. 12-26). EMS Éditions

⁵⁸ AUTISSIER, D., DERUMEZ, C., & JOHNSON, K. J. (2024). Chapitre 1. Le changement c'est maintenant... depuis toujours... et urgent. In Neo change (p. 12-26). EMS Éditions

socle de minimiser ses coûts RH et de moduler ainsi les effets d'échelle induits par la croissance importante de leur activité.

2.6.2 Organisationnels et fonctionnels

Organisationnels

Les deux organigrammes et les organisations respectives des deux structures ne sont pas explicites. Le manque de compréhension de ces éléments amène des retards dans les transmissions d'informations et dans la perception du parcours réel d'une admission. Cet élément est étayé par l'absence de documents formalisés sur ces sujets et par les nombreux questionnements formulés de part et d'autre concernant l'interlocuteur à contacter pour tel et tel sujet ou encore la personne censée réaliser telle ou telle action.

Fonctionnels

L'analyse fonctionnelle a montré des différences fondamentales dans chacun des paramètres de conception.

D'une certaine manière la demande induite par nos axes d'amélioration auprès de l'équipe d'Humensia est de moduler vers plus de contractualisation, ce qui n'est pas leur orientation privilégiée. Cette différence sur les modes de contrôle montre également que les équipes ne sont pas sensibles aux mêmes choses quand elles regardent l'activité, ce qui peut accroître les incompréhensions.

Du côté de l'organisation de l'équipe de Bel-Air, nous pouvons constater que les organisations des divisions horizontales et verticales ne sont pas favorables au développement de l'autonomie⁵⁹ des agents et peuvent limiter leurs marges de manœuvre. Cette structuration est en soi un frein à la montée en compétence de l'équipe et sera à considérer.

2.6.3 Politiques

Ici pensé sous le prisme des jeux de pouvoir et de la défense des intérêts. La présence de deux directions aux stratégies différentes génère des freins de par la divergence de certains intérêts et l'aménagement des zones d'incertitudes qui en résultent⁶⁰. Cet élément est corroboré par les zones de flou aménagées de part et d'autre concernant l'équilibre budgétaire des équipes respectives et les stratégies pour y remédier.

Certaines actions ou demandes concernant l'organisation d'une prise en soin ne présentent pas toujours de logique évidente en faveur de la qualité des soins et laissent envisager d'autres objectifs tacites :

- Par exemple la tentative systématique de maintenir en place les passages des rééducateurs libéraux, au détriment du nombre d'interventions réalisées par l'équipe alors que les libéraux y sont favorables et que cela permet une meilleure cohérence du séjour HAD.
Le fait que les interventions des libéraux soient rémunérées par l'HAD socle à un taux moins important que ce qu'ils nous versent pourrait être une illustration de cela.

⁵⁹ DUMOND J. P., Transformation des organisations de santé, p51-53 2024/2025, ESM-UPEC

⁶⁰ CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (2011). L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective. In L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective. Éditions Points.

L'autre piste pourrait être la recherche d'un gain de temps en fin de séjour du fait de ne pas avoir suspendu les libéraux. En effet cela économise des coûts de transaction dans l'organisation de la fin du séjour.

Le service socle en tant que détenteur de l'autorisation pourrait chercher à garder la main sur les organisations, nous ramenant à un rôle de prestataire. Sur la définition des parcours, il pourrait définir des process imposés à tous ses partenaires.

2.6.4 Culturels

Ici les deux équipes se rencontrent dans le champ de la prise en charge à domicile, notre équipe de rééducation est moins coutumière des modalités d'intervention et cherche à clarifier au maximum les organisations là où les experts du domicile admettent beaucoup plus facilement la part d'imprévu et les soucis de coordination liés à la pratique domiciliaire.

Il y a ici une **différence de culture**⁶¹ entre une équipe sanitaire de centre MPR ayant l'habitude d'avoir des procédures formalisées et recherchant à maximiser le temps auprès du patient, et une équipe spécialiste du domicile et de la prise en compte des aléas, habituée à une gestion souple permettant de s'ajuster aux différents éléments de contingence.

Les signaux abondants en faveur de cet élément sont présents dans les verbatims des équipes utilisés lors des critiques avancées. Avec d'un côté « flou », « désorganisé », « chronophage » de l'autre des éléments comme « rigidité », « productivisme » et « technicien ».

2.7 Défis managériaux et stratégie

2.7.1 Défis managériaux

La mise en perspective de la demande de ma direction à la lumière des éléments d'analyse révèle :

- Ici le **défi principal** est de parvenir à amener l'équipe de l'HAD socle à réaliser l'ensemble des tâches estimées comme faisant partie de ses prérogatives. Pour cela il faut parvenir à les formaliser de manière détaillée et les ramener à une échelle de temps de manière à disposer ensuite d'un document opposable. Nos organisations étant indissociables, rien ne pourra se faire si je ne parviens pas à les engager dans cette démarche. Il va donc falloir trouver un positionnement approprié afin de pouvoir induire chez eux le sentiment de nécessité de changement.

Les **bénéfices attendus** sont de pouvoir réaffecter le temps des rééducateurs sur la prise en soin et de disposer de délais clairs permettant d'améliorer la planification de l'équipe.

Mais comment y parvenir alors qu'il n'y a pas de ligne hiérarchique entre nous et que je ne connais pas les objectifs définis par leur direction ?

Comment avancer sur ce point menacer le partenariat et les bénéfices qu'il représente pour l'établissement SMR, sans risquer d'impacter la qualité de prise en charge apportée aux patients ?

⁶¹ DUMOND J. P., Transformation des organisations de santé, 2024/2025, ESM-UPEC

- Le **deuxième défi** sera celui de l'accompagnement de l'équipe de rééducation dans un exercice plus autonome de la planification et du dimensionnement de l'activité.

Comment les faire s'autonomiser sur ce point sans menacer l'atteinte des objectifs fixés en directoire. Ne risquent-ils pas de négocier ensuite la charge de travail à la baisse et de fait être contre-productifs au regard des objectifs futurs ? Comment concilier autonomie et management ?

Les **bénéfices attendus** sont de pouvoir les faire monter en compétence d'organisation et en compréhension des enjeux liés à l'activité tout en les préparant à la future croissance de l'équipe dans de bonnes conditions. Afin de diminuer les risques psychosociaux

2.7.2 Stratégie

Pour conduire l'équipe d'HAD socle à cela, je ne souhaite pas aborder la situation sous l'angle de réclamations directement dirigées, ce qui risquerait de générer de la réactance, et une dynamique d'attaque défense. D'autant plus que en tant que prestataire de l'HAD socle nous ne sommes pas dans le cadre d'une relation hiérarchique et mes leviers sont donc limités. Il serait improductif voire risqué de s'engager dans une dynamique de négociation frontale.

Alors comment les faire s'engager dans une dynamique de co-construction ?

Mon idée ici, est de profiter du bilan des un an et de la réunion inter établissements déjà prévue pour présenter de manière neutre les limites et axes d'amélioration constatés, tenant compte de leurs retours également, et ainsi **sous la forme d'une amélioration continue**, proposer de travailler ensemble sur la création de « parcours patients » dont l'**objectif tacite** sera de décrire les phases d'admission et de fin de prise en charge au prétexte de la collaboration lors de ces phases.

Associer l'équipe socle dans une démarche d'amélioration mettant en avant un gain en efficience et en qualité par la structuration des parcours d'admission et de fin de PEC, permettra d'éviter de confronter directement nos divergences d'opinions et de culture. Afin de dépasser les blocages culturels deux possibilités s'offrent à nous : la rhétorique et l'**expérience apprenante**⁶². Je fais le choix d'utiliser les expériences apprenantes qui prendront la forme d'ateliers participatifs⁶³.

Ici nous nous concentrons sur des changements à fort potentiel sur l'activité tout en limitant le risque de conflit avec la structure socle en maintenant un rapport gagnant – gagnant.

Dans cet esprit voici présenté ci-après les axes d'amélioration exposés lors de la réunion de janvier, les actions y sont volontairement englobées dans une démarche plus large.

⁶² DUMOND J. P., Transformation des organisations de santé, 2024/2025, ESM-UPEC

⁶³ AUTISSIER, D., & MOUTOT, J.-M. (2023). Chapitre 4. Les ateliers participatifs. In Méthode de conduite du changement—5e éd.: Vol. 5e éd. (P. 85-106). Dunod

Axe 1 : Optimiser l'activité:

Clarifier les organisations

- rédaction de parcours patients
- définition précise des rôles de chacun
- Définition claire des prérequis à la PEC

Améliorer la gestion de l'activité

- Optimiser les temps de PEC
- Utiliser les outils de gestion des tournées
- Remplir les plans de soins
- Mise en place d'un planificateur

Diversifier les adresseurs

- Partenariat avec le CHU (créneaux dédiés?)
- Prise en charge de patients en pré admission de Bel Air
- Communiquer auprès des acteurs de ville



Axe 2 : communication

Renforcer la coordination avec l'extérieur

- Information des adresseurs en amont et en aval de l'intervention
- renforcer le lien avec le service HC adresseur lors de la préadmission
- Rédaction d'un CR de consultation
- Mise en place d'un formulaire unique d'adressage

Fluidifier les échanges en interne

- Définir les circuits de communication
- Uniformiser les outils
- Rédaction d'un CR de consultation



Concernant le deuxième défi, la stratégie ici sera de mettre l'accent sur la montée en **compétence** et la **responsabilisation** de l'équipe. L'accompagnement, visera à les former à la compréhension des enjeux et aux méthodes d'évaluation de la capacité de prise en charge, par le biais d'un **apprentissage expérientiel**⁶⁴, basé sur la pratique réelle et l'analyse de celle-ci. Ceci permettra une mise en place progressive intégrant petit à petit les nouveaux savoirs dans les pratiques. L'autonomie de l'équipe ainsi accrue, elle sera en capacité de moduler l'activité en temps réel ce qui améliorera la réactivité lors des admissions et diminuera la dépendance directe à la

⁶⁴ AUTISSIER, D., DERUMEZ, C., & JOHNSON, K. J. (2024). Chapitre 5. Changement à l'échelle (change at scale). In Neo change (p. 90-125). EMS Éditions

hiérarchie. Ainsi investi dans le pilotage de l'activité, je déplacerai mes interventions vers la définition de trajectoires et la supervision globale de l'activité.

Ce travail permettra également de fédérer l'équipe autour de la création de ce poste de planificateur qui répond à leur demande d'allègement de cette charge administrative.

Maintenant que les enjeux, les défis et la stratégie pour les dépasser ont été abordés, je vais donc pouvoir débiter la partie mise en œuvre de ce projet, pour cela j'utiliserai les concepts de gestion de projet et de conduite du changement afin de traduire de manière opérationnelle les stratégies évoquées, de définir des séquences d'actions et leurs temporalités.

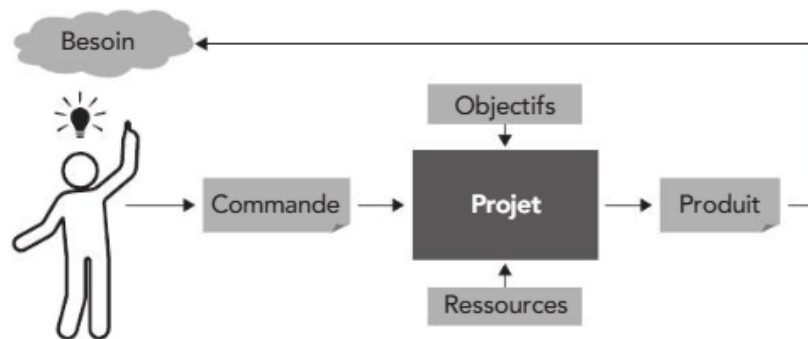
3 Mise en œuvre

3.1 Méthodologie

3.1.1 Choix de la démarche projet

Pour relever les défis posés par cette situation, j'ai décidé d'adopter une démarche projet.²

« C'est avant tout une façon particulière de traiter un problème. Cette façon repose sur une grande anticipation. En effet, il va falloir au début du projet imaginer tout ce que va être l'« histoire du projet » et raconter cette histoire avant qu'elle n'arrive ; c'est le principe du scénario. »⁶⁵



Le système projet

Cette façon d'aborder la situation permet de baliser par le biais d'étapes claires les grandes étapes

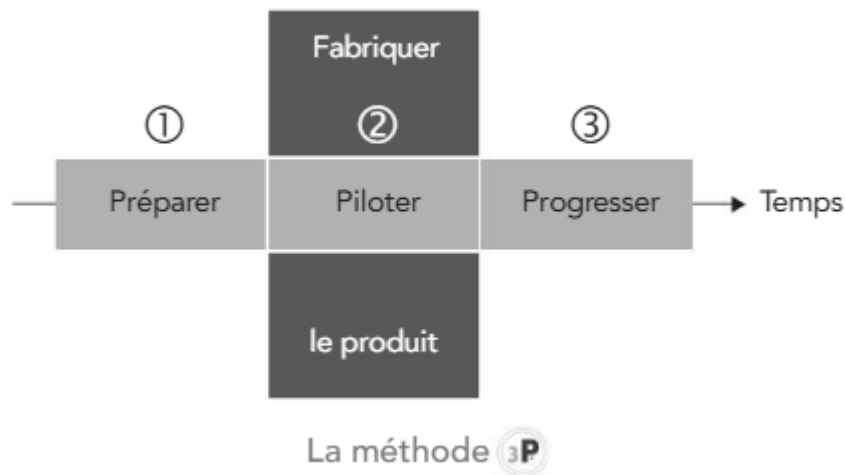
Je me suis inspiré de la méthode de conduite du projet des « 3P » développée par Hugues MARCHAT⁶⁶ qui propose une approche complète, allant de la reformulation de la commande en « mode projet » à l'analyse de l'adéquation entre les ressources et les objectifs afin de réussir la production d'un produit répondant au besoin initialement formulé.

⁶⁵ MARCHAT, H. & GRANIE Jean-Pierre. (2023). Le kit du chef de projet : Une méthode et des outils opérationnels pour réussir tous vos projets (7e édition). P 24 - 33 Eyrolles.

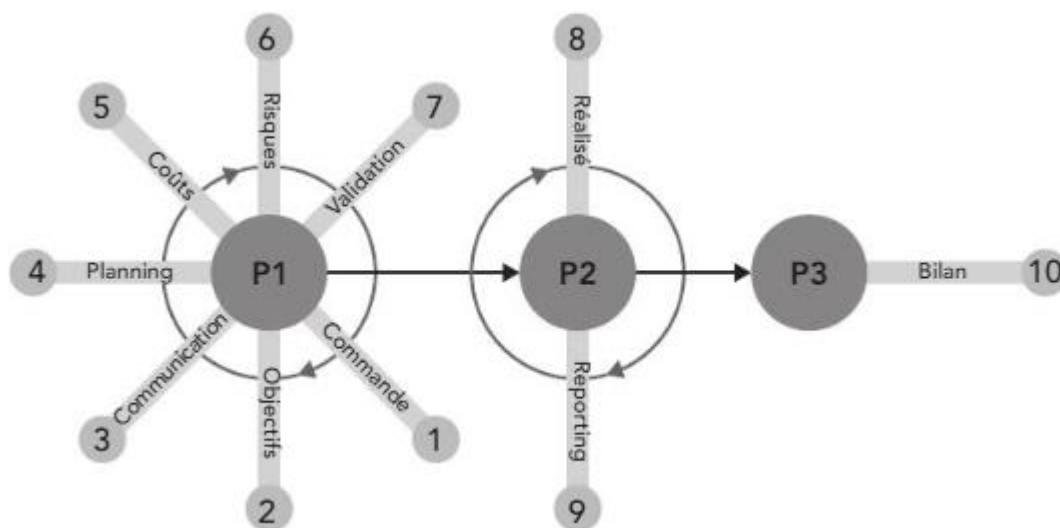
⁶⁶ IBID

J'ai donc structuré mon travail en trois parties :

- Phase de préparation
- Phase de pilotage
- Phase de progression



Chacune des parties comprend des étapes clés permettant de baliser et de structurer le projet. L'objectif étant de définir les enjeux, besoins et limites du projet afin de proposer un scénario réaliste tenant compte des éléments de contingence.



3.1.2 Construction de la conduite du changement

Pour la partie « fabriquer le produit » qui consiste en une conduite du changement je m'appuierai sur les concepts portés par David AUTISIER

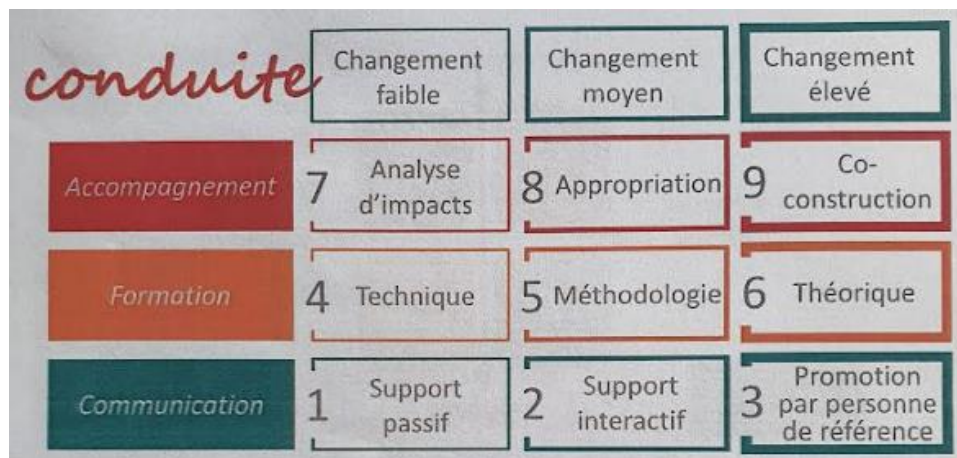
Il propose une méthode de conduite du changement complémentaire de la démarche projet initiée, reprenant notamment les différents niveaux d'analyse de la situation précédemment développée, mais il propose pour la partie conduite et pilotage, des concepts permettant de structurer la proposition d'actions.

Il propose un outil permettant d'évaluer l'intensité du changement⁶⁷ en utilisant des échelles de profondeur du changement et de largeur du changement. Appliquées à notre situation, de par l'existence des deux équipes, des liens autres que hiérarchiques et de la différence culturelle, elles indiquent que nous ne sommes pas ici dans un changement faible. Il conviendra donc d'appliquer des méthodes adaptées.

Il structure la conduite du changement en trois grands leviers d'action⁶⁸

- La communication
- La formation
- L'accompagnement

Lors de nos cours de gestion des ressources humaines cette année, M MARCHAND nous a proposé une modélisation inspirée des théories d'AUTISSIER et MOUTOT permettant d'envisager les actions à concevoir dans chacun des trois leviers en fonction du type de changement visé⁶⁹.



Ayant envisagé, grâce aux outils d'analyse, que nous sommes dans un changement moyen à fort, je fais le choix d'utiliser prioritairement les méthodes adaptées aux changements élevés.

3.2 Plan d'action

3.2.1 Le GANTT

Outil de planification indispensable, le diagramme de GANTT permet de représenter les différentes étapes du projet en faisant apparaître la dimension chronologique. Cela permet d'avoir une vision claire de la temporalité et des articulations qui le composeront⁷⁰.

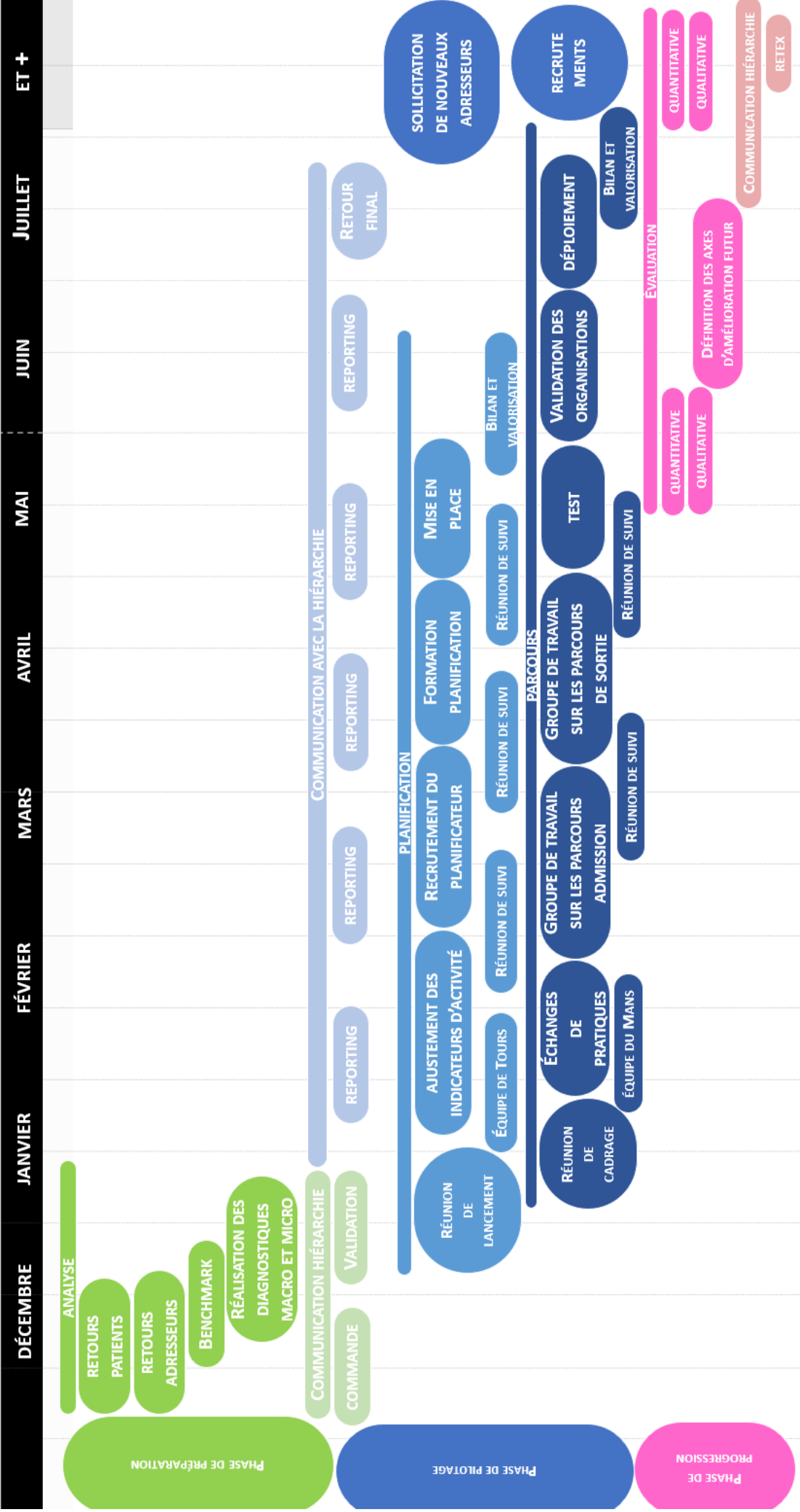
Je présente ici les trois phases de la méthode projet, avec pour chacune l'organisation des actions et leurs échéances respectives.

⁶⁷ AUTISSIER, D., & MOUTOT, J.-M. (2023). Chapitre 3. Le diagnostic du changement. In Méthode de conduite du changement—5e éd.: Vol. 5e éd. (p. 57-84). Dunod

⁶⁸ AUTISSIER, D., & MOUTOT, J.-M. (2023). Chapitre 11. L'émergence du changement agile. In Méthode de conduite du changement—5e éd.: Vol. 5e éd. (p. 295-310). Dunod

⁶⁹ MARCHAND X, Management RH : de la GEPP à l'organisation du travail 2024/2025, ESM-UPEC

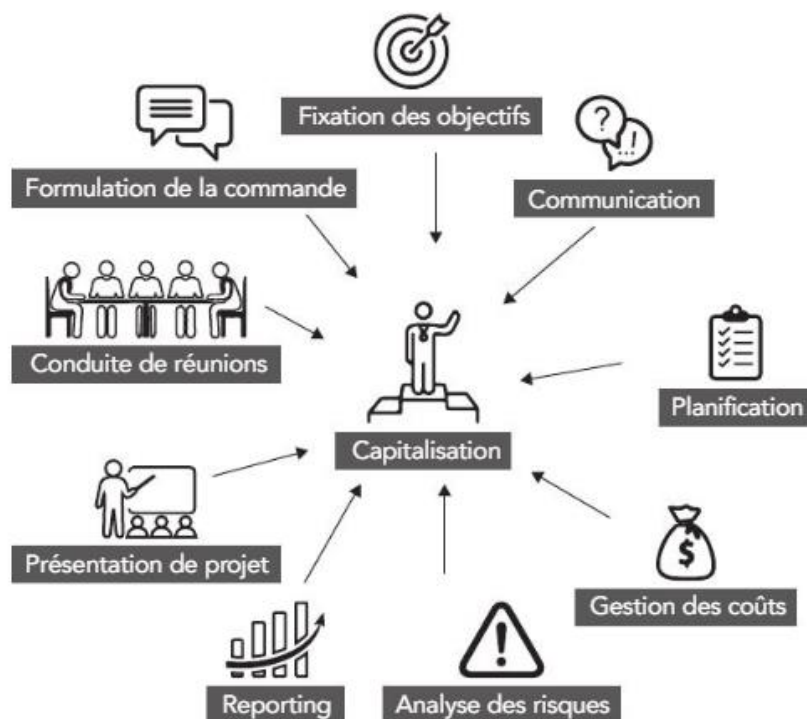
⁷⁰ MAES, J., & DEBOIS, F. (2023). Outil 31. Le diagramme de Gantt. In La boîte à outils du chef de projet—3e éd.: Vol. 3e éd. (p. 86-87). Dunod



3.2.2 Phase de préparation

Phase la plus importante du projet, elle intègre la prise en compte des différents paramètres influents sur la situation, permet de calibrer les budgets et plannings et de prendre en compte les différents freins. Un certain nombre de livrables sont envisagés pour baliser le projet.

Son point de départ est la commande formulée par le commanditaire, qui est ensuite traduite par le chef de projet. J'ai décrit cette phase dans la partie « mission » de ce travail.



Cette phase est représentée dans la partie « analyse de situation » de ce travail.

Les coûts

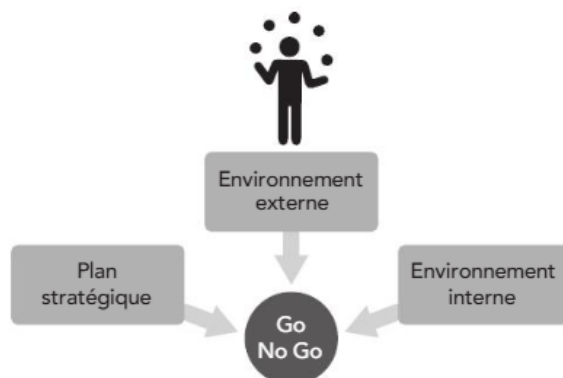
J'ai identifié ici les coûts a priori :

- Chef de projet : un 0.1 ETP est dégagé en théorie sur ce projet, mais en réalité ce temps correspond déjà à celui identifié pour la supervision de cette activité. Etant au forfait jours, mon temps ne représentera pas de surcoût.
- Planificateur : Recrutement d'un 0.1 ETP. Ce temps est financé sur un temps de secrétariat médical excédentaire déjà identifié et validé en directoire.
- Participation à la phase « parcours » : 40 à 45 heures par agent.
- Participation à la phase « planification » : entre 15 et 20 heures par agent

Nous voyons ici que le coût envisagé n'est pas négligeable. Afin de le contenir, je conviens avec la direction de moduler le staff hebdomadaire ces semaines-là afin de préserver au maximum le temps d'intervention.

Validation

La fin de la phase de préparation donnera lieu à une réunion de direction permettant de valider les constats et la stratégie par le biais d'un « go/ no go » et marquera le passage en phase de pilotage⁷¹.



Le plan d'action a été validé en directoire, ce qui m'a permis de lancer la phase d'intervention. La seule remarque était au sujet des échanges de pratiques (présentés ci-après) qui soulevaient des interrogations quant au maintien de l'activité. Après avoir défendu le caractère central de ce temps, j'ai reçu la validation finale pour la suite.

3.2.3 Phase d'intervention

J'identifie ici deux pans complémentaires d'action :

- Celui centré sur **la compétence de l'équipe** de rééducation à définir sa capacité de prise en soin et à **mener une planification autonome**, visant la diminution des risques psychosociaux et l'amélioration de la planification.

Le début de cette phase aura pour objectif de faire diminuer le niveau de stress de l'équipe, ce qui potentialisera la réussite du second volet d'action. Elle est identifiée sous le titre « planification » dans le GANTT

- Le second est à destination des deux équipes et porte sur leur rencontre en vue de **co-construire et de formaliser ensemble les nouveaux parcours d'admission et de sortie** en utilisant des temps de communication avec un pair légitime, des échanges de pratique et des ateliers participatifs et de la formation à de nouveaux outils.

Cette phase est identifiée sous le titre « parcours » dans le GANTT

Pour concevoir ces actions, j'ai utilisé le modèle de conduite du changement de David AUTISSIER et Jean Michel MOUTOT étudié cette année⁷².

Ainsi dans chacun des pans nous retrouverons des actions visant à communiquer, former et accompagner les équipes dans le cadre d'un changement élevé. Ici par accompagnement nous entendons une approche basée sur des expériences apprenantes et des ateliers participatifs.

⁷¹ MARCHAT, H. & GRANIE Jean-Pierre. (2023). Le kit du chef de projet : Une méthode et des outils opérationnels pour réussir tous vos projets (7e édition) P45. Eyrolles.

⁷² MARCHAND X, Management RH : de la GEPP à l'organisation du travail 2024/2025, ESM-UPEC

Communication

A destination de l'équipe de rééducateurs :

- Réunion de lancement afin de réunir l'équipe pour lui signifier l'attention toute particulière portée à la prévention des RPS et de lui communiquer la finalité des étapes suivantes concernant ce volet.
- Rencontre avec les planificateurs de l'équipe de Tours afin de bénéficier de leur expérience en termes de planification d'activité et faciliter la prise de poste du planificateur.
- Réunions de suivi afin de consolider les acquis et poursuivre l'apprentissage.
- Réunion de fin de projet pour faire le bilan et célébrer les réussites⁷³

A destination des deux équipes :

- Réunion de lancement regroupant les deux directions afin de présenter les enjeux et les bénéfices de cette proposition d'évolution. Le but ici est d'associer l'ensemble des acteurs principaux au projet en présentant une note de cadrage visant à créer la mise en mouvement comme le définit l'image de « burning platform »⁷⁴.
- Organisation de journées d'immersion entre les deux équipes afin que chacun puisse percevoir l'univers et les contraintes de l'autre. Ici mis dans les champs de la communication, il servira de levier pour les étapes de co-construction. C'est une étape importante au regard de la différence de culture professionnelle.
- Rencontre de l'équipe d'HAD du Mans, équipe ayant un partenariat similaire au notre mais dont les organisations divergent, afin de recueillir une expérience légitime et neutre d'un acteur spécialisé, mais n'étant pas concurrent car venant d'un secteur différent du nôtre.
- Réunions de suivi afin de consolider les acquis et poursuivre l'avancée du travail.
- Réunion de validation des process suite à la phase de test.
- Réunion de fin de projet pour faire le bilan et célébrer les réussites.

Accompagnement

A destination de l'équipe de rééducateurs :

- Co-construction d'indicateurs d'activité dynamiques : ce premier temps a pour but de faire travailler l'équipe autour de la quantification de l'activité maximum, et d'identifier les perturbateurs (absences, augmentation de la charge administrative, secteurs non harmonieux) et de convenir ensemble de l'impact potentiel de ces derniers sur la capacité en file active. J'utiliserai pour cela des études de cas, permettant de simuler différentes situations et de réfléchir ensemble autour de cas concrets.

Ainsi le modèle résultant permettra une amélioration de l'évaluation de la capacité de prise en soin à priori, légitimant l'équipe dans l'ajustement des cibles d'activité. Cette étape a pour but de valoriser le « *pouvoir d'agir* »⁷⁵, diminuer le niveau de stress de l'équipe et est préliminaire aux étapes en équipes réunies.

⁷³ MARCHAT, H. & GRANIE Jean-Pierre. (2023). Le kit du chef de projet : Une méthode et des outils opérationnels pour réussir tous vos projets (7e édition) P108 - 113. Eyrolles.

⁷⁴ AUTISSIER, D., & MOUTOT, J.-M. (2023). Chapitre 3. Le diagnostic du changement. In Méthode de conduite du changement—5e éd. : Vol. 5e éd. (P. 57-84). Dunod

⁷⁵ CLOT, Y. (2017). Travail et pouvoir d'agir ([2e édition]). Presses universitaires de France.

- Consolidation en équipe des évolutions par l'intégration des compétences de planification et les nouveaux processus définis dans le volet 2 au sein des pratiques de gestion de la charge de travail.

A destination des deux équipes :

- Les équipes seront ici invitées à une démarche de co-construction des processus d'admission et de fin de prise en soin au travers d'ateliers participatifs⁷⁶.
- Au cours d'un premier atelier, elles seront amenées à décrire l'existant au travers d'études de cas formalisant les deux grandes situations d'admissions (relai après hospitalisation et intervention dans un contexte d'activité libérale en place). Cette séance permettra d'initier les réflexions sur les axes d'amélioration et s'appuiera sur la connaissance mutuelle acquise lors des échanges.
- Dans un second temps, forts des constats et questionnements soulevés par le premier atelier, nous proposerons un atelier de type « pont de corde »⁷⁷. Il permettra de formaliser l'existant, de définir en équipe la cible à atteindre et d'envisager ensemble les étapes pour y parvenir.
- Enfin sur la base de la production de l'atelier précédent, le groupe se réunira en deux ou trois ateliers participatifs pour formaliser ensemble les nouveaux processus d'admission et de sortie.
- Pour finir, une étape de test sur des admissions réelles permettra la consolidation des organisations envisagées.

Formation

A destination de l'équipe de rééducateurs :

- Formation à la planification et au logiciel Géosoin®, outil de gestion des tournées interopérable avec le dossier patient informatisé qui permettra à l'équipe d'être plus efficace dans la planification de ses tournées, le planificateur et l'équipe y seront formés afin de pouvoir pallier à un éventuel absentéisme.

A destination des deux équipes :

- Formation à l'utilisation d'un outil de travail collaboratif de type TRELLO® qui permettra aux équipes de mieux collaborer à l'avenir et d'avoir une information sur l'état d'avancement de l'admission, ce qui permettra davantage de fluidifier les parcours.

Ce plan d'action est pensé afin d'être rapidement bénéfique sur le plan des risques psychosociaux, tout en permettant une co-construction efficace respectant les cultures et les besoins de chacune des équipes, permettant à terme de consolider le partenariat, d'améliorer la satisfaction des partenaires et des patients.

⁷⁶ AUTISSIER, D., & MOUTOT, J.-M. (2023). Chapitre 4. Les ateliers participatifs. In *Méthode de conduite du changement*—5e éd.: Vol. 5e éd. (P. 85-106). Dunod

⁷⁷ AUTISSIER, D., MOUTOT, J.-M., JOHNSON, K., & METAIS-WIERSCH, E. (2022). Outil 44. L'atelier pont de corde. In *La boîte à outils de la Conduite du changement et de la transformation*—2e éd.: Vol. 2e éd. (P. 128-129). Dunod

Adaptation

Durant cette phase de pilotage, bien qu'étant planifiées à l'avance, les étapes ne se dérouleront probablement pas exactement comme envisagées. Il est de mon rôle de réaliser un suivi précis des différentes sous parties pour déceler les phénomènes de blocage ou de ralentissement afin de moduler la stratégie en temps réel.

Reporting

Comme évoquée plus haut, la validation du projet par la direction sera le point de départ des actions terrain, elle sera soutenue par la présentation des éléments développés dans la partie « analyse ».

Tout au long de ce projet, un reporting mensuel sera réalisé en directoire accompagné du suivi des indicateurs d'activité. Ce temps permettra de suivre l'évolution du projet et le cas échéant permettra de valider ensemble les stratégies d'ajustements nécessaires.

A l'issue de la phase d'action, un bilan sera effectué également en directoire.

L'ensemble des étapes de communication avec ma hiérarchie est présenté dans le GANTT sous le titre « communication hiérarchie ».

3.2.4 Phase d'évaluation

Cette étape permet de valider l'adéquation entre les objectifs définis et les résultats produits par les actions. Pour cela il est nécessaire de définir des critères d'évaluations

Ici nos objectifs sont doubles, nous visons une amélioration de la QVCT des agents et une amélioration des composantes de l'activité.

L'impact en termes de fluidification des parcours s'objectivera en quantitatif et en qualitatif.

Celui sur la QVCT se fera en qualitatif.

Evaluation quantitative : Indicateurs

Le bénéfice en termes d'activité se recueillera au regard des chiffres relatifs à cette dernière et des questionnaires de satisfaction.

La qualité de prise en soin ayant été mesurée comme bonne avant le début de ce projet, il sera primordial de veiller au maintien de cette dernière. L'amélioration des indicateurs d'activité n'ayant de valeur que s'ils progressent sans dégradation des autres.

Je retiens les indicateurs suivants :

- Nombre de prises en soin décalées à moins d'une semaine du début de la PEC
- Taux de satisfaction
- Délai d'admission
- Nombre de patients suivi par semaine⁷⁸
- Nombre d'actes hebdomadaires
- Ratio activité / objectifs

⁷⁸ Annexe n° 4

Evaluation qualitative

Une seconde enquête auprès des partenaires sera réalisée afin de recueillir l'évolution de leur satisfaction sur les différents éléments de l'intervention (délai, communication, relai)

Cette partie se fera en analysant les retours des équipes d'amont et d'aval. Un questionnaire particulier sera accordé à l'évolution constatée ou non sur les sujets abordés lors de l'enquête préliminaire.

L'atteinte des objectifs en termes de prévention des RPS s'objectivera au travers d'une enquête réalisée auprès des agents avant l'intervention et suite à cette dernière. Une réévaluation à 3 mois puis six mois permettra de vérifier la consolidation des gains.

3.3 Evaluation globale du projet

3.3.1 Etat d'avancement : retour d'expérience

Actuellement, le projet est encore en cours de déploiement, je vais présenter ici un état d'avancement de chacune des deux phases.

Mise en place des parcours

La formalisation des parcours a pris plus de temps que prévu car comme évoqué dans la partie « défis », la difficulté majeure était d'engager l'établissement socle dans la démarche.

Suite à la réunion de cadrage qui s'est bien passée, nous avons validé ensemble le calendrier des échanges. Cependant, les choses se sont rapidement montrées plus compliquées que prévues :

- Exprimant un sous-effectif, l'équipe de l'HAD socle n'a pas souhaité venir faire la journée d'échange avec le centre du Mans.
- L'échange de pratiques entre nos deux services a été, lui aussi, revu à la baisse. Nos équipes sont allées faire une immersion d'une matinée chacune, ce qui limite les bénéfices de cet échange.
- Le jour du premier atelier de réflexion autour des parcours, l'équipe de l'HAD socle m'a contacté trente minutes avant, m'indiquant que leur direction ne souhaitait pas qu'ils participent avant d'avoir eu des réflexions en interne sur ces sujets.

D'abord déstabilisé, j'ai ensuite proposé aux rééducateurs de tout de même nous réunir afin de travailler sur la partie de l'admission qui ne relevait que de notre service. Cet atelier nous a permis d'identifier plusieurs biais dans nos organisations :

- Suite à la consultation médicale, la secrétaire attendait que le compte rendu soit validé pour le transmettre, ce qui est la procédure standard. Sauf que dans le cas de notre équipe, le docteur ne travaillant que les mardis. Cela nous imposait systématiquement un délai supplémentaire d'une semaine. Nous avons donc convenu, que dès le lendemain, un compte rendu temporaire serait adressé afin de permettre à l'HAD socle de préparer son admission.
- Du fait de la proximité entre le SMR et l'équipe d'HAD-R, certaines demandes étaient directement déposées sur le bureau de la secrétaire durant des temps où elle n'était pas en mission pour l'HAD-R. cela était source de

désorganisation et de retard dans la prise en compte des dossiers. Un point a donc été fait afin de clarifier les conditions d'adressage passant par la boîte sécurisée du service. En parallèle, une réunion de coordination s'est mise en place avec les cadres des unités de soin du SMR afin de favoriser les échanges avec l'HAD socle (cet élément faisait partie de leur retour).

Au staff inter équipe suivant, j'ai proposé de faire un point avec l'équipe socle afin de lui faire part de nos premiers travaux, lui indiquant que nous souhaitons poursuivre ces réflexions avec eux. Ce temps a été fructueux, les pistes envisagées ont donc été validées et un nouveau rendez-vous a été convenu.

Suite à cela les deux équipes se sont rencontrées à quatre reprises, ce qui a permis de définir les parcours⁷⁹. A ce jour, ils sont encore en phase de test pour une validation prochaine.

Planification

Concernant les actions visant l'équipe de rééducateurs, les ateliers ont permis de monter en compétence et en compréhension des facteurs influençant la capacité de prise en soin. Les indicateurs sont ajustés directement dans le tableau de suivi sous forme de commentaire de manière anticipée.

Le poste de planificateur vient seulement d'être créé suite à un blocage interne non anticipé. En effet ce poste validé par la direction sur un excédent de temps de secrétariat médical a mis du temps à se mettre en place car le médecin chef, pourtant présent lors des directoires s'est dans un premier temps opposé au détachement d'un de ses agents, craignant un impact sur les temps alloués aux médecins.

L'effet de ce travail sur leur investissement a été majeur. Effectivement, ils déclarent une plus grande satisfaction dans leur travail et se montrent très engagés dans l'optimisation de l'activité, proposant spontanément d'augmenter le nombre de patients quand les secteurs sont favorables.

Résultats

A ce jour, les impacts sur l'activité ne sont pas encore objectivables bien que l'on constate une meilleure corrélation entre les effectifs et l'activité.

Cependant, les durées d'admissions se sont améliorées de plus de sept jours et les relations sont plus apaisées entre les deux équipes.

L'équipe de rééducateurs dit ressentir « un mieux-être » au travail et ne ressent plus la pression inhérente aux objectifs. Une évaluation de la QVCT prochaine permettra probablement d'objectiver ce déclaratif.

3.3.2 Axes d'amélioration

Les difficultés rencontrées dans la conduite de ce projet m'ont contraint à prendre du recul afin de réagir. A l'analyse des étapes franchies je relève certains axes d'amélioration pour un éventuel projet futur :

- Je pense que le mouvement de recul de la part de l'HAD socle a été causé par un planning trop court, ce qui a peut-être induit de la méfiance.

⁷⁹ Annexe n° 2

Etant dans le cadre d'un travail universitaire, j'avais à cœur d'être garant du déploiement de ce projet et espérais un avancement maximal pour la fin juin. Cet empressement a failli générer un blocage. Il aurait mieux valu proposer une réunion conjointe de calage des échéances. La temporalité proposée ne servait plus directement le projet, mais mon besoin d'avancer dans une temporalité universitaire contrainte.

Point positif, lors de ce refus : J'ai rapidement identifié mon erreur et n'ai donc pas insisté. J'ai au contraire respecté leur choix en restant disponible, ce qui a permis un mois plus tard de partager les ateliers avec eux. Durant ce temps pour ne pas démobiliser l'équipe j'ai proposé d'axer notre travail sur toute la partie de l'admission qui nous incombait et cela a permis de relever de nombreux points d'amélioration. De ce fait nous avons diminué notre délai d'admission de plus d'une semaine.

- J'avais mal considéré les possibilités de blocage en interne dans la création du temps de planificateur. Bien que validée en directoire, les équipes de secrétariat faisant partie des effectifs du médecin chef du SMR, j'aurais dû l'intégrer aux parties prenantes et envisager un possible frein de ce côté-là.

Malgré une analyse approfondie, j'avais oublié cet élément et cela me confirme à quel point il est important de prendre le recul nécessaire afin de n'oublier aucun acteur lors de cette phase préparatoire.

- J'étais un peu hésitant initialement sur le fait de donner l'ensemble des enjeux à l'équipe de rééducateurs. J'avais minimisé les bénéfices à autonomiser celle-ci. J'envisageais les bienfaits concernant les RPS, mais je craignais que cela ne puisse complexifier mon pilotage futur de l'activité. Travailler de manière moins descendante, en les formant, expliquant les enjeux, permettent des remontées d'informations plus qualitatives. Ils apportent une analyse du terrain plus fine que les projections réalisables à mon échelle.

Je souhaite à l'avenir beaucoup plus rechercher l'autonomisation des équipes, tant pour les bénéfices apportés aux agents que pour ceux concernant la qualité des données d'activité.

3.3.3 Perspectives

Au fil de ce travail, de mes recherches et lectures, je me suis intéressé au concept de "pouvoir d'agir" traité par Yves CLOT, il en fait la définition suivante : « *vivre au travail c'est donc pouvoir y développer son activité, ses objets, ses outils, ses instruments, ses destinataires, en affectant l'organisation du travail par son initiative* ». ⁸⁰

Initialement perçu à travers la vision de l'autonomie du cadre, je questionnais le pouvoir d'agir autour des libertés de manœuvre laissées ou non. Je pensais donc être dans le champ de l'autonomie.

Mais, petit à petit, j'ai intériorisé la notion, comprenant mieux le sens derrière le terme "capacité à affecter l'organisation du travail". En effet, le pouvoir d'agir pourrait ainsi se penser comme la capacité laissée par l'organisation, l'autonomie conférée à l'agent dans son travail et son expression, d'avoir un impact sur ce dernier. C'est cela que viendrait menacer une vision gestionnaire des organisations de plus en plus "hygiéniste".

⁸⁰ CLOT, Y. (2017). Travail et pouvoir d'agir ([2e édition]) P7. Presses universitaires de France.

Au-delà de pouvoir ou ne pas pouvoir faire, il est question ici de pouvoir, à partir du conflit de critères, sur la qualité, le travail bien fait, d'être en mesure de créer un espace de discussion, permettant la Co-construction des futures modalités de travail. Selon Yves CLOT, ce n'est pas l'existence du conflit de critères, qui lui est inhérent à l'activité et inévitable, mais l'impossibilité d'en faire une "occasion d'ingéniosité" qui pose problème.

C'est cette intériorisation du conflit de critères qui mène aux problématiques de psychopathologie au travail. Au même titre, une parole libérée dont on ne fait rien est dangereuse car elle suscite de la défiance. Yves CLOT dit "*les gens ont horreur que l'on ne fasse rien de ce qu'ils disent. Il n'y a rien de pire que la parole inutile.*" Dans les deux cas, par un mécanisme d'intériorisation de la frustration (de par le dialogue empêché), un phénomène de rumination se met en place. Et c'est cela qui pose la problématique de santé au travail selon Yves CLOT.

On ne peut pas tout mettre en discussion, mais une organisation du travail qui ne permet pas la discussion autour du conflit de critères, engendre des problématiques de santé au travail et des comportements de contournement⁸¹, comme dans l'affaire du « diesel gate » au sein de l'entreprise Volkswagen.

A cet éclairage, je perçois le caractère fondamental, essentiel de cette notion. Cela permet d'ouvrir des perspectives concernant mon rôle de cadre supérieur dans le management et la structuration des organisations, en définissant des espaces de travail plus collaboratifs, responsabilisant mes équipes, et les accompagnant dans un exercice d'autonomie supervisé, source d'épanouissement et de productivité.

C'est justement le rôle du cadre supérieur de définir des espaces de délégation dont il est garant ⁸², utilisant son expertise, son positionnement et sa capacité de prise de recul pour participer à la définition de stratégies d'établissement adaptées aux différents contextes d'interventions.

⁸¹ BRUGIERE, F., GLAYMANN, D., & TIFFON, G. (2023). Pouvoirs au travail : Management, statuts et autonomie dans les situations de travail contemporaines. Octarès.

⁸² BERCOT, R. (2020). Le rôle du cadre supérieur de pôle. Soins cadres, 29(123), 55-59.

Conclusion

Les actions en cours et à venir devraient permettre à l'HAD-R de Bel-Air de relever les défis qui se présentent à elle. Mais plus important encore, ce travail m'a permis de développer les compétences et la méthode nécessaires pour aborder les challenges futurs. Entre cours théoriques, mises en pratique et travail sur la posture, cette année universitaire aura été riche d'enseignements, de doutes et de réussites. Cela m'a permis de progresser, tant au niveau de mes connaissances que dans mes capacités d'analyse et de mon positionnement.

La formation des managers en santé est un levier fort de changement, permettant d'allier notre expérience de terrain aux techniques de gestion hospitalières.

Entre évolutions démographiques, innovations politiques et réalités économiques, le monde de la santé va poursuivre sa transformation. Le besoin en biens de santé croissant, couplé à une raréfaction des professionnels, la désertification des territoires ruraux, sont autant de perspectives qui peuvent se montrer inquiétantes.

C'est dans ce contexte que nous aurons un rôle à jouer. A nous de faire la différence, avec agilité, éthique et discernement, pour accompagner au mieux l'hôpital dans ses mutations, nos équipes dans leurs reconfigurations et nos patients dans leurs besoins. A nous de défendre nos valeurs tout en prenant en compte la réalité du contexte.

Nous aurons la responsabilité de préparer nos collaborateurs et de les accompagner dans ces changements, les impliquant toujours plus, les autonomisant, tout en leur apportant un cadre d'intervention. Il nous faudra pour cela, repenser les modes de travail et la formation professionnelle. De cette année, je retiendrai particulièrement les mots de notre professeur Xavier MARCHAND nous scandant que les compétences ne sont pas transférables, et qu'elles s'acquièrent par l'activité. Ainsi il nous faudra sortir de nos approches pédagogiques pour entrer dans le champ de la maïeutique si cher à Socrate.

« Dites-moi et j'oublierai, enseignez-moi et je me souviendrai, impliquez-moi et j'apprendrai. »

Benjamin Franklin

Bibliographie

Ouvrages

AUTISSIER, D., DERUMEZ, C., & JOHNSON, K. J. (2024). Neo change. Nouvelles pratiques pour changer le changement. EMS Éditions

AUTISSIER, D., & MOUTOT, J.-M. (2022). Le changement agile. Se transformer rapidement et de manière durable. Dunod

AUTISSIER, D., & MOUTOT, J.-M. (2023). Méthode de conduite du changement—5e éd. Diagnostic, Accompagnement, Performance: Vol. 5e éd. Dunod

AUTISSIER, D., MOUTOT, J.-M., JOHNSON, K., & METAIS-WIERSCH, E. (2022). La boîte à outils de la Conduite du changement et de la transformation—2e éd.: Vol. 2e éd. Dunod

AUTISSIER, D., VANDANGEON, I., VAS, A., & JOHNSON, K. (2024). Conduite du changement : Concepts-clés—3e éd. 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs : Vol. 3e éd. Dunod

BERTHET, V., & AUTISSIER, D. (2021). Stop aux erreurs de décision ! Connaître et manager les biais cognitifs avec le Cognitive Bias Inventory (CBI). EMS Éditions

BONNET, X., & PONCHON, F. (2018). L'usager et le monde hospitalier. 50 fiches pour comprendre le fonctionnement hospitalier : Vol. 7e éd. Presses de l'EHESP

BRAS, P.-L., DE POUVOURVILLE, G., & TABUTEAU, D. (2009). Traité d'économie et de gestion de la santé. Presses de Sciences Po

BRUGIERE, F., GLAYMANN, D., & TIFFON, G. (2023). Pouvoirs au travail : Management, statuts et autonomie dans les situations de travail contemporaines. Octarès.

CHARAZAC, P. (2020). 18. Le domicile. In Aide-mémoire Psychogériatrie—3e éd : Vol. 3e éd. (P. 397-410). Dunod

CHARRAS, K., REINTJENS, C., & TROUVE, E. (2016). Chapitre 8. Approche écologique des relations personne-environnement. In Agir sur l'environnement pour permettre les activités (p. 107-124). De Boeck Supérieur

CHAUVET, C. (2022). Chapitre 3. Les coûts partiels. In Le contrôle de gestion... Mais c'est très simple ! (P. 61-89). Dunod

CHEVALIER, L. B. J., MARQUESTAUT, O., LUKACS, B., & DE STAMPA, M. (2015). Impacts sur les pratiques professionnelles d'un protocole de soins mis en place entre l'hospitalisation avec hébergement et l'hospitalisation à domicile. Santé Publique, Vol. 27(2), 205-211

CLOT, Y. (2015). Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. La Découverte

CLOT, Y. (2017). Travail et pouvoir d'agir ([2e édition]). Presses universitaires de France.

COFEMER. (2024). Item 122 Professionnels de rééducation et de réadaptation. In COFEMER (Éd.), Médecine physique et de réadaptation (p. 25-37).

CROZIER, M., & FRIEDBERG, E. (2011). L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective. In L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective. Éditions Points.

- DAUBIER, M., & DAUBIER, S. (2022). Outil 64. Le modèle PESTEL. In *Pro en Agilité* (p. 190-191). Vuibert
- DJAOUI, E. (2014). *Intervenir au domicile : Vol. 3e éd.* Presses de l'EHESP
- DREYER, P. (2016). Chapitre 7. Significations symboliques de la maison. In *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (p. 91-105). De Boeck Supérieur
- DUMOND J. P., MASQUELET A. C. (2021). *La grande transformation hospitalière : Vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles.* Éditions Seli Arslan.
- DUPUIS, J.-C., & DESNOËS, G. (2021). Chapitre 5. Faire vivre un « professionnalisme délibéré ». Un possible.... L'organisation matricielle et subsidiaire. In *Diriger au sein des nouvelles organisations sociales et médico-sociales* (p. 103-120). Dunod
- DURAND, N. (2015). L'optimisation du circuit administratif du patient et sa participation à la performance d'une organisation au profit de l'usager. In *Performance et innovation dans les établissements de santé* (p. 207-236). Dunod
- FERMON, B., & GRANDJEAN, P. (2015). *Performance et innovation dans les établissements de santé.* Dunod
- FOUCAULT, M. (1993). *Surveiller et punir : Naissance de la prison.* Gallimard.
- LANORE, P. (2023). *Guide indispensable des décisions efficaces. De Maslow à la matrice BCG, les modèles pour décrypter, comprendre et agir.* Mardaga
- LOUAZEL, M., MOURIER, A., OLLIVIER, E., & OLLIVIER, R. (2018). *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé.* Presses de l'EHESP
- MAES, J., & DEBOIS, F. (2023). *La boîte à outils du chef de projet—3e éd : Vol. 3e éd.* Dunod
- MARCHAT, H. & GRANIE Jean-Pierre. (2023). *Le kit du chef de projet : Une méthode et des outils opérationnels pour réussir tous vos projets (7e édition).* Eyrolles.
- Mauro, L. (2017). *Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016).*
- MINVIELLE, É., GALLOPEL-MORVAN, K., JANUEL, J.-M., & WAELLI, M. (2018). *Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion.* Presses de l'EHESP
- NOGUERA, F., & PLANE, J.-M. (2016). *Le Leadership. Recherches et pratiques.* Vuibert
- SAINT-MICHEL, S. E. (2023) *Théories du leadership.* La Découverte

Articles

- BARILLE, C. (2011). Hôpital ou soins à domicile ? L'hospitalisation à Paris à la fin du XIXe siècle. *Revue d'histoire de la protection sociale*, N° 4(1), 77-99
- BARRE, C., COISY, F., GRELU, J.-S., GRAU-MERCIER, L., BOBBIA, X., & CLARET, P.-G. (2024). Taux de réadmission à l'hôpital des patients sortant des urgences en hospitalisation à domicile : Une étude rétrospective monocentrique. *Annales françaises de médecine d'urgence*, Vol. 14(2), 89-96
- BERCOT, R. (2020). Le rôle du cadre supérieur de pôle. *Soins cadres*, 29(123), 55-59.
- BRASSEUR, M. (2022). Ce qui nous est commun nous désunit-il forcément ? : Les conflits interpersonnels au travail sous le prisme de l'école de Palo Alto. *Revue Française de Gestion*, 48(302), 15-32.

ETTORCHI-TARDY, A., LEVIF, M., & MICHEL, P. (2011). Le benchmarking : Une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 42(1), 35-46

DE STAMPA, M., CHEVALLIER, L. B. J., & LOUISSAINT, T. (2022). Organisation du transfert des patients de l'hospitalisation conventionnelle vers l'hospitalisation à domicile. *Santé Publique*, Vol. 34(6), 813-819

GENTIN, M., MARQUESTAUT, O., & de Stampa, M. (2019). Soins en HAD : aspects cliniques, complexité et modalités d'intervention des soignants. *Santé Publique*, Vol. 31(2), 269-276

GUILLAIN, J.-Y. (2021). Mise en place d'une équipe autonome : Étude exploratoire dans une entreprise de réseau. *Question(s) de management*, n° 35(5), 61-71

Dossiers

Admission en HAD : comment être réactif. (S. d.). Consulté 12 février 2025, à l'adresse <https://www.anap.fr/s/article/admission-had-comment-etre-reactif>

DGOS. (S. d.). L'hospitalisation à domicile (HAD). Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté 27 avril 2025, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>

Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) —Un essor important, en deux temps | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (S. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/les-dossiers-de-la-drees/dix-ans-dhospitalisation-domicile-2006>

Dossier complet – Département d'Indre-et-Loire (37) | Insee. (S. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-37>

Guide Méthodologique HAD 2024 | Publication ATIH. (2024). <https://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-had-2024-0>

L'ARS Centre-Val de Loire publie son projet régional de santé 2023-2028. (2024, février 28). <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lars-centre-val-de-loire-publie-son-projet-regional-de-sante-2023-2028>

Les établissements de santé en 2022—Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (S. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240718_Panorama_EtablissementsSante2024

Les grands modèles d'analyse des RPS | Santé Travail FP. (S. d.). Consulté 7 avril 2025, à l'adresse <https://www.santetravail-fp.fr/risques-psychosociaux/comprendre/les-grands-modeles-danalyse>

Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser | Travail-emploi.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. (2011, avril 11). <https://travail-emploi.gouv.fr/mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-pour-les-maitriser>

Publications FNEHAD. (S. d.). FNEHAD. Consulté 28 avril 2025, à l'adresse <https://www.fnehad.fr/espace-delegues-regionaux/publicationsfnehad/>

Référentiel qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) | Anact. (2023). <https://www.anact.fr/referentiel-qualite-de-vie-et-des-conditions-de-travail-qvct>

Résultats de la recherche pour « had » (page 1 sur 10), COUR DES COMPTES | Cour des comptes. (2023, juillet 5) https://www.ccomptes.fr/fr/recherche?items_per_page=10&search=had&sort_by=search_api_relevance&f%5B0%5D=institution%3A98

Risques psychosociaux (RPS). Questionnaires risques psychosociaux—Risques—INRS. (2022). <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/questionnaires.html>

Sites internet

Centre de l'Arche. PRH - Pôle Régional du Handicap. Consulté 29 avril 2025, à l'adresse <https://asso-prh.fr/centre-de-larche/>

Edition, S. Sofmer.com. Consulté 8 mai 2025, à l'adresse <https://www.sofmer.com/?pageID=2a93154be328911ed032e378106b1523>

La MPR, une discipline médicale à part | Sornest. Consulté 8 mai 2025, à l'adresse <http://sornest.fr/grand-public/la-discipline-de-la-mpr/>

Le CHRU de Tours et ses partenaires. Le GHT. CHRU de Tours. Consulté 2 mai 2025, à l'adresse <https://www.chu-tours.fr/le-chru-et-ses-partenaires/le-ght/>

Légifrance—Le service public de la diffusion du droit. Consulté 11 Février 2025, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Les groupements hospitaliers de territoire—GHT. (2024, avril 25). <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoire-ght>

Qu'est-ce que l'HAD? FNEHAD. Consulté 28 avril 2025, à l'adresse <https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>

SMR de la Menaudière | Soins médicaux et de réadaptation | MGEN. Consulté 29 avril 2025, à l'adresse <http://proximite.mgen.fr/212>

Cours

DUMOND J. P., Transformation des organisations de santé, 2024/2025, ESM-UPEC

MARCHAND X, Management RH : de la GEPP à l'organisation du travail 2024/2025, ESM-UPEC

Annexes

Annexe 1 : Extraits de la réunion de cadrage du 16/01/25	
Annexe 2 : parcours admission et sortie rédigés	
Annexe 3 : Outil de suivi financier	
Annexe 4 : Outil de suivi d'activité	
Annexe 5 : Lettre de mission	

**CROIX-ROUGE
FRANÇAISE**
SOINS MÉDICAUX
& RÉADAPTATION
Bel Air

NOM DE L'ENTITÉ : POCO SAS
 ÉMETTEUR : SARNOB
 DESTINATAIRES : Directeurs et membres AGO-B
 VERSION : 01 | DATE D'APPLICATION : 16/05/2025



NOM DE L'ENTRÉE / POIN DE FIN : **EVETION / GARDON**
 DESTINATIONS : directions et heures moy-
 VERGES : 21 / DATE D'APPLICATION : 14/05/2005

1. contexte
2. Ressources Humaines
3. activité
4. qualité
5. limites
6. Présentation des enjeux 2025



1

1

2



CROIX-ROUGE
FRANÇAISE

Passage de 2,5 ETP rééducateur à 4 en
août

- 1 Ergothérapeute
- 1 kinésithérapeute
- 1 Orthophoniste
- 1 Professeur en activité physique adaptée
- 0,2 Médecin MPR
- 0,1 Secrétaire
- 0,1 coordinateur

CROIX-ROUGE
FRANÇAISE

3

☐

69 patients pris en charges

69 patients pris en charges

2297 séances

40278 km



nombre d'actes



2



4

Questionnaire de satisfaction

- Mise en place durant l'année
- 39 patients

PEC générale	horaires	organisation	écoute	qualité de PEC	recommandation
4,7	4,9	4,9	4,9	4,8	4,8

Comptes rendus

- CR de consultation MPR non transmis
- Absence de CR fournis aux adresseurs

Limites

5

Limites:

Volume d'activité inégal

- Alternance entre des périodes avec liste d'attentes et des périodes en sous utilisation
- Équipe limitée pour dépasser les 15 patients

Manque de fluidité du parcours patient

- Gestion éparse des entrées et sorties
- Répartition des rôles non formalisée
- Coordination de la sortie HC depuis Bel Air difficile (matériel, soin, social)
- Difficultés de coordonner les activités soins, rééducations, libéraux

Manque de communication

- Adresseur non informé du suivi
- CR adressé seulement au médecin traitant
- CR de consultation non fournis

Enjeux 2025 de l'HAD-R

6

Axe 1 : Optimiser l'activité:

Clarifier les organisations

- redaction de parcours patients
- définition précise des rôles de chacun
- Définition claire des prérequis à la PEC

Améliorer la gestion de l'activité

- Optimiser les temps de PEC
- Utiliser les outils de gestion des tournées
- Remplir les plans de soins
- Mise en place d'un planificateur

Diversifier les adresseurs

- Partenariat avec le CHU (créniaux dédiés?)
- Prise en charge de patients en pré admission de Bel Air
- Communiquer auprès des acteurs de ville

Axe 2 : communication

Renforcer la coordination avec l'extérieur

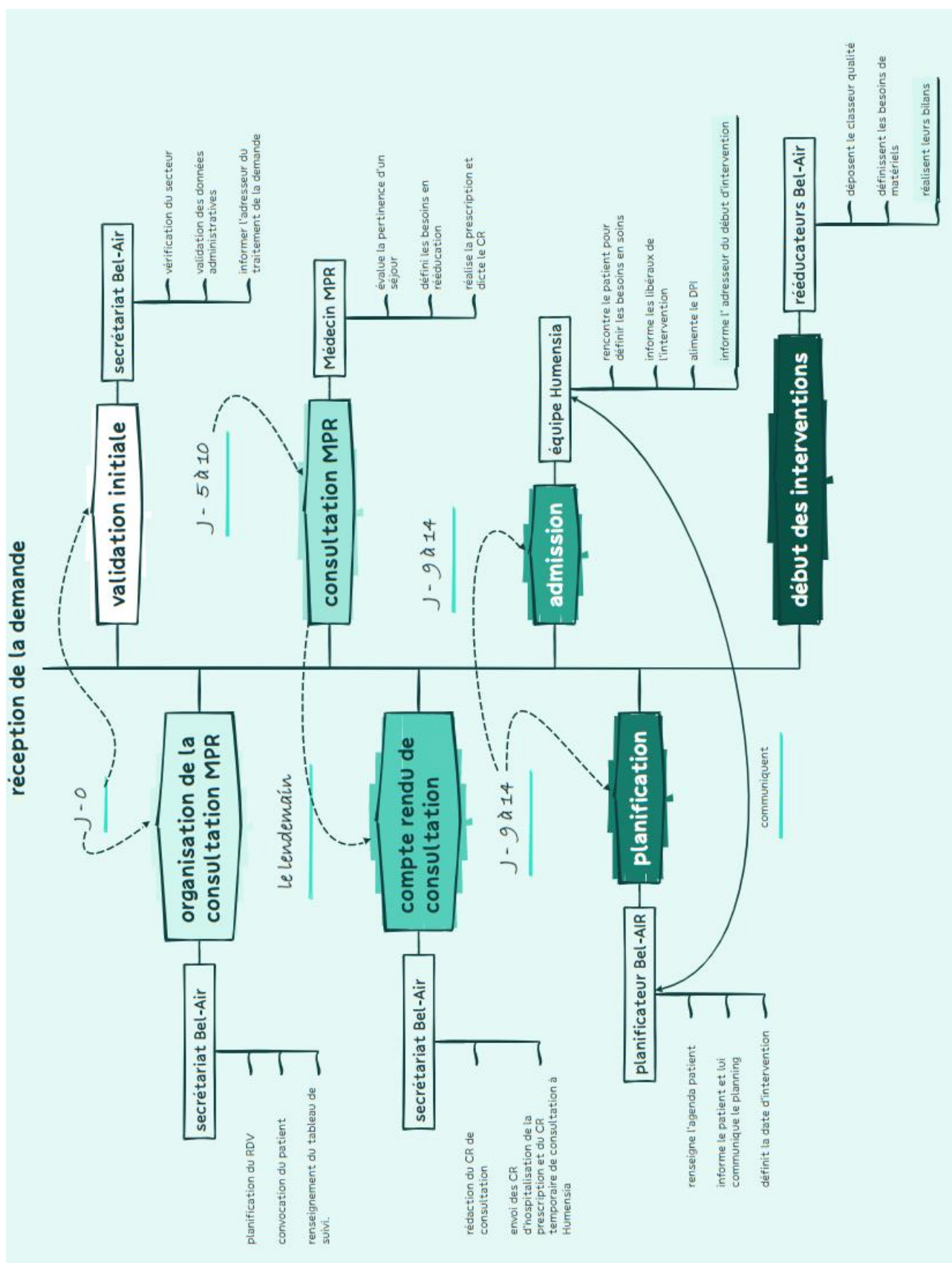
- Information des adresseurs en amont et en aval de l'intervention
- renforcer le lien avec le service HC adresseur lors de la préadmission
- Rédaction d'un CR de consultation
- Mise en place d'un formulaire unique d'adressage

Fluidifier les échanges en interne

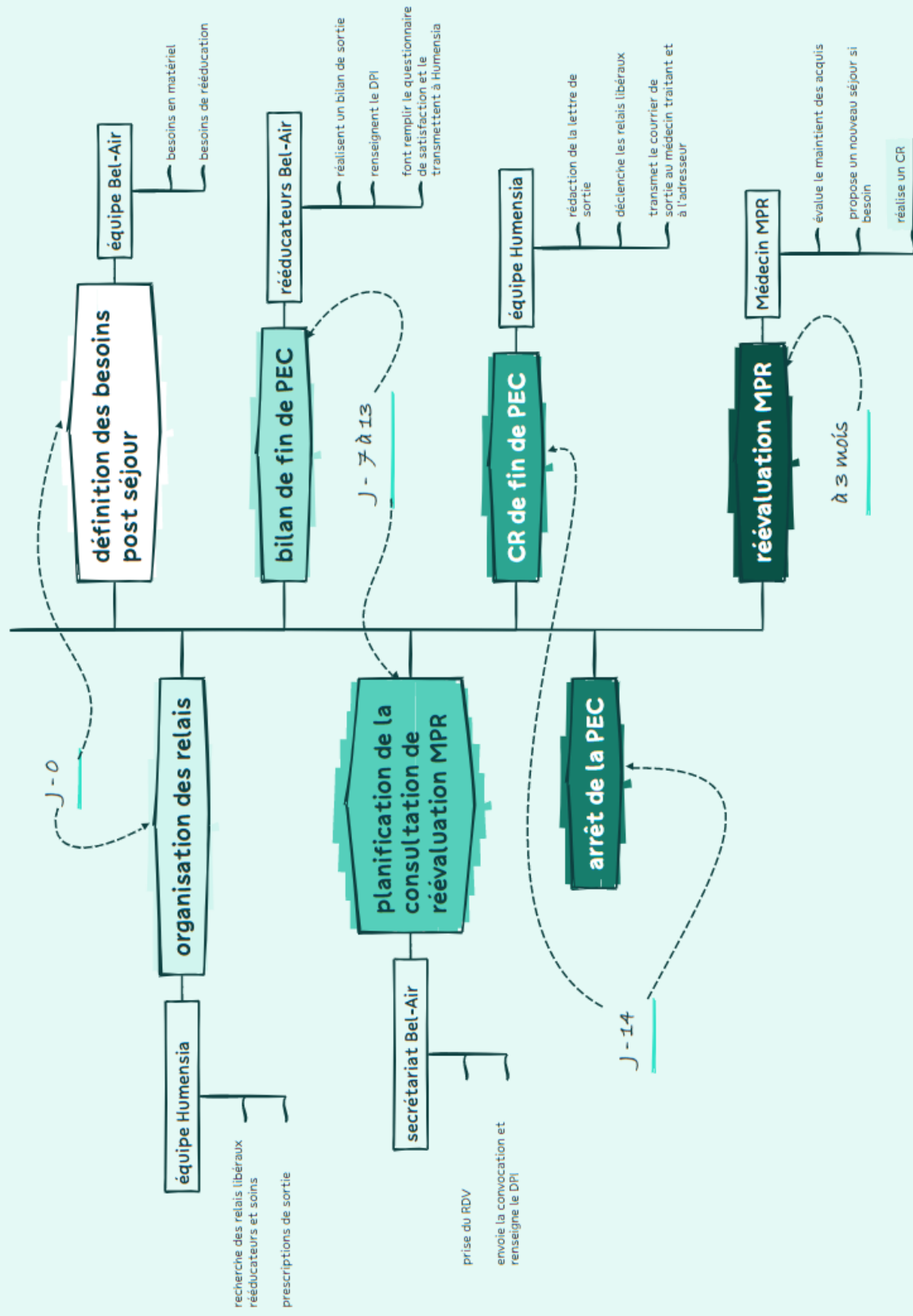
- Définir les circuits de communication
- Uniformiser les outils
- Rédaction d'un CR de consultation

MERCI *

Annexe 2 : parcours admission et sortie rédigés



sortie évoquée en staff inter équipe



Annexe 3 : Outil de suivi financier

indicateurs HAD R									
		base 2022		estimation 2023 + 3,5 %		2023			
RH	temps	cout journalier/7j		cout journalier/7j		cout journalier /5j		cout réel / journalier	
médecin	0,2	495 €		512 €		717 €		143 €	
ergo	1	131 €		136 €		190 €		190 €	
orthophoniste	1	140 €		145 €		203 €		203 €	
kiné	1	141 €		146 €		204 €		204 €	
apa	1	124 €		128 €		180 €		180 €	
secrétaire med	0,2	124 €		128 €		180 €		36 €	
coordination	0,1	200 €		207 €		290 €		29 €	
total						920,12 €		4 925,15 €	
véhicule		hebdo leasing		assurance hebdo		0,0625/km		immo parc info	
4		91		8,54		93,75		13,06	
								total hebdo	
								total hebdo global	
								5 751 €	
prix de journée									
1 à 4 J		237,00 €							
5 à 10 J		179,00 €							
11 à 30 J		160,00 €							
part du forfait									
MPPrimaire		60,00%							
MPAssociée		50,00%							
								rh seul	
								rh seul	
sejour		prix total T2A		prix si MPP		prix si MPA		prix hebdo MPP	
1 semaine		1 485,00 €		891,00 €		742,50 €		891,00 €	
2 semaines		2 662,00 €		1 597,20 €		1 331,00 €		798,60 €	
3 semaines		3 782,00 €		2 269,20 €		1 891,00 €		756,40 €	
4 semaines		4 902,00 €		2 941,20 €		2 451,00 €		735,30 €	
5 semaines		6 022,00 €		3 613,20 €		3 011,00 €		722,64 €	
								prix hebdo MPA	
								742,50 €	
								665,50 €	
								630,33 €	
								612,75 €	
								602,20 €	
								file active MPP pt zero	
								6,45	
								7,20	
								7,60	
								7,82	
								7,96	
								7,74	
								8,64	
								9,12	
								9,38	
								9,55	

Annexe 4 : Outil de suivi d'activité

[illegible]

	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025	
---	---	---

Désignation du projet	Développement de l'activité d'HAD -R du SMR Bel Air	
Commanditaire	PELLETIER Valérie	
Nom du responsable du projet :	SABOURIN Marc	
Missions du responsable de projet	- développer l'activité d'HAD-R - fluidifier les organisations de l'HAD -R - améliorer les parcours patients et la coordination SMR HAD-R	
Moyens alloués	Temps dédié 0.1 ETP fonctionnement (à définir)	budget de
Modalités de reporting	Retour de COPIL, présentation en directoire	
Durée : un an		
Documents de référence	Projet d'établissement SMR Bel Air 2024 - 2028 Rapport ARS IDF 2018 sur l'HAD-R	
Date :	12-11-2024	
Signature du commanditaire	Signature du responsable de projet	



TITRE DU DOCUMENT

L'HAD R au centre Bel Air enjeux et défis

Auteur

SABOURIN Marc

MOTS CLÉS

Management, stratégie, soin à domicile,
démarche projet

KEY WORDS

Management, Strategy, Home-based care,
Project-based approach

RÉSUMÉ

En plein Cœur des dynamiques d'aller vers créées par les politiques publiques, l'activité d'HAD-R se structure peu à peu autour de la mention « réadaptation » nouvellement créée. Permettant de répondre aux enjeux du vieillissement de la population et aux défis médico économiques, cette activité connaît une croissance rapide ces dernières années. Partout en France des partenariats se tissent entre les HAD socles historiques et les centres SMR spécialistes de la rééducation.

C'est dans ce contexte que le centre Bel-Air a, en 2023 développé lui aussi un partenariat avec l'HAD Humensia. A un an d'existence l'équipe est stable et l'activité est pérenne. Cependant des limites apparaissent, venant freiner la capacité de développement de l'activité dans le futur. C'est dans ce contexte que j'ai été missionné pour produire dans le cadre d'une démarche projet, une analyse de la situation et des éventuels freins afin de proposer une stratégie d'action et de relever les défis qui se posent à nous. Mais comment concilier les enjeux de chaque acteur ? comment en dehors d'un cadre hiérarchique classique produire un mouvement chez l'autre acteur ? quel sont les leviers managériaux ? comment ne pas prendre de retards vis-à-vis de la concurrence sans précipiter notre croissance ? Entre stratégies politiques, différences de culture, accompagnement au changement et pilotage de l'activité, c'est tous les pans de la posture du cadre supérieur qui seront ici mobilisés

Au cours de cet écrit, utilisant mon expérience professionnelle et les apports théoriques de ce Master, je proposerai une présentation du contexte, une analyse des différents pans de la situation, puis tenant compte des leviers et des freins en présence, j'élaborerai un plan d'action dont les résultats seront analysés via les indicateurs idoines. A l'issue de ce travail, un retour réflexif autour de cette expérience et les perspectives d'évolution seront présentés.

ABSTRACT

Amid the broader strategic drive initiated by public health policies to promote continuity of care and community-based interventions, the activity of Hospital-at-Home Rehabilitation (HAD-R) is gradually shaping itself around the newly introduced "rehabilitation" component. This evolution reflects the sector's response to key demographic trends, particularly the aging population, as well as increasing medico-economic pressures. In recent years, the HAD-R model has gained significant traction across France, with emerging partnerships between traditional HAD organizations and specialized SMR (Post-Acute Care and Rehabilitation) centers.

It is within this dynamic context that the Bel-Air Center initiated a collaboration with HAD Humensia in 2023. After one year, the partnership has achieved structural stability and demonstrates long-term viability. Nevertheless, certain operational and strategic limitations have become evident, raising concerns about the project's scalability and long-term development potential. To address these challenges, I was entrusted with conducting a project-based analysis aimed at identifying obstacles and proposing a coherent strategic roadmap to support the sustainable growth of this activity.

This initiative invites a broader reflection: How can we align the interests of multiple stakeholders? How can influence and collaboration be fostered outside of traditional hierarchical structures? What managerial levers are available in such inter-organizational settings? How can we remain competitive without compromising the pace or quality of growth?

Through this paper, I will leverage both my professional experience, and the theoretical frameworks acquired during this master's program.

I will begin by outlining the context and current state of the initiative, followed by a comprehensive analysis of the challenges, drivers, and constraints. Based on this assessment, I will formulate a targeted action plan and evaluate its outcomes using clearly defined performance indicators.

The conclusion will offer a critical, reflective perspective on the project and propose future directions for continuous improvement and strategic evolution.