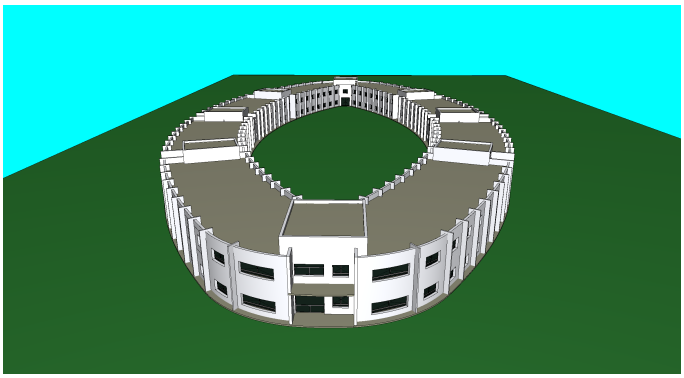
Une place à construire face à AKDITAL

Clinique de réadaptation et de convalescence - note de discussion pour architecte et investisseur



Perspective issue du PLA ouvert dans Archicad. Bâtiment source ; aucune amélioration de la variante illustrée ici. [P2]

Le pitch en deux minutes

Nous proposons de développer une clinique centrée sur la récupération après un épisode de soins et le retour à l'autonomie. Le programme fourni associe rééducation, réadaptation, convalescence et fonctions de soins ; son architecture en anneau ouvre sur une cour qui peut accueillir une expérience de séjour identifiable. [P1] [P2]

Face à AKDITAL, l'opportunité à tester est un parcours de réadaptation lisible : une admission préparée avec le prescripteur, un programme défini par l'équipe médicale, un interlocuteur pour la famille et une sortie organisée. Le patient et son médecin doivent pouvoir comprendre l'offre, les conditions d'admission, les délais et le coût du séjour.

Ce positionnement ne sera crédible qu'avec une équipe qualifiée, des relations formalisées avec les chirurgiens et établissements adresseurs, des accords avec les payeurs et des indicateurs suivis. Le jardin, les espaces familiaux et les activités d'autonomie donnent une identité au lieu ; leur effet sur les résultats cliniques reste à mesurer.

La décision proposée aujourd'hui est de financer la validation du marché et du programme d'exploitation, puis de dimensionner l'ouverture. Le nombre de lits doit d'abord être rapproché des chambres et suites annotées dans les plans. Le projet peut devenir une alternative choisie pour un parcours précis ; cette ambition appelle des preuves opérationnelles avant toute promesse de performance.

Reconnaître les forces d’un réseau établi

Faits publiés par AKDITAL ; propositions propres au projet clairement séparées.

45	25	4 864
établissements au Maroc	villes couvertes	lits au 30 juin 2026

Le communiqué du 30 septembre 2026 annonce 2 532 M MAD de chiffre d’affaires consolidé au premier semestre. Le rapport semestriel recense 4 186 praticiens partenaires et 10 256 collaborateurs. [A1] [A2]

Terrain de concurrence	AKDITAL : fait documenté	Projet : réponse proposée
Couverture et visibilité	Réseau national de 45 établissements dans 25 villes au 30 juin 2026. [A1]	Choisir un bassin de recrutement et un parcours pour lequel l’établissement peut devenir une destination identifiée.
Plateaux et équipes	Le rapport présente des activités multidisciplinaires et oncologiques et un réseau de praticiens. [A2]	Définir une offre de réadaptation et des conventions d’orientation/recours ; préciser le périmètre de soins aigus à exploiter.
Expérience du patient	Le format Prime annonce déjà accueil, confort et accompagnement personnalisés. [A1]	Rendre tangibles la continuité du suivi, la place de la famille, la préparation du domicile et la visibilité du coût.
Capacité d’investissement	875 M MAD d’investissements consolidés au S1 2026, à l’échelle du groupe. [A2]	Phaser l’ouverture selon les équipes, la demande solvable et la trésorerie disponibles. Aucun budget projet établi.

La différenciation proposée reste une hypothèse de marché. Les sources consultées ne permettent pas d’affirmer qu’AKDITAL ne propose pas de réadaptation, ni que ses délais, prix ou résultats sont moins favorables.

Repère historique : fin 2025, AKDITAL annonçait 41 établissements, 24 villes et 4 505 lits, pour un chiffre d’affaires annuel de 4 413 M MAD. Ces données décrivent le groupe ; elles ne sont pas un comparable financier direct pour une clinique nouvelle. [A3]

Un parcours cohérent de l’admission au domicile

Trois promesses opérationnelles proposées, à traduire en organisation et en contrats.

1. Une réadaptation organisée autour d’objectifs

Cibler d’abord les parcours compatibles avec l’équipe et les équipements effectivement mobilisables, notamment la réadaptation locomotrice ou neurologique décrite dans les documents. L’intensité des soins, les critères d’admission et les évaluations relèvent du projet médical. Aucun volume de séances ni résultat n’est promis ici.

2. Une continuité explicite avec le prescripteur

Proposer un contact de coordination, une transmission du dossier, un accord sur les critères d’admission et de recours, puis un compte rendu de sortie. Les établissements et chirurgiens adresseurs potentiels sont des partenaires à prospecter ; aucun accord n’est acquis.

3. Une expérience de séjour qui aide à se repérer

Faire du jardin et des espaces de vie des lieux identifiables dans le parcours : temps en famille, activités d’autonomie, restauration adaptée et préparation de la sortie. Le programme prévoit jardin sensoriel, hortithérapie, mini-ville, installations aquatiques et Rehab Club. Leur réalisation dépend du programme final. [P1]

Moment	Engagement proposé	Preuve concrète à produire
Avant l’arrivée	Dossier analysé, réponse et conditions de séjour explicites	Critères d’admission, délai de réponse observé, devis et modalités de prise en charge
Pendant le séjour	Objectifs partagés, coordination et information de la famille	Planning exécuté, interlocuteurs identifiés, traçabilité du suivi
À la sortie	Transmission au prescripteur et continuité au domicile	Compte rendu, plan de suite et suivi convenu avec le patient

Traduction architecturale à étudier : lisibilité des parcours, distances de déplacement, proximité des thérapies, confort des familles et séparation des flux. L’anneau et la cour sont des supports de conception ; leur efficacité d’usage doit être vérifiée avec les futurs exploitants.

Montrer l’efficacité avec des données réelles

Un tableau de bord à définir avant l’ouverture ; aucun résultat clinique n’est disponible dans le dossier.

Question	Données à réunir	Interprétation attendue
La demande existe-t-elle ?	Entretiens avec prescripteurs et payeurs ; volumes de patients éligibles ; alternatives locales ; provenance et motifs de refus	Estimer une demande accessible et solvable dans le bassin retenu.
L’accès est-il fluide ?	Délais réels de réponse et d’admission ; annulations ; dossiers incomplets ; refus par motif	Comparer dans le temps, à critères d’admission comparables.
Le parcours est-il réalisé ?	Temps de thérapie prévu/réalisé ; absences ; continuité des transmissions ; incidents	Distinguer capacité théorique et service effectivement délivré.
Quel bénéfice pour le patient ?	Mesures d’autonomie choisies par l’équipe clinique ; situation initiale ; sortie ; événements indésirables ; retours non programmés	Suivre des populations définies et documenter le profil des patients avant toute comparaison.
Le séjour est-il soutenable ?	Occupation des lits ouverts ; durée des séjours ; coût par journée/par séjour ; recettes encaissées ; délais de paiement	Relier activité, qualité et trésorerie, sans confondre remplissage et qualité clinique.
L’expérience est-elle convaincante ?	Retours patients et proches ; réclamations ; information sur le coût et la sortie	Identifier des améliorations mesurables, pas seulement une impression visuelle.

La simulation V3 sert à explorer des scénarios

Les animations d’affluence, piétons et véhicules sont paramétriques et illustratives. Elles permettent de discuter des hypothèses de circulation ou d’ambiance. Elles ne démontrent ni la capacité réelle du site, ni un délai d’attente, ni une efficacité médicale.

Pour produire une preuve d’usage : définir les hypothèses, mesurer le site, observer les flux, confronter les scénarios à l’exploitation, puis documenter la méthode et les écarts. Pour une preuve clinique : protocole, gouvernance médicale et données réelles sont nécessaires.

Sécuriser le programme avant de dimensionner

La prochaine étape est un dossier d’exploitation et de financement cohérent.

Document	Ce qu’il annonce	Arbitrage à obtenir
Programme DOCX	120 lits de rééducation, réadaptation et convalescence, avec soins aigus mentionnés. [P1]	Capacité par unité, lits réellement ouvrables, ressources et autorisations associées.
Plans natifs	RDC : 36 chambres et 12 suites ; étage 1 : 100 chambres et 18 suites. Tableau : 136 chambres et 30 suites. [P2]	Rapprocher versions, unités et périmètres. Une chambre ou une suite n’équivaut pas automatiquement à un lit.
Surfaces de support	Enveloppe annoncée 6 000-8 000 m² ; somme des postes : 6 380-9 100 m². [P1]	Consolider mutualisations, surfaces et équipements avant devis et budget.

Un modèle économique fondé sur des hypothèses visibles

Utiliser B = lits effectivement ouverts et dotés en personnel ; J = jours d’exploitation ; O = occupation de ces lits. Journées réalisées = B × J × O. Séjours approximatifs = journées / durée moyenne, si les définitions et la période sont cohérentes.

Construire ensuite recettes nettes par activité, coût des équipes, charges variables, charges fixes, financement des équipements et besoin en fonds de roulement. Tester les délais de montée en charge et d’encaissement. Les prix, coûts et accords payeurs sont à documenter : aucun ROI ni seuil de rentabilité chiffré n’est calculable avec les pièces actuelles.

Décisions à instruire avant engagement

• Choisir le périmètre médical initial et réconcilier lits, chambres, suites et surfaces.

• Obtenir un diagnostic des autorisations requises et de leur avancement ; aucune autorisation n’est établie par le dossier fourni.

• Confirmer direction médicale, recrutement, continuité de service et conventions de recours.

• Documenter un portefeuille d’adresseurs, la demande locale et les accords de prise en charge.

• Chiffrer l’investissement, les charges et la trésorerie avec une ouverture par phases si elle est pertinente.

Décision proposée : engager cette validation ciblée, avec responsables et livrables, avant de figer une capacité commerciale ou une promesse de rentabilité.

Références et périmètre

Recherche arrêtée au 21 novembre 2026. Dénomination officielle : AKDITAL.

Le communiqué S1 2026 et son rapport financier sont les publications de résultats les plus récentes identifiées sur les pages officielles consultées. Le communiqué est daté du 30 septembre 2026 ; les chiffres de réseau et d'activité cités se rapportent au 30 juin 2026. Les annonces d'objectifs futurs ne sont pas présentées comme réalisées. [A4]

[A1] AKDITAL - Résultats semestriels au 30 juin 2026
2026-09-30 ; p. 1.
https://akdital.ma/wp-content/uploads/2026/09/CP-Akdital-S1-2026-29092202-22h16.pdf

[A2] AKDITAL - Rapport financier semestriel 2026
2026-09 ; pp. 4-5.
https://akdital.ma/wp-content/uploads/2026/09/AKDITAL-RFS-2026.pdf

[A3] AKDITAL - Résultats annuels 2025
2026-03-26 ; p. 1 ; date corroborée par AMMC.
https://akdital.ma/wp-content/uploads/2026/03/CP-Akdital-Annuel-2025-VF.pdf

[A4] AMMC - Fiche émetteur AKDITAL et publications
consultée le 2026-11-21 ; publication du 30 septembre 2026.
https://www.ammc.ma/fr/espace-emetteurs/liste-des-emetteurs/46446?qt-qt_emetteurs=caracteristiques

[P1] Programme logistique technique hôtelier et administratif - Clinique de rééducation 120 lits
document fourni, sans date explicite ; sections 1, 12-15, 17-19, 23-24.
Programme_Logistique_Clinique_Reeducation_120_lits.docx

[P2] PLA Clinique Barage 15 11 2026 3D - sorties natives Archicad
fichier intitulé 2026-11-15 ; sorties consultées le 2026-11-21 ; feuilles niveaux 0 et 1 ; perspective native.
Plans-natifs-Archicad.pdf

Statut de l'argumentaire : positionnement proposé pour discussion. Le dossier ne contient pas d'étude de marché locale, de budget exploitable, d'accords payeurs, d'autorisations établies ou de résultats cliniques permettant d'affirmer une supériorité. Le modèle natif, la variante 3D et la simulation sont trois supports distincts.

Les comparaisons opérationnelles et la sélection des parcours sont des recommandations de conception et d'exploitation, pas des conclusions établies par les rapports d'AKDITAL. La qualité architecturale devient un argument commercial lorsqu'elle est reliée à un service délivré et mesuré.