

Master 2ème année Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

**Nouveau Service de Réadaptation Post-Réanimation :
entre soins critiques et réhabilitation,
un projet managérial pour
optimiser et humaniser la sortie de réanimation**

**ECUE 7.2
Patrick FARNAULT
Abdenour KHELIL**

Anne TOURNIER VERVLiet
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 tiens à exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui m'ont permis de mener ce travail et de vivre l'aventure de la conduite de ce projet.

Tout d'abord, un remerciement appuyé à Patrick FARNAULT, directeur du master 2 - Management des Organisations Soignantes de l'ESM, pour son suivi, ses conseils et sa bienveillance tout au long de cette année de réflexion professionnelle.

Je remercie Abdenour KHELIL pour sa contribution à la guidance de mon mémoire.

Je remercie également l'ensemble des enseignants et intervenants pour leur engagement et leur expertise. Ils ont significativement enrichi ma vision du management de la santé et m'ont donné des clés précieuses pour l'exercice de mon rôle de cadre supérieure de santé.

Je souhaite remercier chaleureusement la commanditaire de ma mission, Nadia FLEURY, CPDMU, pour sa confiance et sa collaboration au quotidien.

Je tiens à témoigner ma reconnaissance au Pr Vincent DEGOS pour son engagement, sa disponibilité et sa précieuse collaboration qui ont largement contribué à la qualité de ce projet.

Je remercie tous les membres de l'équipe projet pour le plaisir à avancer ensemble vers notre objectif et à surmonter collectivement les obstacles.

J'ai une pensée reconnaissante pour tous les professionnels qui nous ont fait part de leur retour d'expérience pour nous éviter des écueils, notamment les équipes du SRPR du Kremlin Bicêtre.

Un grand merci à mes camarades de promotion, avec qui j'ai partagé cette année intense : nos échanges, nos questionnements et nos moments de convivialité ont été une véritable source de développement personnel.

Geoffrey, Bastien et Léo, vous savez toute ma reconnaissance et mon affection.

Plus qu'une avancée organisationnelle, la création de ce Service de Réadaptation Post Réanimation à l'Hôpital Pitié - Salpêtrière concrétise véritablement mes valeurs d'engagement professionnel vers une prise en charge coordonnée et humaine pour les patients comme pour les soignants.

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	3
ABREVIATIONS.....	4
INTRODUCTION	5
1. L'ENVIRONNEMENT DU PROJET.....	5
1.1. Présentation de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)	5
1.2. Présentation de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière au sein du GH SUN	7
1.3. Le schéma directeur de la neurologie à l'hôpital Pitié-Salpêtrière	7
1.4. Le parcours du patient de neurochirurgie.....	8
1.5. Données médico-économiques	9
1.6. Les besoins sur le territoire de santé Ile-de-France	10
1.7. Réponse à l'appel à projet de l'ARS Ile-de-France	11
1.8. L'équipe projet	11
2. LE CADRE CONCEPTUEL	13
2.1. Concepts relatifs à la conduite de projet (but primaire du projet)	13
2.2. Concepts relatifs au management du service (but final du projet)	21
3. EN MODE PROJET : PREPARER.....	28
3.1. Identification du sens et de l'utilité du projet.....	28
3.2. Les dimensions du projet	29
3.3. Repérage des projets similaires	33
3.4. Visite de benchmark au SRPR de l'Hôpital Kremlin Bicêtre (AP-HP)	34
3.5. Les objectifs du projet : triangle de la performance	36
3.6. Indicateurs de mesure de l'atteinte des objectifs.....	37
3.7. Les enjeux et les risques : matrices SWOT et PESTEL	38
3.8. La planification du projet : le GANTT	42
3.9. Le plan de communication.....	45
4. EN MODE PROJET : PILOTER	47
4.1. La collecte des données	47
4.2. Plan travaux : analyse d'un arbitrage organisationnel.....	49
4.3. Chronophotographie du chantier.....	52
4.4. Plan équipement : les besoins réels face au cadre contraint.....	54
4.5. La gouvernance et les équipes	54
4.6. La gestion du temps de travail : un schéma horaire innovant.....	55
4.7. La maquette organisationnelle : objet d'une négociation en faveur de l'attractivité	56
4.8. Le recrutement : un défi face à la pénurie.....	58

4.9.	Plan Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT)	59
4.10.	L'autogestion des plannings pour un management innovant : analyse d'une transformation organisationnelle	62
4.11.	Innovation thérapeutique : la zoothérapie en SRPR	66
5.	EN MODE PROJET : PROGRESSER.....	67
5.1.	Synthèse de l'histoire du projet.....	67
5.2.	Analyse des points forts.....	68
5.3.	Points d'amélioration à mettre en œuvre	68
5.4.	Analyse des freins à l'atteinte des objectifs	68
5.5.	Réajustements du projet	69
5.6.	Capitalisation du projet.....	70
5.7.	Perspectives du projet.....	70
5.8.	Enseignements tirés : et si c'était à refaire ?.....	71
CONCLUSION		71
BIBLIOGRAPHIE.....		72
ANNEXES		

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1- Les 6 groupes Hospitalo-Universitaires de l'AP-HP. Source : www.AP-HP.fr	6
Figure 2 - Présentation en chiffres des 7 Hôpitaux au périmètre de la Faculté de médecine Sorbonne Université. Source : www.aphp.fr	7
Figure 3 - Schéma du circuit patient de grande garde de neurochirurgie au bâtiment BABINSKI de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière.....	8
Figure 4 - Options actuelles et future du parcours patient post réanimation.....	10
Figure 5 - Acteurs impliqués dans un projet selon Hugues MARCHAT dans le kit du chef de projet	12
Figure 6 - Méthode des 3P de Hugues MARCHAT dans « le kit du chef de projet »	13
Figure 7 - Schéma du triangle de la performance.	14
Figure 8 - Extrait enseignement Marie-Jo ESTEVE, Savoir mener un projet - diapo 39	15
Figure 9 - Les 9 étapes de la conduite du changement selon l'enseignement de Xavier MARCHAND.....	18
Figure 10 - Matrice de conduite du changement selon l'enseignement de Xavier MARCHAND	19
Figure 11 - Les huit typologies d'acteurs source : le kit du chef de projet de H. MARCHAT et la matrice sociodynamique des acteurs.....	20
Figure 12 - Modèle de développement du leadership authentique de Luthans et Avolio (2003)...	21
Figure 13 - Les 6 catégories de facteurs de risques psychosociaux - source : https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html	26
Figure 14 - ROI et Business Plan.....	33
Figure 15 - Capacitaire en SRPR en Ile-de-France en 2024.....	34
Figure 16 - Indicateurs de suivi de l'atteinte des objectifs du projet.....	38
Figure 17 - Tableau de bord des indicateurs de suivi du projet.....	49
Figure 18 : Plan initial du SRPR (espace « soins » en jaune, espace « tertiaire » en vert, les deux espaces à arbitrer en rouge).....	50
Figure 19 : Plan définitif du tertiaire suite à l'arbitrage	51
Figure 20: Espace sous-exploité du rez-de-chaussée haut Babinski ciblé pour réaliser l'accueil famille Réanimation-SRPR.....	52
Figure 21 - Chronophotographie du chantier	53
Figure 22- Réception de la première livraison de mobilier	54
Figure 23 - Recrutement au 15/05/2025.....	59
Figure 24 - Boussole Qualité de Vie au Travail de la HAS	59
Figure 25 - Outil teams pour le suivi des entretiens professionnels	61
Figure 26 - Création d'une illustration promotionnelle du service avec l'IA Chat gpt.....	88
Figure 27 - Post LinkedIn pour diffuser l'information sur les journées portes ouvertes de la Pitié Salpêtrière	88
Figure 28 - Affiche pour communication en interne et réseau sociaux	88

ABREVIATIONS

AP-HP *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*
ARS *Agence Régionale de Santé*
AVC *Accident Vasculaire Cérébral*
CDU *Commission Des Usagers*
CMPR *Centre de Médecine Physique et de Réadaptation*
CRFTC *Centre de Ressource Francilien du Traumatisme Crânien*
CSE *Comité Social et Economique*
DIM *Département d'Information Médicale*
DMS *Durée Moyenne de Séjour*
DMU *Département Médico-Universitaire*
DREAM *Département de REanimation Anesthésie et Médecine peropératoire*
DREES *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques*
DUERP *Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels*
EDT *Espaces de Discussion sur le Travail*
EOH *Equipe Opérationnelle d'Hygiène*
EPRD *Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses*
ERP *Etablissements Recevant du Public*
ESM *Ecole Supérieure Montsouris*
ETP *Equivalent Temps Plein*
EVC-EPR *État Végétatif Chronique et État Pauci-Relationnel*
GEPC *Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences*
GEPP *Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels*
GH SUN *Groupe Hospitalier Sorbonne Université*
GHM *Groupe Homogène de Malade*
GHS *Groupe Homogène de Séjours*
HADR *Hospitalisation A Domicile de Réadaptation*
HAS *Haute Autorité de Santé*
IFSI *Institut de Formation en Soins Infirmiers*
MCO *Médecine Chirurgie Obstétrique*
MPR *Médecine Physique et de Réadaptation*
NMMO *Nouveaux Modes de Management et d'Organisations*
OCDE *Organisation de Coopération et de Développement Economiques*
ONDAM *Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie*
PDSSES *Permanence Des Soins en Etablissement de Santé*
PMR *Personne à Mobilité Réduite*
PMSI *Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information*
PRS *Projet Régional de Santé*
PSL *Pitié-Salpêtrière*
QVCT *Qualité de Vie et des Conditions de Travail*
RPS *Risques PsychoSociaux*
SRPR *Service de Réadaptation Post Réanimation*
SRS *Schéma Régional de Santé*
SSPI *Salle de Surveillance Post Interventionnelle*
SSR *Soins de Suite et Réadaptation*
UF *Unité Fonctionnelle*
UFR *Unité de Formation et de Recherche*
UPEC *Université Paris Est Creteil*
USINV *l'Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires*

INTRODUCTION

Les enjeux géopolitiques internationaux actuels montrent à quel point le secteur de la santé doit être indépendant, flexible et capable d'adaptation à toute crise possible. La pandémie de COVID avait mis en lumière des besoins criants en matière de prise en charge post-réanimation, notamment pour les patients présentant des atteintes neurologiques sévères. En réponse, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France a souligné la nécessité de renforcer les capacités et l'expertise en rééducation et réadaptation pour ces patients spécifiques.

Ce projet managérial s'inscrit dans cette dynamique car il consiste à mettre en place un Service de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR) à l'hôpital Pitié-Salpêtrière dans le Groupe Hospitalier AP-HP.Sorbonne Université (GH SUN), un des établissements de référence en matière de neurologie et de rééducation en France. Ce service propose d'offrir une prise en charge précoce et spécialisée des patients post-réanimation pour optimiser leurs chances de récupération fonctionnelle et de réinsertion. Il répond à une double exigence : renforcer l'offre de soins spécialisés, multidisciplinaires et coordonnés en rééducation neurologique post-réanimation tout en assurant la viabilité économique et organisationnelle de l'unité, en tenant compte des contraintes organisationnelles, financières et humaines d'un grand établissement de santé.

Ce mémoire dit projet managérial, s'inscrit dans le cadre du Master 2 Management des Organisations Soignantes de l'Ecole Supérieure Montsouris (ESM) - Formation & Recherche en Soins, département de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) médecine de l'Université Paris-Est Créteil (UPEC). Il a pour objectif d'acquérir les compétences nécessaires au management de la conduite de projet. Il mettra en lumière une démarche structurée, alliant théorie et pratique, pour répondre aux attentes des patients, des soignants et des parties prenantes institutionnelles. En s'appuyant sur les enseignements dispensés au cours de cette formation universitaire, ce mémoire vise à produire une réflexion approfondie sur les modalités de mise en œuvre d'un projet novateur dans un environnement hospitalier complexe.

Dans une première partie, nous décrirons l'environnement du projet. Dans la deuxième, nous explorerons le cadre conceptuel utilisé pour structurer le projet. La troisième détaillera les étapes de préparation du projet. Ensuite nous argumenterons la gestion du projet : de l'analyse des besoins à la mise en route du service. Enfin, nous proposerons une analyse réflexive pour évaluer les choix réalisés, identifier les limites et envisager des améliorations.

À travers ce travail, nous chercherons non seulement à démontrer la faisabilité et la pertinence du projet, mais également à en tirer des enseignements susceptibles d'alimenter une réflexion plus large sur la gestion des projets dans les organisations soignantes.

1. L'ENVIRONNEMENT DU PROJET

1.1. Présentation de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)

L'AP-HP est l'un des plus grands groupes hospitaliers publics au monde, avec 38 hôpitaux répartis majoritairement dans la région parisienne qui accueillent chaque année 8,3 millions de patients. L'AP-HP est le premier employeur d'Ile de-France : 100 000 personnes – médecins, chercheurs, personnels paramédicaux, personnels administratifs et ouvriers – y travaillent.¹

L'AP-HP offre une prise en charge complète des patients, allant des soins de proximité aux soins de haut niveau dans des spécialités complexes. Elle joue également un rôle majeur dans l'enseignement et la recherche, en collaboration avec des universités et des centres de recherche de renom. Les grandes missions de l'AP-HP sont de fournir des soins qui intègrent les dernières avancées thérapeutiques, former les futurs professionnels de santé en collaborant avec des institutions académiques et développer la recherche médicale, avec une attention portée sur la transformation des découvertes scientifiques en traitements concrets pour les patients.

¹ Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. *Tous les hôpitaux du Groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Sorbonne Université ont été certifiés par la HAS.* [en ligne]. Paris. Disponible à l'adresse : <https://www.aphp.fr/contenu/tous-les-hopitaux-du-groupe-hospitalo-universitaire-ap-hpsorbonne-universite-ont-ete> (consulté le 8 mai 2025).

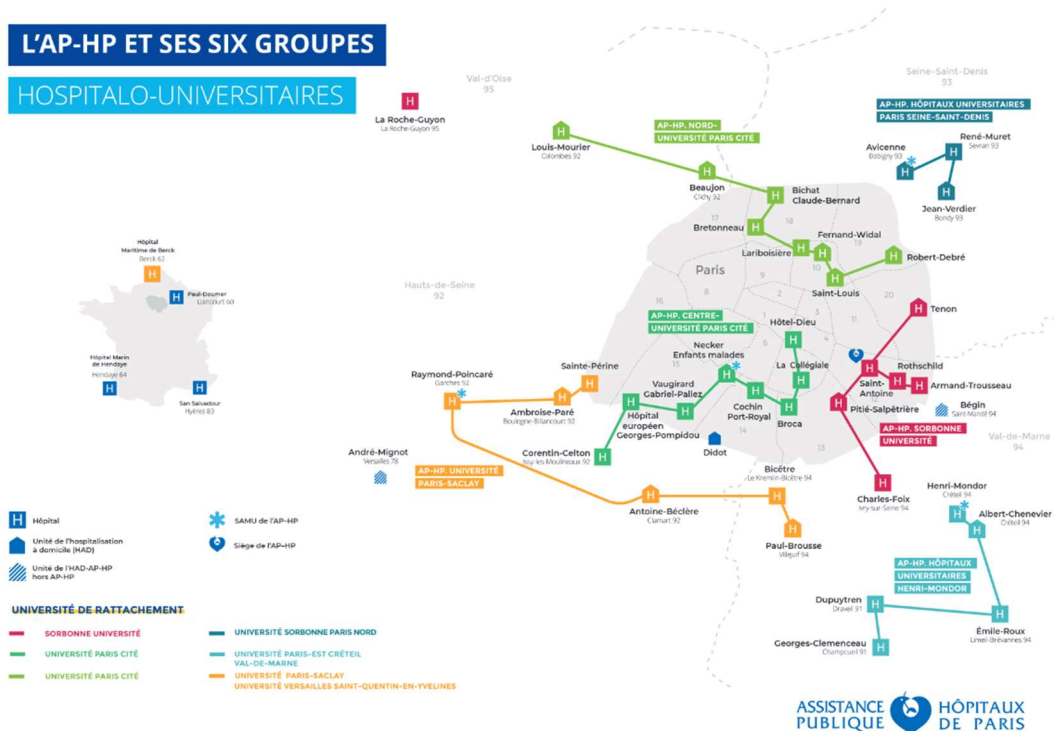


Figure 1- Les 6 groupes Hospitalo-Universitaires de l'AP-HP. Source : www.AP-HP.fr

L'AP-HP est confrontée à plusieurs défis dans le contexte actuel du système de santé, qui influencent ses stratégies :

- L'AP-HP met en place des initiatives visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, réduire les risques médicaux et garantir l'accessibilité aux soins pour tous.
- L'hôpital doit faire preuve de résilience depuis la crise du COVID et s'adapter rapidement. Ainsi, l'AP-HP renforce les efforts en matière de gestion de crise, d'optimisation des ressources et d'innovation dans les parcours de soins.
- L'AP-HP opère la transformation numérique en développant la digitalisation des soins, notamment avec la télémédecine, l'intelligence artificielle et les systèmes de gestion des données de santé.
- Dans un contexte de pénurie de soignants, l'AP-HP travaille à la fidélisation et à la formation continue des professionnels.

Nicolas REVEL, directeur de L'AP-HP, adopte une approche proactive impliquant les professionnels à tout niveau de l'institution avec des plans stratégiques tels que le « *Plan des 30 leviers pour agir ensemble* »² qui optimise l'organisation, les parcours patients et la gestion des ressources ou encore le « *Plan d'action 2024-2027 pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des patients* »³ qui améliore l'expérience et la personnalisation des soins et le « *plan redonner du sens au métier de cadre* »⁴ dont le volet n°2 est en cours de consultation des professionnels.

Nous verrons comment le projet managérial, objet de ce mémoire, s'intègre dans différents axes de cette dynamique institutionnelle.

² Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. *30 leviers pour agir ensemble*. [en ligne]. Paris : AP-HP, 2022. Disponible à l'adresse : https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/30_leviers_pour_agir_12decembre2022.pdf (consulté le 8 mai 2025).

³ Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. *10 engagements pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des patients : l'AP-HP lance un plan d'actions sur 3 ans*. [en ligne]. Paris : AP-HP, avril 2024. Disponible à l'adresse : <https://www.aphp.fr/actualite/10-engagements-pour-ameliorer-laccueil-et-laccompagnement-des-patients-lap-hp-lance-un> (consulté le 8 mai 2025).

⁴ Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. *Redonner du sens au métier de cadre : plan cadre AP-HP 2023*. [en ligne]. Paris : AP-HP, mai 2023. Disponible à l'adresse : <https://www.calameo.com/books/004021827a687e341940d> (consulté le 8 mai 2025).

1.2. Présentation de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière au sein du GH SUN

L'Hôpital Pitié-Salpêtrière (PSL), situé dans le 13^e arrondissement de Paris est le plus important des hôpitaux de l'AP-HP. Il est l'un des 7 hôpitaux du GH *AP-HP.Sorbonne Université* qui s'articule autour de 10 Départements Médico-Universitaires (DMU).

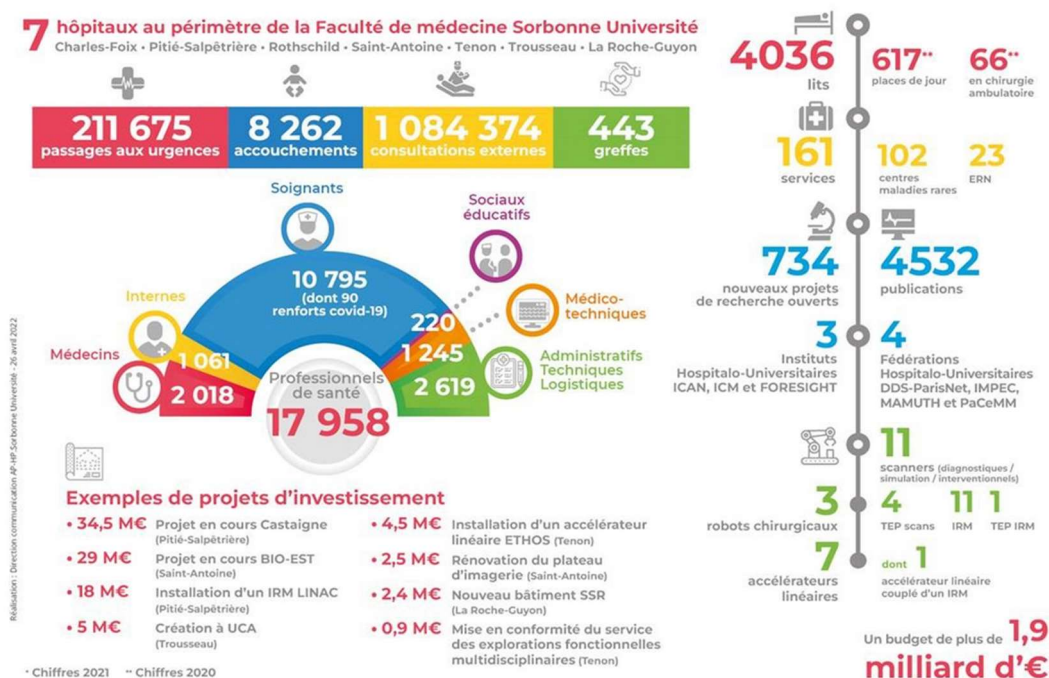


Figure 2 - Présentation en chiffres des 7 Hôpitaux au périmètre de la Faculté de médecine Sorbonne Université. Source : www.aphp.fr

Parmi ces 10 DMU, plusieurs ont une forte présence sur le site de la Pitié-Salpêtrière dont le DMU Réanimation Anesthésie et Médecine per-opératoire (DREAM) auquel va être rattaché le futur SRPR neurologique. Le GH SUN permet un partenariat entre l'AP-HP et Sorbonne Université qui renforce l'intrication entre soins, enseignement et recherche et favorise l'interdisciplinarité des parcours patient.

Au-delà des enjeux de l'AP-HP, le site Pitié-Salpêtrière a des enjeux spécifiques :

- PSL est un centre d'excellence clinique en neurologie, cardiologie et médecine interne.
- PSL est un site majeur de la recherche biomédicale, notamment dans le domaine des neurosciences.
- PSL joue un rôle clé dans la formation des étudiants en médecine, des chercheurs et des paramédicaux. L'hôpital est un lieu de stage et de perfectionnement pour les étudiants et dispose en son sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).
- PSL se distingue par sa capacité à offrir des parcours de soins personnalisés voire complexes grâce à la multidisciplinarité de ses équipes et à l'intégration de technologies médicales avancées.

1.3. Le schéma directeur de la neurologie à l'hôpital Pitié-Salpêtrière

En 2023, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière a terminé un projet architectural d'ampleur pour restructurer la neurologie médicale, en construisant le bâtiment CASTAIGNE. Auparavant, les services de neurologie et de rééducation étaient organisés dans des espaces distincts, souvent situés dans des bâtiments anciens et moins adaptés aux besoins des patients. Ces services manquaient d'une centralisation efficace, limitant les possibilités de collaboration entre les médecins, les infirmiers, et les autres spécialistes. La construction du bâtiment CASTAIGNE a permis le regroupement des unités dans un environnement plus fonctionnel, favorisant une approche plus intégrée et collaborative des soins neurologiques. Le bâtiment BABINSKI a gardé les activités de neurologie chirurgicale, notamment la grande garde de neurochirurgie, la neuroradiologie, la salle de surveillance post interventionnelle, les blocs opératoires et la réanimation neurochirurgicale.

1.4. Le parcours du patient de neurochirurgie

Parcours patient arrivé intubé en grande garde

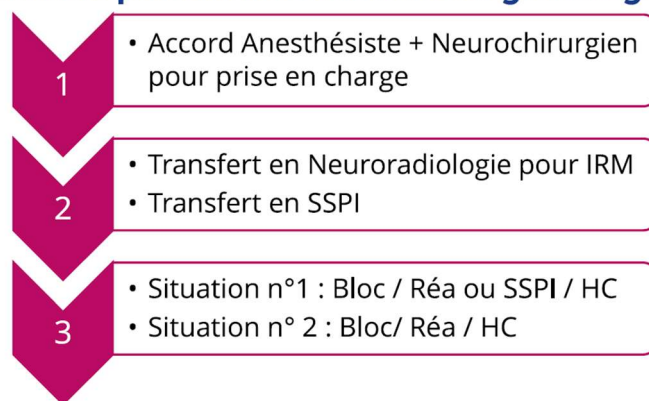


Figure 3 - Schéma du circuit patient de grande garde de neurochirurgie au bâtiment BABINSKI de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière.

Source : diaporama de présentation du parcours traceur 2024

➤ Entrée et évaluation initiale :

Les patients de neurochirurgie peuvent être admis via plusieurs voies :

- Urgences neurochirurgicales : les cas critiques, comme les traumatismes crâniens ou les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), sont prioritairement transférés au pavillon BABINSKI, équipé pour gérer ces urgences. La neurochirurgie du bâtiment BABINSKI est de grande garde de neurochirurgie d'Ile-de-France en moyenne 2 fois/semaine.
- Consultations spécialisées : les patients opérés pour pathologies programmées, comme les tumeurs cérébrales, les pathologies de la moelle épinière ou les malformations, passent par un bilan préopératoire en lien avec les services spécialisés (imagerie, ORL, etc.) et sont ensuite transférés dans le service de neurochirurgie adéquat en post opératoire selon le niveau de gravité.

➤ Prise en charge opératoire et péri-opératoire :

L'unité fonctionnelle (UF) « Anesthésie Réanimation Tête et Cou » joue un rôle central dans la gestion des patients neurochirurgicaux. Le parcours inclut :

- Préparation et optimisation des patients avant l'intervention (évaluation anesthésique, gestion des comorbidités).
- Intervention chirurgicale dans les blocs dédiés du pavillon BABINSKI : l'activité chirurgicale repose sur 19 salles opératoires, avec une spécialisation notable en neurochirurgie (7 salles dédiées) qui traduit un volume élevé d'interventions complexes. La salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) BABINSKI compte 18 emplacements.

➤ Post-opératoire et réanimation :

Le pavillon BABINSKI héberge la plus grande réanimation neurochirurgicale d'Ile-de-France. Elle compte 22 lits de réanimation et 3 lits d'Unité de Surveillance Continue (USC). Cela permet de gérer les patients critiques nécessitant une prise en charge post-opératoire intensive. Après la chirurgie, les patients sont transférés en réanimation pour les soins suivant :

- Surveillance intensive pour les patients cérébrolésés.
- Gestion des complications neurologiques (œdème cérébral, hémorragies).
- Réhabilitation précoce pour éviter les séquelles motrices et cognitives.

L'unité d'anesthésie-réanimation assure un suivi transversal des patients avant et après chirurgie, facilitant une coordination globale.

➤ Hospitalisation en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), réhabilitation et suivi en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)

Après la phase d'urgence vitale, la prise en charge se poursuit en MCO. Le service de neurochirurgie compte 90 lits (45 actuellement ouverts). Après la phase aiguë, les patients sont orientés vers le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) pour :

- Évaluation des besoins en rééducation (moteur, cognitif, déglutition).

- Mise en place de protocoles de réhabilitation individualisés en lien avec l'équipe de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes.
- Suivi des patients trachéotomisés ou nécessitant un soutien ventilatoire.

Le service de MPR, intégré aux parcours des cérébrolésés, participe au suivi post-réanimation jusqu'à la réinsertion sociale et professionnelle. Il dispose de 25 lits d'hospitalisation complète et d'une hospitalisation de jour dédiée.

➤ Parcours de réintégration

Les patients avec des séquelles à long terme bénéficient d'un suivi coordonné avec des partenaires régionaux et nationaux, comme le centre de réadaptation Coubert ou le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (CMPR) de Bobigny. Une attention particulière est portée à la réinsertion professionnelle et sociale des patients cérébrolésés.

Le circuit patient repose sur une coordination entre neurochirurgie, MPR, anesthésie-réanimation, services annexes comme psychiatrie, ORL, neuro-urologie pour la prise en charge globale. Une équipe mobile extrahospitalière (financée par l'ARS) intervient à domicile pour les patients les plus fragiles. Trois DMU différents sont concernés par le parcours du patient de neurochirurgie :

- Le DMU NEUROSCIENCES qui inclut la rééducation.
- Le DMU CHIR qui regroupe des spécialités chirurgicales comme la neurochirurgie, l'ORL, l'ophtalmologie, etc.
- Le DMU DREAM qui regroupe les spécialités d'anesthésie, réanimation chirurgicale et médecine peropératoire.

1.5. Données médico-économiques

(Source : Département d'Information Médicale)

Le service de MPR prend en charge environ 25 % des patients issus de la filière neurochirurgicale.

Le volume d'activité est de 800 patients/an en réanimation post-opératoire neurochirurgicale et de 2200 patients/an en soins continus ou en consultations externes.

La complexité des cas est élevée :

- La lourdeur motrice (score médico-économique de sévérité des limitations motrices >12)⁵ concerne environ 40 à 45 % des patients.
- Les troubles cognitifs lourds (score médico-économique de sévérité de la dépendance cognitive >6)⁶ affectent 23 à 29 % des cas.

Ces indicateurs de sévérité se traduisent par des durées moyennes de séjour longues entre 60 et 75 jours, engendrant un coût important par patient.

Le service de neurochirurgie est le premier demandeur de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR) d'aval sur le logiciel de recherche Trajectoire® (450 demandes/an pour 750 au total sur la Pitié-Salpêtrière)

L'estimation du nombre de patients de réanimation relevant d'un transfert en SRPR est en moyenne de 5/mois.

Les effets médico-économiques sont :

- Coût élevé de la prise en charge : les longs séjours, associés à la lourdeur des cas, augmentent les dépenses hospitalières en termes de soins, personnel et ressources techniques.
- Les soins aux patients trachéotomisés et ventilés nécessitent une coordination multidisciplinaire et un suivi post-hospitalisation intensif.

⁵ Un score supérieur à 12 indique une forte dépendance physique avec des limitations majeures dans la mobilité, la marche, les transferts ou les soins personnels.

⁶ Un score supérieur à 6 indique des troubles cognitifs sévères concernant la mémoire, l'attention, l'orientation, le jugement ou la compréhension.

- La réhabilitation intensive conduit à une réduction significative des incapacités (>90 % des cas), ce qui limite les coûts à long terme liés aux séquelles invalidantes. La centralisation des soins au pavillon BABINSKI optimise l'utilisation des ressources et réduit les duplications inutiles.

Les défis médico-économiques sont :

- Une pression croissante sur les ressources : l'augmentation de 30 % de l'activité en anesthésie sur 2 ans reflète une demande accrue, entraînant un besoin de financement supplémentaire.
- La dépendance à des structures de MPR externes complexifie la coordination des parcours et engendre des coûts indirects.
- La prise en charge des patients ventilés ou présentant des pathologies associées (ex. infections nosocomiales) alourdit les charges médicales et économiques.

La neurochirurgie à la Pitié-Salpêtrière est un pôle d'excellence caractérisé par une activité intense et une forte spécialisation, mais elle fait face à des défis médico-économiques liés à la lourdeur des cas traités, à la durée des séjours, et à la coordination des soins post-réanimation. Aujourd'hui, le parcours patient oblige à un choix entre réadaptation précoce optimisée (en SMR) ou prise en charge des soins aigus voire critiques post-réanimation (hospitalisation MCO en neurochirurgie). La création du SRPR permettra de répondre au besoin complet du patient.

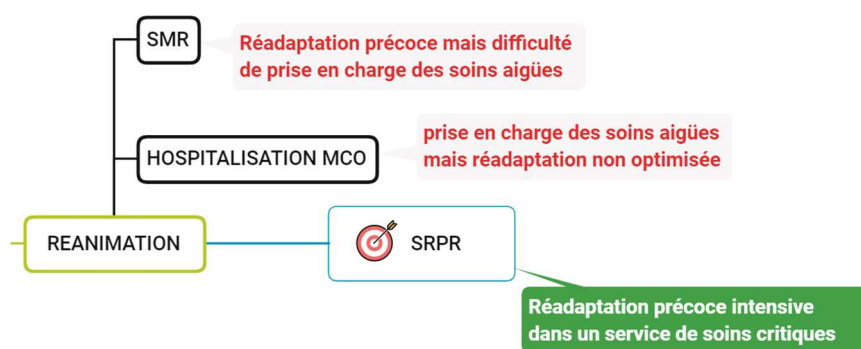


Figure 4 - Options actuelles et future du parcours patient post réanimation

1.6. Les besoins sur le territoire de santé Ile-de-France

Selon une étude de 2024, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁷, environ 25 % des patients adultes hospitalisés en réanimation entre 2014 et 2022 ont été transférés en Soins de Suite et Réadaptation (SSR ex SMR) après leur séjour en réanimation. Les besoins en santé pour les patients neurologiques nécessitant des parcours de rééducation complexes en Île-de-France sont notamment documentés par les travaux de l'ARS. « Les enjeux franciliens s'articulent autour des 4 axes suivants : résolution des parcours bloqués ou complexes, montée en charge de l'ambulatoire, développement des filières déficitaires et identification de filières oubliées, anticipation de l'impact des nouvelles technologies. »⁸ L'Île-de-France connaît une prévalence importante de maladies neurologiques comme les AVC, les traumatismes crâniens, et les maladies neurodégénératives. Les personnes nécessitant une ventilation mécanique et une assistance nutritionnelle représentent un enjeu croissant. En 2014, l'ARS Île-de-France a mené une action centrée sur la résolution des parcours bloqués et/ou complexes. En effet, selon une étude menée par le Centre Ressources des Traumatismes Crâniens (CRTC), 15 à 20% des patients sont dans une situation d'impasse hospitalière en sortie de MCO et en SMR.

A l'hôpital Pitié-Salpêtrière, le nombre de patients Accidentés de la Voie Publique (AVP) graves est stable entre 2021 et 2023 : plus de 500 patients. Les accidentés graves de la route représentent 50% des AVP graves. Ces AVP graves provenaient de Paris et de la petite couronne dans 65% des

⁷ DREES. L'évolution des séjours en réanimation entre 2014 et 2022 marquée par l'apparition du Covid-19. (Études et Résultats ; n° 1308). Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), juillet 2024.

⁸ Agence régionale de santé Île-de-France. Soins de suite et de réadaptation (SSR). Paris : ARS Île-de-France. Disponible à l'adresse : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr> (consulté le 8 mai 2025).

cas et 35% des autres départements d'Ile de France. Quantitativement, la Pitié-Salpêtrière accueille plus de 260 AVP graves/an via la Permanence Des Soins en Établissement de Santé (PDSES) des polytraumatisés et la PDSES de neurochirurgie dont 120 sont admis en réanimation pour un Traumatisme Crânien Grave (TCG), et 150 admis en MPR dont 90 patients en provenance de réanimation neurochirurgicale et 60 en provenance des autres filières traumatiques.

Les enjeux pour cette population de patient sont les suivants :

- Des besoins spécifiques :

Les patients nécessitent des équipes pluridisciplinaires spécialisées dans les soins intensifs de rééducation, comprenant des kinésithérapeutes, orthophonistes (pour les troubles de déglutition), et des experts en ventilation assistée. Une prise en charge soutenue après l'hospitalisation est essentielle pour éviter les complications (infections respiratoires ou problèmes liés à la trachéotomie)

- Capacité d'accueil et répartition géographique :

Il n'existe pas de cartographie des structures d'accueil de ces patients en Ile-de-France. Cependant, l'ARS précise qu'« *il existe une disparité dans la répartition des centres adaptés en Île-de-France. Les zones périurbaines comme la Seine-et-Marne ou le Val-d'Oise sont moins bien dotés que les départements centraux comme Paris ou les Hauts-de-Seine.* »⁸ Les listes d'attente pour des places en centre de rééducation sont longues, en raison de l'insuffisance des établissements spécialisés dans ces prises en charge complexes.

Le COPIL SSR de l'ARS a établi un cahier des charge des Services de Réadaptation Post Réanimation (SRPR)⁹, ayant vocation à prendre en charge, directement et exclusivement en sortie de réanimation ou de soins intensifs, sans passage par une autre unité MCO, des patients avec des possibilités de progression mais dont la charge en soins et l'instabilité rendent impossible un transfert en SMR. Dans le cadre de deux appels à candidatures lancés respectivement fin février 2014 et fin mai 2015, 8 services ont été identifiés (5 neurologiques, 3 pneumologiques et un pédiatrique mixte) soit un total de 94 lits (48 neurologie / 36 pneumologie / 10 Mixte-enfant). En 2018, tous étaient ouverts mais aujourd'hui certains ne sont que partiellement ouverts et nous devons prendre en compte les raisons de ces fermetures pour mener à bien le projet à la Pitié-Salpêtrière.

1.7. Réponse à l'appel à projet de l'ARS Ile-de-France

En 2021, l'ARS Ile-de-France a identifié que « *les soins critiques n'étaient pas en capacité de proposer une prise en charge de réadaptation adaptée [...] et que les SSR n'étaient pas en capacité d'assurer en sécurité la prise en charge de patients fragiles et complexes* »¹⁰ nécessitant de soins médicaux techniques lourds.

Ainsi, l'ARS Ile-de-France a publié un nouvel appel à projet pour la création de 2 nouveaux SRPR en Ile-de-France. La candidature du groupe hospitalier SUN a été retenue pour la création d'un SRPR adulte à orientation neurologique de 10 lits au sein du DMU DREAM, situé dans le bâtiment BABINSKI de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, à proximité immédiate de la réanimation neurochirurgicale. Il sera en lien avec les structures SMR de l'est de l'Ile-de-France.

1.8. L'équipe projet

1.8.1. Le chef de projet

En tant que cadre supérieure de santé responsable paramédicale de ce futur service, j'ai été nommée chef de projet de sa création en copilotage avec le Pr Vincent DEGOS, chef de service de l'UF Tête et Cou. Il n'y a pas de temps dédié à cette mission qui est incluse dans mon périmètre des secteurs de Réanimation de neurochirurgie, salle de réveil de neurochirurgie, ORL et

⁹ Agence Régionale de Santé Île-de-France. *Cahier des charges des Services de Rééducation Post-Réanimation (SRPR)*. – Paris : ARS Île-de-France, 2013. – 42 p.

¹⁰ Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (2021), *Avis d'appel à projet pour la création de deux services de soins de réadaptation Post Réanimation (SRPR)*. Consulté sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr>.

ophtalmologie, consultation d'anesthésie, réanimation de chirurgie cardiaque et vasculaire, soins intensifs de chirurgie cardiaque et vasculaire, salle de réveil de chirurgie cardiaque vasculaire, salle de réveil de rythmologie. Cela représente plus de 90 lits et places de soins critiques et près de 350 personnels non médicaux.

1.8.2. Le commanditaire

Nadia FLEURY, cadre paramédicale du DMU DREAM, ma supérieure hiérarchique directe est le commanditaire de la mission. La direction des soins du site Pitié-Salpêtrière étant en restructuration avec la suppression du poste du directeur qui était en charge de mon secteur au moment de la commande.

1.8.3. Le comité de pilotage

La raison sociale du projet est l'AP-HP. La responsable du projet est la Directrice générale du GH SUN. Les porteurs médicaux du projet sont Pr Vincent DEGOS (Médecin Anesthésiste Réanimateur) et Pr Eléonore BAYEN (MPR). Les membres du Comité de Pilotage du projet sont la Directrice générale du site Pitié Salpêtrière, la Directrice du pilotage des autorisations activités de soins, structures et coopérations médicales, la Directrice des Ressources Humaines, la Directrice des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP) du site Pitié-Salpêtrière, le Directeur des Investissements et Services Numériques, le Directeur Technique, la Directrice des Travaux et de la Maintenance, la Directrice des achats, la CPDMU du DMU DREAM (Anesthésie Réanimation), la Cadre administrative du DMU DREAM (Anesthésie Réanimation), le CPDMU du DMU NEUROSCIENCES (rééducation), la cadre supérieure de santé du DMU DREAM (Anesthésie Réanimation), la cadre supérieure de santé de Rééducation du DMU NEUROSCIENCES, la responsable de la pharmacie, la responsable ingénieure biomédicale, le futur médecin de Médecine Préventive et de Réadaptation (MPR) du SRPR.

1.8.4. Le comité de projet (COPROJ)

Le comité de projet - dit COPROJ - est une sous partie du COPIL que nous avons ajouté aux acteurs de la méthode MARCHAT. Ce sont les membres du COPIL qui œuvrent au plus près de l'opérationnalité du projet.

Le COPROJ est composé du chef de projet paramédical, du chef de projet médical, du futur médecin responsable de l'unité, de la cadre supérieure de rééducation et de la cadre de santé de rééducation.

C'est le COPROJ qui est le plus souvent en interaction avec les experts et les ressources.

A noter qu'en février 2025, la cadre supérieure de santé de rééducation a quitté son poste et a été remplacée sans tuilage.

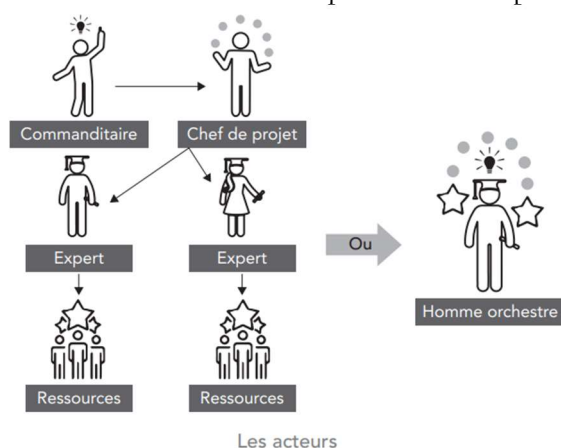


Figure 5 - Acteurs impliqués dans un projet selon Hugues MARCHAT dans le kit du chef de projet

1.8.5. La commande

La commande est décrite dans la lettre de mission en annexe (Cf. Annexe n°1) qui me confie le pilotage de la partie paramédicale des soins généraux du futur SRPR à la Pitié-Salpêtrière. Les missions incluent la conduite du projet, la mobilisation des acteurs, le suivi budgétaire et l'évaluation continue jusqu'à l'ouverture du service à la rentrée 2025.

2. LE CADRE CONCEPTUEL

L'objet de cette partie est de préciser le référentiel théorique sur lequel va s'appuyer la construction du projet. Le cadre conceptuel va permettre de structurer la réflexion à chaque étape du projet et d'éclairer l'analyse des choix faits pour la création du SRPR. Nous allons présenter les concepts et modèles théoriques en deux parties, d'une part ceux qui servent la conduite du projet (but primaire du projet managérial), d'autre part ceux qui soutiennent les modalités de management du service en tant que tel (but final du projet managérial).

2.1. Concepts relatifs à la conduite de projet (but primaire du projet)

2.1.1. Concepts relatifs à la démarche structurée d'un projet

Les premières références théoriques sur lesquelles s'appuie ce mémoire sont celles qui décrivent les étapes essentielles de la conduite d'un projet. A la fois issues de la littérature et des enseignements du master 2, ces références apportent des éléments théoriques et des outils pratiques.

Nous adopterons la « *méthode 3P : préparer, piloter, progresser* » de Hugues MARCHAT¹¹ et nous utiliserons les fiches, livrables, modèles de documents qu'il propose dans une approche opérationnelle de la gestion de projet : rôle central du chef de projet, planification et gestion des risques, gestion des ressources et du temps, communication, gestion des parties prenantes, gestion de la qualité, suivi des performances, compétences relationnelles nécessaires, etc.

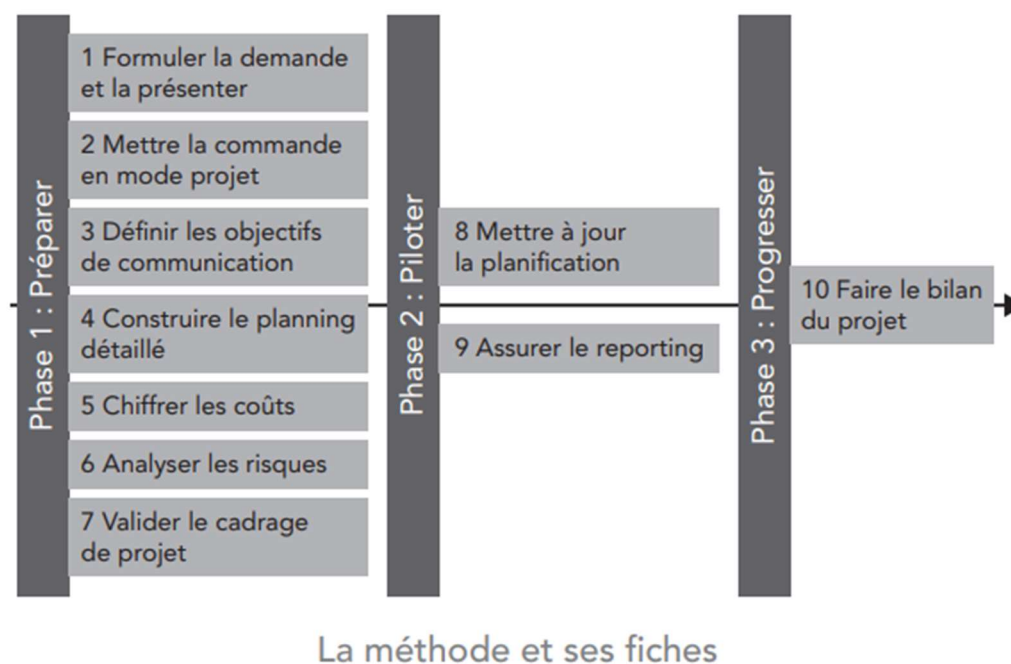


Figure 6 - Méthode des 3P de Hugues MARCHAT dans « le kit du chef de projet »

Frédérique ALEXANDRE précise la formalisation des objectifs sous la forme du « *triangle de la performance* » qui permet d'équilibrer les contraintes et les priorités surtout dans le milieu hospitalier où les contraintes sont aussi fortes que les exigences qualité.

¹¹ MARCHAT H. Le kit du chef de projet. 7e édition. Paris : Éditions Eyrolles, 2023. 304 p.

La performance d'un projet est évaluée selon 3 indicateurs :

- la qualité c'est-à-dire l'objectif à atteindre et ce qu'il faut planifier,
- le coût, c'est-à-dire les moyens mis en œuvre
- le délai c'est-à-dire le temps nécessaire à la réalisation du projet.

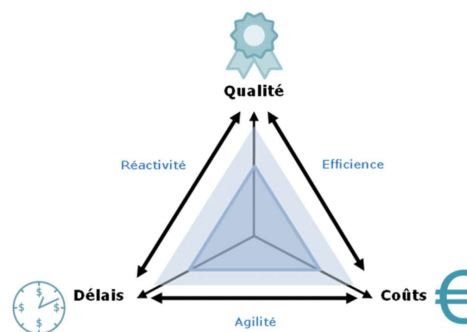


Figure 7 - Schéma du triangle de la performance.

Source : <http://electropratic.free.fr/gdp-gestion-du-projet.html>. 2025.

Et « la réussite du projet passe alors par la maîtrise de ces 3 critères. »¹² (p.22).

Divers articles dont celui de Stéphane TRUPHEME et Philippe GASTAUD, décrivent la méthode SMART : « Chaque lettre renvoie à un adjectif : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporel. La matrice SMART permet de décrire simplement un objectif concret, s'assurer d'en définir sa mesure et d'en délimiter son exécution dans le temps. »¹³ (p.18)

Les enseignements de Marie-Jo ESTEVE¹⁴ apportent une vision pragmatique et méthodologique du management de projet en milieu hospitalier en détaillant chaque phase permettant la réussite d'un projet et en proposant des outils concrets de pilotage pour le suivi de la performance.

Les enseignements de Patrick FARNAULT¹⁵ enrichissent cette méthodologie en précisant les enjeux, les postures, la dynamique d'équipe et les résistances potentielles de manière transversale à ces étapes.

2.1.2. Concepts relatifs à la stratégie et l'analyse des risques

Selon Cédric TCHENG, un « projet doit nécessairement se baser sur un diagnostic stratégique qui permet d'identifier les Facteurs Clés de Succès (FCS) en utilisant des outils comme le SWOT ou le PESTEL »¹⁶. Il développe les modalités d'utilisation du SWOT : « le SWOT doit s'appliquer à un Domaine d'Activité Stratégique (DAS) qui doit avoir été défini en procédant à la segmentation »¹⁷. Ensuite, « les forces sont les avantages concurrentiels et les faiblesses sont les points de fragilité en interne. Dans l'environnement, cela s'appelle les opportunités et les menaces ». Cédric TCHENG précise dans son enseignement que l'analyse des risques est le moment où il faut partager avec les équipes. C'est la décision de stratégie qui sera ensuite secrète et qui appartiendra au COPIL.

Selon Michael PORTER, « la compréhension des forces externes est cruciale pour élaborer une stratégie efficace, parfois même plus déterminante que les actions internes de l'entreprise »¹⁸.

2.1.3. Concepts relatifs au plan de communication d'un projet

L'enseignement de Marie-Jo ESTEVE¹⁹ indique qu'il y a 10 questions à se poser pour construire le plan de communication :

¹² ALEXANDRE F. Manager un projet. Paris : Vocatis, 2011. 160 p.

¹³ TRUPHEME S. et GASTAUD P. « Outil 3. La définition des objectifs : la matrice SMART » In : *La boîte à outils du marketing digital*. Paris : Dunod, 2020. p. 18-21.

¹⁴ ESTEVE M.-J. Savoir mener un projet [cours magistral] - ECUE 7.2 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

ESTEVE M.-J. La boîte à outils du cadre supérieur de santé [cours magistral] - ECUE 6.3 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹⁵ FARNAULT P. Le projet managérial [cours magistral] - ECUE 7.2 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹⁶ TCHENG C. La démarche stratégique [cours magistral] - ECUE 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹⁷ Ibid

¹⁸ PORTER M. Competitive Strategy : Techniques for Analyzing Industries and Competitors. New York : Free Press, 1980. 396 p.

¹⁹ ESTEVE M.-J. Savoir mener un projet [cours magistral] - ECUE 7.2 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

Démarche	7 Questions à se poser avant une action de communication
Résultat recherché	Quel est le but général de cette action ?
Destinataires	Quelles personnes sont concernées (directement ou indirectement) ?
Messages	Quel message principal veut-on communiquer ? Quels en sont les points clés ?
Objectifs précis	En termes de connaissances avoir quelques notions de ... ou bien connaître pour savoir utiliser ? En termes de sensibilisation obtenir que les personnes s'intéressent à ..., attachent de l'importance à ..., ou bien susciter la mobilisation et l'envie de faire
Acteurs	Quelles personnes peuvent jouer un rôle actif pour diffuser, expliquer l'information ? Comment les impliquer ?
Procédés	Quels procédés adopter et pourquoi ? Réunion générale ou en petits groupes, entretiens, note écrite, journal, affichage vidéo, messagerie électronique, etc.
Cohérences des Actions	Quels liens établir avec d'autres actions menées dans le passé ou en parallèle ? Comment montrer la convergence et la complémentarité avec d'autres actions ?
Appréciation Des effets	Comment faciliter l'information en retour de la part des destinataires ? Comment mesurer les effets de cette action ?
Organisation	Que faut-il faire précisément pour organiser cette action ? Qui doit le faire et à quel moment ? Quels moyens mettre en œuvre ?
Points critiques	Qu'est-ce qui pourrait réduire l'efficacité de cette action ou la faire échouer ? Comment prendre en compte ces points critiques dès le départ ?

Figure 8 - Extrait enseignement Marie-Jo ESTEVE, *Savoir mener un projet* - diapo 39

Pour mettre en œuvre le plan de communication, l'enseignement de Virginie LE BASTARD décrit le concept de la congruence en communication qui se définit comme « *l'alignement entre le discours, la posture, la gestuelle et la tonalité afin de donner l'impression d'être totalement authentique et aligné avec ses convictions* »²⁰. V. LE BASTARD cite les recherches d'Albert MEHRABIAN (1971) qui relèvent que dans la communication des émotions, « *7 % du message passe par les mots, 38 % par le ton de la voix et 55 % par le langage corporel* ». Or, dans les organisations soignantes, la dimension humaine est majeure : transmettre un message verbal ne suffit pas, il est essentiel de l'incarner pleinement pour renforcer l'adhésion. Le concept de congruence sera donc mobilisé pour favoriser un climat de confiance propice à la conduite du changement.

2.1.4. Concepts relatifs au pilotage médico-économique

Thierry NOBRE²¹ explique que l'histoire du management hospitalier a progressivement fait une place de choix au contrôle de gestion dans les hôpitaux. Un fonctionnement sans souci de gestion budgétaire de 1945 à 1970 a laissé place à la Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) qui impose la justification des dépenses aux regard d'objectifs de 1970 à 1983. Puis, le financement par dotation globale a remplacé le « prix de journée » pour limiter les dépenses ; les centres de responsabilité ont initié la participation des médecins dans la gestion budgétaire ; le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) a affiné la connaissance de l'activité et a optimisé les ressources en regard. Enfin de 1991 à 2004, c'est l'intensification de l'autonomie des établissements et du contrôle de la performance avec les schémas régionaux d'organisations sanitaires (SROS) qui ont régulé l'offre de soins ; le projet d'établissement qui a fixé les objectifs ; les systèmes d'information qui ont suivi de près l'activité ; le guide méthodologique de comptabilité hospitalière qui a accompagné la gestion interne et les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) qui ont régulé les financements. De plus, de nouvelles exigences en matière de qualité avec des procédures d'accréditation et d'évaluation des pratiques professionnelles sont apparues. Selon

²⁰ LE BASTARD V. La communication efficace [cours magistral] - ECUE 7.1 - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

²¹ NOBRE T. *L'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public : massive par catalyse réglementaire ou spontanée par capillarité ?* Normes et Mondialisation, mai 2004, France. 17 p.

l'enseignement de Mathias BEJAN sur le « *Financement de la santé* »²², la T2A a remplacé la dotation globale en 2004 pour faire correspondre le financement à l'activité réelle des établissements de santé. En 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) a renforcé le pouvoir des directeurs et a créé les Agences Régionales de Santé (ARS) pour accentuer les efforts de gestion. De nouveaux outils ont été introduits : le *Balanced Scorecard* (BSC), outil de pilotage stratégique qui permet d'intégrer la satisfaction des patients, les processus internes et l'innovation dans la performance et l'*Activity-Based Costing* (ABC), méthode de comptabilité par activités qui attribue précisément les coûts aux soins et services hospitaliers. En 2011, le ministère de la santé a publié un « *Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière* »²³, pour accompagner les acteurs à l'utilisation des outils de gestion. En 2020, l'épidémie de COVID-19 a révélé les limites du capacitaire et des ressources humaines, obligeant les hôpitaux à s'adapter au « *quoi qu'il en coûte* »²⁴. Encore dernièrement, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a publié le « *Guide méthodologique du retraitement comptable 2024* »²⁵ pour clarifier les étapes de la comptabilité analytique pour les hôpitaux.

Le pilotage médico-économique des établissements est donc devenu obligatoire pour les établissements de santé qui doivent se saisir de tous les outils mis à disposition par le ministère de la santé pour « *s'engager dans une démarche globale d'amélioration de l'efficacité des établissements de santé reposant sur de nombreux leviers de performance. Ce pilotage stratégique vise à garantir, dans un contexte économique contraint, la qualité des investissements hospitaliers et la diffusion des politiques de performance à l'ensemble des établissements de santé.* »²⁶ Loin d'être une simple gestion des coûts, l'évaluation médico-économique telle que définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) a pour objectif de « *comparer des stratégies de soins en termes de coût et de résultats en santé, en s'appuyant sur des indicateurs comme le QALY (Quality-Adjusted Life Year) pour objectiver la valeur des soins apportés aux patients* »²⁷. Comme le rappelle Isabelle DURAND-ZALESKI, cette évaluation ne doit pas être perçue comme un outil de rationnement mais bien comme « *un moyen d'optimiser l'allocation des ressources pour maximiser les bénéfices en santé publique, tout en intégrant les enjeux éthiques et sociaux* »²⁸.

Selon l'avis d'appel à projet de l'ARS, le SRPR sera financé « *par la Tarification à l'Activité (T2A) MCO avec un supplément 'Surveillance Continue' selon les règles classiques de codage. Une aide au démarrage de 250 000€ pour 12 lits sous forme de crédits FIR non reconductibles sera attribuée par l'ARS IdF pour permettre la montée en charge de l'activité* »²⁹. Selon Mathias BEJAN³⁰, le financement repose sur la production d'actes et de séjours hospitaliers codifiés. Le processus comprend plusieurs étapes :

1. Collecte des données médicales et administratives via le PMSI

²² BEJAN M. *Financement de la santé* [cours magistral] - ECUE 6.2 Le pilotage de la performance des organisations soignantes - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

²³ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. *Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière*. Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 2012. 152 p. consulté le 15/02/2025 sur <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/guide-methodologique-de-comptabilite-analytique-hospitaliere-du-ministere-de-la-sante/>

²⁴ Expression popularisée par le président Emmanuel MACRON en mars 2020 pour définir la politique économique d'urgence mise en place pour soutenir l'économie et éviter un effondrement face à la pandémie

²⁵ AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH). *Guide méthodologique du retraitement comptable 2024*. Lyon : ATIH, 2024. 98 p. consulté le 15/02/2025 sur https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4631/guide_methodologique_rtc_2024.pdf

²⁶ France. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Efficacité des établissements de santé : une démarche globale d'amélioration reposant sur de nombreux leviers de performance*. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé. 09 août 2024. Consulté le 8 mai 2025 sur <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficacite-des-etablissement-de-sante/efficacite-hospitaliere>

²⁷ Haute Autorité de Santé. *Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS*. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2020. consulté le 8 mai 2025 sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3197550/fr/guide-2020-choix-methodologiques-pour-l-evaluation-economique-a-la-has

²⁸ DURAND-ZALESKI. *Analyse médico-économique* [cours magistral] - ECUE 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

²⁹ Agence régionale de santé Île-de-France. *Avis d'appel à projet pour la création de deux services de soins de réadaptation post-réanimation (SRPR) neurologiques : cahier des charges*. Saint-Denis : ARS Île-de-France, 2021. 14 p. consulté le 8 mai 2025 sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/84518/download>

³⁰ BEJAN M. *Financement des dépenses de santé* [cours magistral] - ECUE 6.2 Le pilotage de la performance des organisations soignantes - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

2. Groupage de ces données qui attribue à chaque séjour un Groupe Homogène de Malade (GHM), c'est-à-dire une catégorie des patients ayant des profils de soins et des coûts similaires
3. À chaque GHM correspond un Groupe Homogène de Séjours (GHS) qui détermine le tarif de remboursement pour l'établissement
4. Application de suppléments ou forfaits afin de mieux couvrir la lourdeur des prises en charge en SRPR.
5. Régulation par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)

Le PMSI permet la valorisation de l'activité médicale en recettes. L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) précise que « *le PMSI, au-delà de sa fonction de codage, est un outil de pilotage indispensable pour suivre l'efficacité et anticiper les besoins financiers de l'établissement* »³¹.

Christelle GUIN souligne également que « *l'équation fondamentale repose sur l'adéquation entre activité réalisée, ressources mobilisées et dépenses maîtrisées* »³², rendant indispensable l'exploitation optimale des données PMSI pour garantir l'équilibre budgétaire.

Selon Marie-Jo ESTEVE, « *les outils de pilotage de la performance sont les tableaux de bords qui permettent de suivre les indicateurs* »³³. Les principaux indicateurs recommandés incluent des indicateurs d'activité (taux d'occupation, DMS), des indicateurs financiers (recettes, suivi de la masse salariale), des indicateurs de qualité (taux de réadmission, amélioration fonctionnelle) et des indicateurs RH (Equivalent Temps Plein (ETP), taux d'absentéisme).

Comme le rappelle Isabelle DURAND-ZALESKI, l'évaluation médico-économique est indissociable des choix politiques et éthiques : « *Maximiser l'efficacité ne doit pas se faire au détriment de l'équité d'accès aux soins* »³⁴. Selon Christelle GUIN, « *cela implique une gouvernance collective où médecins, cadres et gestionnaires collaborent étroitement pour ajuster les ressources en fonction des besoins réels* »³¹. De plus, elle précise que le pilotage anticipatif est essentiel : « *Il vaut mieux ajuster l'organisation en interne que de subir des injonctions extérieures de l'ARS* »³¹. Cette logique impose une lecture régulière des tableaux de bord et la mise en place de plans d'action correctifs en cas d'écarts significatifs.

Le pilotage médico-économique de notre projet sera donc soutenu par des tableaux de bord structurés et par l'exploitation des référentiels institutionnels. Il permettra d'équilibrer les ambitions du COPIL avec les contraintes budgétaires.

2.1.5. Concepts relatifs au changement organisationnel

La création du SRPR va s'inscrire dans un écosystème professionnel existant qui doit attirer toute mon attention en tant que chef de projet. En effet, le parcours du patient de neurochirurgie sans le SRPR existe depuis très longtemps et implique de nombreux professionnels ayant une ancienneté moyenne de 8,3 ans en réanimation neurochirurgicale (vs 3,4 sur les autres réanimations du DMU). C'est pourquoi ce projet s'inscrit dans le cadre théorique de l'ouvrage de Rachel BEAUJOLIN-BELLET et Géraldine SCHMIDT sur les restructurations d'entreprises, précisant les enjeux économiques, sociaux et humains. Les auteurs préviennent que « *la restructuration ne saurait se limiter à une opération comptable ou organisationnelle : elle engage des trajectoires individuelles, affecte des identités professionnelles, bouleverse des collectifs de travail* »³⁵ (p. 7).

De plus, le SRPR va faire se rencontrer des disciplines différentes et représente un enjeu au niveau de la cohabitation de cultures professionnelles différentes (MPR et MAR). Or, les auteurs précisent que les restructurations sont des moments où s'expriment des tensions entre logique de gestion et logique de métier : « *les projets de transformation sont souvent portés par une rationalité économique ou stratégique, mais ils se heurtent à des logiques professionnelles et identitaires qui leur sont parfois opposées* » (p. 77). La conduite du changement devra donc prendre en compte non seulement la coordination

³¹ ATIH, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Le PMSI : guide pratique. Lyon : ATIH, 2023.

³² GUIN C. Pilotage médico-économique [cours magistral] - ECUE 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

³³ ESTEVE M.-J. La boîte à outils du cadre supérieur de santé [cours magistral] - ECUE 6.3 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

³⁴ DURAND-ZALESKI. Analyse médico-économique [cours magistral] - ECUE 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

³⁵ BEAUJOLIN-BELLET R. et SCHMIDT G. Les restructurations d'entreprises, Collections Repères, La Découverte, 2012, 128p.

mais aussi la communication interservices et la reconnaissance des savoirs faire de toutes les parties prenantes. Selon les auteurs, la réussite de ce type de projet repose « *moins sur la qualité du plan de transformation que sur la capacité à construire des espaces de dialogue et de régulation* » (p. 111).

C'est en ce sens, que les transformations organisationnelles de ce projet pourront utiliser la méthode enseignée par Jean-Paul DUMOND³⁶. Cette méthode repose sur l'analyse des « *paramètres de conception* » de l'organisation existante pour en interroger les fondements au niveau du « *mode de contrôle* » (contractualisation versus socialisation), des « *frontières* » (internalisation versus externalisation), de la « *division horizontale* » (polyvalence versus spécialisation) et de la « *division verticale* » (distance hiérarchique). L'analyse repose ensuite sur trois registres d'interprétation : « *fonctionnel* », « *culturel* » (représentations professionnelles, valeurs implicites et usages symboliques) et « *politique* » (rapports de pouvoir entre spécialités, arbitrages institutionnels). Elle interroge les valeurs professionnelles qui risquent d'être impactées par la transformation organisationnelles et comment lever les obstacles qui peuvent se créer en regard.

La méthode de conduite du changement de Xavier MARCHAND sera également très utile pour accompagner une phase de transition délicate. Cette méthode consiste à appliquer « *9 étapes de conduite du changement sur les 5 cibles que sont les bénéficiaires, les professionnels impliqués dans le parcours de soins, les managers de proximité, le Comité de Direction et les financeurs* »³⁷.

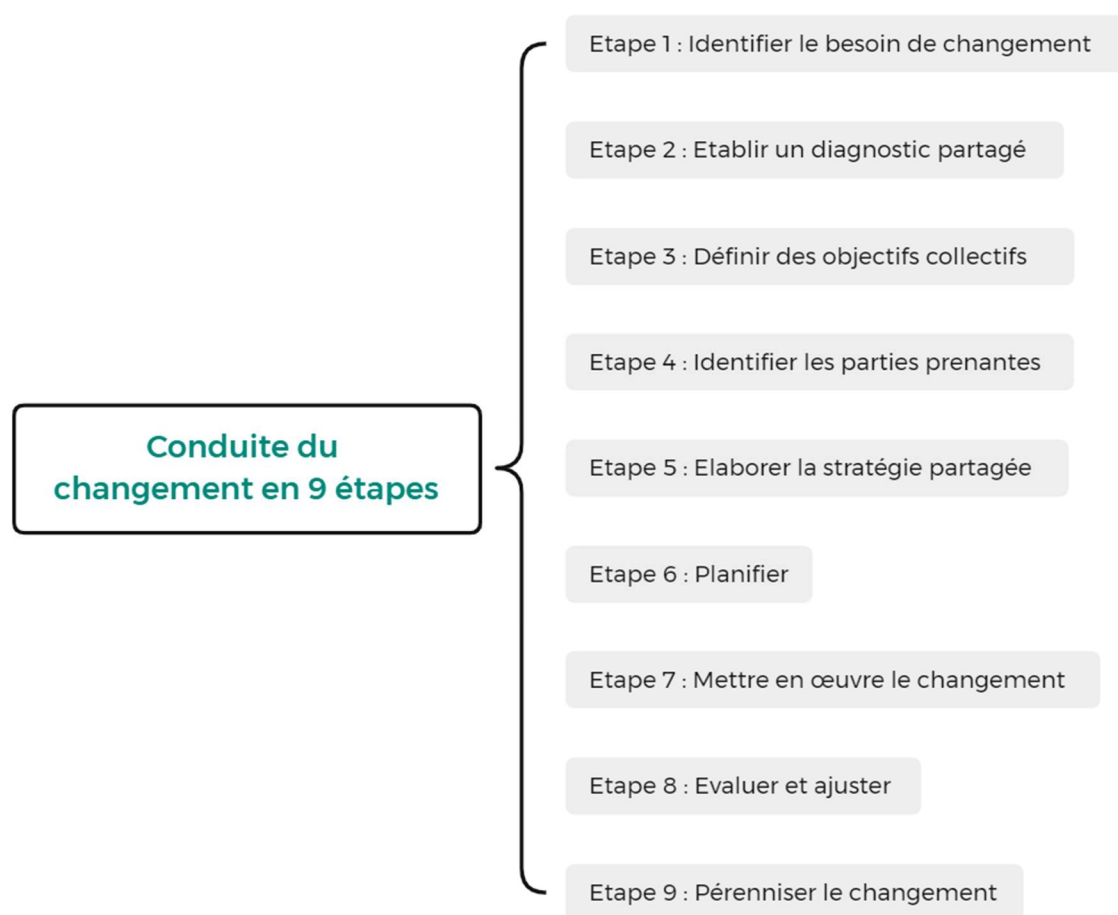


Figure 9 - Les 9 étapes de la conduite du changement selon l'enseignement de Xavier MARCHAND

³⁶ DUMOND J.-P. Concevoir un changement organisationnel [cours magistral] - ECUE 5.2 La transformation des organisations en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

³⁷ MARCHAND X. La MRH dans les transitions [cours 26.01.2025] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

Les modes opératoires sont des réunions de cadrage, des groupes de travail, des évaluations, un accompagnement terrain et des plans de formation. Cette démarche est associée à la matrice d'AUTISSIER et MOUTOT.

Conduite du changement			
	Changement Faible	Changement Moyen	Changement Fort
Communication	- Emails - Affichages - Réunions courtes	- Réunions d'information - Sessions de questions-réponses	- Campagne de communication interne - Ateliers interactifs
Formation	- Guides et tutoriels simples - Support technique ponctuel	- Sessions de formation obligatoires - Accompagnement à l'adaptation aux nouveaux outils	- Formation approfondie et certifiante - Parcours de formation continue - Coaching individuel
Accompagnement	- Suivi distant - Référent ponctuel	- Accompagnement terrain régulier - Groupes de travail	- Coaching et mentoring - Ateliers d'analyse des résistances - Stratégie d'adhésion personnalisée

Figure 10 - Matrice de conduite du changement selon l'enseignement de Xavier MARCHAND

C'est une approche progressive pour expérimenter les innovations, participative pour faire adhérer les différentes parties prenantes, évolutive car les modèles proposés doivent pouvoir s'adapter. Selon Xavier MARCHAND, « *la mise en place d'expérimentations locales permet d'ajuster progressivement les pratiques avant de les généraliser et de réduire les résistances avant un déploiement généralisé* »³⁸.

Suzy CANIVENC attire notre attention sur la nécessité d'être flexible et agile dans l'utilisation des modèles de conduite du changement : « *Il est utile d'avoir un ou (de préférence) plusieurs modèles théoriques en tête, mais il faut prendre le temps d'expérimenter pas à pas, et surtout d'associer à chaque étape les salariés aux décisions.* »³⁹ (p.34).

2.1.6. Concepts relatifs à la gestion des parties prenantes

La gestion des parties prenantes consiste à identifier, analyser, et fédérer tous les acteurs concernés et impliqués par le projet. Il s'agit de comprendre leurs attentes, négocier des compromis, s'assurer de leur adhésion. Selon « *la carte des partenaires* »⁴⁰ d'Olivier HERBEMONT et Bruno CESAR, il existe huit typologies d'acteurs dans les projets que l'on peut classer selon la matrice suivante pour détecter « *les triangles d'or* » qui feront avancer le projet et ceux auxquels il faudra être attentif pour ne pas compromettre le projet.

³⁸ MARCHAND X. La MRH dans les transitions [cours 26.01.2025] - ECU 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

³⁹ CANIVENC S. Les nouveaux modes de management et d'organisation : innovation ou effet de mode ? Paris : Presses des Mines, 2022. 216 p.

⁴⁰ HERBEMONT O. et CESAR B. La stratégie du projet latéral : comment réussir le changement quand les forces politiques et sociales doutent ou s'y opposent. Paris : Dunod, 1996. 256 p.

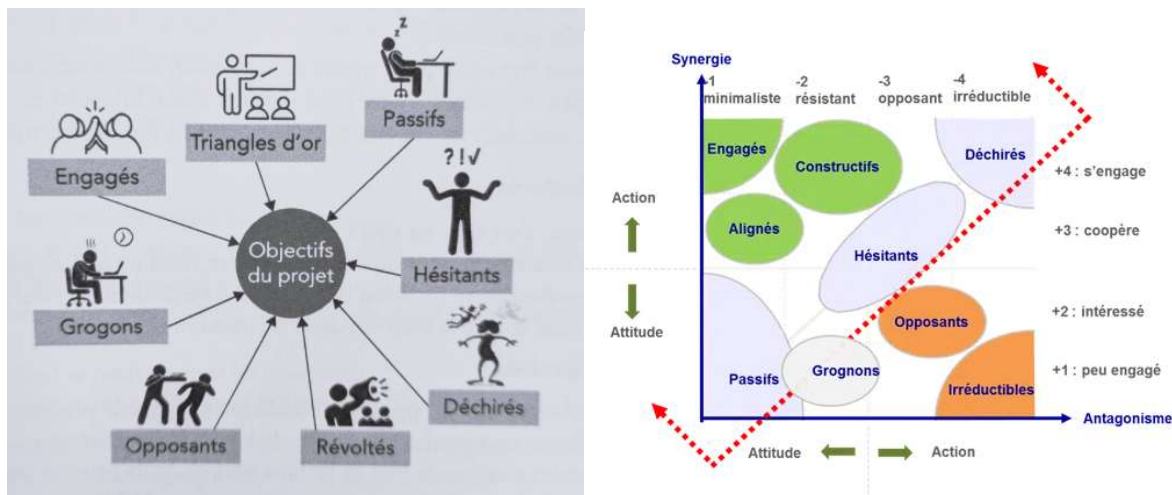


Figure 11 - Les huit typologies d'acteurs source : le kit du chef de projet de H. MARCHAT et la matrice sociodynamique des acteurs

Dans son enseignement⁴¹ Jean-Paul DUMOND cite les travaux majeurs de Michel CROZIER et Henry MINTZBERG dans le domaine de la sociologie des organisations. Ils analysent les organisations au travers des acteurs, leurs stratégies et leurs marges de manœuvre face aux contraintes. Ils étudient les concepts de « acteur stratégique », « pouvoir », « zones d'incertitude », « régulation formelle et informelle », « négociation permanente ».

Michel CROZIER décrit le principe de « résistance au changement »⁴² c'est-à-dire le développement de stratégie de contournement des réformes pour préserver son autonomie. Au-delà d'un défaut technique des outils ou d'un manque de formation, le jeu de pouvoir des acteurs pourrait limiter tel ou tel changement induit par le projet. Les travaux de Henry MINTZBERG⁴³ permettent de comprendre que le pouvoir repose sur les savoirs experts des professionnels de santé et cela peut compromettre une mise en place descendante. MINTZBERG envisage davantage une co-construction des outils avec les soignants pour les intégrer dans le projet.

Philippe BERNOUX, montre également que les acteurs sociaux influencent le cours des transformations décidées par la direction en fonction de leurs intérêts et de leurs besoins. La confrontation de ces décisions avec « les habitudes, des identités professionnelles, et des enjeux de pouvoir »⁴⁴ peuvent provoquer des tensions.

Norbert ALTER nous éclaire au sujet de la gestion des parties prenantes avec « le concept de coopération en entreprise selon une logique d'échanges sociaux »⁴⁵. Il analyse que le « don » et la « prise » permettent de comprendre les interactions entre les individus qui utilisent des dynamiques informelles telles que « confiance, réciprocité, pouvoir »⁴⁶.

2.1.7. Concepts relatifs au leadership

Selon Patrick FARNAULT, il est essentiel de distinguer la notion de *chef* de celle de *leader* : « Le chef c'est la notion statutaire, légale, voire économique, qui correspond à celui à qui l'on obéit [...] il représente l'autorité mais son influence reste limitée »⁴⁷, tandis que « le leader se distingue par sa capacité à diriger autrement avec une aisance naturelle qui invite l'équipe à suivre une direction claire »⁴⁵. Cette distinction fondamentale éclaire la posture managériale à adopter dans la conduite d'un projet tel que la création du SRPR.

Denis CRISTOL, cité dans l'enseignement de Patrick FARNAULT, considère le leadership non comme une posture figée, mais comme une dynamique relationnelle et contextuelle. Selon lui,

⁴¹ DUMOND J.-P. Transformer les relations humaines [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁴² CROZIER M. ; FRIEDBERG E. *L'Acteur et le Système : les contraintes de l'action collective*. 1ère édition. Paris : Éditions du Seuil, 1977. 500 p.

⁴³ MINTZBERG H. *Le Pouvoir dans les Organisations*. 1ère édition. Paris : Éditions d'Organisation, 1983. 512 p.

⁴⁴ BERNOUX P. *La sociologie des organisations : Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. Poche. 2014. 382 p.

⁴⁵ ALTER N. *Donner et prendre : La coopération en entreprise*. Paris : Edition La Découverte, livre de poche. 2010. 233p.

⁴⁶ Ibid

⁴⁷ FARNAULT P. Atelier cadre supérieur de santé [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

être leader ne se résume pas à occuper une position de pouvoir, mais implique la capacité d'influencer, de mobiliser et d'inspirer les autres afin d'atteindre des objectifs communs.

Cette influence repose sur le concept de Robert-Vincent JOULE et Jean-Léon BEAUVOIS : « La soumission librement consentie [qui] désigne l'ensemble des situations dans lesquelles un individu adopte un comportement attendu par autrui alors qu'il a le sentiment de le faire de son plein gré, sans y être contraint de façon manifeste. »⁴⁸ Denis CRISTOL précise que « le leadership ne vient pas d'en haut, mais d'en bas. C'est le groupe qui reconnaît quelqu'un comme leader, parce que cette personne apporte de l'assurance, des objectifs ambitieux ou une expertise technique. »⁴⁵

Patrick FARNAULT explique que le contexte hospitalier actuel est marqué par une « double crise : une crise de l'autorité et une crise du leadership »⁴⁹. Il porte notre attention sur le fait que les injonctions paradoxales peuvent mettre à mal la confiance que porte les équipes à son leader managérial et « qu'il est important d'adopter une posture de transparence »⁴⁵. Cette approche fait écho au concept de « leadership authentique » développé par LUTHANS, AVOLIO et GARDNER⁵⁰ qui soulignent l'importance de la transparence relationnelle et de la conscience de soi dans l'exercice du leadership.

MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP AUTHENTIQUE

Luthans et Avolio (2003)



Figure 12 - Modèle de développement du leadership authentique de Luthans et Avolio (2003)

Le leadership dans les organisations soignantes ne se réduit pas à une fonction mais s'exprime dans une posture managériale qui repose sur la co-construction et guide l'action du cadre supérieur de santé dans son projet de création d'un service SRPR, où la mobilisation collective autour d'une vision partagée constitue un facteur clé de réussite.

2.2. Concepts relatifs au management du service (but final du projet)

Dans cette partie, nous allons aborder les concepts qui serviront à la mise en œuvre effective du service quant à la prise en charge des patients et au management de l'équipe à partir de l'ouverture. Cela fait intégralement partie du projet car ce sont des étapes qu'il faut avoir préparées en amont pour qu'elles soient opérationnelles le jour J.

⁴⁸ JOULE R-V ; BEAUVOIS J-L. La soumission librement consentie. In : Revue française de sociologie, vol. 40, n°2, avril-juin 1999, p. 385-404. Consulté le 8 mai 2025 sur : https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1999_num_40_2_5180

⁴⁹ FARNAULT P. Atelier cadre supérieur de santé [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisations Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁵⁰ AVOLIO ; GARDNER. Authentic Leadership Development : Getting to the Root of Positive Forms of Leadership. In : The Leadership Quarterly. Vol. 16, n° 3, 2005. – p. 315-338.

2.2.1. Cadre réglementaire de l'ouverture d'un SRPR

L'ouverture d'un SRPR neurologique est encadré à la fois par des textes réglementaires nationaux (code de la santé publique, décrets), des orientations régionales stratégiques strict (Projet Régional de Santé, Schéma Régional de Santé) et des exigences en matière de qualité des soins (HAS).

- **Cadre juridique**

Les règles de droit applicables sont les suivantes :

- Articles L6111-1 à L6111-3 du Code de la santé publique : Ces articles précisent les missions des établissements de santé, y compris les soins de suite et de réadaptation
- Article L6122-1 et suivants du code de la santé publique : Ces articles sont relatifs à l'autorisation de créer et de développer des structures sanitaires, y compris les unités de soins de suite et de réadaptation
- Le décret n°2008-377 du 17 avril 2008 encadre les conditions d'autorisations pour les soins de suite et de réadaptation, y compris les unités spécialisées comme le SRPR.
- Le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 est relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- La circulaire DHOS/01/DGS/2007/117 du 28 mars 2007 est relative à l'organisation des soins de suite et de réadaptation et précise les conditions d'implantation et de fonctionnement de ces unités.
- L'arrêté du 4 mars 2011 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé pratiquant les soins de suite et de réadaptation, applicable à l'unité post-réanimation.
- L'arrêté du 30 mars 2011 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des unités de soins critiques (infrastructures).
- Le décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 est relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.
- La loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 instaure la T2A qui sera généralisée par la loi HPST (2009), aujourd'hui codifiée dans le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6 et suivants.
- Le décret n°2005-406 du 2 mai 2005 a créé les MIG/MIGAC qui complètent la T2A, pour financer des activités non directement tarifables mais d'intérêt public qui sont aujourd'hui régies par le code de la santé publique (article L.162-22-13-1) et le code de la sécurité sociale (article L.6111-1-2).
- La loi HPST, renforcée par la loi Touraine a créé le Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) codifié aux articles L.6114-1 et suivants du code de la santé publique.
- La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 (loi Kouchner) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui pose les fondements du respect des usagers dans la relation de soins.
- La charte de la personne hospitalisée de 2006 qui affirme le droit à une information accessible et compréhensible.

- **Territorialisation de l'offre de soins**

Selon l'enseignement de Clémence ZACHARI, « *l'exercice d'une activité de soins est soumis à une autorisation de l'ARS et doit répondre aux besoins de santé identifiés par le diagnostic territorial de santé et inscrits dans le Schéma Régional de Santé (SRS)* »⁵¹. En application de la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) de 2009, la création d'un SRPR dépend de la territorialisation de l'offre de soins et du Projet Régional de Santé (PRS).

⁵¹ ZACHARIE C. Les autorisations sanitaires [cours magistral 03/10/24] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

Les règles de droit applicables sont les suivantes :

- Conformément à l'article L.6122-1 du code de la santé publique, les activités de soins sont soumises à autorisation préalable.
- L'article L.6112-1 du code de la santé publique définit les missions suivantes du service public hospitalier : La permanence des soins, la continuité des soins, l'égal accès à des soins de qualité.
- L'article L.1110-1 du code de la santé publique précise le principe d'égal accès aux soins : Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne.
- La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), a instauré le PRS, encadré par les articles L.1434-1 et suivants du code de la santé publique.
- Le PRS constitue le cadre stratégique de la politique de santé régionale. Il se décline à travers le SRS, principal outil de planification territoriale de l'offre de soins, adapté aux besoins locaux. Ce dispositif a été consolidé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dite loi Touraine.

- **Exigences relatives à la qualité des soins et à la gestion des risques**

Les règles de droits applicables sont les suivantes :

- La certification des établissements de santé par la HAS est mise en place par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- Article L.6113-3 du Code de la santé publique : il rend obligatoire la certification des établissements de santé pour évaluer la qualité et la sécurité des soins. Selon l'enseignement de Clémence ZACHARI, « la certification HAS a été intégrée au processus des autorisations dans la réforme de 2023 des autorisations sanitaires »⁵².
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005, dite « loi handicap », pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : elle rend obligatoire l'accessibilité des Etablissements Recevant du Public (ERP) aux personnes en situation de handicap.
- Articles R.123-1 à R.123-55 du Code de la construction et de l'habitation : ils définissent les obligations en matière de sécurité incendie.

2.2.2. Place de l'utilisateur dans l'organisation

Dans son enseignement, Marie-Laure MOURRE, décrit l'évolution historique de la place de l'utilisateur dans le système de santé dont nous devons tenir compte dans la construction du nouveau SRPR. « L'hôpital s'est historiquement centré sur la pathologie depuis la découverte du microbe plutôt que sur la personne, avec un rôle paternaliste et incontestable du médecin. Le scandale du sang contaminé en 1985 a changé cette dynamique, introduisant les notions 'd'état coupable' et de 'patient victime' et encourageant les patients à se rassembler en collectifs associatifs pour se défendre. »⁵³ Depuis les années 1990, la place de l'utilisateur dans le système de santé s'est renforcée grâce à des lois marquantes. L'ordonnance de 1996 a créé les premières instances de représentation des usagers. La loi Kouchner de 2002 a consacré le patient comme détenteur de droits, introduisant la démocratie sanitaire et la possibilité pour les citoyens de participer à l'organisation du système de santé. La Charte de la personne hospitalisée en 2006 a formalisé les droits des patients. Tandis que la loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009 a créé les Agences Régionales de Santé (ARS) pour améliorer l'accès aux soins. Plus récemment, le plan « Ma Santé 2022 » vise à personnaliser le parcours de soins. Les usagers disposent aujourd'hui de droits opposables comme le droit à l'information, le consentement libre et éclairé, le respect de la dignité et de la vie privée, et l'accès à leur dossier médical. Ils peuvent également saisir la Commission des usagers (CDU) en cas de non-respect de ces droits. Les rapports annuels de l'ARS Île-de-France permettent de suivre l'évolution de ces droits. Selon Pierre CARAYON, « le passage

⁵² ZACHARIE C. Les autorisations sanitaires [cours magistral 03/10/24] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁵³ MOURRE M.-L. La place du patient dans le système de santé [cours magistral] - ECUE 6.4 L'utilisateur et le système de santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

de malade à patient puis usager traduit une reconnaissance accrue de l'autonomie et de la dignité. »⁵⁴ C'est le témoignage de la valorisation croissante de la place de l'usager à l'hôpital.

Jean-Paul DUMOND quant à lui, décrit l'évolution sociétale de la place de l'usager à l'hôpital. Il montre comment des changements sociétaux ont favorisé l'individualisation dans la santé. A commencer par la « *sacralisation de la vie individuelle* »⁵⁵ (p.162) : le christianisme en rejetant le suicide, le travail devenu essentiel à la survie au Moyen Âge puis l'invention du télescope par Galilée qui a renforcé la possibilité de transformation de la nature par l'homme. Depuis, l'homme moderne porte un intérêt croissant à sa vie biologique, visible dans des avancées comme le clonage et les greffes. Cette priorisation de la vie humaine a été évidente durant la crise du COVID-19, où des mesures sanitaires ont prévalu malgré leur impact économique : « *La santé n'a pas de prix. Le gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires [...] pour sauver des vies quoi qu'il en coûte* »⁵⁶. Aujourd'hui encore, le projet de loi sur l'euthanasie et le suicide assisté est fortement animé par la notion de sacralité de la vie : « *Ce texte, qui vise à légaliser l'aide à mourir, soulève des questions cruciales et vertigineuses. Il a déjà été écrit ici que le législateur ne pouvait opérer dans ce domaine que d'une main tremblante.* »⁵⁷

Jean-Paul DUMOND décrit un deuxième changement sociétal, celui de « *la valorisation de la réflexion individuelle et reconnaissance de la subjectivité* »⁵⁸ (p.163). L'individu moderne est encouragé à prendre des décisions basées sur son ressenti. Le vécu subjectif devient parfois plus influent que la perception objective.

Enfin, Jean-Paul DUMOND analyse l'influence de la postmodernité : le rythme de vie s'oriente vers l'instantanéité, avec une exigence d'immédiateté. Cette époque valorise un flux constant de productivité et la quête de plaisirs éphémères, tandis que les objets et services doivent être chargés d'émotions et de symbolisme. Cette évolution implique que l'expérience émotionnelle et le ressenti des patients et des soignants jouent un rôle majeur dans la perception des soins, avec des attentes plus individualisées.

2.2.3. Gestion des compétences

Dans son enseignement, Xavier MARCHAND explique que « *la compétence ne se résume pas à une liste d'actes comme peut souvent le dire un étudiant infirmier* »⁵⁸ à qui l'on demande ce qu'il a développé comme compétences en stage. Le développement des compétences est dynamique, contextualisé et situé. Selon Guy Le BOTERF, « *un ensemble de savoir ou de savoir-faire ne forme pas une compétence. La compétence professionnelle se déploie dans une pratique de travail.* »⁵⁹ L'action devient compétence lorsqu'elle est en lien avec l'acteur, l'activité et les collègues de travail. Xavier MARCHAND soutient qu'il est essentiel d'accompagner les actes du raisonnement qui les accompagnent : « *Le développement de la compétence repose donc sur l'analyse réflexive des situations de travail et l'explicitation du sens donné à l'action.* »⁵³ Raymond WITTOFSKI résume que « *la compétence est à la fois une construction individuelle et sociale, et qu'elle s'élabore dans l'action.* »⁶⁰ Pour le SRPR, où les compétences seront très spécifiques et évolueront rapidement du fait de la complexité des prises en charge, il faudra donc être attentif à mettre en place les moyens pour l'équipe et les étudiants de verbaliser et d'échanger sur les raisonnements qui guident leurs actions.

Le SRPR devra être un service apprenant au sens de Peter SENGE (2015) qui définit les organisations apprenantes comme « *des organisations où les gens développent constamment leur capacité à atteindre les résultats qu'ils désirent vraiment, où l'on cultive l'ouverture et de nouvelles manières de penser, où les aspirations collectives sont libérées et où les personnes apprennent constamment à regarder ensemble la globalité.* »⁶¹

⁵⁴ CARAYON, P. L'usager acteur de soins : Les mutations de la relation de soin au XXI^e siècle. Paris: Presses Universitaires de France, 2015.

⁵⁵ DUMOND J-P. La grande transformation hospitalière : vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles. Paris, Edition Seli Arslan, 2021, 243 p.

⁵⁶ MACRON, E. (12 mars 2020). Adresse aux Français du président de la République. Paris. Consulté le 10 novembre 2024, sur <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/12/adresse-aux-francais>

⁵⁷ Editio du Monde du 3 octobre 2024. *Fin de vie : le débat doit reprendre*. Le Monde. Publié le 03 octobre 2024. Consulté sur : https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/10/03/fin-de-vie-le-debat-doit-reprendre_6342506_3232.html

⁵⁸ MARCHAND X. *La Gestion des compétences dans les organisations de travail* [cours 22.11.2024] - ECUE 6.3 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025.

⁵⁹ LE BOTERF G. De la compétence. Essai sur un attracteur étrange, Paris, Les Éditions d'organisation, 1994, pp. 16-18

⁶⁰ WITTOFSKI R. Professionnalisation et développement des compétences. Paris : L'Harmattan, 1997. 253 p.

⁶¹ ARNAUD B., 2019. Chapitre 7, Les organisations apprenantes. In : Frimousse, S. ; Peretti, J., dir., L'apprenance au service de la performance. Cormelles-le-Royal : EMS Éditions, 2019. p. 77-84.

Le cadre de santé devra être un cadre pédagogique qui facilite le développement des compétences en ce sens. Il devra être mis en place des moyens synergiques de développer les compétences : inscriptions des agents aux formations théoriques, groupes de travail pour coconstruire à partir de situations réelles entre pairs, réunions régulières d'échanges sur le travail et entretiens professionnels individuels. Xavier MARCHAND invite le cadre de santé à « *accompagner les processus de professionnalisation par l'analyse du travail, la création d'espaces de parole et la reconnaissance des savoirs expérientiels.* »⁶² L'alternance inclusive entre formation et terrain et la pédagogie inductive permettent aux professionnels de construire des compétences durables, adaptées à la réalité de leur métier. Le rôle de l'évaluation est de rendre visibles les compétences invisibles. Elle doit permettre de discuter les critères du travail bien fait, de faire exister la parole des professionnels sur leur activité. L'évaluation par le cadre de santé va lui permettre une analyse du travail et une cartographie des compétences pour mieux piloter les transformations organisationnelles.

Le cadre de santé a pour rôle de gérer les talents. Les Ordonnances Macron de 2017⁶³ ont fait évoluer la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GEPC) vers la Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP) : il ne s'agit plus de gérer des postes mais des trajectoires professionnelles. Selon Xavier MARCHAND, « *le cadre supérieur de santé doit veiller à ce que la compétence collective réponde aux besoins actuels et futurs de l'organisation [...] il est proactif dans la formation et la gestion des carrières* »⁶⁴. Le cadre supérieur de santé accompagne les parcours professionnels en ce sens. Pour C. TCHENG, le cadre supérieur de santé veille à ce que « *la stratégie crée de la valeur pour l'organisation, que ce soit sur le plan financier, de l'image ou du bien-être des patients. Il s'assure que les valeurs personnelles et professionnelles sont alignées avec les objectifs de l'organisation* ». ⁶⁵ L'institution et l'encadrement aussi bien médical que paramédical ont un rôle essentiel dans la compétence individuelle et collective. Selon Guy Le BOTERF, « *il faut abandonner l'idée qu'un professionnel puisse être compétent en toute circonstance. Certes, cela dépend en partie de lui, mais également du contexte dans lequel il évolue. Aussi, agir en professionnel compétent est une responsabilité partagée entre l'individu et ses pairs, son manager et plus généralement l'organisation dans laquelle il se situe.* »⁶⁶

2.2.4. Qualité de vie au travail et prévention de l'usure professionnelle

Les travaux du collège d'experts dirigé par Michel GOLLAC, synthétisés dans le « rapport Gollac » (2011)⁶⁷, ont identifié les 6 catégories de risques psychosociaux (RPS) :

1. Intensité et temps de travail,
2. Exigences émotionnelles,
3. Manque d'autonomie,
4. Rapports sociaux au travail dégradés
5. Conflits de valeurs,
6. Insécurité de la situation de travail.

Le projet managérial de construction du futur SRPR devra s'appuyer sur ces points de vigilance.

⁶² MARCHAND X. *La Gestion des compétences dans les organisations de travail* [cours 22.11.2024] - ECUE 6.3 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025.

⁶³ France. – Ordonnances du 22 septembre 2017 dites « Macron » réformant le Code du travail. In : Journal officiel de la République française, n° 0221 du 23 septembre 2017.

⁶⁴ MARCHAND X. *La Gestion des compétences* [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁶⁵ TCHENG C. *La démarche stratégique* [cours magistral] - ECUE 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁶⁶ Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques, 2022. Être compétent, c'est être capable de savoir agir en situation. In : fonction-publique.gouv.fr [en ligne] : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/la-dga/p/notre-coeur-dactivite/animer-la-politique-interministerielle-de-formation/ils-nous-parlent-de-la-formation-professionnelle/etre-competent-cest-etre-capable-de-savoir-agir-en-situation> (consulté le 10 mai 2025).

⁶⁷ INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité). *Les 6 catégories de facteurs de risques psychosociaux*. Mis à jour en 2022. Consulté le 08.04.2025 sur : <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>.

L'enseignement de Xavier MARCHAND précise que les instances judiciaires et de régulation (tribunaux, conseils de la fonction publique hospitalière, etc.) « *veillent à ce que la qualité des soins ne soit pas assurée au détriment du bien-être des soignants et des administratifs* »⁶⁸. En effet, la certification des établissements de santé, pilotée par la HAS, s'appuie sur un référentiel structuré autour de trois axes : le patient, les équipes de soins et l'établissement et l'objectif n°13 des 15 objectifs de la qualité des soins précise que « *les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance* ».



Figure 13 - Les 6 catégories de facteurs de risques psychosociaux - source : <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>

Les conseils de la fonction publique hospitalière, instaurés par la loi n°83-634 et les textes spécifiques à la fonction publique hospitalière, sont « *des instances de dialogue social qui veillent au respect des droits, à la santé et à la sécurité au travail des agents hospitaliers, tout en participant à la définition des conditions de travail et de la qualité du service rendu* »⁶⁹. De plus, le Conseil d'État, par sa jurisprudence, rappelle que « *la responsabilité des hôpitaux publics peut être engagée en cas de faute dans l'organisation du service, notamment si les conditions de travail ou la charge imposée aux personnels nuisent à la sécurité des soins ou à la surveillance des patients* »⁷⁰.

Pour prévenir ces risques, Xavier MARCHAND préconise la participation des équipes aux décisions qui les concernent. Il mobilise le concept de subsidiarité. Il s'agit de confier le pouvoir de décision au niveau hiérarchique le plus proche du terrain et de l'opérationnalité pour gagner en pertinence et en flexibilité. Xavier MARCHAND précise que cela n'exclut en aucun cas le cadre du processus.

Selon ce même principe, Suzy CANIVENC décrit le concept de *servant leader*, manager qui passe d'une logique de contrôle à une posture de facilitateur. « *Il ne s'agit plus pour [le manager] de dire aux autres comment travailler, mais de les aider à faire un travail de qualité dans les meilleures conditions et selon leurs propres méthodes* »⁷¹ (p. 71). L'auteur a déduit cette transition d'une division verticale de la hiérarchie à une division horizontale en s'appuyant sur de « *nouveaux modes de management et d'organisations* »⁷² qu'elle appelle les NMMO. Elle cite les modèles suivants en précisant toutefois qu'il ne faut pas plaquer un modèle sur une nouvelle réalité :

- L'entreprise libérée : modèle inspiré par Isaac GETZ qui supprime les horaires stricts et les objectifs imposés de façon descendante et permet aux salariés de choisir leur rythme, leurs congés, leurs tâches à accomplir. Le but est de favoriser la créativité et la responsabilité des collaborateurs.
- L'holocratie : la fonction managériale est répartie entre plusieurs membres de l'entreprise. L'auto-organisation et les cercles de décisions autonomes remplace le contrôle hiérarchique.

⁶⁸ MARCHAND X. L'usure professionnelle [cours 31.01.2025] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁶⁹ Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, Direction générale de l'offre de soins (DGOS). La fonction publique hospitalière. Ressource en ligne disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/fonction-publique-hospitaliere-607/article/la-fonction-publique-hospitaliere> (consulté le 10 mai 2025).

⁷⁰ Conseil d'État, section du contentieux. L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics. Paris. Ressource en ligne : <https://www.conseil-etat.fr/decisions-de-justice/jurisprudence/analyses-de-jurisprudence/dossiers-thematiques/l-engagement-de-la-responsabilite-des-hopitaux-publics> (consulté le 10 mai 2025).

⁷¹ CANIVENC S. Les nouveaux modes de management et d'organisation : innovation ou effet de mode ? Paris : Presses des Mines, 2022. 216 p.

⁷² Ibid

- L'entreprise opale (modèle de Frédéric LALOUX) : Ici, la raison d'être de l'entreprise est évolutive, les décisions sont prises de manière collégiale, et les fonctions support sont réduites au minimum pour maximiser l'autonomie. Chaque collaborateur, avec son équipe, décide de l'organisation de son travail, de ses congés, de ses recrutements et de sa rémunération, tandis que le manager joue un rôle de garant et de facilitateur du collectif.

Selon Suzy CANIVENC, la facilitation permet de donner du sens au travail des salariés. Elle explique que la résistance au changement est souvent une réaction à des changements imposés et dénués de sens. Cette approche crée un environnement propice à l'expérimentation, à l'intelligence collective et à l'innovation.

Xavier MARCHAND insiste sur l'importance de retrouver une dynamique de sens au travail : s'approprier son travail, prendre des initiatives et s'impliquer dans la définition des méthodes et des solutions favorise l'engagement et la motivation. « *Le travail est porteur de sens à trois niveaux : utilité sociale, cohérence, développement* ». ⁷³ Il note aussi que le collectif est comme un rempart à la souffrance au travail : « *Le meilleur bouclier face aux Risques Psycho Sociaux (RPS) est le collectif et la coopération* ». ⁷⁴

Xavier MARCHAND s'appuie sur les travaux d'Yves CLOT pour expliquer que le SRPR doit intégrer « *des espaces de discussion sur le travail réel, permettant aux équipes de mettre en mots leurs dilemmes et leurs arbitrages professionnels pour favoriser le pouvoir d'agir* ». ⁷⁵ En effet, Yves CLOT a une approche appelée « *clinique de l'activité* », qui vise à analyser le travail réel des individus en les mettant au centre de l'analyse. Yves CLOT propose de se concentrer sur l'écoute des travailleurs pour comprendre comment ils vivent leur travail : « *La clinique de l'activité vise à l'accès à ces conflits d'activité, en organisant, dans un groupe restreint de pairs, des controverses sur les situations de travail problématiques [...] Il s'agit de maintenir une dynamique dialogique sur le métier permettant à chacun, par un retour réflexif sur ses manières de faire et la découverte d'autres actes possibles, de développer son pouvoir d'agir.* » ⁷⁶ (p. 108)

La qualité de vie au travail doit également s'appuyer sur le concept d'autodétermination cité par F. BRUGIÈRE, D. GLAYMANN et G. TIFFON, « *selon la théorie de l'autodétermination, le besoin d'autonomie, de compétence et de lien social est fondamental pour l'engagement professionnel* » ⁷⁷ Lorsque les professionnels sont confrontés à des situations professionnelles complexes et intenses, leur environnement de travail doit leur permettre d'élaborer leur planning en autogestion, de faire connaître leurs compétences spécifiques, de bénéficier d'un collectif de travail. Suzy CANIVENC précise que le cadre de santé a un rôle essentiel dans la pérennité de ce système autonome : « *L'autonomie ne peut se décréter : elle suppose que les collaborateurs disposent des compétences et des ressources nécessaires pour l'exercer, qu'ils bénéficient d'un soutien managérial, que les responsabilités soient clairement établies et que le supérieur hiérarchique conserve un rôle de garant* » ⁷⁸ (p. 71)

2.2.5. L'innovation en santé

L'innovation est définie par le manuel d'Oslo (2018), document produit par l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) et Eurostat, qui fait autorité en matière de statistique et d'innovation : « *Une innovation désigne un produit ou un processus (ou une combinaison des deux) nouveau ou amélioré qui diffère sensiblement des produits ou processus précédents d'une unité et a été mis à la disposition d'utilisateurs potentiels (produit) ou mis en œuvre par l'unité (processus).* » ⁷⁹

On entend souvent l'innovation comme une nouvelle technologie mais Mathias BEJAN nous invite à comprendre l'innovation en santé sous d'autres prismes : « *Il ne faut pas sacraliser la technologie,*

⁷³ MARCHAND X. Le management des Ressources Humaines [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁷⁴ MARCHAND X. L'usage professionnelle [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁷⁵ MARCHAND X. *Manager les relations hiérarchiques* [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁷⁶ CLOT Y. Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : La Découverte, 2010. 192 p.

⁷⁷ BRUGIÈRE, F. ; GLAYMANN, D. ; TIFFON, G. *Pouvoirs au travail : management, statuts et autonomie dans les situations de travail contemporaines* – Toulouse : Octarès Éditions, 2023. – 272 p.

⁷⁸ CANIVENC S. Les nouveaux modes de management et d'organisation : innovation ou effet de mode ? Paris : Presses des Mines, 2022. 206 p.

⁷⁹ ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES ; EUROSTAT. Manuel d'Oslo 2018 : lignes directrices pour le recueil, la communication et l'utilisation des données sur l'innovation. - 4e éd. - Paris : OCDE, 2018. 252 p. Disponible à l'adresse : https://www.oecd.org/fr/publications/2018/10/oslo-manual-2018_g1g9373b.html

mais au contraire questionner ce que l'innovation permet, comment elle transforme les rôles, les compétences, les interactions et les rapports de soin. »⁸⁰ Comme il l'enseigne en Master 2, Mathias BEJAN explique que « l'innovation en santé renvoie à une démarche stratégique et systémique, qui vise à transformer concrètement les pratiques, les usages, les organisations et les modèles de financement, dans le but d'améliorer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins. »⁸¹ Dans le contexte actuel de tensions budgétaires, de pénurie de personnel, de besoins et attentes accrus de la population, l'innovation en santé doit aller au-delà d'une innovation simplement technologique. Mathias BEJAN distingue l'innovation en santé de l'invention qu'il définit comme « une idée ou une découverte qui n'a pas encore trouvé son application »⁸². L'innovation quant à elle doit être concrète, réelle et son usage doit être défini. Mathias BEJAN donne les différentes typologies d'innovation en santé et cite quelques exemples pour nous éclairer : « l'innovation peut être technologique (ex : dispositifs médicaux connectés), organisationnelle (ex : restructuration d'un parcours de soins), comportementale (ex : changement d'habitude des usagers) ou sociale (ex : approches inclusives) »⁸³

Selon Mathias BEJAN, pour être une innovation en santé, celle-ci doit « répondre à 4 objectifs : améliorer l'expérience patient, renforcer la santé des populations, accroître l'efficacité des organisations de soins, favoriser le bien-être des professionnels de santé »⁸⁴ et faire l'objet d'une évaluation en termes de « résultats cliniques, mais aussi d'appropriation par les usagers et les équipes, de soutenabilité économique, et d'impact sur les valeurs du système de santé »⁸⁵.

Les Articles 51 font référence à une disposition législative française issue de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2018, qui permet d'expérimenter des organisations innovantes dans le système de santé et de leur donner un cadre légal et financier. Selon Mathias BEJAN, « ils encouragent l'expérimentation d'innovations dans des contextes réels, en particulier lorsqu'il s'agit de réorganiser les soins autour des besoins du patient et non plus des structures »⁸⁶. Les articles 51 permettent donc de personnaliser les parcours et d'apporter de la pertinence dans les organisations.

Nous verrons en quoi l'introduction de la zoothérapie dans un SRPR neurologique constitue une innovation certes non technologique mais à forte valeur ajoutée organisationnelle et sociale.

3. EN MODE PROJET : PREPARER

3.1. Identification du sens et de l'utilité du projet

Ce projet est légitimé par la vision du futur dans laquelle il s'inscrit. Les progrès constants en réanimation permettent de sauver de plus en plus de vies mais avec des séquelles. Le SRPR a vocation à prolonger le bénéfice de la survie par une réadaptation ciblée. De plus, le nombre de patients nécessitant une réadaptation post-réanimation est en forte augmentation du fait du vieillissement de la population et une incidence accrue des maladies graves. Le SRPR suit donc une logique de santé publique tournée vers l'avenir. Le SRPR est dans une démarche de promotion de la qualité de la vie qui reflète une vision humaniste et moderne de la médecine, où le suivi ne s'arrête pas à la survie mais vise une récupération fonctionnelle optimale. Enfin, comme les autres services du DMU DREAM, le SRPR va s'inscrire dans une dynamique de recherche et d'innovation, avec des études sur la récupération fonctionnelle, les nouvelles thérapies et les dispositifs d'accompagnement. Il peut devenir un pôle d'excellence et d'innovation, influençant les pratiques à l'échelle nationale voire internationale.

Le projet de création d'un SRPR à la Pitié-Salpêtrière s'inscrit dans plusieurs évolutions de niveau logique supérieur, à la croisée des dynamiques sociales, technologiques, éthiques et organisationnelles. Le projet traduit une transition du modèle hospitalier centré sur l'urgence et la survie immédiate vers un modèle intégrant la réhabilitation et le retour à une vie autonome. Il s'inscrit dans la logique d'une médecine de parcours, où les soins ne s'arrêtent pas à l'hospitalisation

⁸⁰ BEJAN M. Innovation en santé [cours magistral] - ECU 5.2 La transformation des organisations en santé - Master 2 Management des Organisations Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁸¹ Ibid

⁸² Ibid.

⁸³ Ibid

⁸⁴ Ibid

⁸⁵ Ibid

⁸⁶ Ibid

aiguë. La création du SRPR illustre une évolution organisationnelle vers une médecine collaborative, intégrant médecins, soignants, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux, et aidants.

Ce projet suit l'évolution vers une médecine plus respectueuse des droits des patients. Il reflète une responsabilité éthique accrue des institutions de santé pour accompagner non seulement la survie mais aussi la dignité et l'autonomie des patients.

3.2. Les dimensions du projet

Selon l'enseignement de Marie-Jo ESTEVE, « *la préparation d'un projet est un processus crucial qui permet de réduire les incertitudes et d'anticiper les obstacles. En analysant les différentes dimensions (personnelle, sociale, technique, économique), il s'agit de poser les bases d'un projet solide et durable, capable de répondre aux besoins des patients et des parties prenantes* ». ⁸⁷

3.2.1. La dimension personnelle du projet

Réfléchir à la dimension personnelle est importante car tout projet est impliquant et il faut pouvoir garder la motivation tout au long du parcours. Connaître ses propres éléments de motivation contribue à garder le cap sur les objectifs dans la durée. La création du SRPR est certes une commande institutionnelle mais j'ai un enjeu personnel à la réussite de ce projet et de mon master 2. En effet, je souhaite saisir l'occasion de ma formation en Master 2 pour formaliser une méthodologie de création d'un nouveau service dans le but ultime de développer un outil pédagogique d'accompagnement des cadres de santé et faisant-fonction cadres de santé dans les restructurations avec création de services qui sont de plus en plus fréquentes.

Je m'appuie sur mes expériences empiriques de 3 projets précédents d'ouverture de service : création de l'Hôpital de jour de cancérologie de l'Hôpital européen Georges Pompidou en 2016, création de l'antenne Hospitalisation A Domicile de Réadaptation (HADR) de l'Hôpital des Murets en 2019 et création de l'Unité de Soins Intensifs Polyvalents de chirurgie cardiovasculaire du DMU DREAM à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière en 2023.

3.2.2. La dimension sociale du projet

La dimension sociale est importante à identifier car un projet mobilise un réseau d'acteurs, à la fois internes (personnel soignant, cadres de santé, etc.) et externes (patients, fournisseurs, autorités de tutelle, etc.). Leur coopération est essentielle pour une mise en œuvre réussie.

- **Les acteurs concernés**

Outre les membres du COPIL, les acteurs concernés sont ceux qui participent à la mise en œuvre des actions du projet sans pour autant être membre du COPIL : le futur Chef de clinique du SRPR neurologique, la cadre de santé rééducateur sur le DMU neurosciences, la cadre de santé de la réanimation neurochirurgicale, la cadre de santé de la salle de surveillance post interventionnelle, la cadre de santé du bloc opératoire BABINSKI, les acheteurs à la Direction des Equipements et du Biomédical, etc.

De plus, parmi les acteurs concernés, il y a les personnes qui seront bénéficiaires du résultat du projet, à savoir les patients et leurs proches, les professionnels de santé et administratifs qui y travailleront.

La typologie des patients qui seront pris en charge est la suivante (données issues du casemix) :

- Patients hospitalisés en réanimation ou en soins intensifs, nécessitant un suivi spécialisé.
- Patients capables de participer et de bénéficier d'une rééducation précoce, qu'ils n'auraient pas pu recevoir en réanimation.

⁸⁷ ESTEVE M.-J. Savoir mener un projet [cours magistral] - ECU 7.2 Projet managérial - Master 2 Management des Organisations Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

- Patient en situation de dépendance, nécessitant une prise en charge en rééducation et aptes à participer à cette rééducation.
- Patient trop lourds médicalement ou techniquement pour être directement transférés en hospitalisation de neurologie ou neurochirurgie.
- Patient à haut risque de décompensation ou avec des déficiences associées, nécessitant une prise en charge intensive.

Des groupes spécifiques de patients sont identifiés :

Groupe n°1 : Patients cérébrolésés

- Issues de la filière neurochirurgie et neuro-traumatologie : Traumatismes crâniens, hémorragies méningées, hématomes intracérébraux, complications neurochirurgicales, traumatismes responsables de tétraplégie.
- Issues de la filière de réanimation neurologique ou médicale : AVC du tronc cérébral, AVC graves, encéphalites.
- Issues de la filière réanimation – cardiologie - neurologie : anoxies cérébrales post-arrêt cardiaque.

Groupe n°2 : Patients médullaires

- Tétraplégies ventilées ou trachéotomisées.

Groupe n°3 : Patients à pathologie périphérique sévère

- Exemples : PolyRadiculonévrite Aiguë grave (syndrome de Guillain-Barré), myopathies.

Groupe n°4 : Autres profils possibles

- Patients présentant des états végétatifs ou pauci-relationnels, des déformations articulaires, ou ayant besoin d'évaluations spécialisées (spasticité, rétractions, etc.)

Tous les patients admis devront démontrer une possibilité de réversibilité partielle ou totale de leur état et être en capacité de participer à un programme de rééducation.

De manière indirecte les bénéficiaires seront également les associations de patients, les représentants des usagers, les autres services d'amont et d'aval, les services supports comme l'imagerie ou encore les partenaires sociaux.

Parmi les acteurs concernés, il y a tous les partenaires du futur SRPR qui s'appuiera sur un large réseau de partenaires pour assurer une prise en charge complète et coordonnée des patients. Ces partenariats, tant régionaux que nationaux, permettront de répondre à la complexité des parcours de soins et à la diversité des besoins des patients. Ces partenaires seront les suivants :

➤ MPR :

- Centre de réadaptation Coubert : Établissement clé dans la prise en charge des patients nécessitant une réhabilitation neurologique intensive.
- CMPR Bobigny et Ladapt Chatillon : Ces institutions jouent un rôle majeur dans la réinsertion des patients grâce à leurs programmes de rééducation adaptés.
- Institut de réadaptation de Romainville et clinique Le Bourget : Apportent des solutions spécifiques pour les patients cérébrolésés ou médullolésés.
- Centre de Rééducation de Bouffémont et Institution Nationale des Invalides : Spécialisés dans la gestion des cas complexes et lourds, notamment les patients polyhandicapés.

➤ Partenaires hospitaliers de l'AP-HP en Île-de-France :

- Hôpital d'Hendaye : Coopère de longue date avec le SRPR pour l'accompagnement des patients vers leur retour en région après réhabilitation.
- Collaboration inter-hospitalière avec les USPC d'Île-de-France (Sainte Perrine, Albert-Chenevier) : Permet une continuité des soins pour les patients sortant du SRPR.
- Hôpital Raymond Poincaré (AP-HP) : Spécialisé dans les pathologies médullaires et neurologiques complexes.

➤ Structures médico-sociales et associations :

- Fondation Partages MAS, SAMSAH, et CAJ : Ces établissements, en lien avec le Centre Ressource Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC), contribuent à la prise en charge des séquelles neurologiques et à l'accompagnement social des patients.

- HAD AP-HP : Apporte des solutions d'hospitalisation à domicile adaptées, garantissant une continuité des soins post-hospitaliers.
- Association Française des Traumatisés Crâniens (AFTC) : Impliquée dans le soutien social et la réinsertion des patients.

- **Les personnes ressources**

Ce sont les personnes qui vont être sollicitées pour leur expertise ou leur expérience du sujet ou leur capacité à transmettre des données utiles au projet. Il s'agit des responsables médicaux et paramédicaux du SRPR de l'hôpital Kremlin Bicêtre, le Département d'Information Médicale (DIM), le contrôleur de gestion, les directions support, les instances, le médecin du travail.

Le SRPR bénéficiera d'un réseau d'expertise en réadaptation régionale, soutenu par des collaborations formelles avec des établissements spécialisés et des centres de référence comme :

- Le Centre de Ressource Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC) qui coordonne les parcours des patients cérébrolésés en Île-de-France.
- Partenariats avec des unités EVC-EPR (État Végétatif Chronique et État Pauci-Relationnel) qui permettent de gérer les patients nécessitant un suivi prolongé et intensif.

- **Les personnes bloquantes**

Ce sont les personnes qui pensent y perdre quelque chose. On peut supposer que cela peut être les cadres de santé des secteurs de BABINSKI qui craignent une charge de travail supplémentaire ou une fuite de leur personnel vers le nouveau service. Cela peut être les soignants de la réanimation neurochirurgicale qui vont voir la typologie de leurs patients évoluer avec l'ouverture du SRPR car leurs patients chroniques intégreront le SRPR et ils auront une augmentation du nombre de patients aigus. Cela peut être des rééducateurs qui craignent de perdre une part d'autonomie dans leur travail jusque-là non sectorisée et qui devront prendre des gardes le samedi matin alors que ce n'était pas le cas jusqu'à maintenant.

- **Les moyens humains**

Dans la cadre de leur périmètre, sans temps dédié ni moyen supplémentaires, les moyens humains sont : équipe projet, équipe médicale et paramédicale, directions fonctionnelles (direction générale, direction des RH, direction des soins, direction qualité, etc.), services supports (travaux, équipement mobilier, biomédical, logistique, bionettoyage, service des usagers, PMSI, services techniques, services juridiques, etc.)

3.2.3. La dimension technique du projet

La dimension technique (matériels, infrastructures et travaux) est à mesurer car la réussite d'un projet dépend de la disponibilité des ressources matérielles et techniques nécessaires. Toute lacune technique peut retarder ou compromettre sa mise en œuvre.

- **Les infrastructures**

La restructuration des activités de neurologie médicale au sein du nouveau bâtiment CASTAIGNE a libéré l'espace du bâtiment BABINSKI à proximité de la réanimation neurochirurgicale et a permis d'envisager 650 m² pour la création du SRPR. Cet espace était jusque-là occupé par l'Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires (USINV) de 10 boxs sans sanitaire attenant et sans lieu dédié à la rééducation. Afin d'adapter les anciens locaux à cette nouvelle activité, il sera nécessaire d'engager les travaux d'aménagement de 10 chambres : remplacement des gaines têtes de lits, adaptation des chambres Personne à Mobilité Réduite (PMR) avec rails au plafond et lève malade, modification et renforcement des réseaux des fluides médicaux, mise en place de portes automatiques, mise en conformité des réseaux informatiques (passage d'un réseau informatique de catégorie 3 utilisé principalement pour des réseaux téléphoniques ou des réseaux locaux simples en catégorie 6 adapté aux applications modernes (streaming, cloud, vidéoconférences, etc.), peinture, sol, éclairage, création de 6 salles de bain avec WC PMR, création d'un plateau technique de rééducation, modification de cloisonnement de l'espace tertiaire.

- **Les moyens matériels**

Les moyens matériels nécessaires au bon fonctionnement du service sont destinés à la prise en charge médicale, au confort du patient et à la rééducation. Parmi ceux-ci on retrouve les équipements biomédicaux pour la surveillance des fonctions vitales, à savoir moniteur, ventilateur, colonne de perfusion et les équipements hôteliers pour la qualité de vie du quotidien des patients. Des équipements médicaux et rééducatifs seront essentiels comme les dispositifs de surveillance et monitoring, matériel de rééducation fonctionnelle comme des barres parallèles, un tapis de marche, des appareils pour la mobilisation passive, des outils pour la motricité fine, des puzzles, des dispositifs de stimulation cognitive, etc.) Il y aura des dispositifs de mobilité comme des fauteuils roulants, des déambulateurs, des cannes, des lits médicaux réglables, etc. A cela s'ajoute des appareils de kinésithérapie respiratoire, des appareils orthopédiques et des prothèses, des systèmes d'assistance à la verticalisation, du matériel de prévention des escarres. Le transport des patients requiert des équipements de type brancards. Le circuit des repas nécessite des équipements dédiés au service des repas dans l'office alimentaire. L'hygiène hospitalière nécessite des dispositifs de désinfection des surfaces, des équipements (autoclaves) et des poubelles adaptées au circuit des déchets. Enfin, du matériel informatique et bureautique comme des ordinateurs, imprimantes, matériel de secours en cas de cyberattaque, logiciels, système d'information de l'hôpital seront essentiels à la coordination des soins et à la protection des données.

- **Les moyens logistiques**

Pour la permanence des soins, la disponibilité des consommables comme les médicaments et dispositifs médicaux stériles, les fournitures pour la rééducation, prothèses et orthèses de remplacement, les équipements de protection individuelle (gants, masques, surblouses), devra être permanente. Les circuits de gestion des stocks avec des espaces de stockage adaptés permettront une gestion efficiente des dispositifs médicaux stériles et la maîtrise des dépenses de santé. La sécurité des patients et du personnels sera assurée par un plan d'évacuation en cas d'urgence, des extincteurs, des sorties de secours accessibles aux patients en fauteuil roulant. L'alimentation en électricité sera assurée par des générateurs de secours. Les systèmes informatiques et la connectivité assureront la fluidité des circuits d'information.

3.2.4. La dimension économique du projet : le chiffrage du budget

Enfin, la dimension économique doit être mesurée car tout projet repose sur un équilibre économique entre les dépenses engagées et les recettes ou bénéfices escomptés. Une mauvaise gestion financière peut entraîner des difficultés majeures.

Il y a deux axes dans le chiffrage du budget :

- Les sources de financement pour monter le projet
- Le business plan de fonctionnement du projet à terme

Pour ce projet les financements proviennent de différentes enveloppes :

- Subvention ARS liée à l'appel à projet « création d'un SRPR » : 250 000 €
- Budget ouverture de service (opération identifiée) : 2 600 000 €
- Fonds « accidentés de la route » d'un montant total pour le DMU DREAM et le DMU NEUROSCIENCES de 538 911€ dont 74 165 € pour le SRPR : 74 165 €

Selon l'enseignement de Christelle GUIN, « *la communauté de direction définit le projet médical et l'activité associée. Le financement peut provenir de différents modèles : T2A (tarification à l'activité), DMA (dotation modulée à l'activité, notamment pour les SMR), séries spécifiques selon le mode de financement. En face des revenus, il y a des charges à gérer : charges de personnel, consommation médicale et autres dépenses. Le suivi doit assurer une cohérence entre l'activité et les projections financières.* »⁸⁸

⁸⁸ GUIN C. Pilotage médico-économique [cours magistral] - ECU 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisations Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

Pour ce projet, un budget prévisionnel intégrant toutes les catégories de dépenses a été établi au moment de la réponse à l'appel à projet. Les recettes prévisionnelles ont été évaluées afin de construire le business plan.

CHARGES	MONTANT	PRODUITS	MONTANT
Charges relatives au personnel	2 888 291 €	Produits versés par l'Assurance Maladie	4 238 054 €
S / UR111-Personnel non médical (PNM)	2 003 066 €	Produits de la tarification des séjours (H73111)	4 238 054 €
S / UR121-Personnel médical (PM)	885 225 €		
		Prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	
Charges à caractère médical	173 314 €		
Comptes H60 (médicaments, matériels, réactifs, fournitures,...)	173 314 €	Dotation issue des MIGAC (H73118) :	
		dont Financement ARS Ile de France	0 €
Charges à caractère hôtelier et général	2 049 €	Autres produits liés à l'activité hors assurance maladie	0 €
Achats à caractère général et hôtelier H60	2 003 €	Autres recettes non prises en charge par AM (H732)	0 €
Impôts taxes et versements assimilés H63	0 €	Produits des prestations faisant d'une tarification spécifique non prise en charge par AM (H7324)	0 €
Autres charges de gestion courante (fourniture, consommable, entretien des locaux,...) H65	46 €	Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France (H733)	0 €
		Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement (H734)	0 €
Autres charges externes	109 023 €	Autres produits	0 €
Maintenance BCNM - matériels, autres (H61)	103 877 €	Subventions d'exploitation et participation (H74)	
Autres charges (H62 : transport, formation, informatique,...)	5 146 €	Autres produits de gestion courante (H75)	
Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	216 593 €		
Charges exceptionnelles (H67)	0 €		
Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations financières (H68)	216 593 €		
Total charges directes	3 389 271 €	Total produits directs	4 238 054 €
Charges médico-techniques	0 €	Prestations médico-techniques	0 €
Frais de structure & autres charges indirectes	847 318 €		
Total charges indirectes	847 318 €	Total produits indirects	- €
Total général des dépenses	4 236 589 €	Total général des recettes	4 238 054 €

Figure 14 - ROI et Business Plan

L'analyse médico-économique de ce business plan est la suivante :
 Les charges (coûts) sont divisées en plusieurs catégories, à savoir charges relatives au personnel, charge à caractère médical (médicaments, dispositifs médicaux, etc.), charge à caractère hôtelier, charges externes notamment la maintenance, charges d'amortissements et provisions, charge indirectes (frais de structure). C'est la charge en personnel qui représentent la majorité des dépenses soit 68,2 % des charges totales.

En ce qui concerne les produits (recettes), la totalité provient des versements de l'assurance maladie exclusivement en produits de la tarification des séjours. Le projet dégage un très faible bénéfice : total des dépenses (4236 589 €) – total des recettes (4 238 054 €) = + 1465 €.

Le service sera à l'équilibre financier mais avec une marge de sécurité très mince. Les risques financiers seront développés dans la partie analyse des risques et nécessiteront d'identifier des points de vigilance comme l'évaluation des besoins réels en personnel pour éviter le surcoût ou encore la surveillance du taux d'occupation et de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) pour maximiser les séjours hospitaliers et augmenter les recettes.

3.3. Repérage des projets similaires

Nous avons réalisé une étude de marché, à savoir identifié nos partenaires et concurrents. Il existe des SRPR à orientation neurologique, des SRPR à orientation pneumologique et des SRPR mixte. Selon le Dr CROUY, « bien que ces deux spécialités partagent certaines problématiques, chacune présente des risques spécifiques, des besoins distincts en termes de recrutement de soignants et de rééducateurs, des indications

différentes »⁸⁹. En respiratoire, l'approche est globalement centrée sur une problématique respiratoire isolée, tandis qu'en neurologie, le sevrage ventilatoire dépendra de complications sur un terrain neurologique complexe, comme des lésions médullaires ou cérébrales.

Aujourd'hui, le marché concurrentiel est le suivant :

Site neurologiques	Sites pneumologiques
75 : Hôpital Ste Anne (6 lits) - EPS	75 : Hôpital Pitié-Salpêtrière (12 lits) - AP/HP
92 : Hôpital Raymond Poincaré (12 lits) AP/HP	77 : Hôpital Forcilles (12 lits) - ESPIC
92 : Hôpital militaire Percy (6 lits) HIA	91 : Hôpital Bligny (12 lits) - ESPIC
94 : Hôpital Bicêtre (12 lits) - AP/HP	
95 : Groupe Hospitalier Carnelle Portes de l'Oise (12 lits) -EPS	
Site pédiatrique mixte	
92 : Hôpital Raymond Poincaré (10 lits) AP/HP	

Figure 15 - Capacité en SRPR en Ile-de-France en 2024.

Ce projet de l'hôpital Pitié Salpêtrière a une vocation régionale. Ce service sera complémentaire des SRPR neurologiques existants (hôpitaux Raymond Poincaré, Kremlin-Bicêtre, Sainte Anne). Il sera en lien avec les structures SMR de l'est de l'Ile-de-France.

3.4. Visite de benchmark au SRPR de l'Hôpital Kremlin Bicêtre (AP-HP)

Le 12/12/2024, le COPROJ du SRPR Pitié-Salpêtrière a été reçu par le chef de service, la cadre supérieure de santé et le cadre de santé du SRPR de l'Hôpital Kremlin Bicêtre, le plus similaire des SRPR à notre projet.

Cette visite avait pour objectifs :

- Observer le fonctionnement organisationnel et logistique
- Observer le processus de prise en charge des patients, en particulier les plus complexes
- Repérer les bonnes pratiques et les axes d'amélioration
- Identifier les défis rencontrés pour les anticiper
- S'inspirer des solutions trouvées face aux problématiques rencontrées

Nous avons envoyé une liste de questions au préalable parmi laquelle, nos hôtes étaient libres de choisir celles auxquelles ils souhaitent répondre (Cf. ANNEXE n° 2). La visite a duré 2h répartie en 1h30 d'échanges et 30 min de visite des locaux.

Ce que nous avons relevé des observations :

- **Spécificité des patients :**

- Pathologies neurologiques nécessitant une approche globale et multidisciplinaire
- Contrairement à un SRPR respiratoire qui traite le plus souvent une seule fonction, le SRPR neurologique traite plusieurs fonctions complexes (lésions médullaires ou cérébrales)
- Les trachéotomies et les troubles de déglutition sont des marqueurs de complexité
- 20% des cas présentent des complications et la proximité de la neurologie et de la rééducation est indispensable

- **Capacitaire :**

- La capacité théorique du SRPR de Bicêtre est de 12 lits mais seulement 6 lits sont ouverts faute de personnel

⁸⁹ Entretien avec le Dr CROUY, médecin responsable du SRPR du Kremlin Bicêtre le 12/12/2024.

- En octobre 2024, l'unité a enregistré 16 séjours, ce qui indique un taux d'occupation irrégulier
- Une attention particulière doit être portée sur les « *bed blocker* » et les transferts en SMR « avec engagement de reprise si nécessaire » car une fois le patient transféré il perd son « forfait réanimation » au retour en SRPR.
- **Infrastructure :**
 - Les chambres sont lumineuses permettant une transition douce hors de la réanimation
 - L'unité est à proximité immédiate de la réanimation et de la salle de réveil permettant une maîtrise des risques pour les patients lourds
 - L'espace de rééducation est grand et cloisonné permettant le respect de l'intimité des patients.
 - Par contre les chambres sont étroites et la manutention est contrainte
 - Les infrastructures sont très bien adaptées aux soins allongés mais non optimisées pour les soins prolongés en position assise
- **Gestion des ressources humaines :**
 - Faible attractivité des IDE malgré l'actualisation des fiches de postes
 - Difficulté à recruter des profils spécialisés
 - Turn over élevé
 - Enjeu majeur de coordination entre les rééducateurs
 - Nécessité de maintien d'une dynamique de formation en raison du turn over
 - Le personnel est polyvalent entre SRPR et soins critiques pour assurer la flexibilité mais limite la spécialisation
 - Gestion des effectifs lors des week-ends et jours fériés limitant l'accès à certains soins (kinésithérapie respiratoire).
- **Matériels et pratiques cliniques :**
 - Des naso-fibrosopes sont utilisés pour limiter la dépendance aux ORL
 - Importance des équipements de mobilités : fauteuil roulant à la place de fauteuil de chambre fixe par exemple.
 - Le confort des patients est amélioré par du matériel numérique de divertissement

Cette observation, nous a permis de prendre en compte les points de vigilances suivants :

- Définir précisément le parcours patient de SRPR en lien avec la réanimation, la salle de réveil, la neurologie, les structures d'aval.
- Promouvoir dès que possible la coopération interservices
- Définir précisément la coordination des rééducateurs
- Penser les plans des locaux et l'aménagement en tenant compte de la manutention dans les chambres, des soins allongés dans les sanitaires, de la nécessité de stockage dans la salle d'ergothérapie, de la hauteur des toilettes, de la place du siphon sous le lavabo qui ne doit pas gêner l'accès au fauteuil roulant, prévoir un espace de réserves spécifiques aux canules de nombreuses références pour cette spécialité
- Modifier le plan d'équipement : retrait des tables de chevet, échange des fauteuils avec la réanimation, ajout d'un échographe et d'un naso-fibroscope par exemple.
- Être prudent quant à la tentation de la polyvalence dans la gestion des ressources humaines
- Mettre en adéquation effectifs et activité le week-end tout en tenant compte de l'attractivité du personnel quant au travail le dimanche.
- Être attentif au dispositif d'accueil et à l'intégration des nouveaux arrivants
- Préparer un programme de formation continue

La visite de benchmark au SRPR de Bicêtre a permis d'identifier plusieurs axes d'amélioration pour l'ouverture du SRPR de la Pitié-Salpêtrière.

3.5. Les objectifs du projet : triangle de la performance

3.5.1. Objectifs de qualité

- Le but primaire est de coordonner les actions nécessaires à la création du service :
 - Création de la maquette organisationnelle RH et du cycle de travail de chaque équipe
 - Plan travaux : définition des locaux, réflexion à l'adaptation de la future activité aux contraintes architecturales, choix des couleurs et des matériaux
 - Plan d'équipement : choix des éléments mobiliers, biomédicaux, de classe 6, etc.
 - Rédaction des fiches de poste et recrutement des professionnels
 - Plan de développement des compétences : process d'accueil, d'intégration, de formation continue, création des outils en regard
 - Circuit du médicament : mise en place d'une armoire automatisée, circuit avec la pharmacie, gestion des produits inflammables, etc.
 - Prévoir les conditions de qualité et de sécurité des soins au regard des recommandations
 - Prévoir les conditions de qualité de vie au travail
 - Identifier les risques
 - Communiquer : présenter l'état d'avancement de la partie paramédicale en COPIL, informer les professionnels concernés
 - Fédérer les futurs membres du service autour du projet, accompagner la conduite du changement
 - Promouvoir le projet
- Le but final du projet répond à des attentes diverses de :
 - l'ARS : besoin de la population identifié en Ile-de-France (diagnostic territorial)
 - L'institution : l'hôpital Pitié-Salpêtrière a pour but de répondre aux problématiques suivantes :
 - Séjours prolongés en réanimation par manque de fluidité du parcours actuel réanimation > MCO Neurochirurgie > SMR
 - Perte de chance pour les patients : soins de réadaptation de moindre qualité et retard de mise en route
 - Manque de place en hospitalisation complète de neurochirurgie alors que le service doit disposer de lits d'urgence pour assurer la grande garde de neurochirurgie d'Ile-de-France tous les 3 jours
 - Besoin d'aval majeur non satisfait à ce jour
 - Besoin de prise en charge en SRPR nécessitant aujourd'hui le recours à d'autres établissements

Les objectifs sont une optimisation des parcours de réadaptation post-réanimation des patients complexes, la poursuite des soins de réadaptation à proximité des équipes de réanimation et un accès plus rapide à des soins de rééducation adaptés sur le plan de la sécurité médicale et de la compétence avec l'implication de l'équipe MPR.

 - Le service de réanimation neurochirurgicale : adaptation du profil patients de réanimation au *casemix*.
 - L'attractivité et la fidélisation du personnel

3.5.2. Objectifs de temps

La réponse à l'appel à projet de l'ARS a eu lieu le 31/12/2021. Le premier COPIL a eu lieu le 26/03/2024. Le démarrage du projet a dû attendre la construction du bâtiment CASTAIGNE en 2023. L'ouverture du service est prévue pour octobre 2025.

La mission de pilotage de la partie paramédicale m'a été confiée le 18/06/2024. La mission de pilotage de la partie médicale étant sous la responsabilité du Pr Vincent DEGOS. Ce copilotage permet de mettre en place dès le début l'alliance managériale nécessaire au fonctionnement d'un service.

Ce projet est en lien avec le calendrier du master 2 car la mission et le projet vont se dérouler durant toute l'année universitaire 2024-2025.

3.5.3. Objectifs de coût

« Comme tous les grands CHU, la Pitié-Salpêtrière connaît des difficultés financières sans précédent »⁹⁰ du fait de l'augmentation des coûts liés à l'inflation, du sous-financement de certaines mesures comme celles issues du Ségur de la Santé, et des pertes de revenus causées par des fermetures de lits après la crise sanitaire du COVID. « Actuellement, le déficit cumulé des CHU français, a atteint 1,2 milliard d'euros à la fin de 2023. Cela représente une aggravation significative par rapport à l'année précédente, où le déficit était de 402 millions d'euros ».⁹¹

En matière de maîtrise des dépenses les objectifs institutionnels sont les suivants :

- Ouverture du capacitaire en adéquation avec les effectifs au planning

Lors du COMEX du 30/09/2024, la directrice générale alertait sur la situation financière du groupe qui se dégrade par rapport aux prévisions du mois de juin (-54M€) du fait de recettes d'activité moins dynamique que les dépenses. Une baisse du taux d'occupation des lits est constatée alors que le solde d'ETP paramédical est de +140. Une corrélation entre les effectifs et l'armement des lits doit être optimisée.

- Exhaustivité du codage

Lors du COMEX du 20/02/2025 : Ce point intervient à deux semaines de la remontée annuelle, ayant lieu le mardi 28 janvier. Le bilan faisait état d'un défaut d'exhaustivité de 2300 séjours hospitalisation complète et hospitalisation partielle non codés (équivalent à 6,3M€) et d'un défaut de groupage également important (représentant 3,1M€). Pour mémoire, le GH poursuit un objectif de zéro défaut sur la remontée annuelle.

- Respect des cibles de dépenses d'intérim et d'heures supplémentaires

Lors du COMEX du 10/02/2025 : L'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) prévoit des cibles d'intérim et d'heures supplémentaires, par grades (IDE, IADE, etc.) et se traduisant en ETP ainsi qu'en autorisation de dépenses en masse salariale. Pour rappel, le GH a consommé les moyens de remplacements suivants :

Intérim : 43,6 M€ en 2024 soit un dépassement de 4 M€ par rapport aux dépenses prévues dans le cadre des prévisions de fin d'année. Pour 2025, la cible de dépenses est de 30,4 M€, en conformité avec l'amélioration du niveau de recrutement IDE et de la baisse de l'absentéisme.

Heures Supplémentaires : 20,4 M€ en 2024 soit un dépassement de l'ordre de 2 M€. La cible 2025 est de 21.3 M€, soit une hausse de près d'un million d'Euros par rapport au résultat 2024. L'objectif est de remplacer une partie des dépenses d'intérim par des heures supplémentaires, qui sont plus intéressantes pour le GH et pour les agents et de diminuer le recours aux remplacements.

- Maîtrise des dépenses en pharmacie, en dispositifs médicaux stériles et juste prescription

Lors du COMEX du 03/06/2024, la direction des finances a demandé à chaque DMU de mettre en place un plan de retour à l'équilibre de ces dépenses. Sur le DMU DREAM site PSL, il y a eu un écart de de + 3,46% des charges médicales entre 2023 et 2024.

3.6. Indicateurs de mesure de l'atteinte des objectifs

Selon la méthode SMART, l'atteinte des objectifs est mesurée. Ce sont les indicateurs suivants qui vont permettre d'assurer le suivi :

⁹⁰ Le Monde. (2024, 29 janvier). Crise de l'hôpital: le déficit des CHU a triplé en un an. Consulté à l'adresse : https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/01/29/crise-de-l-hopital-le-deficit-des-chu-a-triple-en-un-an_6213719_3224.html

⁹¹ Ibid

ACTIVITE	RESSOURCES HUMAINES	QUALITE	GESTION DES RISQUES	COMPETENCES	PERFORMANCE DU PROJET
Nombre de lits ouverts	Nombre d'ETP de chaque métier	Nombre de rdv <i>Fresque</i> ⁹²	Taux d'infections nosocomiales	Taux de formation	Respect des délais
Taux d'occupation des lits	Ratio personnel/patient	Taux de satisfaction des patients	Nombre d'événements indésirables déclarés	Nombre de stagiaires	Coûts réels vs prévus
Durée moyenne de séjour	Délai de recrutement	Taux de participation aux attendus institutionnels ⁹³		Taux de satisfaction du personnel	
Nombre de séjour	Nombre de postes vacants	Nombre d'audits effectués		Suivi des plans de carrière	
Taux de réadmission	Nombre de postes à pourvoir				
Délai d'attente pour une admission	Taux de <i>turn over</i>				
Dépense en pharmacie	Taux d'absentéisme				
Dépense en Dispositif Médicaux stériles	Dépense en remplacements				

Figure 16 - Indicateurs de suivi de l'atteinte des objectifs du projet

3.7. Les enjeux et les risques : matrices SWOT et PESTEL

Pour identifier les Facteurs Clés de Succès, nous nous sommes réunis avec le COPROJ. Nous nous sommes appuyés sur l'analyse de l'environnement et les besoins de la population, l'analyse des compétences de l'établissement et le Benchmark.

Ici le Domaine d'Activité Stratégique sur lequel est appliqué le SWOT s'intitule « Soins spécialisés de rééducation post-réanimation ». Cela regroupe les prises en charge médicales neurologiques, respiratoires et nutritionnelles et les activités paramédicales en soins, kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie, neuropsychologie. Ce DAS se distingue des soins aigus de réanimation et des soins courants de médecine générale et de soins chirurgicaux par sa complexité et sa pluridisciplinarité.

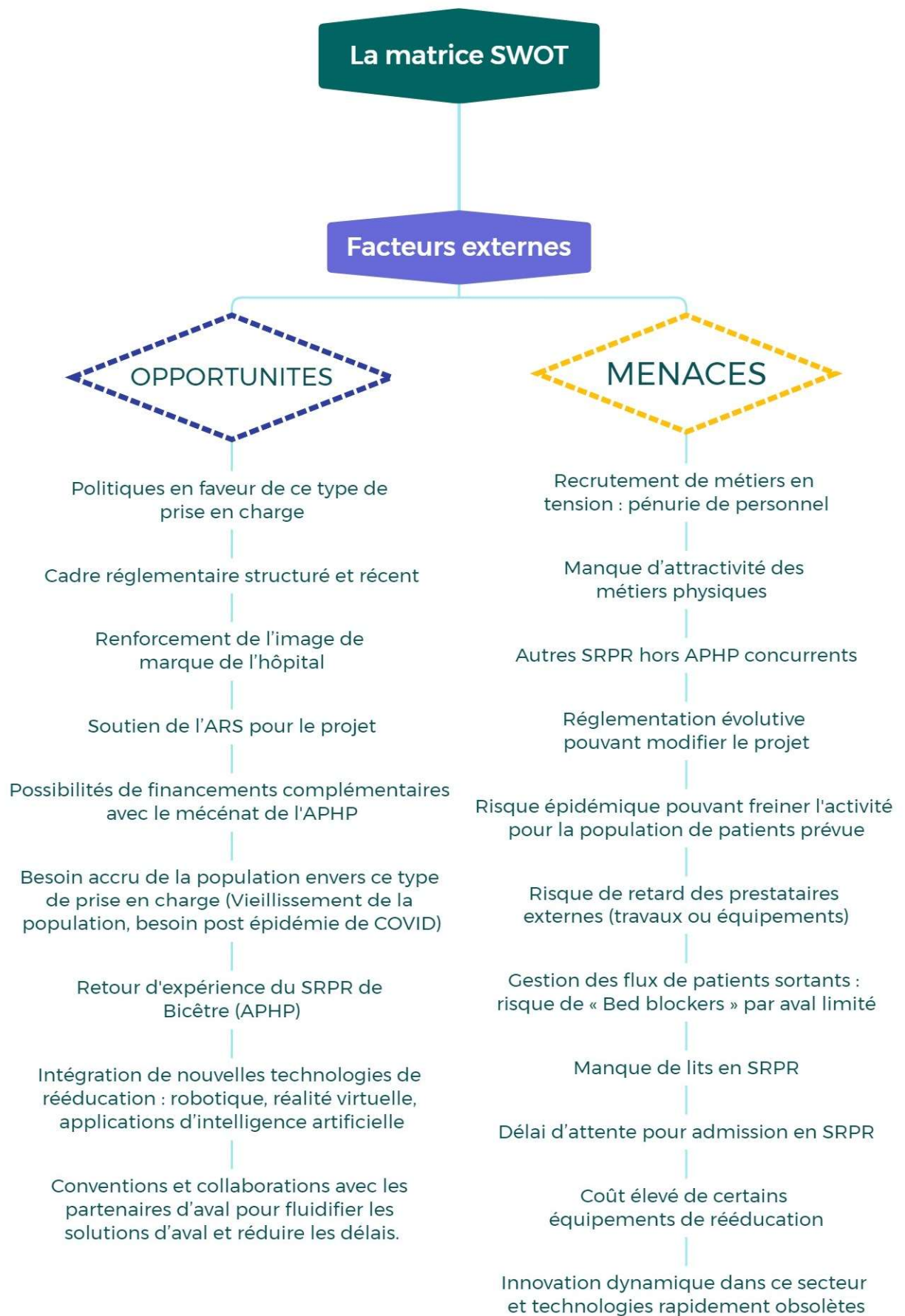
La matrice SWOT ainsi réalisée est la suivante :

⁹² Outil de qualité des soins à l'AP-HP utilisé pour structurer le processus d'amélioration continue de la qualité de manière visuelle et collaborative.

⁹³ Les attendus institutionnels sont à échéances régulières : *check list* observation, patient traceur, parcours traceurs, audit dossier de soins, audit chariot d'urgence, etc.



Presented with xmind



Voici une analyse plus précise des facteurs externes que nous avons identifiés à l'aide de l'outil **PESTEL**. Elle apporte une évaluation du contexte dans lequel s'inscrit le projet.

	OPPORTUNITÉS +	MENACES -
POLITIQUE	Plan de santé nationaux Cahier des charges dédié aux SRPR élaborés par l'ARS Ile-de-France ⁹⁴ Positionnement des SRPR dans les nouveaux parcours de soins Reconnaissance de l'importance des SRPR au regard des enjeux de santé publique	Politique de maîtrise des dépenses de santé <i>Souveraineté sanitaire</i> : Les tensions géopolitiques récentes ont mis en lumière la nécessité pour la France de renforcer son indépendance en matière de santé, notamment en rapatriant la production de médicaments essentiels.
ECONOMIQUE	Financement de l'ARS Mécénat Nouveaux appels à projet	Réduction des budgets de l'hôpital public Tarification à l'activité appliquée à la rééducation Manque de reconnaissance financière des grilles tarifaires pour la rééducation Marché concurrentiel Dépenses importantes liées au personnel spécialisé Dépenses importantes liées aux technologies de rééducation Surcoût lié à une augmentation de la durée d'hospitalisation <i>Investissements étrangers</i> : La vente de fleurons industriels français à des groupes étrangers suscite des inquiétudes quant à la perte de souveraineté économique, ce qui pourrait influencer les décisions d'investissement dans le secteur de la santé.
SOCIOCULTUREL	Prise de conscience post COVID Vieillesse de la population Développement de la prise en charge globale des patients Evolution de l'image du handicap	Inégalités d'accès aux soins Inégalités d'accès aux technologies pour certains patients Charge des aidants Débats éthiques sur la dépendance post réanimation
TECHNOLOGIQUE	Robotique en rééducation Réalité virtuelle Télémédecine Applications mobiles Intelligence artificielle	Obsolescence des équipements Actualisation des connaissances permanentes Dépendance accrue à la cybervigilance Maintenance régulière
ENVIRONNEMENTAL	Améliorer la performance énergétique des locaux Adoption d'éclairage LED Équipement à faible consommation d'eau	Coût élevé des mises aux normes environnementales Gestion des déchets médicaux
LEGAL	Normes d'accessibilité aux personnes atteintes de handicap Normes de la HAS	Cadre réglementaire strict, application complexe

⁹⁴ AGENCE REGIONALE DE SANTE ÎLE-DE-FRANCE. Soins de suite et de réadaptation (SSR). Paris : ARS Île-de-France. Disponible à l'adresse : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr> (consulté le 13 mai 2025).

3.8. La planification du projet : le GANTT

Selon Hugues MARCHAT, « la planification est réalisée par le chef de projet sur le conseil des experts qui vont donner les éléments en matière de charge et de durée des tâches à accomplir pour arriver au résultat final. »⁹⁵ (p.74). Ici est présentée la synthèse du Gantt du projet. Le Gantt réellement utilisé par le COPROJ pour suivre le projet est à l'échelle de la semaine et mentionne les ressources associées à chaque tâche.

Légende :

Réalisé
 En cours
 Echéance à venir
 Retard

Années	2024												2025											
Mois	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	+			
Plan communication																								
Validation en conférence stratégique																								
COPIL																								
Reporting commanditaire																								
Inclusion au plan stratégique de DMU																								
Benchmark																								
Info COMEX DMU																								
Info équipes																								
Diffusion postes à pourvoir																								
Journées portes ouvertes																								
Diffusion réseaux sociaux																								
Info services impactés																								
Livret nouveaux arrivants																								
Livret patients																								
Inauguration																								
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Plan financier																								
Création de la structure (UH)																								
Business plan																								
Appel à projet sécurité routière (réponse/résultats)																								
Définition du budget travaux (2M€)																								
Recensement des besoins en investissements > 10 000€																								
Notification des investissements en CTI																								
Chiffrage du plan équipement																								

⁹⁵ MARCHAT H. Le kit du chef de projet. 7e édition. Paris : Éditions Eyrolles, 2023. 304 p.

[illegible]

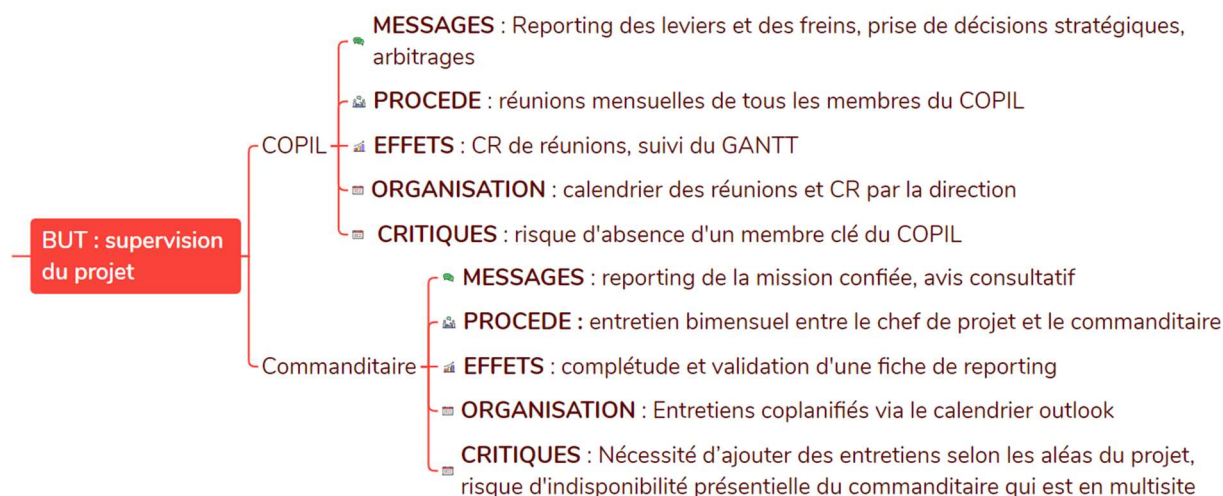
[illegible]

[illegible]

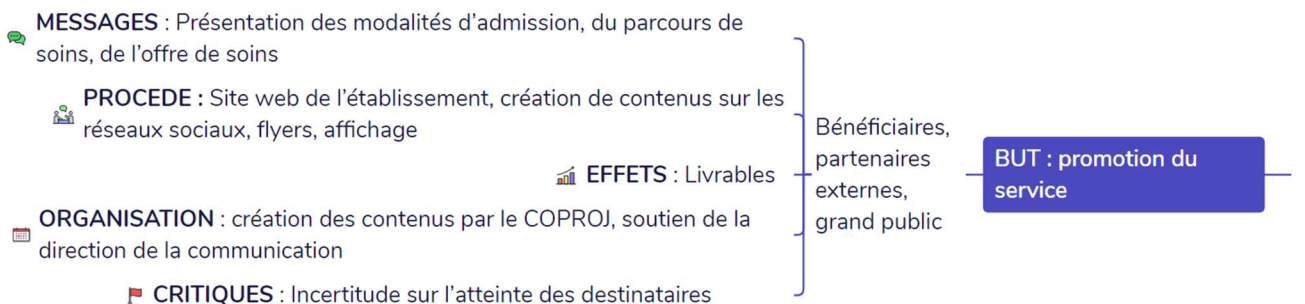
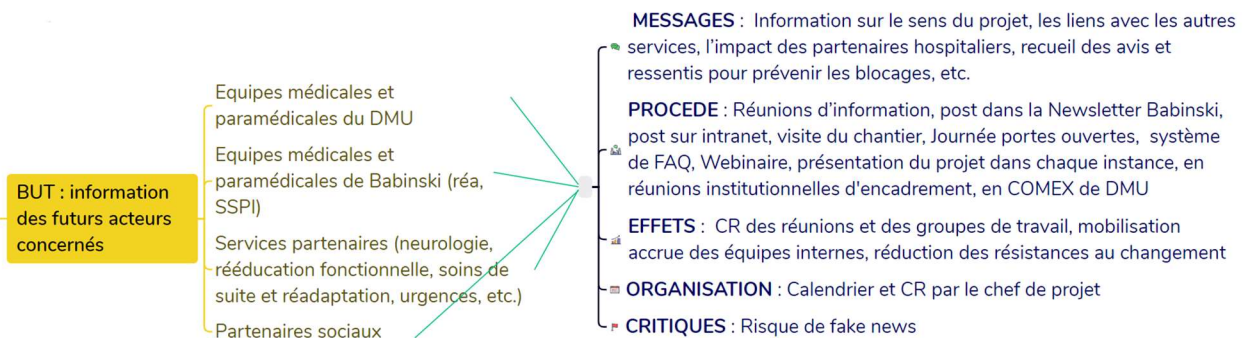
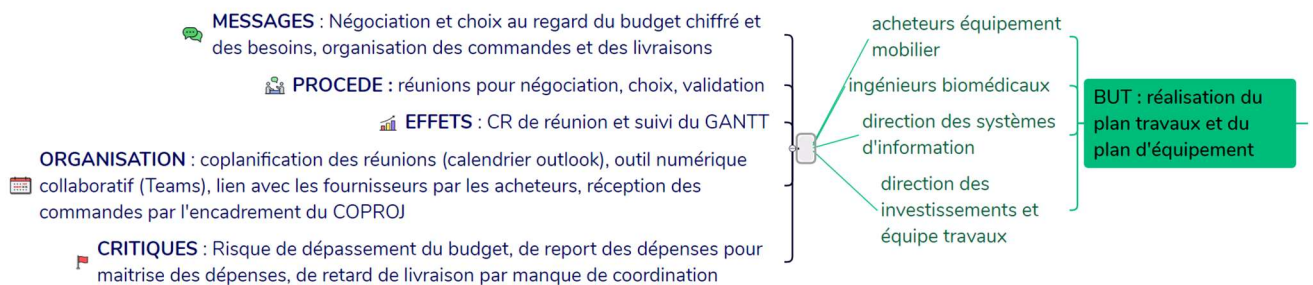
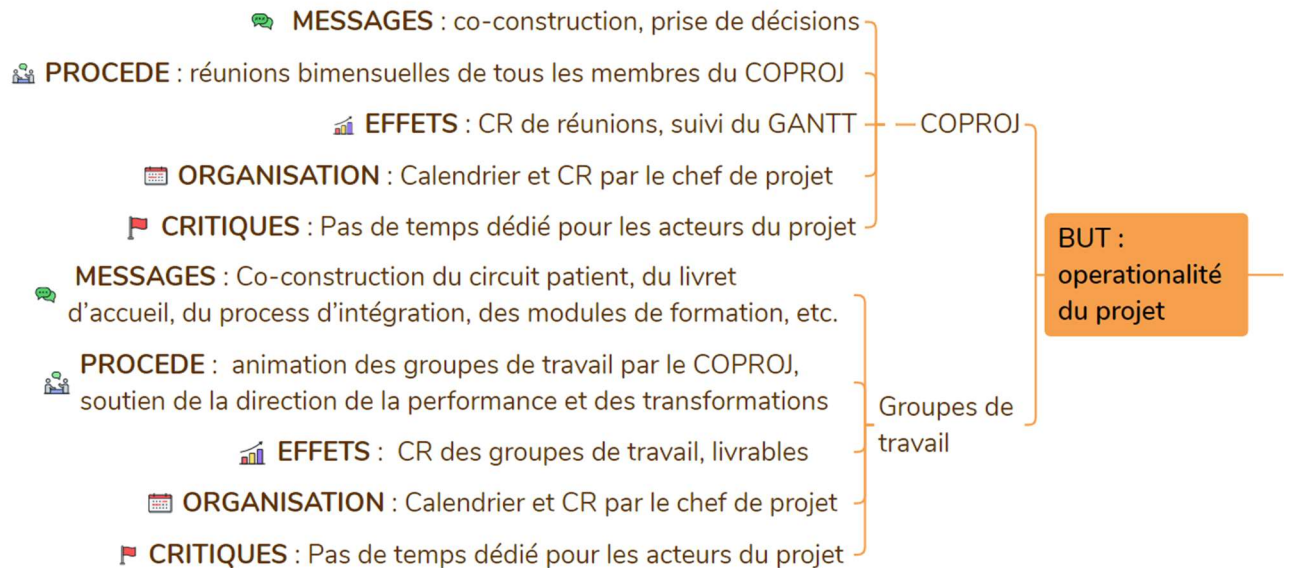
3.9. Le plan de communication

Selon Hugues MARCHAT, un acte essentiel de la gestion de projet est de « *s'assurer que les objectifs sont clairs et bien compris de tous* »⁹⁶. C'est au chef de projet d'organiser la communication entre les acteurs. « *En matière de résistance au changement, une bonne communication est facteur de réussite* »²⁹ (p. 129)

Dans le cadre de ce projet, le commanditaire n'a pas indiqué de consignes particulières quant aux modalités de communication, à part le calendrier des COPIL. En tant que chef de projet, j'ai construit le plan de communication selon la méthodologie enseignée par Marie-Jo ESTEVE citée dans le cadre conceptuel. Ce plan de communication consiste à obtenir l'adhésion des parties prenantes, intégrer le nouveau service à l'entité BABINSKI, valoriser l'innovation et l'expertise de l'établissement, renforcer l'attractivité et assurer un reporting au commanditaire.



⁹⁶ MARCHAT H. Le kit du chef de projet. 7e édition. Paris : Éditions Eyrolles, 2023. 304 p.



BUT : Attractivité du personnel

Personnel paramédical : IDE, AS, Kiné, Ergo, orthophoniste, neuropsychologue, susceptibles d'être recrutés en interne ou en externe

MESSAGES : Diffusion de l'annonce des postes, des fiches de

postes, valorisation des opportunités professionnelles, présentation du parcours immersif Babinski

PROCEDE : Annonce sur Talentsoft (logiciel de recrutement de l'APHP), Post sur LinkedIn, promotion en IFSI, création de contenus sur les réseaux sociaux professionnels, réunion accueil des nouveaux arrivants du GH, journées portes ouvertes de la Pitié Salpêtrière, affichage en interne

EFFETS : vues de l'annonce, candidats reçus, recrutements

ORGANISATION : Rédaction des annonces par le chef de projet validé par le COPROJ, utilisation de l'outil de recrutement du siège, et des canaux de la direction de la communication avec la charte graphique du GH

CRITIQUES : Métiers en tension, concurrence

4. EN MODE PROJET : PILOTER

Selon Hugues MARCHAT « c'est une phase qui va consister à vérifier l'état d'avancement des objectifs, à fabriquer les tableaux de bord de suivi du projet, à rendre compte au commanditaire de l'état d'avancement »⁹⁷, p.32. C'est en somme, l'ensemble des marqueurs de la réalisation du projet.

Ce sont les outils qui vont permettre de rendre le bon sens opérationnel et de réaliser le plan d'action avec des indicateurs de suivi et de faire des choix selon que le contexte s'avère plus ou moins favorable.

4.1. La collecte des données

Pour la création d'un service de réadaptation post-réanimation, la performance des organisations soignantes dépend de l'articulation entre qualité des soins, efficacité économique et maîtrise des ressources. Dans ce cadre, le pilotage médico-économique constitue un levier stratégique essentiel permettant d'assurer la soutenabilité financière des projets tout en garantissant des prises en charge de qualité.

Le tableau de bord est l'outil de référence du pilotage médico-économique. Il permet de suivre les indicateurs clés et d'anticiper les dérives. Il doit éviter l'écueil des indicateurs inutiles, en se concentrant sur des données pertinentes répondant à des objectifs précis. Pour Christelle GUIN, un tableau de bord efficace doit être « simple, fiable, évolutif et orienté vers la décision ».⁹⁸

Selon Marie-Jo ESTEVE et Patrick FARNAUT, « la collecte des données sert à obtenir des informations fiables et pertinentes qui justifient la pertinence du projet »^{99 100}. Ces données peuvent être existantes dans la structure ou doivent être récupérées en externe. Les données quantitatives sont existantes dans la structure, collectées et transmises aux cadres supérieurs de santé, tous les mois, par la cadre administrative du DMU pour chaque secteur. On peut accorder une bonne confiance à ces données qui sont issues de logiciels institutionnels du DIM et de la DRH et vérifiées par la cadre administrative du DMU. Certaines données externes à la structure ont été collectées sur les sites de référence institutionnelle comme Légifrance, l'ARS et l'HAS. Quant aux données observationnelles, elles ont pu être obtenues lors du benchmark à l'hôpital Kremlin Bicêtre ainsi qu'auprès de trois autres services de la Pitié Salpêtrière qui ont mené ou sont en train de mener des projets similaires : le SRPR Eole, l'USIP de chirurgie cardiaque et vasculaire et l'USIP de chirurgie polyvalente.

Ici, notre projet de création de SRPR neurologique nécessite des données de nature différentes :

- Institutionnelles : recommandation ARS, projet d'établissement, projet de DMU
- Indicateurs quantitatifs : activité, gestion des ressources humaines, qualité, compétences, risque et performance

⁹⁷ MARCHAT H. Le kit du chef de projet. 7e édition. Paris : Éditions Eyrolles, 2023. 304 p.

⁹⁸ GUIN C. Pilotage médico-économique [cours magistral] - ECUE 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisations Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

⁹⁹ ESTEVE M.-J. La boîte à outils du cadre supérieur de santé [cours magistral] - ECUE 6.3 Projet managérial - Master 2 Management des Organisations Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹⁰⁰ FARNAUT P. Le projet managérial [cours magistral] - ECUE 7.2 Projet managérial - Master 2 Management des Organisations Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

- Indicateurs qualitatifs : entretiens, observation de terrain, questionnaires, benchmark
Isabelle DURAND-ZALESKI précise que « les indicateurs sont essentiels à l'allocation des ressources en santé et à la prise de décision stratégique mais qu'il faut être attentif à ne pas se baser uniquement sur des critères financiers au détriment de la qualité des soins. »¹⁰¹

Les indicateurs de performance hospitaliers comme le taux d'occupation des lits, la durée moyenne de séjour, les dépenses de personnel, les recettes par activité médicale peuvent être collectées dans des tableaux de bord. Selon Christelle GUIN, « un tableau de bord est un outil essentiel pour transformer les objectifs stratégiques en objectifs opérationnels. Il doit permettre : la mesure des écarts entre prévisions et réalisations et la mise en place de plans d'action correctifs en cas de dérive. »¹⁰²

Selon l'enseignement d'Isabelle DURAND-ZALESKI, « les indicateurs doivent toujours être comparés : soit à une situation antérieure, soit à une autre situation équivalente, soit à un objectif fixé »¹⁰³. Dans ce projet les indicateurs seront suivis sous forme d'un tableau de bord au regard de l'objectif fixé.

	Cible	Valeur réelle
Indicateurs activité		
Nombre de lits ouverts	10	A 3 mois
Taux d'occupation des lits	95%	A 3 mois
Durée moyenne de séjour en jours	40	A 6 mois
Nombre de patients /an	150	A un an
Nombre de patients AVP graves /an	50	A un an
Poids des charges en personnel	68,2%	A un an
Poids des charges médicales	4,1%	A un an
Poids des charges indirectes	20%	A un an
Gestion des ressources humaines		
Nombre d'ETP cadre	1	1
Nombre d'ETP infirmier(e)s	12	12
Nombre d'ETP Aide-soignant(e)s	15	16 ↑
Nombre d'ETP logisticien(ne)	0,5	0 ↓
Nombre d'ETP kinésithérapeutes	3	3
Nombre d'ETP ergothérapeutes	1	1
Nombre d'ETP neuropsychologue	0,5	1 ↑
Nombre d'ETP psychologue	0,5	0 ↓
Nombre d'ETP Orthophoniste	1	1
Nombre d'ETP Assistant(e) sociale	0,5	0,5
Nombre d'ETP diététicien(ne)	0,5	0,5
Secrétaire médical(e)	0,5	0
Secrétaire hospitalier(ère)	0,5	1
Nombre d'ETP médecins MPR	3	3
Nombre d'ETP médecins Réanimateurs	3	3
Ratio IDE/patient	1/5	1/5
Ratio AS/patient	1,5/5	1,5/5
Délai de recrutement	3 mois	A l'ouverture
Nombre de postes vacants	1	A l'ouverture
Nombre de postes à pourvoir	0	A l'ouverture
Taux de turn over		A un an

¹⁰¹ DURAND-ZALESKI I. Analyse médico-économique [cours magistral] - ECUE 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹⁰² Ibid

¹⁰³ Ibid

Taux d'absentéisme	10%	A un an
Dépense en intérim et heures supplémentaires		A 3 mois
Indicateurs compétence		
Taux de formation module IDE et AS initiation SRPR	100%	A un an
Nombre de stagiaires/j	2	A un an
Taux de satisfaction du personnel	90%	A un an
Suivi des plans de carrière : nombre d'entretien professionnel individuel/an	≥1	A un an
Indicateurs qualité		
Délai d'attente pour une admission	1 semaine	A 3 mois
Nombre de rdv Fresque avec la direction qualité/an	3	A un an
Taux de satisfaction des patients	90%	A un an
Taux de participation aux attendus institutionnels qualité et gestion des risques	100%	A un an
Nombre de patient traceur ou parcours traceurs effectué/an	1	A un an
Nombre d'audits de contrôle effectués/mois	1	Dès l'ouverture
Indicateurs Gestion des risques		
Taux d'infections nosocomiales	0	A un an
Nombre d'événements indésirables déclarés	Equivalent au nombre d'EI	A un an
Indicateurs gestion du projet		
Respect des délais	Delta = 0	A l'ouverture
Coûts réels vs prévus	Delta = 0	A l'ouverture

Figure 17 - Tableau de bord des indicateurs de suivi du projet

4.2. Plan travaux : analyse d'un arbitrage organisationnel

Le plan travaux a été validé en conférence stratégique le 16/01/2024 pour un budget de 2 M€ TTC et une restitution de chantier en janvier 2025. L'espace de 650 m2 est structuré en une partie « unités de soins » et une partie « tertiaire » qui comprend les bureaux, réserves, office alimentaire, salle de détente et plateau technique de rééducation. Ces deux parties sont séparées par un couloir avec l'entrée du service d'un côté et un accès direct à la réanimation neurochirurgicale de l'autre. La validation des plans s'est faite en réunions associant le COPROJ et l'équipe des travaux. Les décisions concernant la partie soins ont été prises de manière coconstruites au regard des besoins des patients et des professionnels, des contraintes structurelles et des normes techniques. Elles ont été actées naturellement le 23/09/24 permettant le lancement du chantier.

En revanche, un conflit au sujet de la partie « tertiaire » est apparu entre la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et l'Anesthésie-Réanimation (MAR), au sujet de la répartition de deux espaces de tailles différentes et dont la plus petite est sans fenêtre. Le débat s'est cristallisé autour de l'usage de ces espaces, l'un pour le plateau technique de rééducation (gymnase), l'autre pour la salle de staff médical/réunions/entretiens des familles.

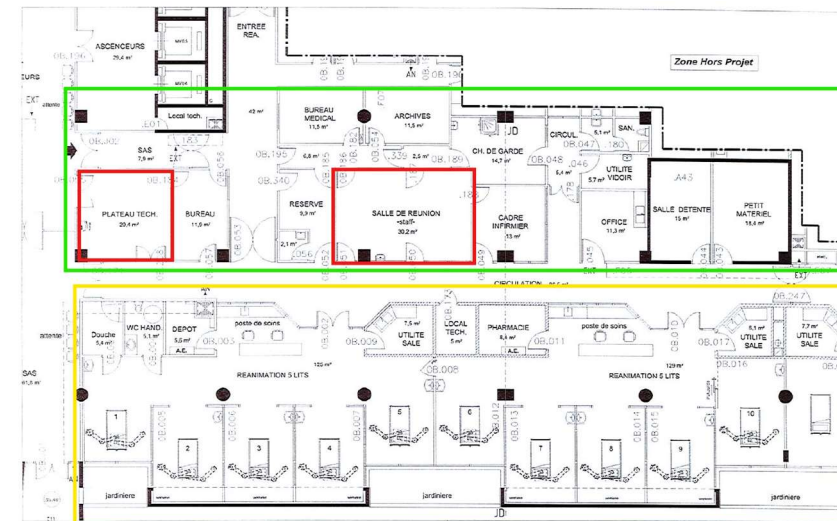


Figure 18 : Plan initial du SRPR (espace « soins » en jaune, espace « tertiaire » en vert, les deux espaces à arbitrer en rouge)

Selon Xavier MARCHAND, « Au lieu de voir un conflit entre professionnels comme un simple différend interpersonnel, il faut le replacer dans une logique d'organisation du travail. Cette approche évite de stigmatiser les personnes et permet de s'attaquer aux véritables causes du problème »¹⁰⁴. Ce différend, bien qu'en apparence technique, soulève en fait des enjeux organisationnels, mêlant logiques professionnelles, rapports de pouvoir, valeurs et finalités divergentes entre deux cultures professionnelles différentes.

En tant que chef de projet, je me suis donc appuyée sur la démarche, décrite dans le cadre conceptuel, de « transformation organisationnelle » développée par Jean-Paul DUMOND¹⁰⁵.

Voici le résumé de la démarche qui a permis de valider les plans du tertiaire au 04/02/2025, avec cependant 5 mois de retard sur la cible.

Paramètres de conception	MPR	MAR
Fonction contrôle (Contractualisation ⇄ Socialisation)	Soins planifiés sur le moyen/long terme, avec des séances structurées et régulières. Fonctionnement très ritualisé autour de protocoles de rééducation. Espace = outil de soin, prolongement direct de la thérapeutique (matériel, ambiance, accessibilité).	Activité marquée par l'imprévu et la nécessité d'organiser des réunions d'équipe rapidement (staff, débriefs). Besoin d'un espace flexible, mobilisable à tout moment, pour concertation, accueil des familles, réunions de crise. Lieu de socialisation interprofessionnelle.
Frontières (Internalisation ⇄ Externalisation)	Espace identifié, aménagé, stable Accès contrôlé	Circulation interservices intense : réa ↔ SRPR Espace utilisé comme interface (avec soignants, familles, autres services). Nécessité de fluidité, d'accessibilité et de modularité.
Division horizontale (Spécialisation ⇄ Polyvalence)	Fort degré de spécialisation des locaux : équipements spécifiques, normes de sécurité (appareils, escaliers thérapeutiques, barres parallèles, etc.). Usages exclusifs, peu mutualisables. Pas d'intérêt à partager ponctuellement avec d'autres disciplines.	Recherche d'espaces polyvalents : staff pluridisciplinaire, réunions familiales, voire formation ou simulation. Temporalité courte, usage intermittent mais crucial. Espace mutualisé potentiellement avec d'autres spécialités.
Division verticale (Distance hiérarchique)	Logique de service relativement autonome, hiérarchie distante (dans un autre bâtiment) Forte identité disciplinaire (kiné, ergo, médecins).	Hiérarchie plus affirmée Gouvernance principale

¹⁰⁴ MARCHAND X. La culture de l'évaluation [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹⁰⁵ DUMOND J.-P. Concevoir un changement organisationnel [cours magistral] - ECUE 5.2 La transformation des organisations en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

L'analyse des paramètres de conception montre que le conflit entre MPR et MAR dépasse une simple question de mètres carrés, il révèle d'autres points de divergences :

- Temporalité : la MPR fonctionne sur un temps long et régulier, la MAR sur un temps court et aléatoire.
- Stabilité vs Flexibilité : la MPR a besoin d'un espace fixe et spécialisé, tandis que la MAR a besoin d'un espace flexible, mobilisable à la demande et polyvalent.
- Usage du tertiaire thérapeutique direct vs support organisationnel : pour la MPR, l'espace est directement thérapeutique alors que pour la MAR, il est un support de coordination, de communication et de lien social/familial.

Comme préconisé par Jean-Paul DUMOND, l'équipe a imaginé plusieurs scénarios extrêmes à partir de cette analyse pour élargir le champ des possibles : répartition exclusive, mutualisation complète, usage alterné, etc. Le scénario consistant à refondre les plans pour équilibrer les deux espaces, en renonçant à un autre espace commun a été choisi de manière concertée avec les représentants médicaux et paramédicaux et la direction des travaux pour garantir que les besoins des MPR et des MAR sont respectés tout en maximisant l'espace disponible de manière efficace et priorisée. Il a été décidé que le vestiaire du SRPR serait délocalisé vers une zone de la réanimation neurochirurgicale permettant un agrandissement du plateau technique de rééducation et un rééquilibrage des espaces MPR et MAR.

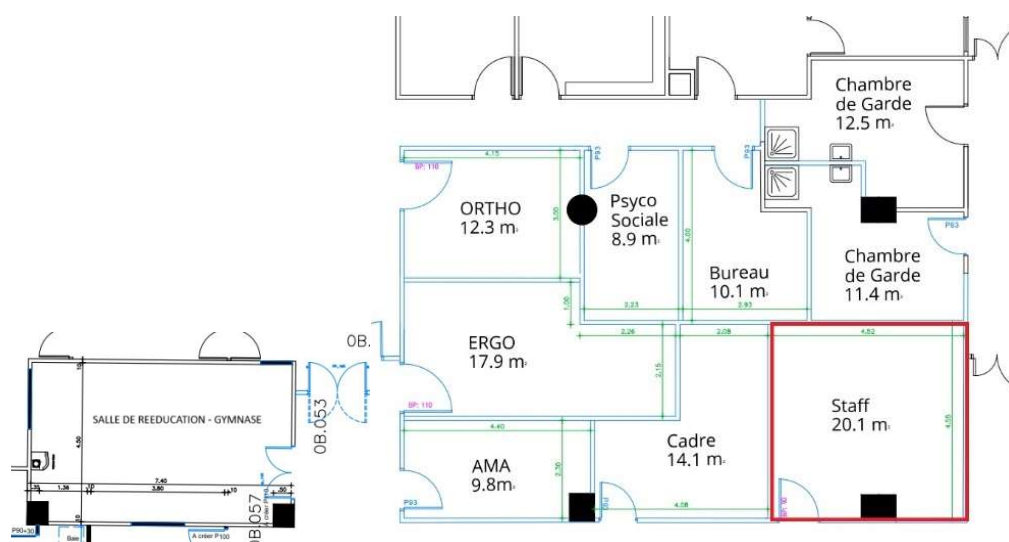


Figure 19 : Plan définitif du tertiaire suite à l'arbitrage

L'analyse de l'impact fonctionnel, culturel et politique de ce scénario est le suivant :

Dimension	Intérêts	Obstacles
Fonctionnelle	Mise en adéquation de chaque espace avec son usage Réduction des conflits d'usage	Complexité logistique avec implication de la réanimation Perturbation temporaire des circuits
Culturelle	Compromis partagé qui renforce la coopération entre équipes Culture de la flexibilité et de l'adaptation Capacité à faire évoluer les pratiques collectivement	Risque de perte de confort pour les équipes qui auront leur vestiaire en dehors du service (compensé par l'achat de casiers pour les effets de valeurs dans le plan d'équipement)
Politique	Démarche équitable et transparente Renfort d'une gouvernance partagée Valorisation d'un arbitrage au service de l'intérêt collectif	Décision ascendante prise dans l'urgence, sans concertation avec les équipes Besoin de médiation par les chefs de service

Cette démarche nécessite une coordination étroite entre les services, une concertation transparente avec les équipes concernées et un accompagnement au changement pour limiter les résistances. Un pilotage commun (direction, COPROJ, travaux) assurera le suivi de la réorganisation, la validation des aménagements techniques et la gestion des impacts sur les circuits logistiques et professionnels. Un point d'étape partagé sera prévu en amont de la réception finale des travaux.

L'impact sur le triangle de la performance est faible pour l'axe « délai » car l'arbitrage des plans était suffisamment anticipé. En effet, nous avons prévu un risque de retard de chantier du fait des fournisseurs externes des bras plafonniers et des rails qui fabriquent à la commande.

En revanche, l'axe « coûts » a été fortement impacté car la délocalisation du vestiaire en réanimation nécessite une rocade de plusieurs locaux : le local vestiaires du SRPR mis à la place de la chambre de garde du médecin, elle-même délocalisée dans la réserve de solutés où il est possible de construire une douche, les solutés seront stockés dans l'espace des tenues professionnelles libéré par la mise en place récente d'un distributeur de tenue automatique sur le bâtiment BABINSKI. Ces travaux en réanimation neurochirurgicale répondent à des besoins exprimés en Commission Technique d'Investissement (CTI) l'année dernière et peuvent être financés par l'enveloppe déléguée et l'enveloppe « segur » que je pilote chaque année sur mes secteurs.

Cependant, ayant pris conscience de la contrainte de l'espace pour l'accueil des familles, nous avons saisi l'occasion de répondre à un nouvel appel à projet « *sécurité routière* » de l'ARS pour augmenter notre budget pour le SRPR. Ce projet intitulé « *Humanisation de l'écosystème de soins* » a pour objet d'optimiser l'accueil des aidants et leur contact avec les patients dès leur passage de la Réanimation vers le SRPR. Notre proposition de travaux et d'aménagement consiste à occuper un espace actuellement sous utilisé, attenant au SRPR. Cet espace embelli servira à l'attente des familles et des aidants, à favoriser la possibilité de visite des patients et à mettre en place des espaces de vie entre le patient et sa famille pour débiter au plus vite l'autonomisation sur des gestes et des moments en famille.



Figure 20: Espace sous-exploité du rez-de-chaussée haut Babinski ciblé pour réaliser l'accueil famille Réanimation-SRPR

4.3. Chronophotographie du chantier

Cette technique utilisée le plus souvent dans les entreprises de BTP a plusieurs utilités dans le contexte de la construction du SRPR. Tout d'abord, je m'en sers pour suivre l'avancement du chantier. Ensuite, cela me permet d'avoir un support visuel lors de mes communications. C'est notamment un facteur d'attractivité lors des entretiens de recrutement. Cela permet également d'échanger lors des réunions de COPROJ ou COPIL sans être directement sur les lieux. Enfin, cela permet de garder une mémoire du projet et de l'utiliser ultérieurement pour un partage d'expérience avec des équipes de projet similaires.

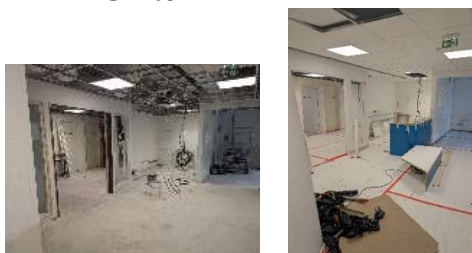
- Couloir principal



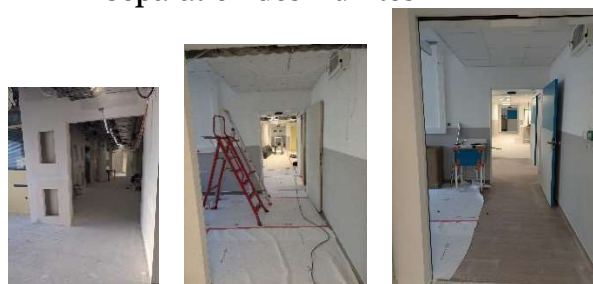
- Unité 1



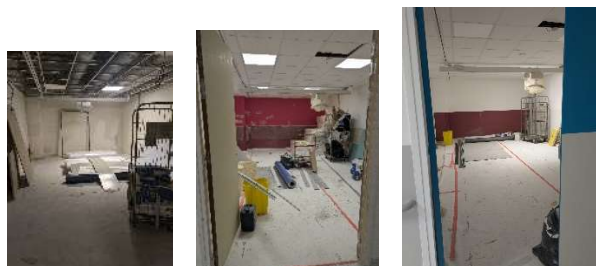
- Unité 2



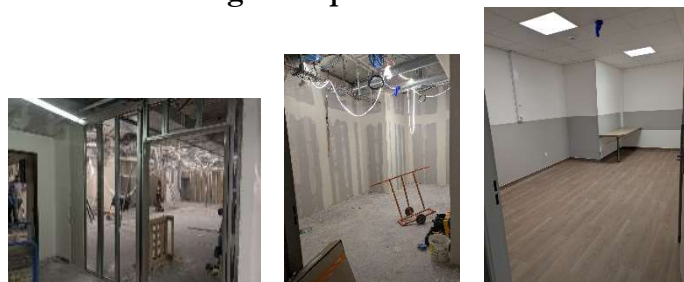
- Séparation des 2 unités



- Salle de rééducation



- Salle d'ergothérapie



- Chambre de patient



- Sanitaire



- Salle de réunion



Figure 21 - Chronophotographie du chantier

4.4. Plan équipement : les besoins réels face au cadre contraint

La commande d'équipements mobiliers et biomédicaux dans un établissement public de santé, tel que l'AP-HP s'inscrit dans un cadre réglementaire précis qui vise à garantir la transparence, l'efficacité, et la sécurité des achats publics, tout en répondant aux exigences de qualité et de sécurité des soins. La commande d'équipements est soumise aux principes fondamentaux du droit de la commande publique, définis par le Code de la commande publique (ordonnance n° 2018-1074 et décret n° 2018-1075) : liberté d'accès à la commande publique, égalité de traitement des candidats, transparence des procédures.

De plus, les achats d'équipements mobiliers et biomédicaux doivent respecter des seuils financiers qui déterminent la procédure applicable :

- Inférieur à 40 000 € HT : Achat direct possible, avec obligation de choisir une offre pertinente et d'assurer une traçabilité de la commande.
- Entre 40 000 € et 215 000 € HT : Procédure adaptée (MAPA), avec obligation d'une publicité adaptée et de mise en concurrence simplifiée.
- Supérieur à 215 000 € HT : procédure formalisée (appel d'offres ouvert ou restreint) avec publication au BOAMP (Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics) et au JOUE (Journal Officiel de l'Union Européenne).

À l'AP-HP, les achats suivent également la politique interne des achats, portée par la Direction de la Politique Achat (DPA), le recours aux marchés-cadres existants (AP-HP, UGAP, RESAH) pour rationaliser les commandes et l'utilisation obligatoire de l'outil de gestion des achats e-Marchés.

En tant que chef de projet, j'ai la responsabilité de :

- Formaliser les besoins fonctionnels : j'ai formalisé les besoins qui concernaient l'équipe soignante et je me suis entourée de professionnels experts pour d'autres équipements (MAR pour les équipements biomédicaux de soins critiques, MPR pour les équipements de rééducations)
- Vérifier la conformité réglementaire et respecter les procédures d'achat public : je me suis entourée de l'expertise des acheteurs et des ingénieurs biomédicaux. Il a fallu faire des arbitrages pour ne pas dépasser l'enveloppe contrainte ou négocier des prix avec les fournisseurs.
- Assurer une coordination avec les directions supports et les fournisseurs
- Ajuster le calendrier de livraison à celui des travaux
- Participer au contrôle qualité des équipements lors de leur réception.

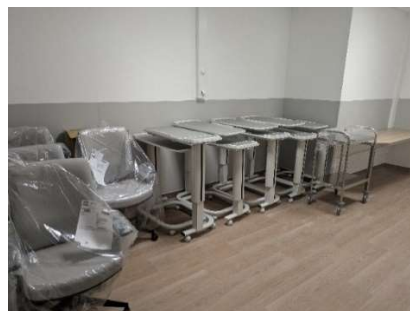


Figure 22- Réception de la première livraison de mobilier

Plusieurs obstacles ont retardé la mise en œuvre du plan d'équipement. Tout d'abord, il fallu reporter une partie de la consommation du budget de 2024 à 2025 par nécessité de maîtrise des dépenses fin 2024. Ensuite, il a fallu attendre le retour de congé maternité de la responsable du biomédical pour valider le plan biomédical. Enfin, la responsable du parc informatique a quitté son poste et n'a pas pu être immédiatement remplacée. Cela n'a cependant pas eu d'impact sur le triangle de la performance.

4.5. La gouvernance et les équipes

Le plan RH du SRPR neurologique repose sur une organisation tripartite et collaborative, intégrant les compétences des équipes médicales et paramédicales dans une structure multidisciplinaire. L'objectif principal est de garantir la qualité des soins tout en optimisant la coordination entre la réanimation, la médecine physique et réadaptation (MPR), et la neurochirurgie.

L'équipe médicale est constituée de praticiens en MPR et de réanimateurs, combinant leurs expertises pour une gestion globale et intégrée des patients. Cette approche interdisciplinaire vise à faciliter les transitions entre la réanimation et la réhabilitation et à renforcer la continuité des soins pour les patients entre les différentes étapes du parcours. Un neurochirurgien dédié (20 % de son temps) est affecté à cette structure pour apporter son expertise spécialisée.

L'équipe paramédicale comprend des rééducateurs du service MPR (kinésithérapeutes, ergothérapeutes) mis à disposition pour accompagner les patients dans leur réhabilitation et du personnel paramédical du SRPR dédié.

Les objectifs du plan RH :

- Favoriser les interactions interdisciplinaires entre la réanimation, la MPR et la neurochirurgie pour un parcours de soins fluide et optimisé.
- Renforcer la formation et les compétences des équipes médicales et paramédicales pour répondre aux besoins complexes des patients.
- Maintenir un équilibre entre expertise clinique et organisation stratégique, avec une répartition claire des rôles et responsabilités.

4.6. La gestion du temps de travail : un schéma horaire innovant

Le SRPR est un service qui nécessite la permanence des soins 24h/24 y compris les week-ends et jours fériés. C'est un service caractérisé par des facteurs favorisant l'absentéisme, à savoir la pénibilité, la charge émotionnelle, des horaires alternants et la pénurie de personnel.

Selon un rapport de l'inspection des finances de 2024, « *En 2021, les agents de catégorie C de la FPH présentaient un taux d'absentéisme pour motif médical et non médical de 10,7 %, les agents de catégorie B 9,1 % et les agents de catégorie A 8,0 %. Dans ce versant, le niveau d'absentéisme plus élevé peut trouver une explication dans la prévalence d'une organisation du travail plus atypique, les agents hospitaliers étant les plus fréquemment soumis à des horaires alternants, au travail de nuit et le week-end.* »¹⁰⁶ (p.50 des annexes II) Ces données montrent l'importance primordiale de penser le temps de travail au regard du profil des professionnels qui feront partie de l'équipe.

Selon Suzy CANIVENC « *La reconfiguration du design organisationnel s'incarne notamment dans une remise en question des horaires et des formes standardisées de présence.* »¹⁰⁷, (p. 62) C'est pourquoi j'ai choisi de proposer au COPIL, des schémas horaires innovants et de renégocier légèrement la maquette organisationnelle initialement prévue.

En outre, cette démarche répond à plusieurs recommandations institutionnelles :

- L'ANACT encourage des horaires permettant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle. « *Prendre en compte l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle dans l'organisation des temps de travail, des horaires de travail et des quotités de travail.* »¹⁰⁸ est un des exemples de bonnes pratiques QVCT d'un des 6 domaines de la démarche QVCT de l'ANACT intitulé « Organisation, contenu et réalisation du travail »
- L'INRS met en garde contre les risques associés aux postes de 12 heures, tels que la fatigue accrue, les troubles musculosquelettiques et les erreurs liées à la baisse de vigilance. « *Préconisations des auteurs pour la mise en place de postes longs : Contre-indiquer l'instauration des postes longs quand le travail présente des contraintes physiques importantes, une charge mentale soutenue ou nécessite une présence régulière ou un suivi relationnel.* »¹⁰⁹
- Dans le levier n°17 du Plan 30 leviers pour agir ensemble de l'AP-HP, il est recommandé « *d'encourager la mise en place d'horaires de travail innovants, coconstruits avec les équipes, comme outil d'attractivité et de qualité de vie au travail.* »

¹⁰⁶ Inspection Générale des Finances, Revue de dépenses relative à la réduction des absences dans la fonction publique, juillet 2024, 275 p.

¹⁰⁷ CANIVENC S. Les nouveaux modes de management et d'organisation : innovation ou effet de mode ? Paris : Presses des Mines, 2022. 216 p.

¹⁰⁸ ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail). *Qualité de vie au travail : concilier performance et bien-être*. Lyon : ANACT, 2021. Disponible sur : <https://www.anact.fr/qualite-vie-au-travail> (consulté le 24 avril 2025).

¹⁰⁹ WEIBEL L., HERBRECHT D., IMBODEN D., JUNKER-MOIS L., BANNEROT B. *Organisation du travail en 2 x 12 h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs*. Références en santé au travail, n° 137, mars 2014. Paris : INRS.

Il a donc fallu penser des horaires de travail répondant simultanément aux contraintes d'un SRPR (soins lourds, permanence), aux besoins des soignants (équilibre vie pro/vie perso et prévention de la charge physique et émotionnelle) et aux attentes de la génération Z : « *Les New Way of Work désignent un mix organisationnel de pratiques de flexibilité du temps et de l'espace de travail [...] permettant de mieux répondre aux attentes des jeunes générations.* »¹¹⁰ (p.24)

Nous avons choisi les horaires innovants suivants pour les raisons exposées :



4.7. La maquette organisationnelle : objet d'une négociation en faveur de l'attractivité

Les effectifs budgétés en 2021 dans la candidature de l'appel à projet était de 12 ETP IDE, 15 ETP AS et 0,5 ETP logisticien. Cela correspond à un ratio de 1 IDE et 1,5 AS pour 5 patients. J'ai utilisé la maquette organisationnelle de l'ANAP¹¹¹ pour évaluer l'écart entre les effectifs budgétés et les effectifs requis pour la gestion du temps de travail voulue pour ce service. Les résultats sont les suivants :

Pour les infirmiers :

PARAMETRAGE TEMPS DE TRAVAIL (compléter les cases bleues)			
OAT-Nette :	1561 : 00 h	Nombre de jours de :	Autres valeurs à calculer dans la maquette :
Obligation annuelle de travail nette			
OAT-Brute :	1827 : 00 h		
Obligation annuelle de travail brute			
		Congés annuels	25
		Jours fériés	11
		Autres jours	3
		Solidarité	1
		Absentéisme à remplacer (%)	10%
		Heures annuelles de formation à remplacer	0
		Autres heures annuelles à remplacer*	0

*Ex. : IRP, astreintes, etc.

¹¹⁰ CANIVENC S. Les nouveaux modes de management et d'organisation : innovation ou effet de mode ? Paris : Presses des Mines, 2022. 216 p.

¹¹¹ AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE (ANAP). *Maquette organisationnelle*. Paris : ANAP, [consulté le 13 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.anap.fr/s/article/maquette-organisationnelle-maquette-simplifiee>

Modèles horaires**						Besoins en ressources humaines												
horaire	Code	début	fin	pause	TTE	Période Standard										52,18	Moyenne	52,18
					en h	L	M	M	J	V	S	D	Nb	H	postes	h/sem		
Matin	J	6:45	14:15	0:00	7:30	2	2	2	2	2			10	75:00	10,0	3913:30		
12h M	M	6:45	18:45	0:00	12:00						2	2	4	48:00	4,0	2504:38		
Garde	G	13:45	21:15	0:00	7:30	2	2	2	2	2			10	75:00	10,0	3913:30		
Nuit (32,5h)	N	21:00	7:00	0:00	10:00	2	2	2	2	2			10	100:00	10,0	5218:00		
Nuit (35h)		19:00	7:00	0:00	12:00						2	2	4	48:00	4,0	2504:38		
															38,0	18054:16		
																18054:16		

EFFECTIF REQUIS			
Heures		ETP	ETP (arrondi)
18054:16	Besoin hors remplacements	9,88	10
600:00	Congés annuels	0,38	0
264:00	Jours fériés	0,17	0
72:00	Autres jours	0,05	0
18990:16	Besoin congés + fériés inclus	11,57	12
1805:25	Absentéisme annuel remplacé	1,16	1
0:00	Formations annuelles	0,00	0
0:00	Autres heures annuelles	0,00	0
20795:42	Effectif nécessaire, tous remplacements inclus	12,72	13
-1127:42	écart ETP budgétés - ETP nécessaires	-0,72	-1

Le -0,72 ETP s'ajustera avec les fermetures de lits en période estivale et en fin d'année.

Pour les aides-soignants :

PARAMETRAGE TEMPS DE TRAVAIL (compléter les cases bleues)			
OAT-Nette :	1561 : 00 h	Nombre de jours de :	
Obligation annuelle de travail nette		Congés annuels	25
		Jours fériés	11
OAT-Brute :	1827 : 00 h	Autres jours	3
Obligation annuelle de travail brute		Solidarité	1
		Autres valeurs à calculer dans la maquette :	
		Absentéisme à remplacer (%)	10%
		Heures annuelles de formation à remplacer	0
		Autres heures annuelles à remplacer*	0
		*Ex. : IRP, astreintes, etc.	

Modèles horaires**						Besoins en ressources humaines										
horaire	Code	début	fin	pause	TTE	Période Standard								52,18	Moyenne	52,18
					en h	L	M	M	J	V	S	D	Nb	H	postes	h/sem
Matin	M	6:45	14:15	0:00	7:30	2	2	2	2	2			10	75:00	10,0	3913:30
12h Matin	M12	6:45	18:45	0:00	12:00	0	0	0	0	0	2	2	4	48:00	4,0	2504:38
Décalé	D	8:00	15:30	0:00	7:30	1	1	1	1	1			5	37:30	5,0	1956:45
Garde	S	13:45	21:15	0:00	7:30	2	2	2	2	2			10	75:00	10,0	3913:30
					0:00								0	0:00	0,0	0:00
					0:00								0	0:00	0,0	0:00
					0:00								0	0:00	0,0	0:00
					0:00								0	0:00	0,0	0:00
Nuit (32,5h)	N	21:00	7:00	0:42	10:00	2	2	2	2	2			10	100:09	10,0	5226:24
Nuit (35h)	N	19:00	7:00		12:00						2	2	4	48:00	4,0	2504:38
															43,0	20019:25
																20019:25

** Format hh.mm

** Format hh:mm

EFFECTIF REQUIS			
Heures		ETP	ETP (arrondi)
20019:25	Besoin hors remplacements	10,96	11
2625:00	Congés annuels	1,68	2
1050:00	Jours fériés	0,67	1
315:00	Autres jours	0,20	0
24009:25	Besoin congés + fériés inclus	12,82	13
2001:56	Absentéisme annuel remplacé	1,28	1
0:00	Formations annuelles	0,00	0
0:00	Autres heures annuelles	0,00	0
26011:22	Effectif nécessaire, tous remplacements inclus	14,11	14
1393:37	écart ETP budgétés - ETP nécessaires	0,89	1

Lors du COPIL n°4 du 03/02/2025, j'ai présenté cette proposition de maquette en argumentant le renfort AS par rapport aux ratios habituellement constatés sur les autres SRPR mais qui leur fait défaut, ainsi qu'au motif d'un absentéisme sous-estimé dans ce type de service. De plus, nous avons demandé une requalification du 0,5 ETP logisticien en poste AS avec une polyvalence de la fonction logistique sur l'ensemble de l'équipe aide-soignante pour plus de flexibilité.

J'ai utilisé la méthode de négociation avec un CODIR enseignée par Patrick FARNAULT et Xavier MARCHARD¹¹², en présentant les enjeux relatifs à la DRH, les arguments au regard de ces enjeux et j'avais anticipé les objections possibles en préparant des contre-arguments.

- Les enjeux RH sont les suivants :
 - Risque de fermeture de lits faute d'attractivité
 - Risque de consommation de moyens de remplacements (Heures supplémentaires et intérim)
 - Coût caché liés à la maladie professionnelle et aux accidents du travail
 - Volume d'activité élevé attendu sur le SRPR, avec besoins logistiques importants (mobilisations, hygiène, accompagnement)
- Les arguments au regard de ces enjeux sont les suivants :
 - Optimisation des ETP sans créer de poste difficile à recruter (logisticien 0,5 ETP jugé peu viable)
 - Mutualisation facilitée si les AS sont polyvalents (soins + logistique).
 - La polyvalence permet une meilleure flexibilité face à l'aléa logistique
- Les objections probables de la DRH sont les suivants :
 - La masse salariale des AS sur le GH est très importante et il faut fournir un effort de réduction.
 - Risque de dilution des tâches logistiques si non précisées clairement.
 - Nécessite une définition de missions mixtes pour éviter la surcharge de travail
 - Nécessite une validation du contrôleur de gestion
- Les contre-arguments sont les suivants :
 - Plus grande flexibilité opérationnelle en ajoutant un ETP AS plutôt qu'un logisticien isolé susceptible d'être absent
 - Un AS « logistique » peut être fléché chaque jour sur le planning à tour de rôle sur certaines tâches logistiques. Ce serait plus fluide dans la gestion quotidienne
 - La fiche de poste mentionnera de manière explicite ce qui relève du soin, de la technique, de la logistique.
 - Mise en place d'une coordination avec les autres effectifs logistiques sur le plateau BABINSKI pour ajuster les pics d'activité
 - Anticipation du recrutement avec ciblage d'un profil AS expérimenté ou polyvalent.

4.8. Le recrutement : un défi face à la pénurie

Le recrutement IDE est le facteur limitant de l'ouverture car c'est le métier le plus en tension, notamment de nuit. Il dépend beaucoup de la sortie d'IFSI avec diplomation en juillet. En revanche, les aides-soignants répondent massivement à ce type d'annonce de poste. Les rééducateurs sont identifiés car ils sont déjà dans la structure. Nous avons donc fait le choix stratégique de ne diffuser que l'annonce des postes IDE pour le moment. Dès lors que nous aurons atteint le quota de 6 IDE pour ouvrir 5 lits nous lancerons l'appel à candidature pour les aides-soignants. Il en est de même pour la secrétaire. Les IDE d'ores et déjà recrutées en avance de phase sont positionnées en réanimation neurochirurgicale pour commencer leur formation afin d'être opérationnelles à l'ouverture et être premier de cordée pour les nouveaux arrivants. L'urgence était le recrutement de la cadre de santé qui prendra ses fonctions au 1^{er} septembre 2025.

¹¹² MARCHAND X. Négociation avec un CODIR [Etude de cas] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisations Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

Fonction	IDE		Fonction	AS		Fonction	Cadre	
rdv	Nombre de rdv		rdv	Nombre de rdv		rdv	Nombre de rdv	
préselectionné(e)	2		préselectionné(e)	2		refusé(e)	2	
refusé(e)	1		recruté(e)	1		recruté(e)	1	
recruté(e)	2		Total général	3		Total général	3	
rdv programmé	1							
Total général	6							

Figure 23 - Recrutement au 15/05/2025

4.9. Plan Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT)

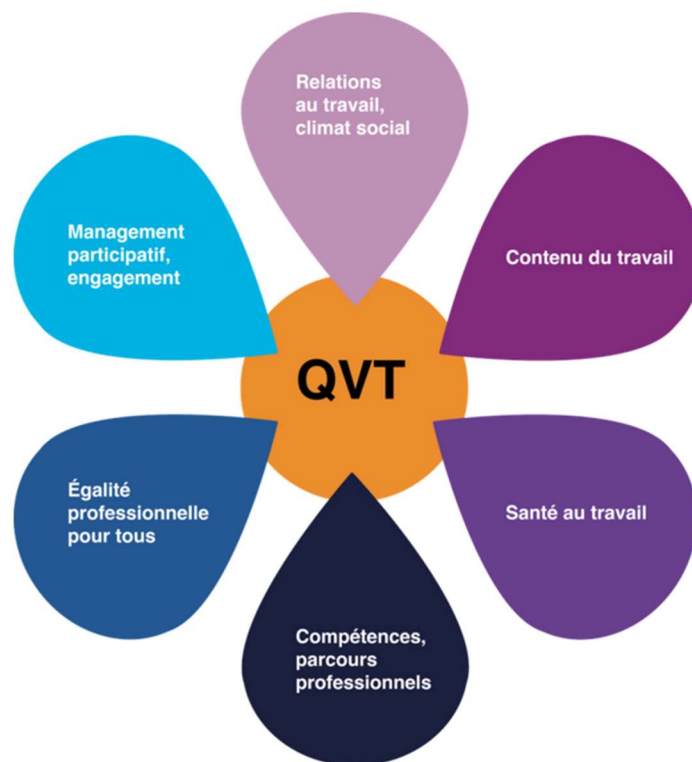
4.9.1. Les points de vulnérabilité du SRPR en termes de RPS

Les 6 catégories de risques psychosociaux (RPS) définies dans le cadre conceptuel sont les suivantes : intensité et temps de travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, rapports sociaux au travail dégradés, conflits de valeurs, insécurité de la situation de travail.

Or le futur SRPR cumule plusieurs de ces facteurs de vulnérabilité :

1. Charge de travail intense, horaires décalés, situations d'urgence
2. Patients lourdement handicapés ayant eu un accident de la vie émotionnellement impactant, détresse des familles à gérer
3. Protocoles, risque de manque d'autonomie
4. Pression, fatigue, situations complexes et éthiques pouvant entraîner des difficultés de communication au sein de l'équipe
5. Contexte hospitalier contraint en termes de temps ou de moyens pouvant générer un conflit de valeur
6. Fréquentes restructurations dans le secteur hospitalier

4.9.2. Le plan QVCT guidé par la boussole de la HAS



Les composantes de la QVCT

Figure 24 - Boussole Qualité de Vie au Travail de la HAS

Le plan qualité de vie au travail sera, comme nous l'avons vu, coconstruit avec la cadre de santé, l'équipe paramédicale et médicale. Cependant, il me paraît important en tant que chef de projet de préparer ce plan QVT pour en faciliter la réalisation par l'équipe. Je me suis appuyée sur la boussole Qualité de vie au travail présentée dans l'enseignement de Xavier MARCHAND.

Les différents axes de la boussole sont les suivants :

« Contenu du travail : clarté du travail, autonomie dans le travail, moyen pour réaliser le travail, clarté des consignes, gestion de l'activité, répartition de la charge de travail

Santé au travail : prise en compte de la santé, diffusion du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP), mise en œuvre du plan d'action, prise en compte des RPS et TMS, aménagement des lieux et postes, optimisation des déplacements professionnels

Compétence et parcours professionnel : parcours d'intégration, entretien individuels, gestion des compétences, plan de formation, adaptation des compétences, utilisation des dispositifs

Égalité professionnelle pour tous : conciliation vie professionnelle et vie personnelle, aménagement des horaires, usage des outils de communication, égalité professionnelle homme femme, pyramide des âges, prise en compte du handicap.

Management participatif et engagement : connaissance de la stratégie et du projet d'entreprise, clarté des rôles, diffusion des procédures de travail, temps d'échanges sur le travail, transparence de la politique de rémunération, informations sur les changements.

Relation au travail, climat social : relations au travail, organisation des réunions internes, diffusion des supports internes, rôle des instances, événements conviviaux, lieux de pause »¹¹³

En avance de phase, je me suis appuyée sur les retours d'expérience des ouvertures de service précédentes et pour chaque catégorie de la boussole, nous allons proposer les outils suivants :

- **Contenu du travail :**

Concernant cet axe de QVT, j'ai rédigé des fiches de poste détaillées avec les équipes de BABINSKI, en prévoyant des marges d'autonomie et d'initiative. Des briefings hebdomadaires appelés flashs infos seront organisés par la cadre de santé, un tableau de suivi des pics d'activité collaboratif permettra d'ajuster et de répartir la charge de travail en lien avec l'AS volant qui permettra d'absorber les montées de charge de travail. Les ressources matérielles sont pensées pour répondre aux besoins opérationnels des soignants : le plan d'équipement a été réalisé avec un benchmark dans un autre SRPR et en collaboration avec les cadres et les soignants de réanimation et de SSPI.

- **Santé au travail :**

Le DUERP sera complété avec l'équipe au fur et à mesure de la première année d'ouverture. Il sera référencé dans le livret d'accueil des nouveaux arrivants. Des réunions avec le médecin du travail seront organisées deux fois par an pour suivre les risques spécifiques au service (manutention, stress, etc.). Le plan des travaux a été réalisé avec un benchmark en tenant compte de la mobilité du personnel dans les boxs et les sanitaires, les toilettes ont été montés en présence de soignants à la hauteur permettant de passer une chaise percée pour limiter les transferts, des rails plafonniers ont été posés pour limiter les TMS, les postes de soins sont ergonomiques et esthétiques. Des groupes de parole seront mis en place pour permettre des temps de mise à distance psychologique. La psychologue du travail sera partie prenante de ces temps. Les circuits logistiques seront testés par l'encadrement sous forme de « vis ma vie » pour bien comprendre le vécu des professionnels et ajuster les manquements. La salle de détente a été pensée pour être un lieu de coupure avec les lieux de travail : couleur différente et apaisante, mobilier esthétique, pas d'affichage professionnel, pas de retour de scope.

- **Compétence et parcours professionnel :**

Nous coconstruisons un process d'intégration structuré en alliant réanimation et MPR. Il est prévu un tutorat, un livret d'accueil et un parcours croisé qui commence en réanimation neurochirurgicale et se poursuit en SMR pour finir en SRPR. La cadre de santé réalisera des entretiens annuels professionnels dont les rendus seront supervisés par le cadre supérieur de santé. J'ai conçu un outil partagé avec les cadres de santé via teams® qui permet de suivre les échéances

¹¹³ MARCHAND X. L'usure professionnelle [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

à respecter pour un suivi efficace des entretiens et un échange des documents de manière numérique en faveur du développement durable et sans encombrement du flux de mails.

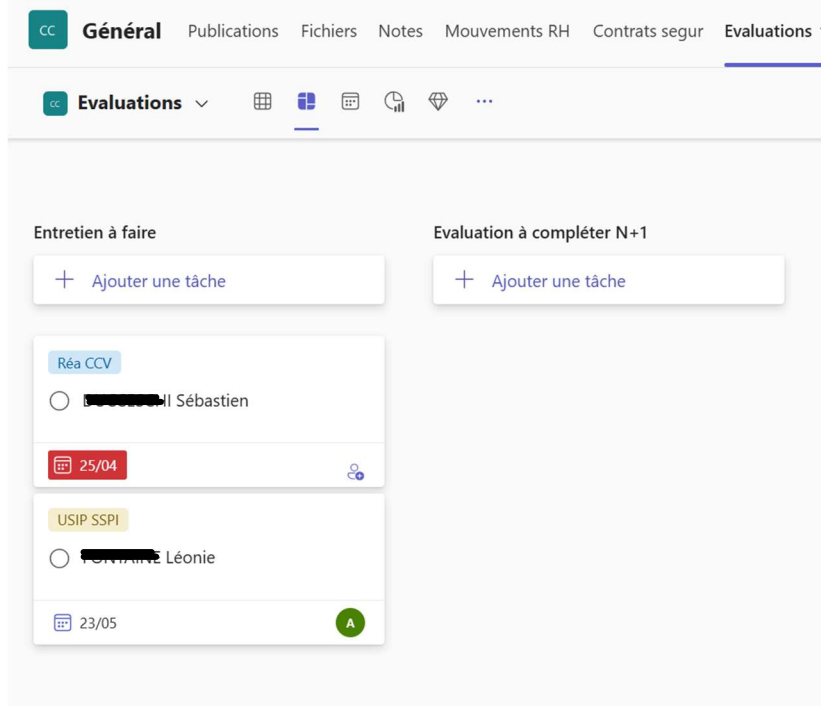


Figure 25 - Outil teams pour le suivi des entretiens professionnels

Nous coconstruisons un plan de formation spécifique au SRPR qui sera intégré au plan de développement des compétences du DMU DREAM et au dispositif de formation annuel du Département d'Anesthésie Réanimation (DAR). Les soignants se verront proposer d'être référent sur les thématiques qui les intéressent (Hygiène, cyber vigilance, hémovigilance, dossier patient, etc.). Les parcours individuels et la promotion professionnelle seront accompagnés par l'encadrement et l'encadrement supérieur.

- **Égalité professionnelle pour tous :**

L'autogestion des plannings sera mise en place pour permettre une souplesse dans les horaires de travail. Les plannings seront anticipés et respecteront les règles de bonnes pratiques. La cadre de santé bénéficiera de jours de télétravail pour lui permettre d'avancer son rôle administratif sans interruption de tâches. Les professionnels en situation de handicap ou ayant des pathologies spécifiques seront intégrés avec du matériel ou des organisations adaptées convenues avec le médecin du travail. Le référent handicap du GH a été informé de la création du service.

- **Management participatif et engagement :**

Le projet de service, les procédures et protocoles, les enjeux budgétaires et ressources humaines seront présentés et ajustés avec les équipes. Toute réunion sera associée d'une possibilité d'être suivie en visio avec récupération du temps de travail.

Nous avons également sollicité le siège de l'AP-HP pour être formés et accompagnés à la mise en place des Espaces de Discussion sur le Travail (EDT). Selon l'ANACT, « *Les espaces de discussion doivent être des espaces collectifs qui permettent d'échanger sur l'expérience de travail et ses enjeux, les règles de métier, le sens de l'activité, les ressources, les contraintes, etc. La discussion porte sur l'activité réelle de travail. Cela implique de porter une attention sur les conditions de travail qui dépendent à la fois des moyens donnés par l'entreprise et des caractéristiques des individus au travail (état de santé, compétences, engagement). Cette discussion, dont le vecteur principal est la parole, se déroule suivant un cadre et des règles coconstruites avec les parties prenantes.* »¹¹⁴

Tous les professionnels du service seront invités aux « réunions annuelles 360 » voulu par Nicolas REVEL dans chaque secteur. Ce sont des temps qui réunissent un représentant de la direction générale, le directeur référent de DMU, l'exécutif de DMU, les cadres supérieurs, les cadres de santé et tout membre de l'équipe qui le souhaite pour faire le bilan de l'année précédente sur tous les éléments de pilotage et les projets.

¹¹⁴ AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (ANACT). Kit : Mettre en place et animer des espaces de discussion sur le travail. Disponible à l'adresse : <https://www.anact.fr/kit-animer-des-espaces-de-discussion-sur-le-travail> (consulté le 13 mai 2025).

- **Relation au travail, climat social :**

Un calendrier annuel des réunions sera communiqué aux équipes. Un espace collaboratif numérique permettra un accès continu et actualisé aux documents de référence nécessaires au quotidien. Des moments de convivialité seront organisés à des moments clés de l'année et l'enveloppe « vie de service » attribuée à chaque secteur par l'AP-HP sera cogérée entre le cadre supérieur et l'équipe. Le baromètre social sera vivement promu pour obtenir un taux de réponse significatif et les résultats feront l'objet d'une présentation pour susciter les échanges.

Le tableau de bord de suivi de la performance prévoit des indicateurs qualité de vie au travail pour assurer l'évaluation de ce plan QVCT.

4.10. L'autogestion des plannings pour un management innovant : analyse d'une transformation organisationnelle

Plus encore que dans d'autres services, l'attractivité est un enjeu majeur de ce projet car il s'agit d'un service à forte charge physique et émotionnelle. Ce service doit donc impérativement prévoir des modes de managements innovants qui répondent aux aspirations des professionnels aujourd'hui. Plusieurs concepts démontrent qu'aujourd'hui il faut envisager un mode de management où l'équipe gagne en autonomie. Un des éléments d'innovation managériale de ce service sera donc l'autogestion des plannings.

Comme le préconise Xavier MARCHAND dans son enseignement, il est important de procéder par expérimentation. Ainsi, j'ai initié cette mise en place sur l'équipe de nuit IDE de la réanimation neurochirurgicale comme zone pilote. Ce qui a motivé ce choix est le fait que cette équipe comprend des personnes qui intégreront le futur SRPR et qu'elle en a fait la demande au moment où, fin 2024, l'encadrement a reçu l'injonction de mettre en œuvre le strict respect des cibles d'interim et d'heures supplémentaires prévues par l'EPRD. La consigne est de lisser les plannings pour limiter le recours au remplacement et organiser des mobilités entre services du DMU pour optimiser les ressources humaines. (Cf. partie triangle de la performance). De plus cette équipe travaillera en étroite collaboration avec le nouveau service et y effectuera des remplacements. Il était donc judicieux de commencer à préparer dès maintenant la mise en place de l'autogestion des plannings sur le secteur dont fera partie le SRPR pour éviter les blocages futurs.

La résistance au changement pourrait trouver plusieurs causes à prévenir :

- Une injonction descendante brutale « *dans une logique de blitzkrieg* »¹¹⁵.
- Un défaut d'espace de discussion sur le travail et une perte du pouvoir d'agir : un manque d'anticipation de la situation ferait l'impasse sur le temps du débat relatif aux conflits de critères. Or selon Y. CLOT, « *Le pouvoir d'agir est une affaire de débat sur le travail, de conflits professionnels, de controverses sur ce qui vaut la peine d'être fait ou non. [...] La souffrance naît souvent de l'impossibilité de ce débat.* »¹¹⁶ (p.112).
- Un conflit de valeurs entre les soignants et l'institution : les soignants vivent cette injonction comme un risque de mettre en péril la qualité et la sécurité des soins. Selon Xavier MARCHAND, « *être en conflit de valeurs et produire du soin dans de mauvaises conditions, est une source majeure de risques psychosociaux* »¹¹⁷. Les conflits de valeurs sont une des six grandes catégories de facteurs de risques psychosociaux présentés dans le cadre conceptuel.
- Perte de sens au travail et démotivation : s'ils ne sont pas associés à la réflexion initiale, les soignants se désengagent et expriment un besoin d'autonomisation dans la gestion de leur planning. Selon F. BRUGIÈRE, D. GLAYMANN et G. TIFFON, « *selon la théorie de l'autodétermination, le besoin d'autonomie, de compétence et de lien social est fondamental pour l'engagement professionnel* »¹¹⁸
- Manque de reconnaissance des compétences réelles : la logique du lissage entre équipes et contre-équipe ainsi que la mobilité entre services est une logique quantitative en lien avec

¹¹⁵ MARCHAND X. La MRH dans les transitions [cours 26.01.2025] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹¹⁶ CLOT Y. Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : La Découverte. 2010.

¹¹⁷ MARCHAND X. L'usure professionnelle [cours 31.01.2025] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹¹⁸ BRUGIÈRE, F. ; GLAYMANN, D. ; TIFFON, G. *Pouvoirs au travail : management, statuts et autonomie dans les situations de travail contemporaines* – Toulouse : Octarès Éditions, 2023. – 272 p.

l'EPRD. Or, les compétences réelles sont, certes le socle commun de la formation initiale mais surtout les acquis de l'expérience en situation de travail. Selon G. Le BOTERF, « *un ensemble de savoir ou de savoir-faire ne forme pas une compétence. La compétence professionnelle se déploie dans une pratique de travail.* »¹¹⁹

Pour mener cette expérimentation de transition organisationnelle, je me suis appuyée sur la méthode de conduite du changement en 9 étapes de Xavier MARCHAND décrite dans le cadre conceptuel. Les professionnels concernés sont « *les 5 cibles de la méthode de conduite du changement* »¹²⁰ à savoir :

- La gouvernance : direction générale, direction des soins, Direction des Ressources Humaines (DRH), direction qualité, contrôle de gestion, direction des relations sociales
- Le CODIR : chef de service de Département Médico Universitaire (DMU), Cadre paramédicale de DMU, Cadre administrative de DMU, médecin responsable d'unité, encadrement supérieur de DMU
- Le collectif managérial : cadre de santé, cadres précédemment en postes, autres cadres du DMU
- Les soignants : infirmiers de nuit, aides-soignants de nuit, référents planning, équipe de jour qui fait des remplacements de nuit, médecins de garde, représentants syndicaux, médecin du travail
- Les usagers : patients, proches, commission des usagers

Les résultats attendus sont une amélioration des conditions de travail, une diminution des indicateurs RH et des signaux de risques psychosociaux tels qu'un absentéisme à 6,9% (supérieur à celui du DMU à 5,7%), un turn over élevé de 16%, 6 postes vacants (30% de l'équipe) ainsi que des plaintes au sujet de fatigue, stress, difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle, perte de sens et des tensions liées aux plannings. Par ailleurs, il est attendu d'atteindre les objectifs institutionnels : continuité des soins grâce à un planning optimisé, baisse du recours au remplacement, application des bonnes pratiques de gestion du temps. Enfin, un nouveau mode de management doit être mis en place : posture managériale du contrôle à la facilitation qui s'inspire du modèle de Suzy CANIVENC : « *Le manager doit devenir un guide bienveillant [...] il ne s'agit plus pour lui de dire aux autres comment travailler, mais de les aider à faire un travail de qualité dans les meilleures conditions et selon leurs propres méthodes.* »¹²¹ (p.71). L'introduction d'outils collaboratifs numériques, le renforcement du collectif, la valorisation et le feedback contribueront à l'amélioration du climat social.

Cette transition organisationnelle a suivi le plan d'action suivant :

• Etape 1 : Identifier le besoin de changement

COMMUNICATION : réunion avec la gouvernance et le CODIR pour mettre un sens global à l'enjeu budgétaire et humain et réunion d'information initiale avec la cible « soignants ». Selon Xavier MARCHAND, « *l'anticipation des changements d'organisation par les directions est un prérequis indispensable pour éviter les résistances au changement, l'altération de la qualité des soins et des conditions de travail.* »¹²²

FORMATION : sensibilisation des soignants au contexte budgétaire de l'établissement et sensibilisation du collectif managérial à l'écoute des signaux de risques psychosociaux.

ACCOMPAGNEMENT :

- Mise en place d'un COPIL pluridisciplinaire et consultant externe pour cadrage et méthodologie
- Repérage de « *la raison sociale de l'entreprise* »¹²³ qui risque de ne pas être respectée à savoir garantir la continuité des soins en quantité et en qualité, dans la juste utilisation des moyens et dans le respect de la qualité de vie au travail des professionnels.

• Etape 2 : Etablir un diagnostic partagé

¹¹⁹ Le Boterf G. De la compétence. Essai sur un attracteur étrange, Paris, Les Éditions d'organisation, 1994, pp. 16-18

¹²⁰ MARCHAND X. La MRH dans les transitions [cours 26.01.2025] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹²¹ CANIVENC S. Les nouveaux modes de management et d'organisation : innovation ou effet de mode ? Paris : Presses des Mines, 2022. 216 p.

¹²² MARCHAND X. Le management des Ressources Humaines [cours 25.10.24] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹²³ MARCHAND X. La culture de l'évaluation [cours magistral du 20.12.24] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025.

COMMUNICATION : Réunion avec le « collectif managérial » et « soignants » pour identifier les dysfonctionnements qui selon X. MARCHARD, « *ne sont pas des problèmes en soi, ce sont les conséquences du problème* »¹²⁴ en utilisant des techniques d'animation et de répartition de la prise de parole. « *Il faut favoriser l'implication corporelle et cognitive : bouger, découper, afficher, discuter. Cela peut être des groupes de travail debout, des activités manuelles et interactives : affiches, post-it, manipulations...* »¹²⁵

FORMATION : Atelier pour faire verbaliser « *les conflits de critères* », à savoir le décalage entre l'attente de l'institution et ce que les soignants estiment juste.

ACCOMPAGNEMENT : Appui à la co-analyse par le consultant sans imposer un modèle, positionnement facilitateur des encadrants en relai du consultant.

- **Etape 3 : définir des objectifs collectifs du changement**

COMMUNICATION : rédaction d'une note avec des objectifs SMART en démontrant que « *le conflit n'est pas un refus de faire, mais un refus de mal faire* »¹²⁶ et qu'il s'agit d'une expérimentation collective et non une injonction descendante.

FORMATION : Préparation des modules de formation théorique et ateliers pratiques pour les futurs référents et création des outils collaboratifs de réalisation des plannings via Teams®

ACCOMPAGNEMENT :

- Mise en place d'un atelier de co-construction des objectifs du projet « autogestion des plannings » avec les soignants et les représentants syndicaux ayant fait émerger le besoin de pouvoir choisir ses modalités de lissage et ses mobilités.

- Définition des indicateurs de suivi, des cibles et des tableaux de bord de suivi avec le collectif managérial

- **Etape 4 : Identifier les parties prenantes**

ACCOMPAGNEMENT

- Cartographie des acteurs : identifier pour chacun son niveau d'influence, son implication, sa posture, son intérêt, ses compétences réelles et clarifier son rôle.

- Emergence des référents planning par autodétermination en équipe. « *Le principe de subsidiarité c'est permettre aux personnes concernées de prendre les décisions qui les affectent directement.* »¹²⁷

COMMUNICATION

- Candidature à la prime d'engagement collectif pour encourager l'équipe et promouvoir le projet

- Formalisation d'une fiche de délégation de mission managériale aux référents plannings

FORMATION

- Etablir un programme de montée en compétence des référents qui s'appuie sur la formation théorique descendante, la formation pratique et la pédagogie inductive. Selon Xavier MARCHAND, « *Une équipe ne devient pas auto-organisée spontanément : elle doit apprendre à l'être.* »¹²⁸

- **Etape 5 : Elaborer la stratégie partagée de conduite du changement**

COMMUNICATION

- Trouver un nom au projet avec l'équipe qui a choisi « RéaTime ». En effet, « *Donner un nom au projet, c'est créer une identité mobilisatrice.* »¹²⁹ Pour le SRPR le nom sera « Tempolib » et le projet sera probablement étendu à tout le DMU par l'équipe du SRPR qui partagera son expérience.

¹²⁴ MARCHAND X. La MRH dans les transitions [cours magistral du 26.01.25] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025.

¹²⁵ MARCHAND X. Principe de subsidiarité dans les situations de travail [cours 25.03.25] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹²⁶ MARCHAND X. Manager les relations hiérarchiques [cours magistral le 26.03.25] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹²⁷ MARCHAND X. Principe de subsidiarité dans les situations de travail [cours 25.03.25] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹²⁸ Ibid

¹²⁹ MARCHAND X. La Gestion des compétences dans les organisations de travail [cours magistral] - ECUE 6.3 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

FORMATION

- Organiser un retour d'expérience des cadres ayant déjà réalisé ce changement « *pour favoriser l'appropriation selon le principe de subsidiarité.* »¹³⁰

ACCOMPAGNEMENT

- Appui institutionnel : Plan des 30 leviers pour agir ensemble de l'AP-HP qui suggère dans son levier n°9 que « *la gestion autonome des plannings [...] devienne la norme* »¹³¹ (p.26).
- Réunion de cadrage avec la gouvernance et le COPIL pour valider le projet

• Etape 6 : Planifier

COMMUNICATION : diffuser un retroplanning clair des étapes du projet car « *visualiser les étapes permet de réduire l'anxiété du changement.* »¹³²

FORMATION : Réunion de sensibilisation des acteurs à l'approche progressive sur plusieurs mois avec ajustements, implication collective et soutien hiérarchique et institutionnel

ACCOMPAGNEMENT : supervision du rendu des livrables et des échéances par le COPIL

• Etape 7 : Mettre en œuvre le changement

COMMUNICATION

- Réunions en présentiel mensuelle et visio hebdomadaire pour un engagement modéré avec une efficacité accrue : « *Un moyen de communication est efficient s'il maximise son impact tout en réduisant les ressources de temps, d'argent et d'effort.* »¹³³ ayant pour but l'information et les feedbacks.

FORMATION

- Mise en place de la « *pédagogie inductive* » c'est-à-dire inviter les professionnels à réaliser le premier planning en situation réelle pour remonter vers les savoirs, en opposition à la logique scolaire. Selon Xavier MARCHAND, « *82% des adultes ont besoin de pédagogie inductive, expérientielle, contextualisée.* »¹³⁴
- Formation en « *pair à pair* » : les soignants moteurs apprennent les règles de bonnes pratiques des plannings à leurs collègues.

ACCOMPAGNEMENT

- Ateliers « *réflexivité* » avec l'équipe : retour d'expérience, analyse collective des réussites/difficultés.
- Expérimentation sur 3 mois de la réalisation du planning en autogestion avec « *débriefing planning* » le 9 de chaque mois avec les référents (règles de base, utilisation des outils numériques, contraintes RH) pour faire verbaliser les raisonnements des professionnels : « *Il faut rendre visibles les raisonnements professionnels invisibles.* »¹³⁵

• Etape 8 : Evaluer et ajuster

COMMUNICATION : feedbacks terrain, questionnaire d'évaluation de la QVCT des soignants, partage des indicateurs de suivi avec les responsables médicaux pour favoriser l'appropriation.

FORMATION : apprentissage progressif et droit à l'erreur

ACCOMPAGNEMENT : Bilans avec suivi des indicateurs, analyse des questionnaires.

• Etape 9 : Pérenniser le changement

COMMUNICATION :

- Formalisation des bonnes pratiques, modification de la fiche de poste pour capitaliser les compétences acquises
- Présentation du projet par l'équipe aux autres services du DMU

FORMATION : formation de relais internes (nouveaux entrants, futurs référents)

¹³⁰ MARCHAND X. Principe de subsidiarité dans les situations de travail [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹³¹ Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. 30 leviers pour agir ensemble. Décembre 2022. 79 p.

¹³² MARCHAND X. La MRH dans les transitions [cours magistral du 26.01.25] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025.

¹³³ MARCHAND X. *La MRH dans les transitions* [cours 26.01.2025] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025.

¹³⁴ MARCHAND X. *La Gestion des compétences dans les organisations de travail* [cours magistral] - ECUE 6.3 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

¹³⁵ Ibid

ACCOMPAGNEMENT :

- Valorisation des référents avec la surprime semestrielle qui leur sera attribuée. Selon C. DESJOURS, la reconnaissance du travail sous la forme du « *jugement de beauté [par les pairs] et du jugement d'utilité [par la hiérarchie]* »¹³⁶ permet de transformer la souffrance au travail en plaisir.

Cette expérience peut se mettre en place grâce à plusieurs acteurs : la CPDMU légitime le projet auprès de la gouvernance et soutient les décisions du chef de projet auprès de l'équipe. La direction des soins reconnaît le projet dans le cadre du plan des 30 leviers et arbitre les priorités entre logiques budgétaire et logique de travail réel. La DRH encadre la mission de délégation aux référents planning. Le médecin du travail aide à l'analyse des risques psychosociaux. Les autres cadres ayant expérimenté l'autogestion des plannings apportent leur retour d'expérience. Enfin, le chef de service apporte la cohérence médicale au projet.

Les effets constructifs qui permettront de reconnaître la réduction de cette situation sont les suivants :

- Satisfaction exprimée des soignants : questionnaires QVCT, verbatims lors des ateliers « réflexivité »
- Amélioration des indicateurs RH : diminution de l'absentéisme, diminution du turnover, augmentation des recrutements, diminution du recours aux heures supplémentaires, augmentation du nombre d' « arrangements internes »
- Amélioration du baromètre social : amélioration de la qualité des échanges avec les partenaires sociaux, baisse du nombre de consultations à la médecine du travail, retours positifs en Comité Social et Economique (CSE).
- Amélioration de la continuité des soins : meilleure anticipation des plannings

Les écarts aux attendus permettront de qualifier des points de blocage nécessitant un ajustement de la communication, de la formation et/ou de l'accompagnement d'une ou plusieurs cibles.

La quantification des écarts sera objectivée par le tableau de bord de suivi des indicateurs tous les 3 mois et comparée à la cible définie à l'étape des objectifs.

4.11. Innovation thérapeutique : la zoothérapie en SRPR

4.11.1. Description du projet

Comme nous l'avons vu, l'ergonomie de la structure organisée autour de 10 chambres de soins critiques, offrira à environ 150 patients de réanimation par an, la possibilité d'accéder à un plateau de kinésithérapie, un plateau d'ergothérapie ainsi que le soutien d'un orthophoniste, d'un neuropsychologue et d'un assistant social. Pour compléter cette prise en charge multidisciplinaire, le COPROJ veut développer une innovation thérapeutique dans le cadre de la rééducation en proposant de la zoothérapie en intégrant un chien d'assistance en lien avec l'association Handi'CHIENS dans notre organisation. L'association Handi'CHIENS a pour mission d'éduquer et de remettre gratuitement des chiens d'assistance à des personnes en situation de handicap. Nous avons identifié deux maîtres-chiens (le chef de service et une aide-soignante) pour coordonner l'emploi du temps du chien dans la structure.

La médiation animale est un outil thérapeutique complémentaire à la rééducation standard qui a pour objectifs la réduction du stress des patients et des soignants, la stimulation motrice et cognitive dans les ateliers de kinésithérapie et d'ergothérapie, l'amélioration du lien social dans la structure. Nous espérons aussi des bénéfices secondaires en termes d'attractivité du personnel et de promotion de l'image du service.

Au niveau responsabilité, nous avons prévu que ce programme soit porté par le responsable MPR du SRPR.

Au niveau partenariat, l'association Handi'CHIENS offre les chiens, sous conditions du respect de leur cahier des charge administratif et pédagogique. Nous sollicitons également Royal Canin® pour financer l'alimentation des chiens en répondant à un appel à projet de la marque.

Au niveau logistique, l'emploi du temps du chien et son intégration seront coordonnés par les deux maîtres-chiens, dans le respect des normes d'hygiène hospitalière et l'Equipe Opérationnelle

¹³⁶ DESJOURS C. *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Éditions du Seuil, 1998. 237 p.

d'Hygiène (EOH) a d'ores et déjà donné son accord. Un cargo-vélo est prévu pour le transport des chiens.

Le budget prévisionnel est d'environ 10 000 € et comprend entre autres le vélo-cargo, une formation à l'écriture du projet, une formation à la conduite du chien, un suivi annuel par l'association et une adhésion annuelle à l'association.

4.11.2. La zoothérapie du SRPR : une innovation en santé

La zoothérapie thérapeutique n'est certes pas une innovation technologique mais elle entre dans différentes typologies d'innovation :

- C'est une innovation organisationnelle en ce sens que le chien d'assistance va intégrer le parcours du patient, modifier l'organisation classique de la rééducation, répartir différemment les tâches et les collaborations professionnelles.
- C'est une innovation comportementale en ce sens que le chien va être un levier de motivation pour les patients comme pour les soignants. Il sera probablement un facteur d'ambiance dans le service, une source d'apaisement.
- C'est une innovation sociale en ce sens que la zoothérapie thérapeutique va humaniser le service et renforcer les liens entre patients/soignants/proches.

De manière globale, c'est une innovation au sens où elle redéfinit le fonctionnement du service de manière multidimensionnelle. Cela implique des changements de pratiques, d'organisation, de formation, techniques, comportementaux voire éthiques.

Ce n'est ni une invention, ni une idée abstraite, sa mise en œuvre est déjà opérationnalisée. Le partenariat est établi avec l'association Handi'CHIENS, les réponses aux appels à projet « Royal canin » et « ARS sécurité routière » sont envoyées et en attente de réponse. Nous avons le soutien de l'institution.

Ce projet répond aux objectifs d'une innovation en santé, précisés par M. BEJAN dans son enseignement :

- « Améliorer l'expérience patient » : la présence du chien d'assistance diminue le stress et augmente la motivation
- « Renforcer la santé publique » : la zoothérapie anticipe les enjeux du handicap et de la réadaptation neurologique
- « Augmenter l'efficacité des soins » : la présence du chien d'assistance va permettre une mobilisation plus précoce grâce à la motivation et optimiser les séances de rééducation.
- « Améliorer la qualité de vie au travail » : le chien est un facteur d'attractivité qui permet au SRPR de se distinguer des autres services, il peut avoir un rôle fédérateur pour l'équipe

Ce projet de zoothérapie thérapeutique intégrée à la prise en charge du patient en SRPR pourrait relever d'une « expérimentation Article 51 ». Nous avons prévu une évaluation du dispositif qui démontrera peut-être que la zoothérapie redéfinit des modalités de soin non médicamenteuses, a un impact sur l'expérience patient, améliore le fonctionnement de l'équipe, permet d'envisager une généralisation à d'autres SRPR. En relevant des articles 51, ce projet pourrait disposer du cadre légal et financier fait pour tester des innovations en santé qui ne rentrent pas dans les dispositifs de financement classiques.

5. EN MODE PROJET : PROGRESSER

5.1. Synthèse de l'histoire du projet

La création du service de réadaptation post-réanimation à orientation neurologique de l'hôpital Pitié-Salpêtrière a été pensée pour répondre à un besoin de réhabilitation précoce des patients sortants de réanimation. Ce projet est porté par un collectif médical et paramédical ayant une vision partagée entre trois DMU. Il bénéficie d'un soutien institutionnel fort et du soutien de l'ARS Ile-de-France.

En tant que chef de projet, j'ai choisi d'utiliser la méthode des 3P (Préparer, piloter et progresser) en prenant un appui solide sur les enseignements du master 2 Management des organisations soignantes à l'ESM et sur une riche bibliographie.

Chaque étape du projet de l'analyse du besoin à la candidature à l'appel à projet puis à la mise en œuvre de chaque plan thématique s'est déroulée malgré un contexte hospitalier en perpétuel mouvement : changement de direction des soins, mouvement au sein du COPROJ, absences prolongées au niveau des directions support, arbitrages complexes (surface, ressources humaines, budget, etc.)

5.2. Analyse des points forts

Tout d'abord, ce projet s'inscrit parfaitement dans la stratégie du GH et de la territorialisation de l'offre de soins voulue par l'ARS. Cela apporte un soutien et une facilitation dans le déroulement des négociations.

La grande force de ce projet est également la vision partagée et l'engagement collectif des membres aussi bien opérationnels que stratégiques. La conduite du projet a été relativement fluide grâce à l'implication aussi bien médicale que paramédicale et à la réactivité des experts sollicités.

L'alliance innovante entre les spécialités de réanimation et de médecine physique de rééducation permet de mettre en place un ancrage médical fort au bénéfice du patient.

Forte des enseignements du master 2, le projet a été préparé. L'anticipation des risques et l'analyse continue des freins a permis d'éviter de nombreux écueils et de surmonter les obstacles. L'application de la méthodologie enseignée et la structuration du projet autour de la méthode de Hugues MARCHAT a permis de poser des jalons clairs, de rythmer les étapes et de garder le cap malgré les aléas institutionnels et conjoncturels. Les outils de conduite du changement mobilisés ont permis de contenir les tensions et accompagner les évolutions culturelles et organisationnelles.

De plus, il a été possible de mettre en place et de promouvoir un management moderne et innovant qui répond aux aspirations des professionnels d'aujourd'hui.

Enfin une des forces de ce projet est la place donnée à l'utilisateur et ses proches avec la création de l'espace famille et des modes de communications.

5.3. Points d'amélioration à mettre en œuvre

Le premier axe d'amélioration sera l'optimisation du pilotage médico-économique du projet car ce projet ne bénéficie pas de réels points de comparaison pour les indicateurs. Ils seront comparés à des cibles que nous avons définies de manière empirique et qu'il sera nécessaire d'affiner.

Un autre point de vulnérabilité est le retard de versement de l'acompte de l'ARS qui devait nous servir à recruter le cadre et des soignants en avance de phase pour élargir d'emblée la co-construction du projet avec ceux qui prendront en charge les patients. L'absence de cadre de proximité durant toute la mise en œuvre du but primaire du projet est assurément un manque. Ce point de fragilité devrait être maîtrisé par le profil de la cadre de santé qui a été recrutée avec une expérience solide en management.

Ensuite, une attention soutenue devra être portée sur l'écoute du travail réel car c'est un service qui va faire cohabiter deux cultures professionnelles différentes.

Enfin, tout ce qui relève de l'innovation représente un risque d'échec et devra mobiliser très régulièrement des mesures d'impact.

5.4. Analyse des freins à l'atteinte des objectifs

Le triangle de la performance a parfois perdu son équilatéralité. Ceci est dû à des freins qui relèvent de dimensions organisationnelles, humaines, financières et structurelles.

- **Freins à l'atteinte de l'objectif qualité**

Le marché du travail des infirmiers étant sous tension, nous rencontrons des difficultés au recrutement malgré toutes les démarches entreprises pour l'attractivité. L'objectif du nombre de lits ouverts a dû être révisé à 5 lits pour l'ouverture.

La surface de 650 m² attribuée s'est avérée être très contrainte au regard des besoins et nécessitant une adaptation médicalisée significative à la nouvelle typologie de patients attendue. La négociation sur la répartition des surfaces a généré des tensions et a nécessité plusieurs arbitrages.

- **Freins à l'atteinte de l'objectif délai**

Les différents mouvements d'acteurs ont parfois ralenti l'avancée du projet car cela a créé des périodes de vacances de poste et des prises de fonction nécessitant une adaptation rapide au contexte du projet. Cependant tous les nouveaux arrivants ont partagé l'esprit dynamique et collaboratif du projet.

La temporalité sous diverses dimensions a également représenté des freins : le temps non dédié au pilotage du projet, les délais de validation internes (travaux, achats, ressources humaines) n'étaient pas toujours en phase avec les échéances de mise en œuvre.

Une légère résistance passive de certains professionnels a été perceptible en lien à des craintes de perte de leurs acquis.

L'innovation managériale (autogestion des plannings, nouveaux horaires) et la transformation des pratiques de soins impliquent un accompagnement étroit qui prend du temps. Selon S. CANIVENC, « Passer d'un système pyramidal [...] à un système où chacun est totalement autonome n'est pas facile. Cela nécessite beaucoup de temps »¹³⁷ (p.85).

- **Freins à l'atteinte de l'objectif coût**

Le cadre réglementaire relatif aux conditions techniques des soins critiques et aux normes incendie a imposé des adaptations structurelles coûteuses et chronophages.

Bien que l'ARS ait octroyé une aide FIR, celle-ci n'est pas reconductible et ne couvre pas les surcoûts liés aux adaptations. Il a fallu rechercher des moyens de financement supplémentaire pour tendre vers la qualité recherchée.

L'établissement étant engagé dans un plan de retour à l'équilibre budgétaire, il y a eu une pression financière permanente qui a limité les marges de manœuvre pour investir dans le nouveau service. De plus, le modèle financier en T2A impose un équilibre difficile à atteindre en phase de montée en charge, en particulier si le taux d'occupation est faible au démarrage.

5.5. Réajustements du projet

Selon Xavier MARCHAND, le changement ne doit pas être figé : « Toute transformation doit être réévaluée tous les trois mois »¹³⁸. Face aux freins identifiés et aux retours du terrain, le COPROJ souhaite s'adapter et prévoir des réajustements pour garder une agilité dans le pilotage du projet et un dialogue avec les parties prenantes.

En l'absence de cadre de proximité, le COPROJ va augmenter sa fréquence de réunions et sa communication en interne. Une des cadres de santé de BABINSKI a été sollicité pour dynamiser la démarche de recrutement pour le SRPR. L'idée est de renforcer la régulation managériale de proximité dans l'attente de l'arrivée de la cadre de santé recrutée.

Le service communication du GH SUN va être sollicité pour renforcer la visibilité du projet.

En concertation avec le COPIL, les objectifs de performance initiaux ont été assouplis pour ajuster les effectifs, les flux de patients et les compétences.

Enfin nous allons porter encore davantage attention aux aspirations des nouveaux diplômés – vivier de recrutement le plus accessible - et remettre en question des modes managériaux aujourd'hui dépassés. Comme le souligne Suzy CANIVENC, les « Nouveaux Modes Managériaux et

¹³⁷ CANIVENC S. Les nouveaux modes de management et d'organisation : innovation ou effet de mode ? Paris : Presses des Mines, 2022. 216 p.

¹³⁸ MARCHAND X. La MRH dans les transitions [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisations Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

*Organisationnels (NMMO) s'imposent »*¹³⁹ et entrent en tension avec une culture hospitalière historiquement hiérarchique et normative.

5.6. Capitalisation du projet

Le déroulement de ce projet de création du SRPR à l'hôpital Pitié-Salpêtrière a constitué un véritable terrain d'expérimentation qui permet aujourd'hui de capitaliser l'expérience acquise au niveau organisationnel et managérial.

Ce que je retiendrai c'est avant tout l'ensemble des outils méthodologiques que j'utilise désormais dans mon quotidien de cadre supérieur de santé. La démarche de co-construction entre DMU, direction, encadrement et équipes de terrain est également devenue un incontournable de ma pratique professionnelle. J'ai intégré que la crise sanitaire a amplifié les attentes des professionnels en matière de sens, d'équité, de flexibilité et d'équilibre vie pro/perso.

Par ailleurs, le modèle d'organisation hybride intégrant soins critiques et rééducation me paraît très adapté aux parcours complexes de plus en plus fréquent avec le vieillissement de la population, donc potentiellement transposable à d'autres filières.

Au niveau managérial, cette expérience conforte la nécessité d'exercer un leadership basé sur la transparence, l'écoute, la cohésion et de développer la culture de projet partagée en maîtrisant les outils du pilotage médico-économique pour avancer malgré le contexte contraint. Je pense avoir aujourd'hui les moyens d'accompagner des cadres de santé dans des projets de restructuration et d'ouverture de service.

5.7. Perspectives du projet

- **Perspectives à court terme : consolidation**

L'ouverture initiale à 5 lits devra rapidement évoluer vers les 10 lits autorisés. Cela suppose un renforcement progressif des effectifs et une évaluation régulière de la charge en soins.

L'accueil de la nouvelle cadre de santé sera accompagné et son autonomie sera facilitée progressivement pour qu'elle trouve le positionnement adéquat et s'approprie le projet et le service.

Les groupes de travail et les réunions avec l'équipe permettront une montée en charge suivie et accompagnée.

- **Perspectives à moyen terme : diffusion du modèle**

Si le SRPR parvient à démontrer sa pertinence clinique, organisationnelle et médico-économique, il pourra devenir un modèle reproductible pour d'autres filières complexes du GH.

L'ensemble des outils, protocoles, et processus coconstruits pourra faire l'objet d'une formalisation et d'une diffusion intra-GH, présentées par les soignants eux même pour valoriser leur travail.

Le service pourra devenir un terrain de démonstration pour les Nouveaux Modes Managériaux et Organisationnels (NMMO) et recevoir des stagiaires cadres de santé.

- **Perspectives à long terme : intégration territoriale et recherche**

En lien avec les structures d'aval (MPR, HADR, SMR) partenaires, des parcours pourront être consolidés pour fluidifier les transitions et prévenir les ruptures de parcours sur le territoire. Sur la base de la renommée de BABINSKI et sur l'expertise médicale ancrée à la Pitié-Salpêtrière, complété par les innovations mises en place, le SRPR a le potentiel de devenir un centre de référence régional dans la réhabilitation neurologique post-réanimation, en s'inscrivant dans les schémas régionaux de l'ARS et en contribuant à la structuration d'une filière spécialisée. Grâce à l'environnement universitaire du GH SUN existant, le service pourrait devenir un lieu d'innovation thérapeutique, d'expérimentations organisationnelles et de recherche clinique.

¹³⁹ CANIVENC S. Les nouveaux modes de management et d'organisation : innovation ou effet de mode ? Paris : Presses des Mines, 2022. 216 p.

5.8. Enseignements tirés : et si c'était à refaire ?

Dans la conduite d'un projet, il y a forcément des zones de turbulences qui auraient pu être évitées en agissant différemment mais les erreurs sont autant d'occasions d'apprendre et de s'améliorer.

Si c'était à refaire, j'aurais demandé à ce que le cadre de proximité du SRPR pour le projet soit remplacé par un des cadres de santé de BABINSKI. Avoir à remplacer le cadre de santé tout en étant cadre supérieure de santé d'un secteur de 90 lits et 350 personnels non médicaux, chef du projet managérial et étudiante en master 2 a représenté une forte intensité de travail. La mixité des rôles a pu brouiller le positionnement du point de vue des parties prenantes. Un cadre de santé positionné sur le projet dès la phase de conception aurait permis de renforcer la communication et sécuriser les décisions de terrain.

Si c'était à refaire, les tensions entre filières (MAR et MPR) auraient pu être mieux anticipées. Nous aurions pu organiser une réunion sur ce sujet dès le lancement pour expliciter les attentes et créer une culture commune.

Si c'était à refaire, j'aurais développé le benchmark sur d'autres secteurs similaires y compris hors AP-HP. J'aurais planifié plus tôt un programme de retours d'expérience croisés entre différents SRPR que nous aurions pu inviter à la Pitié-Salpêtrière autour d'un moment de convivialité.

CONCLUSION

La création du Service de Réadaptation Post Réanimation (SRPR) à l'hôpital Pitié-Salpêtrière est un projet innovant qui répond à un besoin de santé public mis en lumière par l'ARS suite à l'épidémie de COVID : décroisement des parcours, lutte contre la crise des lits d'aval, maîtrise des dépenses, veille à la qualité des soins et aux conditions de travail.

Cette nouvelle structure vient combler une lacune dans le parcours de patients neurologiques avec une lourde dépendance sans possibilité de prise en charge adaptée. Jusqu'à maintenant ces patients étaient face à un dilemme : être hospitalisés en MCO avec une perte de chance en rééducation ou tenter l'hospitalisation en SMR inadapté à la lourdeur de la charge en soins.

Ce projet répond à l'obligation légale de proposer une offre de soins continue, adaptée à la population sur le territoire. Le SRPR va permettre désormais une prise en charge précoce, multidisciplinaire et sécurisée, en continuité directe avec la réanimation, garantissant à la fois la poursuite du traitement médical intensif et l'amorce précoce d'une réhabilitation ciblée.

Ce projet n'est pas sans risque ni contrainte mais ils ont été identifiés et des processus de contournement des obstacles ont été pensés en s'appuyant sur une solide méthodologie de conduite de projet, sa spécialisation neurologique de pointe, l'intégration d'innovations organisationnelles et managériales. Il est fort de sa gouvernance, de son esprit collaboratif des équipes, de son articulation inter-DMU et des partenariats territoriaux établis.

La création de ce service est une transformation organisationnelle et culturelle porteuse de sens car elle s'ancre dans la réalité du terrain et se nourrit de l'écoute attentive des professionnels qui soignent les patients.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES ET ARTICLES

- AGENCE REGIONALE DE SANTE ÎLE-DE-FRANCE. Cahier des charges des Services de Rééducation Post-Réanimation (SRPR). – Paris : ARS Île-de-France, 2013. – 42 p.
- ALEXANDRE F. Manager un projet. Paris : Vocatis, 2011. 160 p.
- ALTER N. Donner et prendre : La coopération en entreprise. Paris : Edition La Découverte, livre de poche. 2010. 233 p.
- ARNAUD B., 2019. Chapitre 7, Les organisations apprenantes. In : Frimousse, S. ; Peretti, J., dir., L'apprenance au service de la performance. Cormelles-le-Royal : EMS Éditions, 2019. p. 77-84.
- ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS. 30 leviers pour agir ensemble. Décembre 2022. 79 p.
- ATIH, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Le PMSI : guide pratique. Lyon : ATIH, 2023.
- AVOLIO ; GARDNER. Authentic Leadership Development : Getting to the Root of Positive Forms of Leadership. In : The Leadership Quarterly. Vol. 16, n° 3, 2005. – p. 315-338.
- BEAUJOLIN-BELLET R. et SCHMIDT G. Les restructurations d'entreprises, Collections Repères, La Découverte, 2012, 128p.
- BERNOUX P. La sociologie des organisations : Initiation théorique suivie de douze cas pratiques. Poche. 2014. 382 p.
- BRUGIÈRE, F. ; GLAYMANN, D. ; TIFFON, G. Pouvoirs au travail : management, statuts et autonomie dans les situations de travail contemporaines – Toulouse : Octarès Éditions, 2023. – 272 p.
- CANIVENC S. Les nouveaux modes de management et d'organisation : innovation ou effet de mode ? Paris : Presses des Mines, 2022. 216 p.
- CARAYON, P. L'usager acteur de soins : Les mutations de la relation de soin au XXI^e siècle. Paris: Presses Universitaires de France, 2015.
- CROZIER M. ; FRIEDBERG E. L'Acteur et le Système : les contraintes de l'action collective. 1^{ère} édition. Paris : Éditions du Seuil, 1977. 500 p.
- CLOT Y. Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : La Découverte, 2010. 192 p.
- DEJOURS C. Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale. Paris : Éditions du Seuil, 1998. 237 p.
- DREES. L'évolution des séjours en réanimation entre 2014 et 2022 marquée par l'apparition du Covid-19. (Études et Résultats ; n° 1308). Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), juillet 2024.
- DUJARIER, Marie-Anne. *Idées reçues sur le travail : emploi, activité, organisation* / Marie-Anne Dujarier. – Paris : Le Cavalier Bleu, 2023. – 127 p.
- DUMOND J-P. La grande transformation hospitalière : vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles. Paris, Edition Seli Arslan, 2021, 243 p.
- GRÉA, Dominique ; FASSIER, Marc. *Pour des managers en soutien : la subsidiarité dans les organisations* / Dominique Gréa, Marc Fassier. – Paris : ESF Sciences Humaines, 2023. – 192 p.
- HERBEMONT O. et CESAR B. La stratégie du projet latéral : comment réussir le changement quand les forces politiques et sociales doutent ou s'y opposent. Paris : Dunod, 1996. 256 p
- INSPECTION GENERALE DES FINANCES. Revue de dépenses relative à la réduction des absences dans la fonction publique, juillet 2024, 275 p.
- LE BOTERF G. De la compétence. Essai sur un attracteur étrange, Paris, Les Éditions d'organisation, 1994, pp. 16-18
- MARCHAT H. Le kit du chef de projet. 7^e édition. Paris : Éditions Eyrolles, 2023. 304 p.

- MINTZBERG H. Le Pouvoir dans les Organisations. 1ère édition. Paris : Éditions d'Organisation, 1983. 512 p.
- NOBRE T. L'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public : massive par catalyse réglementaire ou spontanée par capillarité ? Normes et Mondialisation, mai 2004, France. 17 p.
- PORTER M. Competitive Strategy : Techniques for Analyzing Industries and Competitors. New York : Free Press, 1980. 396 p.
- TRUPHEME S. et GASTAUD P. « Outil 3. La définition des objectifs : la matrice SMART » In : La boîte à outils du marketing digital. Paris : Dunod, 2020. p. 18-21.
- WITORSKI R. Professionnalisation et développement des compétences. Paris : L'Harmattan, 1997. 253 p.
- WEIBEL L., HERBRECHT D., IMBODEN D., JUNKER-MOIS L., BANNEROT B. Organisation du travail en 2 x 12 h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. Références en santé au travail, n° 137, mars 2014. Paris : INRS.

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

- France. Code de la santé publique (CSP). Édition officielle. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Code de l'action sociale et des familles (CASF). Édition officielle. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 relatif à l'organisation des soins dans les établissements de santé. Journal officiel de la République française, 1er janvier 2002. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). Journal officiel de la République française, 22 juillet 2009. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 relatif aux missions des cadres de santé. Journal officiel de la République française, 20 avril 2002. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 relatif à l'organisation des établissements publics de santé. Journal officiel de la République française, 30 septembre 2010. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Arrêté du 18 août 1995 relatif à la formation des cadres de santé. Journal officiel de la République française, 19 août 1995. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République française, 10 janvier 1986. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Journal officiel de la République française, 9 juillet 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Textes relatifs à la qualité et à la gestion des risques. Journal officiel de la République française. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Ministère des Solidarités et de la Santé. Circulaires ministérielles relatives à la gestion des établissements de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- France. Agences Régionales de Santé (ARS). Rapports relatifs à la santé publique et à la gestion des établissements de santé. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr>.
- France. – Ordonnances du 22 septembre 2017 dites « Macron » réformant le Code du travail. In : Journal officiel de la République française, n° 0221 du 23 septembre 2017.

ENSEIGNEMENTS

- BEJAN M. Financement des dépenses de santé [cours magistral] - ECUE 6.2 Le pilotage de la performance des organisations soignantes - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- BEJAN M. Innovation en santé [cours magistral] - ECUE 5.2 La transformation des organisations en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- DUMOND J.-P. Concevoir un changement organisationnel [cours magistral] - ECUE 5.2 La transformation des organisations en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- DUMOND J.-P. Transformer les relations humaines [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- DURAND-ZALESKI. Analyse médico-économique [cours magistral] - ECUE 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- DURAND-ZALESKI. Système de soins : comparaisons internationales [cours magistral] - ECUE 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ESTEVE M.-J. Savoir mener un projet [cours magistral] - ECUE 7.2 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ESTEVE M.-J. La boîte à outils du cadre supérieur de santé [cours magistral] - ECUE 6.3 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- FARNAULT P. Atelier cadre supérieur de santé [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- FARNAULT P. Le projet managérial [cours magistral] - ECUE 7.2 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- GUIN C. Pilotage médico-économique [cours magistral] - ECUE 6.1 Management stratégique - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- LE BASTARD V. La communication efficace [cours magistral] – ECUE 7.1 Transformer les relations humaines et sociales - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- MARCHAND X. Le management des Ressources Humaines [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- MARCHAND X. La Gestion des compétences dans les organisations de travail [cours magistral] - ECUE 6.3 Projet managérial - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- MARCHAND X. La culture de l'évaluation [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- MARCHAND X. L'usure professionnelle [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- MARCHAND X. La MRH dans les transitions [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

- MARCHAND X. Principe de subsidiarité dans les situations de travail [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- MARCHAND X. Manager les relations hiérarchiques [cours magistral] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- MARCHAND X. Négociation avec un CODIR [Etude de cas] - ECUE 7.1 Conduite du changement - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- MOURRE M.-L. La place du patient dans le système de santé [cours magistral] - ECUE 6.4 L'usager et le système de santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- TCHENG C. La démarche stratégique [cours magistral] - ECUE 6.1 management stratégique - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ZACHARIE C. Réflexion juridique sur la gestion et la responsabilité hospitalière [cours magistral 02/10/24] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ZACHARIE C. Territorialisation de l'offre de soins [cours magistral 02/10/24] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ZACHARIE C. Planification de l'offre de soins [cours magistral 03/10/24] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ZACHARIE C. Les autorisations sanitaires [cours magistral 03/10/24] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ZACHARIE C. La coopération hospitalière et territoriale [cours magistral 03/10/24] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ZACHARIE C. Financement du système de santé et médico-social [cours magistral 28/01/25] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ZACHARIE C. Rôle des professionnels paramédicaux et délégation de compétences [cours magistral 28/01/25] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ZACHARIE C. Droits des usagers et qualité des soins [cours magistral 28/01/25] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ZACHARIE C. Gouvernance hospitalière et impact de la crise sanitaire [cours magistral 28/01/25] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025
- ZACHARIE C. Systèmes d'information et gestion des autorisations (SI-Autorisation) [cours magistral 28/01/25] - ECUE 5.1 Le cadre juridique en santé et éthique en santé - Master 2 Management des Organisation Soignantes - Université Paris Est Créteil / Ecole Supérieure Montsouris, promotion 2024-2025

WEBOGRAPHIE

- AGENCE REGIONALE DE SANTE ÎLE-DE-FRANCE. Soins de suite et de réadaptation (SSR). Paris : ARS Île-de-France. Disponible à l'adresse : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr> (consulté le 8 mai 2025).
- AGENCE REGIONALE DE SANTE ÎLE-DE-FRANCE. Avis d'appel à projet pour la création de deux services de soins de réadaptation post-réanimation (SRPR) neurologiques : cahier des charges. Saint-Denis : ARS Île-de-France, 2021. 14 p. consulté le 8 mai 2025 sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/84518/download>
- AGENCE REGIONALE DE SANTE ÎLE-DE-FRANCE. Soins de suite et de réadaptation (SSR). Paris : ARS Île-de-France. Disponible à l'adresse : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr> (consulté le 13 mai 2025).
- AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH). Guide méthodologique du retraitement comptable 2024. Lyon : ATIH, 2024. 98 p. consulté le 15/02/2025 sur https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4631/guide_methodologique_rtc_2024.pdf
- ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS. Tous les hôpitaux du Groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Sorbonne Université ont été certifiés par la HAS. Paris. Disponible à l'adresse : <https://www.aphp.fr/contenu/tous-les-hopitaux-du-groupe-hospitalo-universitaire-ap-hpsorbonne-universite-ont-ete> (consulté le 8 mai 2025).
- AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE (ANAP). Maquette organisationnelle. Paris : ANAP. Disponible sur : <https://www.anap.fr/s/article/maquette-organisationnelle-maquette-simplifiee> (consulté le 13 mai 2025).
- AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (ANACT). Kit : Mettre en place et animer des espaces de discussion sur le travail. Disponible à l'adresse : <https://www.anact.fr/kit-animer-des-espaces-de-discussion-sur-le-travail> (consulté le 13 mai 2025).
- AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (ANACT) Qualité de vie au travail : concilier performance et bien-être. Lyon : ANACT, 2021. Disponible sur : <https://www.anact.fr/qualite-vie-au-travail> (consulté le 24 avril 2025).
- ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS. 30 leviers pour agir ensemble. . Paris : AP-HP, 2022. Disponible à l'adresse : https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/30_leviers_pour_agir_12decembre2022.pdf (consulté le 8 mai 2025).
- ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS. 10 engagements pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des patients : l'AP-HP lance un plan d'actions sur 3 ans. . Paris : AP-HP, avril 2024. Disponible à l'adresse : <https://www.aphp.fr/actualite/10-engagements-pour-ameliorer-laccueil-et-laccompagnement-des-patients-lap-hp-lance-un> (consulté le 8 mai 2025).
- ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS. Redonner du sens au métier de cadre : plan cadre AP-HP 2023. Paris : AP-HP, mai 2023. Disponible à l'adresse : <https://www.calameo.com/books/004021827a687e341940d> (consulté le 8 mai 2025).
- CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX. L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics. Paris. Ressource en ligne : <https://www.conseil-etat.fr/decisions-de-justice/jurisprudence/analyses-de-jurisprudence/dossiers-thematiques/l-engagement-de-la-responsabilite-des-hopitaux-publics> (consulté le 10 mai 2025).
- HAUTE AUTORITE DE SANTE. Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2020. consulté le 8 mai 2025 sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3197550/fr/guide-2020-choix-methodologiques-pour-l-evaluation-economique-a-la-has

- INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité). Les 6 catégories de facteurs de risques psychosociaux. Mis à jour en 2022. Consulté le 08.04.2025 sur : <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>.
- JOULE R-V ; BEAUVOIS J-L. La soumission librement consentie. In : Revue française de sociologie, vol. 40, n°2, avril-juin 1999, p. 385-404. Consulté le 8 mai 2025 sur : https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1999_num_40_2_5180
- LE MONDE DU 3 OCTOBRE 2024. Fin de vie : le débat doit reprendre. Le Monde. Publié le 03 octobre 2024. Consulté sur : https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/10/03/fin-de-vie-le-debat-doit-reprendre_6342506_3232.html
- LE MONDE DU 29 JANVIER 2024. Crise de l'hôpital : le déficit des CHU a triplé en un an. Consulté à l'adresse : https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/01/29/crise-de-l-hopital-le-deficit-des-chu-a-triple-en-un-an_6213719_3224.html
- MACRON E. (12 mars 2020). Adresse aux Français du président de la République. Paris. Consulté le 10 novembre 2024, sur <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/12/adresse-aux-francais>
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. Paris : Ministère de la Santé et des Sports, 2012. 152 p. consulté le 15/02/2025 sur <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/guide-methodologique-de-comptabilite-analytique-hospitaliere-du-ministere-de-la-sante/>
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Efficience des établissements de santé : une démarche globale d'amélioration reposant sur de nombreux leviers de performance. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé. 09 août 2024. Consulté le 8 mai 2025 sur <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficience-des-etablissement-de-sante/efficience-hospitaliere>.
- MINISTERE DE LA TRANSFORMATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUES, 2022. Être compétent, c'est être capable de savoir agir en situation. In : fonction-publique.gouv.fr : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/la-dgafp/notre-coeur-dactivite/animer-la-politique-interministerielle-de-formation/ils-nous-parlent-de-la-formation-professionnelle/etre-competent-cest-etre-capable-de-savoir-agir-en-situation> (consulté le 10 mai 2025).
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SANTE, DES SOLIDARITES ET DES FAMILLES, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS). La fonction publique hospitalière. Ressource en ligne disponible à l'adresse : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/fonction-publique-hospitaliere-607/article/la-fonction-publique-hospitaliere> (consulté le 10 mai 2025).
- ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES ; EUROSTAT. Manuel d'Oslo 2018 : lignes directrices pour le recueil, la communication et l'utilisation des données sur l'innovation. - 4e éd. - Paris : OCDE, 2018. 252 p. Disponible à l'adresse : https://www.oecd.org/fr/publications/2018/10/oslo-manual-2018_g1g9373b.html

ANNEXES

ANNEXE N°1 – Lettre de missions signée par le commanditaire

ANNEXE N°2 – Liste des questions préalables à la visite de benchmark de Bicêtre

ANNEXE N°3 – Exemple de livrables pour le plan de communication

ANNEXE N°1 : Lettre de missions signée par le commanditaire

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

Désignation du projet	Création du Service de Rééducation Post Réanimation neurologique à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière – APHP.Sorbonne Université (Pilotage de la partie paramédicale du projet)
Commanditaire	Nadia FLEURY, cadre paramédicale du Département Médico-universitaire DREAM (Département REanimation Anesthésie et Médecine peri-opératoire)
Nom du responsable du projet	Anne TOURNIER VERVLIT, cadre supérieure de santé des secteurs de : - Réanimation de neurochirurgie - Salle de réveil de neurochirurgie, ORL et ophtalmo - Consultation d'anesthésie - Réanimation de chirurgie cardiaque et vasculaire - Soins intensifs de chirurgie cardiaque et vasculaire - Salle de réveil de chirurgie cardiaque vasculaire - Salle de réveil de rythmologie - Futur Service de Rééducation Post Réanimation (SRPR)
Missions du responsable de projet	Missions : - Prendre connaissance de l'appel à projet de l'ARS et du dossier de constitution du projet - Participer aux comités de pilotage du projet - Participer au chiffrage du budget - Collaborer avec les médecins et les rééducateurs à la conduite du projet - Fédérer les acteurs du projet - Organiser et coordonner la mise en œuvre du projet : - Création de la maquette organisationnelle RH et du cycle de travail de chaque équipe - Rédaction des fiches de poste et recrutement des professionnels - Plan de développement des compétences : process d'accueil, d'intégration, de formation continue, création des outils en regard - Plan travaux : définition des locaux, réflexion à l'adaptation de la future activité aux contraintes architecturales, choix des couleurs des matériaux - Plan d'équipement : choix des éléments mobiliers, biomédicaux, classe 6, etc. - Circuit du médicament : mise en place d'une armoire automatisée, circuit avec la pharmacie, gestion des produits inflammables, etc. - Conditions de qualité et de sécurité des soins au regard des recommandations - Conditions de qualité de vie au travail - Réaliser un benchmark pour les étapes qui le nécessite - Planifier les actions, suivre l'état d'avancement

- Identifier les risques
- Analyser les freins et les contourner
- Communiquer : présenter l'état d'avancement de la partie paramédicale en COPIL, informer les professionnels concernés
- Fédérer les futurs membres du service autour du projet, accompagner la conduite du changement
- Promouvoir le projet
- Evaluer et réajuster chaque étape
- Faire un bilan du projet

Outils utilisés :

➤ **Outils de gestion de projet :**

- Document de cadrage : fiche projet et lettre de mission
- Analyse SWOT (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces)
- Méthode SMART pour construire les objectifs
- Diagramme de Gantt pour la planification et le suivi des actions
- Outlook : échanges par mail et calendrier partagé
- Teams : fichiers collaboratifs partagés, planificateur avec notifications de rappel des tâches à tous les acteurs
- Word : rédaction des comptes-rendus de réunions et relevés de décision
- Excel : tableau de bord, graphiques

➤ **Outils de communication :**

- Powerpoint, caneva, mindmap : supports de présentation, supports d'affichage
- Réunions institutionnelles existantes, nouvelles réunions
- Logiciels de visioconférence
- Gestion documentaire : sharepoint, dispose, teams

➤ **Outils de ressources humaines :**

- Talentsoft : logiciel de recrutement de l'APHP
- Fiches de poste
- Organigramme
- Plan de formation
- Livret d'accueil

➤ **Outils de gestion financière :**

- Excel pour le budget prévisionnel
- Tableaux de bord financiers

➤ **Outils de qualité et gestion des risques**

- Plan-Do-Check-Act
- Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

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

	- Grilles d'audits - Indicateurs qualité institutionnels ➤ Gestion des équipements et infrastructures - Plan d'équipement - Plan travaux
Moyens alloués	➤ Moyens humains : - Équipe projet (membres du copil) - Personnels soignants et cadre de santé à recruter en amont de l'ouverture du service - Directions fonctionnelles : direction générale, direction des RH, direction des soins, direction qualité, etc. - Services supports : travaux, équipement mobilier, biomédical, logistique, bionettoyage, service des usagers, PMSI, services techniques, services juridiques, etc. ➤ Moyens matériels : - Équipements médicaux et de rééducation - Infrastructures et locaux : ancienne Unité de Soins Intensifs Neurovasculaires - Matériel informatique et bureautique : ordinateurs, d'imprimantes, logiciels, système d'information de l'hôpital ➤ Moyens financiers : - Budget alloué par l'établissement : frais d'équipement, de personnels, de médicaments, de dispositifs, etc. - Appel à projet : Financement ARS
Modalités de reporting	➤ Calendrier de reporting : - Avec ma supérieure hiérarchique (commanditaire) - hebdomadaire - Avec le COPIL du projet - mensuel - Au COMEX de direction, à la Commission Médicale d'Etablissement, à la Commission Locale des Soins et Activités paramédicales - pluriannuel - A la Conférence stratégique - annuel ➤ Partage quotidien avec l'équipe projet : - Gantt - Documents partagés teams
Durée	Moyen terme : durée 12 mois, ouverture du service prévue en octobre 2025

Documents de référence	➤ Documents réglementaires et normatifs : - Code de la santé publique • Articles L6111-1 à L6111-3 : Ces articles précisent les missions des établissements de santé, y compris les soins de suite et de réadaptation • Article L6122-1 et suivants : Relatif à l'autorisation de créer et de développer des structures sanitaires, y compris les unités de soins de suite et de réadaptation - Le Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 encadre les conditions d'autorisations pour les soins de suite et de réadaptation, y compris les unités spécialisées comme le SRPR - Le Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier - Le Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 définit les soins de suite et de réadaptation dans le système de santé français - Circulaire DHOS/01/DGS/2007/117 du 28 mars 2007 relative à l'organisation des soins de suite et de réadaptation, précise les conditions d'implantation et de fonctionnement de ces unités - Arrêté du 4 mars 2011 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé pratiquant les soins de suite et de réadaptation, applicable à l'unité post-réanimation - Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) - Loi Kouchner 2002 - Arrêté du 30 mars 2011 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des unités de soins critiques (infrastructures) - Normes d'accessibilité - Normes de sécurité incendie (SSIAP) - Autorisation de l'Agence Régionale de Santé (ARS) - Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) - Recommandations de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ➤ Documents institutionnels - Projet établissement - Projet médical - Projet de soins - Projet quinquennal APHP 2025 – 2028 - Dossier de candidature de réponse à l'appel à projet de l'ARS - Maquette organisationnelle DRH - Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
------------------------	--

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

Date : 14/10/2024

Signature du commanditaire

Nadia Fleury
Cadre paramédicale du DMU DREAM
AP-HP Sorbonne Université
Hôpital de la Pitié Salpêtrière
47-83 boulevard de l'Hôpital - 75013 PARIS
Tél. 01 84 82 78 65 - Secrétariat 01 42 16 22 59
✉ nadia.fleury@aphp.fr

Signature du responsable de projet

Anne Tournier

Anne TOURNIER

QUESTIONS DE L'EQUIPE DE LA PITIE SALPETRIERE POUR LA VISITE DSU SRPR DE BICETRE le 12/12/2024

GESTION STRATEGIQUE, ORGANISATIONNELLE ET TRANSVERSALE

Organisation générale et stratégie

- Quels ont été les principaux défis lors de la mise en place de ce service ?
- Quels sont les indicateurs clés que vous avez mis en place pour évaluer les performances du SRPR dès son ouverture ?
- Quelle est la DMS ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de la phase de préparation de l'ouverture du service (administratives, logistiques, humaines) ?
- Quels sont les principaux risques auxquels vous avez dû faire face (organisationnels, financiers, qualité) ?
- Quels retards ou obstacles avez-vous dû surmonter avant l'ouverture du service ?
- Comment avez-vous géré la communication interne pour impliquer les équipes dès le départ ?
- Y a-t-il des aspects que vous auriez abordés différemment, avec le recul ?

Ressources humaines et formation

- Quels sont vos effectifs ? DE, AS, Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonie, Brancardier, Psychologue, neuropsychologue
- Quels sont les horaires de travaux des PNM ? Quels sont les modes de récupérations des rééducateurs le week-end ?
- Combien de temps à l'avance avez-vous commencé à recruter le personnel du SRPR ?
- Quels ont été les principaux défis lors de la constitution de l'équipe ?
- Comment évaluez-vous la charge de travail et le ratio soignant/patient optimal dans un SRPR ?
- Comment gérez-vous le recrutement et la fidélisation du personnel pour ce service ?
- Quels mécanismes sont en place pour intégrer les nouveaux professionnels ou stagiaires dans le service ?
- Quelles sont les formations les plus pertinentes pour les soignants dans un SRPR ?
- Avez-vous des retours spécifiques sur les besoins en soutien psychologique pour le personnel confronté à ces patients ?

Infrastructure et équipements

- Quels aménagements spécifiques sont nécessaires pour un SRPR fonctionnel ?
- Avez-vous dû faire face à des contraintes liées à l'agencement des locaux (sécurité, accessibilité) ?
- Quelles recommandations donneriez-vous pour anticiper la maintenance des équipements ?

GESTION QUOTIDIENNE ET OPERATIONNELLE DU SERVICE

Prise en charge et qualité des soins

- Quels critères d'admission et de sortie utilisez-vous pour sélectionner les patients ?
- Quels outils ou systèmes utilisez-vous pour la traçabilité et le suivi des patients ?

- Comment avez-vous structuré le parcours patient depuis la réanimation jusqu'au SRPR ?
- Comment est organisé l'accueil et la prise en charge des nouveaux patients ?
- Avez-vous défini un protocole d'évaluation initiale pour les patients entrants (bilan fonctionnel, psychologique, etc.) ?
- Comment sont suivis les objectifs de réhabilitation des patients au quotidien ?
- Quels protocoles spécifiques ont été élaborés pour la réadaptation post-réanimation
- Quels sont les types de prise en charge en rééducation (Kiné respiratoire et/ou kiné motrice ? uniquement sur le SRPR ou SRPR et Réanimation neurochirurgicale ?
- Comment s'articule la collaboration entre les différentes catégories de professionnels (médicaux, paramédicaux, administratifs) ?
- Quels outils ou pratiques avez-vous mis en place pour fluidifier les échanges interservices (par exemple avec la réanimation ou les soins de suite) ?
- Comment évaluez-vous la satisfaction des patients et de leurs proches ?

Gestion des équipes

- Comment gérez-vous les plannings et les affectations pour répondre aux besoins spécifiques des patients ?
- Comment évaluez-vous la charge de travail des équipes et la répartition des tâches ?
- Quels sont les aspects les plus difficiles pour les soignants dans la prise en charge des patients en post-réanimation ?
- Quels outils ou équipements trouvent-ils les plus utiles dans la réhabilitation des patients ?
- Quels types de soins ou d'interventions nécessitent le plus de temps ou d'efforts ?
- Quels sont les aspects les plus valorisants pour les soignants dans leur travail dans ce service ?
- Quelles stratégies utilisez-vous pour assurer la cohésion et la motivation des équipes ?
- Êtes-vous confrontés à des situations de stress ou d'épuisement au sein des équipes ?
- Quels conseils donneriez-vous à quelqu'un qui envisage de travailler dans un SRPR ?

ANNEXE N°3 : Exemples de livrables pour le plan communication



Figure 26 - Création d'une illustration promotionnelle du service avec l'IA Chat gpt

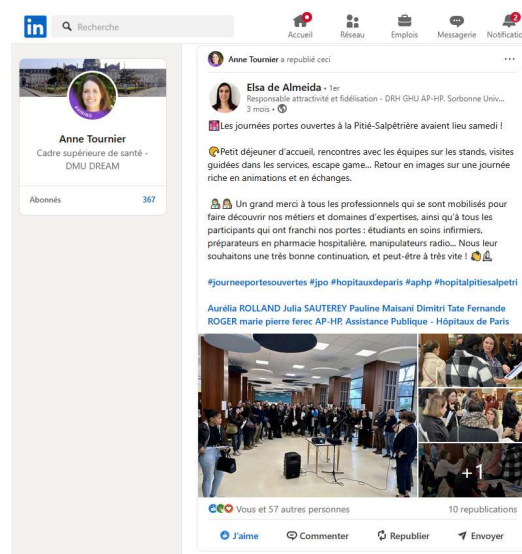


Figure 27 - Post LinkedIn pour diffuser l'information sur les journées portes ouvertes de la Pitié Salpêtrière

GH Sorbonne Université - Hôpital Pitié-Salpêtrière - DMU DREAM

Partant pour une aventure humaine et innovante ?

INFIRMIER(E)S, AIDES-SOIGNANT(E)S
 venez dès maintenant écrire l'histoire du nouveau ...

SRPR NEUROLOGIQUE à BABINSKI
 Service de Réadaptation Post-Réanimation



Co-construction d'un service neuf,
à forte dimension humaine et pluridisciplinaire

Alliance REA/MPR (Pr Vincent DEGOS et Dr François STEFANESCU)
 pour une rééducation offensive et une sécurité optimale

Horaires innovants :
Fixe de jour 7h30 semaine / 12h week-end
Fixe de nuit 10h semaine / 12h week-end

Intégration personnalisée



CONTACT RECRUTEMENT
 Anne TOURNIER
 Cadre Supérieure de Santé
01 84 82 77 57
 anne.tournierverviet@aphp.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS

Figure 28 - Affiche pour communication en interne et réseau sociaux

Master Management des Organisations Soignantes M2 - MOS@24 -25

TITRE DU DOCUMENT

Nouveau Service de Réadaptation Post-Réanimation : entre soins critiques et réhabilitation,
un projet managérial pour optimiser et humaniser la sortie de réanimation

AUTEUR

Anne TOURNIER VERVLIEF

MOTS CLÉS

Réanimation, Réadaptation, Soins critiques, Médecine Physique et de Réadaptation, Neurologie, Patient, Parcours, Management, Projet, Cadre, Changement, Objectifs, Transformation, Leadership, Qualité des soins, Qualité de vie au travail, Coopération, Méthode, Pilotage, Indicateur, Performance, Communication, Ressources.

KEY WORDS

Intensive care, Rehabilitation, Critical care, Physical and Rehabilitation Medicine, Neurology, Patient, clinical pathway, Management, Project, Healthcare manager, Change, Objectives, Transformation, Leadership, Quality of care, Quality of work life, Cooperation, Method, Steering, Indicator, Performance, Communication, Resources.

RÉSUMÉ

Ce projet, soutenu par l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France, propose la création d'un Service de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR) à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Il vise à améliorer le parcours de soins des patients neurologiques après un séjour en réanimation, en leur offrant une prise en charge précoce, coordonnée entre soins critiques et réadaptation. Cette approche permet d'accélérer leur rétablissement et de réduire la durée des hospitalisations. L'unité, composée de 10 lits situés à proximité immédiate de la réanimation neurochirurgicale, facilitera les transferts rapides et sécurisés. Le projet repose sur une méthodologie structurée autour de la méthode des « 3P » (Préparer, Piloter, Progresser) et appuyée par des outils comme les analyses SWOT et PESTEL, les objectifs SMART, les indicateurs de performance et la planification GANTT. La réussite du projet repose également sur une stratégie de communication efficace, un leadership adapté et une conduite du changement impliquant tous les acteurs. Une attention particulière est portée à la Qualité de Vie au Travail des soignants ainsi qu'au confort des patients et de leurs familles. Ce projet est non seulement une innovation organisationnelle et managériale, mais aussi une vision humaine et interdisciplinaire, conciliant les logiques de rééducation et de réanimation, tout en répondant aux contraintes institutionnelles et économiques. D'un point de vue médico-économique, ce service va renforcer l'efficacité en améliorant les flux de patients en amont comme en aval et en favorisant la récupération des patients complexes. L'évaluation s'appuiera sur des indicateurs de performance. Ce mémoire montre l'importance de la préparation, du pilotage, du travail en équipe pour conduire un projet et transformer l'organisation hospitalière avec des perspectives à long terme.

ABSTRACT

This project, supported by the Regional Health Agency of Ile-de-France, aims to create a new Post-Intensive Care Rehabilitation Unit (SRPR) at the Pitié-Salpêtrière Hospital in Paris. The goal is to improve the care pathway for neurological patients after intensive care by offering early and coordinated support in both critical care and rehabilitation. This approach helps patients recover faster and reduces the length of hospital stays. The unit will have 10 beds located close to the neuro-intensive care unit to allow fast and safe transfers. The project follows a structured method using management tools studied during the Master's program. The « 3P method » (Prepare, Pilot, Progress) was used to guide all phases of the project. Key tools such as SWOT and PESTEL analysis, SMART objectives, performance indicators and GANTT planning helped organize and evaluate the actions. Communication, leadership, and change management were essential to involve all stakeholders and reduce resistance. This project is not only an organizational and managerial innovation, but also a new human-centered vision. It promotes interdisciplinary collaboration between rehabilitation medicine and anesthesiology while taking into account institutional, economic, and human challenges. From a medico-economic point of view, the service aims to improve hospital efficiency by optimizing patient flows and supporting the recovery of complex patients within the same hospital. The evaluation will be based on indicators such as recovery rate, average length of stay and staff satisfaction. This thesis shows the importance of planning, teamwork, and leadership to lead a project and transform hospital organization with a long-term perspective.