

***L'INTERCONNEXION DE SYSTEMES D'INFORMATION AU SERVICE D'UNE  
PLANIFICATION TERRITORIALE CONCERTEE :  
L'EXEMPLE DE LA CONSTRUCTION D'UN MODELE PARTICIPATIF D'AIDE A LA  
DECISION DANS LA LOCALISATION D'UN SITE HOSPITALIER.***

---

**Jean-Baptiste Capgras,**

Doctorant en Sciences de Gestion

[jb.capgras@gmail.com](mailto:jb.capgras@gmail.com), + 33 (0)4 78 78 77 62

**Christophe Pascal,**

Maître de conférences en Sciences de Gestion

[pascal@univ-lyon3.fr](mailto:pascal@univ-lyon3.fr), + 33 (0)4 78 78 77 62

**Jean-François Botton,**

Professeur Associé en Sciences de Gestion

[jfbotton@ch-villefranche.fr](mailto:jfbotton@ch-villefranche.fr), + 33 (0)4 78 78 77 62

**Adresse professionnelle**

Université Jean Moulin Lyon 3 – IFROSS ★ 18 rue Chevreul ★ 69007 Lyon

---

**Résumé :** Les établissements de santé sont profondément ancrés dans l'histoire de leur territoire. Les recompositions hospitalières engagées depuis le milieu des années 90 remettent en cause un ensemble d'équilibres construits par le temps. Comment conjuguer des informations d'origines multiples pour construire un modèle d'aide à la décision destiné aux différents acteurs des territoires concernés ? Cet article présente les caractéristiques d'un modèle participatif d'aide à la décision élaboré dans le cadre d'une recherche-action menée dans une région française.

**Mots clés :** aide à la décision, hôpital, territoire, concertation, système d'information

**Summary:** Links between hospitals and their territories are often very old. Hospitals restructuring process carried out since the middle of the nineties question balances built by history. How to combine various sources of information to build a model of decision-making oriented towards various actors of the territories concerned? This article shows the characteristics of a participative decision support framework worked out within the context of a research-action carried out in a French area.

***L'INTERCONNEXION DE SYSTEMES D'INFORMATION AU SERVICE D'UNE PLANIFICATION TERRITORIALE CONCERTÉE : L'EXEMPLE DE LA CONSTRUCTION D'UN MODELE PARTICIPATIF D'AIDE A LA DECISION DANS LA LOCALISATION D'UN SITE HOSPITALIER.***

---

Les hôpitaux mais également la plupart des cliniques s'ancrent profondément dans l'histoire même de leur ville d'accueil, parfois avec des origines très lointaines (Piovesan, 2003, pp. 42-45). Ceci a deux conséquences, d'une part l'hôpital, lieu de soin mais souvent aussi premier employeur et propriétaire foncier, revêt une place capitale dans l'économie et la vie locale, d'autre part, la répartition territoriale même des établissements de santé est plus souvent le fruit de l'histoire que l'expression d'une adéquation parfaite aux besoins actuels de la population.

Depuis le début des années 70<sup>1</sup>, les planificateurs sanitaires, tour à tour Préfets de région, DRASS<sup>2</sup>, ARH<sup>3</sup>, n'ont eu de cesse de vouloir rétablir cette adéquation entre les besoins ressentis et l'offre proposée. Dès l'origine, ce mouvement s'est accompagné d'une territorialisation à la fois de l'étude des besoins, et de la répartition de l'offre. Dans ce contexte et ce depuis une dizaine d'années, de nombreuses opérations de recomposition de l'hospitalisation publique comme privée ont été entreprises dans toutes les régions (Claveranne et Al., 2002). Ces opérations, surtout si elles visent à regrouper des activités, achoppent souvent sur l'attachement de la population et des élus locaux aux établissements de santé de leur ville.

En effet, les projets de relocalisation, de suppression ou de réorientation d'un établissement de santé se heurtent à la pluralité des regards des parties prenantes dont l'angle de vision et par conséquent la perception des

critères devant présider à la décision finale varie selon les référentiels mobilisés.

Pour tenter de faire converger l'ensemble des visions vers une décision partagée prenant en compte l'ensemble des référentiels, le recours à un modèle d'aide à la décision fondé sur des systèmes d'information multiples permet de créer une interface, une zone d'intermédiation entre les parties prenantes et les choix de reconstitutions.

Cette discussion s'appuiera sur une recherche-action menée dans une région française auprès d'un comité de pilotage composé d'élus, de représentant de l'Etat et de Directeurs d'établissements, constitué pour décider de la localisation d'un équipement hospitalier unique sur un territoire de santé.

La première partie de cet article présentera le contexte de l'étude. De là seront dressées dans une deuxième et une troisième partie les caractéristiques traductionnelles puis transactionnelles du modèle participatif d'aide à la décision introduit plus haut. Enfin, une dernière partie conclusive réalisera une critique du modèle visant à en orienter les évolutions potentielles.

## **1 - LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE**

### **1.1 - Un projet à la croisée d'enjeux multiples**

L'organisation de l'offre de soins a toujours été liée à la notion de territoire. L'ordonnance du 4 septembre 2003 supprimant la carte sanitaire et instaurant les Territoires de Santé ainsi que la circulaire du 5 mars 2004 précisant la définition de ces Territoires ont renouvelé l'attachement à ce lien.

Les Territoires de Santé tels que définis par les deux textes précités ont trois objectifs : l'organisation de l'offre de soins, la concertation et l'accessibilité. Chaque ARH a pu, en fonction de ces objectifs, définir ses propres principes de « territorialisation

---

<sup>1</sup> Lois hospitalières du 31 décembre 1970 et du 31 juillet 1991, Ordonnances d'avril 1996 et du 4 septembre 2003

<sup>2</sup> Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales : instaurées par le décret du 22 avril 1977

<sup>3</sup> Agence Régionale de l'Hospitalisation : instaurées par les Ordonnances du 24 avril 1996

sanitaire ». Ainsi, le projet sur lequel s'appuie cette étude s'ancre sur un Territoire de Santé délimité par l'ARH à partir de différents critères prenant notamment en compte l'analyse des flux de recours aux soins des habitants. Ce Territoire de Santé occupe les 2/3 sud d'un département (département H) et mord sur deux zones postales d'un département voisin (département A). Il comprend trois villes principales que nous nommerons les villes B, C et L dont les deux dernières accueillent chacune à ce jour un Centre Hospitalier public et un établissement de santé privé. La ville C, confrontée à d'importantes difficultés économiques, est également la préfecture du département H, ainsi que la ville la plus peuplée (31 000 habitants dans l'agglomération) du Territoire. Ce dernier, d'une surface avoisinant les 5000 km<sup>2</sup>, est caractérisé par une densité de population très faible (25,3 hab./km<sup>2</sup>). Deux départements limitrophes possèdent chacun un Centre Hospitalier Universitaire.

Dans ce contexte, l'objet de l'étude consistait à définir la localisation du futur site d'un pôle hospitalier unique regroupant les activités techniques (Blocs opératoires, Radiologie et Réanimation) des deux établissements publics et des deux cliniques privées existant.

Le projet de relocalisation d'une partie de l'activité hospitalière se trouve au point de convergence de divers enjeux qu'il est important d'aborder ici afin de mieux comprendre le contexte de l'étude.

En premier lieu, les Territoires de Santé, objets construits par le planificateur sanitaire, viennent heurter d'autres logiques territoriales et donc d'autres autorités souvent établies depuis longtemps : Départements, Communes, Pays. D'autre part les établissements de santé, notamment les établissements publics, revêtent une position particulière au sein des communes, non seulement une position symbolique liée à l'activité même de soins, voire de soins pour tous mais également une position d'acteur économique local. En effet, ils sont souvent le premier employeur d'une commune voire d'un département et pèsent donc fortement dans le tissu économique local. L'hôpital public et la clinique privée de C représentent ainsi 1 163 emplois directs sur une population active communale de 12 000

personnes, chiffre auquel viennent s'ajouter nombre d'emplois indirects. De plus, des liens unissent historiquement les communes et « leur » hôpital, plaçant par exemple le maire à la tête du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier.

Une autre particularité du projet permet de mieux appréhender le contexte de l'étude, la conjugaison d'acteurs répondant de logiques économiques privées et d'acteurs répondant de logiques économiques publiques. En effet, les différentes prises de position et remarques au cours de l'étude ont clairement marqué les divergences de point de vue existant entre les établissements publics et privés, pas tant quant au projet lui-même que sur les modalités de sa mise en œuvre. Notamment, la sensibilité aux aspects temporels de l'étude était très différente. La réactivité était présentée par les deux cliniques, indépendantes, comme un élément essentiel face aux pressions en provenance des groupes de cliniques des départements limitrophes.

La contextualisation de l'étude ainsi faite a esquissé les lignes de forces des jeux d'acteurs autour du projet. Ces lignes de force nous conduisent à aborder dans le point suivant la place prise par la concertation dans le projet.

### **1.2 - La concertation : un élément indispensable à la bonne conduite du projet**

Le Comité de Pilotage du projet regroupait différents acteurs : le Directeur de l'ARH, les maires des villes C, B et L, les directeurs des quatre établissements du Territoire de Santé, le Président du Conseil Général, le Député du département et enfin le Président de la Conférence Sanitaire du Territoire. Chacun de ces acteurs a abordé le projet au travers du prisme de sa fonction, de son histoire et de la façon dont il envisageait les différentes alternatives existantes non seulement au sein du projet mais également en dehors de celui-ci. En effet, au-delà de la question du choix de la localisation du futur site technique hospitalier unique, objet de l'étude, le projet lui-même était remis en cause par une partie de la population de la ville C et par une partie des membres du Comité de Pilotage, essentiellement des élus de la même ville, fédérés par la crainte des conséquences économiques et de l'impact symbolique de la

## VI<sup>e</sup> Colloque International « TIC & Territoire : Quels développements ? »

14 & 15 juin 2007

Université Jean Moulin, Lyon III

fermeture du site de l'hôpital actuel. Ces divergences de points de vue, trouvaient leur illustration jusque dans la disposition des membres du Comité de Pilotage autour de la table de discussion, chaque position occupant un côté de la table.

Dès lors, la concertation se présente comme un élément indispensable à l'aboutissement du projet dans le champ de la santé. Il est à ce titre intéressant de rappeler, (Kerleau, 2003, pp. 29-52), le positionnement particulier des ARH qui, depuis leur mise en œuvre en 1997, ont développé une planification concertée au travers d'une contractualisation négociée. Seule cette négociation peut permettre l'aboutissement du projet, aboutissement nécessitant l'adhésion de chacun.

### **2 - UN MODELE D'AIDE A LA DECISION EN TANT QU'« OBJET TRADUCTIONNEL ».**

#### **2.1 - Des données à l'information : des connaissances et du sens pour objectiver les décisions.**

Un des éléments clés de la prise de décision est la connaissance. Ainsi, comme l'indique Simon (1983, p. 73), une prise de décision totalement rationnelle nécessite une connaissance non seulement de l'ensemble des alternatives possibles mais également des effets induits par le choix de chacune de ces alternatives. L'auteur démontre clairement que ce modèle idéal de rationalité objective ne se rencontre pas en réalité, on parlera de « rationalité limitée ». Cependant, la prise de décision nécessitera la recherche de la maximisation de l'information sur les deux aspects décrits par Simon. Dans le cas qui nous intéresse, les membres du Comité de Pilotage ont des niveaux différents de connaissance sur le sujet fonction de leurs responsabilités professionnelles et/ou politiques bien sûr mais également de leur histoire propre. Le niveau de connaissance concerne autant les données que le sens. En effet, trois cas peuvent être rencontrés.

- Les destinataires de l'information, ici les membres du Comité de Pilotage, peuvent à la fois ignorer l'information et ne pas avoir les connaissances complémentaires leur permettant de lui donner du sens.

- Dans un deuxième cas, ils peuvent avoir l'information mais pas les connaissances complémentaires leur permettant de « décoder » cette information, de lui donner du sens.

- Enfin, le dernier cas considère les individus ayant les informations complémentaires permettant de donner du sens, mais qui n'ont pas connaissance de l'information.

Dès lors, l'aide à la décision ne peut se contenter de transmettre le plus de données possible. Elle doit, comme l'indique Prince (1996), porter tout à la fois le message et la connaissance nécessaire au décryptage, à la « traduction » de ce dernier pour réellement être source d'information.

Le premier rôle du modèle d'aide à la décision aura donc été de collecter, compiler et synthétiser l'ensemble de l'information disponible au sein d'un modèle multidimensionnel à destination non seulement de l'ARH mais également des élus locaux et directeurs d'établissements leur permettant d'objectiver leur choix. L'information fournit par le modèle doit répondre à trois objectifs : être la plus complète possible, accompagnée des connaissances permettant de lui donner un sens contextualisé et enfin synthétique. En effet, Genelot (2001) rappelle judicieusement un des principes de la théorie de la communication : la signification d'un signe est inversement proportionnelle à sa fréquence. La multiplication des informations entraîne une perte de sens et par la même voie l'information opérante dans un bruit d'information inutile. Le modèle se révèle donc être un véritable « traducteur » de l'information.

#### **2.2 - La construction de la base de données du modèle.**

Afin de donner un sens aux données intégrées au modèle, celles-ci ont été organisées entre-elles. L'architecture du modèle d'aide à la décision proposé s'articule donc autour de trois modules : *démographique*, *sanitaire* et *ressources humaines*. L'*accessibilité* mesurée en temps de trajet a constitué le lien entre ces trois modules. Pour chacune de ces dimensions ont été sélectionnés différents critères par le Comité de Pilotage afin d'éclairer la décision.

## VI<sup>e</sup> Colloque International « TIC & Territoire : Quels développements ? »

14 & 15 juin 2007

Université Jean Moulin, Lyon III

En ce qui concerne la dimension **démographique**, ont été distingués deux aspects complémentaires répondant à un principe simple : un établissement de santé doit être accessible par tous et particulièrement aux personnes nécessitant le plus de ses services. Ainsi, nous avons tout à la fois pris en compte la population globale de chaque commune du territoire de santé, mais nous avons également analysé la segmentation de celle-ci par sexe et par âge afin d'en extraire la population la plus hospitalo-requérante. Cette dernière a été définie par l'analyse de la structure par âge (par paliers de 5 années) et par sexe des personnes ayant effectuées un séjour<sup>4</sup> hospitalier en court séjour (MCO) en France en 2004. L'analyse statistique de ces données fait nettement ressortir trois sous-populations significativement plus consommatrices de soins hospitaliers : les jeunes (garçons et filles) de moins de 15 ans, les personnes âgées (hommes et femmes) de plus de 75 ans et enfin les femmes entre 20 et 40 ans.

La dimension **sanitaire** a quant à elle fait l'objet d'une analyse des flux de patients à partir des informations du PMSI<sup>5</sup> concernant le lieu de résidence et l'établissement de prise en charge. Pour chaque zone géographique du PMSI, ont donc été caractérisés deux types de séjours. D'une part, les séjours réalisés par des habitants de la zone et pris en charge par les établissements du Territoire de santé permettent de prendre en compte les habitudes actuelles de recours aux soins des patients : nous appellerons ces séjours les *séjours effectifs*. D'autre part, la totalité des séjours réalisés par les habitants de la zone (qu'ils soient pris en charge par les établissements du territoire de santé ou par d'autres établissements) ont permis de prendre en compte le besoin réel en soins hospitaliers : nous appellerons ces séjours les *séjours totaux*. Cette analyse se heurte à une limite inhérente au PMSI. En effet, l'ensemble des

données sanitaires extraites du PMSI n'est disponible qu'au niveau des zones géographiques du PMSI correspondant pour leur grande majorité aux zones de distribution postale. Cependant, compte tenu de l'étendue des zones couvertes par un même code postal, l'analyse a été effectuée à un niveau communal en attribuant les séjours de chaque zone géographique du PMSI aux communes la composant. Cette distribution des séjours s'est effectuée au prorata de la population de chaque commune dans la population totale de la zone géographique du PMSI. Ainsi, une commune représentant 1/10<sup>ème</sup> de la population de la zone géographique du PMSI s'est vue attribuer 1/10<sup>ème</sup> des séjours hospitaliers issus de cette zone.

Dans le cadre de cette étude, deux aspects relatifs aux **Ressources Humaines** devaient également être pris en compte. Dans un contexte de pénurie médicale très marqué et dont les perspectives à moyen et long terme apparaissent peu favorables, le projet sanitaire du territoire repose sur la capacité à attirer des médecins des CHU de deux départements voisins. Cette exigence a été prise en compte par le calcul des temps de trajets par voie routière depuis les deux CHU vers l'ensemble des communes du territoire. Le second aspect pris en compte est celui de la localisation résidentielle des personnels des établissements actuels de la ville C et de la ville L. En effet, dans le cadre d'une relocalisation sur un nouveau site d'une partie de l'activité des établissements existants, il est apparu important d'effectuer une analyse de la localisation résidentielle actuelle du personnel et ainsi d'introduire dans le choix de la localisation l'évaluation de l'impact du futur site sur les déplacements domicile-travail.

Enfin la dimension **accessibilité** diffère des précédentes par son caractère transversal. En effet, comme présentées antérieurement, chacun des critères précédents a fait l'objet d'une analyse en terme d'accessibilité mesurée par les temps de trajets routiers.

### 2.3 - L'interconnexion de sources de données multiples

Les dimensions relatives à la démographie, aux soins, aux ressources humaines et à l'accessibilité routière font appel à des données

---

<sup>4</sup> L'analyse a été effectuée à partir de la base de données nationale 2004 du PMSI

<sup>5</sup> Importé des Etats-Unis au début des années 80, le PMSI est un système d'information obligatoire dans tous les établissements de santé publics et privés qui permet de décrire la production au moyen de près de 700 familles de séjours.

issues de différentes sources : des bases de données existantes ou créées spécifiquement pour l'étude. Le modèle ainsi construit connecte entre elles ces données. Les données concernant la population de chaque commune de la zone étudiée sont issues du recensement de 1999 organisé par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les données concernant les flux de patients proviennent quant à elles du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Ce programme mis en place en 1983 mais effectivement opérationnel depuis 1992 recueille pour tous les séjours effectués dans un établissement de santé de court séjour, une information médico-administrative minimale et standardisée contenue dans le Résumé de Sortie Standardisé (RSS). Ces derniers font ensuite l'objet d'un classement en un nombre volontairement limité de groupe de séjours présentant une similitude médicale et un coût moyen voisin. Ensuite, les données concernant les lieux de résidence des personnels des établissements actuels ont été collectées directement auprès des établissements, et enfin les temps de trajets entre chaque commune de la zone étudiée ont été traités au moyen de la base de données ViaMichelin<sup>6</sup>.

Nous verrons lors de la discussion conclusive que cette multiplicité a pu engendrer certaines craintes parmi les destinataires et a pu donner un temps l'impression d'une certaine complexité. Le directeur de l'ARH a par exemple insisté pour que les différentes présentations d'étape du modèle soient « le plus pédagogiques possible ».

Pour finir sur l'aspect de traducteur d'informations du modèle, il semble intéressant ici de rappeler que l'ensemble des informations mises en relation dans le modèle sont à la disposition des acteurs du territoire de santé (élus, directeurs d'établissement, représentant du personnel et représentant de l'Etat). Une partie de l'information, notamment sur les personnels, à même était directement produite dans le cadre du Comité de Pilotage. Ainsi, ce projet démontre la capacité d'acteur locaux à développer une **Intelligence Territoriale spécifique à la**

**santé** leur permettant d'objectiver leur choix dans le cadre d'un projet de territoire.

### **3 - UN MODELE D'AIDE A LA DECISION EN TANT QU'« OBJET TRANSACTIONNEL ».**

Nous avons vu dans la deuxième partie les aspects relevant du rôle de transmetteur et de traducteur du modèle. Cette troisième partie sera, elle, consacrée au rôle du modèle dans l'élaboration d'une vision partagée obtenu par confrontation des visions de chacun des membres du Comité de Pilotage.

#### **3.1 - Le modèle de discrimination des communes potentielles d'accueil du futur site hospitalier unique.**

Au sein du modèle de discrimination, 2 seuils d'accessibilité temporel ont été définis pour chaque critère :

- Moins de 30 min : ce seuil a été retenu pour diverses raisons. Tout d'abord, les études récentes de Benoit et Al. (2002) sur l'analyse de l'accessibilité montre que ce seuil est le plus adapté en milieu rural et/ou de densité populationnelle faible pour des services à vocation départementale, ce qui correspond au contexte territorial du territoire de santé du Sud Haute-Marne. De plus, après une première analyse des temps de trajets séparant les différentes communes du territoire de santé, ce seuil est apparu comme particulièrement significatif puisqu'il est le seuil le plus bas pour lequel plusieurs communes étaient situées à moins de 30 minutes de plus de la moitié des communes du territoire de santé.
- Plus de 50 min : ce seuil a quant à lui été choisi en raison de l'acceptabilité sociale de ce temps de trajet et du fait qu'au delà de ce seuil, l'ensemble des communes périphériques du territoire de santé se trouvent plus proches d'un des établissements extérieur à celui-ci. Dans un second temps, un seuil complémentaire à moins de 20 min a permis d'introduire la notion de masse critique de proximité. En effet, étant donnée la répartition de la population dans le territoire de santé, ce seuil tend à privilégier les communes à proximité immédiate des zones urbaines voire les très rares communes se trouvant à proximité de deux des trois zones urbaines du territoire de santé.

<sup>6</sup> ViaMichelin est la filiale du Groupe Michelin dédiée aux services électroniques

L'originalité de la méthode a consisté à construire à partir de ces critères un système de scoring *ad hoc* ne privilégiant ou n'écartant aucune localisation *a priori* et permettant d'obtenir un classement de chaque commune de la zone étudiée en fonction de son aptitude à répondre favorablement aux critères de localisation déterminés en collaboration avec le Comité de Pilotage.

Au vu de la littérature existante sur le sujet tant professionnelle que théorique il semble qu'aucune autre étude ayant les mêmes visées n'ait porté sur l'ensemble des communes d'un territoire, la plupart privilégiant la présélection *a priori* des zones à étudier. Le principe fort ayant guidé ce travail est de ni écarter, ni présélectionner aucune commune *a priori* et en conséquence de passer au crible des critères de sélection établis en collaboration avec le Comité de Pilotage l'ensemble des communes du Territoire de Santé.

Le modèle a donc été construit autour de quinze critères groupés en cinq familles elles-mêmes regroupées en trois Grandes familles et ce pour les deux niveaux de seuils : seuils privilégiant le contexte territorial (moins de 30 min et plus de 50 min), seuils privilégiant les centres urbains (moins de 20 min et plus de 50 min).

La discrimination des communes selon les critères retenus repose sur une méthode de scoring attribuant à chaque commune un score compris entre 0 et 1 pour chaque critère. La commune obtenant le score total (somme des scores de chaque critère) le plus élevé répond le plus favorablement aux critères.

Pour chaque critère, nous attribuons le score maximum de 1 à la commune du territoire ayant la meilleure valeur sur ce critère et le score minimum de 0 à la commune ayant au contraire la plus mauvaise valeur sur ce critère. Le score des autres communes est alors attribué en fonction de la valeur qu'elles ont obtenue sur ce critère et de leur position par rapport aux deux extrêmes définis ci-dessus

selon la formule suivante :  $S = \frac{x - x_{\min}}{x_{\max} - x_{\min}}$  où

S est le score de la commune, x la valeur relevée pour la commune,  $x_{\min}$  et  $x_{\max}$  sont respectivement les valeurs minimale et

maximale observées sur l'ensemble des communes du territoire de santé.

Lorsque la notion indiquée par le critère revêt des aspects négatifs (comme la population à plus de 50 min), le score doit à l'inverse d'autant plus valoriser les communes qu'elles auront une valeur faible sur ce critère. Par exemple, une commune située à plus de 50 minutes d'une partie importante de la population devra obtenir un score plus proche de 0 qu'une commune dont très peu d'habitants du territoire de santé résident à plus de 50 minutes. Le raisonnement reste donc le même mais le score de 1 est attribué à la commune du territoire de santé présentant la plus faible valeur sur le critère et le score de 0 est attribué à la commune du territoire présentant la plus forte valeur sur le critère. Les scores intermédiaires sont attribués selon une variante de la formule présentée plus haut :

$$S = 1 - \frac{x - x_{\min}}{x_{\max} - x_{\min}}$$

### 3.2 - Dispositif de jugement et confrontation des visions.

Les critères détaillés en deuxième partie et le système de discrimination présenté précédemment constituent le socle, on pourrait également dire les fondations du modèle. Cependant, comme le décrit Simon (1983, pp. 42-44), la décision repose sur deux types d'éléments de jugement qu'il nomme « jugement de valeur » et « jugement factuel ». Les « jugements factuels » peuvent être évalués, ils peuvent se révéler vrai ou faux. Ce que nous avons appelé les fondations du modèle intègre ces « jugements factuels » mais les « jugements de valeur », eux ne sont pas intégrables dans le socle du modèle. Ils exigent nécessairement un autre type de traitement car ils ne répondent pas aux mêmes règles. En effet, comme l'indique Simon, un « jugement de valeur » n'est ni vrai, ni faux, il compose la part « éthique » de la décision, une portion non évaluable par des données empiriques ou objectives. Afin de prendre en compte cette dimension « éthique » de la décision, le modèle ne peut donc reposer uniquement sur des critères fixes, il doit intégrer cette notion de jugement. Celle-ci a été intégrée par un outil de pondération de l'impact de chaque critère dans le modèle de discrimination. Le

choix d'une pondération répond à cette notion de jugement et comporte donc une forte dimension politique, dimension présentant toute la pluralité, vue en première partie, des visions des parties prenantes :

- une vision en terme de **santé publique**, axée sur l'égalité d'accès aux soins ;
- une vision **économique**, centrée sur l'impact des recompositions sur l'emploi, le commerce, le logement...
- une vision **médicale**, centrée sur la constitution d'équipes médicales de taille suffisante et d'un plateau technique suffisamment sollicité pour être compatible avec les critères de qualité les plus drastiques ;
- enfin, une vision **politique**, centrée sur l'acceptabilité sociale des conséquences des recompositions, mais aussi sur les modifications de l'équilibre des pouvoirs entre élus induites par la négociation.

Aucune de ces visions n'est en soit plus juste ou plus correcte qu'une autre et la décision ne peut donc que résulter de leur confrontation. Plus qu'un dispositif de jugement « chargé de dissiper l'opacité » et ainsi de « rendre possible le jugement » (Karpik, 2006, p. 68), le modèle d'aide à la décision doit donc être un élément transactionnel entre les différentes parties prenantes, qui, en les réunissant autour d'un objet tiers a pour objectif d'aboutir à la création d'une vision partagée. En effet, reprenant les principes de la théorie des conventions, Herreros et Livian (2005, p. 98) expliquent comment un objet innovant et les acteurs tiers portant cet objet peuvent amener des acteurs dont les valeurs sont différentes à « frayer » un compromis autour d'une vision partagée.

Pour en faire cet objet tiers innovant, une interface interactive a été associée au modèle d'aide à la décision constitué. Ainsi, plutôt que de définir arbitrairement une série de scénarii fixant différentes pondérations, le modèle **participatif** d'aide à la décision fondée sur le modèle de discrimination présenté plus haut, a permis à chaque membre du Comité de Pilotage de pondérer les différents critères selon ses souhaits, et in fine de consulter le score obtenu par chaque commune du

Territoire de santé en fonction de cette pondération à travers une simulation.

### 3.3 - La confiance dans le modèle : un pré requis à la participation.

Que l'on adopte le point de vue de Karpik sur les dispositifs de jugement, celui de Simon sur les éléments psychologiques de la décision ou encore ceux des conventionnalistes, la confiance est l'élément primordial de la relation des parties prenantes au modèle.

Tout au long de l'étude, les membres du Comité de Pilotage ont à plusieurs reprises signifié leur doutes sur tel ou tel élément du modèle, demandant des explications complémentaires ou des justifications. Ainsi le maire de la ville C a pu exprimer ses craintes d'un modèle « boîte noire » dans lequel « on aurait pu mettre des données qu'il ne pourrait pas valider ». Le Sénateur Président du Conseil Général s'est quant à lui questionné sur la cohérence d'un modèle basé sur autant de sources d'information différentes.

Ces craintes reproduites ici à titre d'illustration rappellent combien la confiance est nécessaire à l'adhésion des destinataires du modèle. Ainsi David (1998) spécifie que la coopération est indissociable des notions de confiance et de transparence. Pour Servet (1994), la confiance s'appuie sur trois éléments fondamentaux : tout d'abord la foi, étymologiquement la *fides*, c'est-à-dire à la fois la croyance et la confiance. Elle implique la légitimité, la croyance en la personne ou en l'objet et enfin la transparence. Le deuxième élément fondateur de la confiance est constitué d'éléments de validation et preuve. Enfin, il existe un troisième élément fondateur de la confiance, la mémoire. Cette mémoire est construite par les expériences passées. Dans le cadre de cette étude, la confiance au modèle ne pouvait s'appuyer sur ce dernier élément fondateur. En effet comme le rappelle Wacheux (1993) la relation de confiance implique du temps pour se développer. La confiance dans le modèle participatif d'aide à la décision proposé a donc dû s'appuyer sur les deux premiers éléments fondateurs de la confiance décrits par Servet.

Il est intéressant ici de s'attarder sur la dimension particulière conférée par le statut de laboratoire universitaire de recherche dans le

cadre d'une activité d'accompagnement et d'aide à la décision. En effet, ce statut, porteur des valeurs d'indépendance et de rigueur intellectuelle, a apporté la légitimité nécessaire, même si, comme nous l'avons vu, non suffisante, à la création de la relation de confiance.

Enfin, la construction progressive et transparente du modèle, à partir de critères discutés et validés par le Comité de Pilotage a permis d'apporter les éléments de validation et de preuve, deuxième élément fondateur de la relation de confiance. De cette façon et également en impliquant les membres du groupe dans les phases d'essai du modèle, leur adhésion et par là même leur participation a pu être acquise.

#### 4 - DISCUSSION CONCLUSIVE

Notre propos a été de présenter les éléments fondateurs du modèle participatif d'aide à la décision élaboré dans le cadre d'un projet de relocalisation d'un site technique hospitalier au sein d'un Territoire de Santé. Nous rappellerons dans cette discussion conclusive les composantes du modèle et les points clés de son élaboration. Nous nous pencherons ensuite sur les limites rencontrées par le modèle lors de sa mise en œuvre, ouvrant ainsi la voie à d'éventuelles évolutions futures.

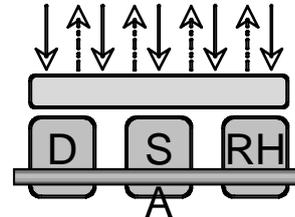
Le modèle participatif d'aide à la décision repose sur deux modules : d'une part un socle dont le rôle est d'intégrer, mettre en cohérence et traduire l'ensemble de l'information disponible ; d'autre part une interface participative dont l'objet est de favoriser les échanges entre les membres du Comité de Pilotage par la médiation des informations issues du modèle.



**Figure 1 - Le socle du modèle : les dimensions Démographique, Sanitaire, de RH et en transversal d'Accessibilité.**



**Figure 2 - L'interface participative entre le socle du modèle et les décideurs.**



**Figure 3 - Le modèle participatif d'aide à la décision : objet traductionnel (socle) et transactionnel (interface participative)**

Trois éléments ont permis la construction du modèle :

- L'interconnexion de plusieurs systèmes d'informations basés sur des données issues du Territoire de Santé.
- La participation au Comité de Pilotage de l'ensemble des décideurs du Territoire de Santé.
- La construction d'une relation de confiance entre le Comité de Pilotage et l'équipe de recherche puis le modèle.

Un des piliers du modèle, censé donc garantir le succès de l'entreprise d'aide à la décision, est donc la participation de l'ensemble des décideurs du Territoire de Santé au Comité de Pilotage. Cependant, d'autres personnes que les décideurs jouent un rôle dans le cadre de projets tels que celui-ci. Ce sont par exemple, les représentants syndicaux du personnel des établissements, les personnels et la population qui peuvent constituer des collectifs et enfin la presse. Au delà des manifestations légitimes de collectifs et syndicats divers, nombre d'éléments extérieurs sont venus perturber la co-construction d'une vision partagée des acteurs. Nous en citons ici quelques-uns à des fins d'éclairage de nos propos. L'accaparement par la presse de ce dossier a par exemple, pu donner lieu à des débats très probablement souhaitables parmi l'ensemble de la population, mais également à la diffusion d'un certain nombre d'informations objectivement fausses. Il fut également intéressant d'apprendre dans la presse les conclusions de

## VI<sup>e</sup> Colloque International « TIC & Territoire : Quels développements ? »

14 & 15 juin 2007

Université Jean Moulin, Lyon III

l'étude avant même que celle-ci ne soit achevée.

Un autre aspect de l'environnement extérieur est également venu perturber la relation Comité de Pilotage – Modèle participatif d'aide à la décision : le jeu politique. Certains membres du Comité de Pilotage ont ainsi préféré attendre la réalisation de certaines échéances électorales nationales et locales avant de se prononcer pour une décision risquant de provoquer le mécontentement de telle ou telle partie de la population. Enfin d'autres ont également tenté d'invoquer l'intervention du Ministre de la Santé en faveur de telle ou telle alternative du projet.

Une solution partielle à l'interférence extérieure serait sans doute d'intégrer les éléments extérieurs au sein d'un Comité de Pilotage élargi, nous pensons ici notamment aux représentants du personnel et des médecins. Cependant, il faut bien voir que la recherche d'une vision partagée est d'autant plus difficile qu'elle doit réunir un grand nombre de personnes. D'autre part, tous les éléments extérieurs ne peuvent bien entendu pas faire l'objet d'une intégration. La question reste donc posée.

Nous achèverons cette discussion par la présentation de limites, cette fois ci, internes au processus de co-construction du modèle et ainsi de la décision. Comme présentée plus haut, l'adhésion des décideurs au modèle nécessite une co-construction progressive et transparente de chaque élément constituant le modèle. Ceci pose principalement deux problèmes à nos yeux. En effet, la co-construction par des décideurs parties prenantes, notamment des critères, peut conduire à une tentative d'orientation de ces derniers en fonction de l'impact sur les résultats qu'ils pourraient induire et non en fonction de leur légitimité dans le cadre des éléments d'aide à la décision. Par ailleurs, dans le cadre de l'intervention d'un prestataire extérieur, qu'il soit laboratoire de recherche ou cabinet de conseil, les outils et savoirs mobilisés sont souvent le fruit de longues années de recherche et d'expérience accumulée. La tentation est alors grande pour le modélisateur d'orienter les choix des parties prenantes de façon à conserver les fondements du modèle originel dans un souci d'économie

de temps et de savoir. L'autre questionnement posé découle du besoin de transparence. Celui-ci va-t-il à l'encontre de la nécessité légitime du prestataire extérieur de sauvegarder les connaissances fondatrices de son expertise ? Si la question mérite encore débat, une part de la réponse à peut-être déjà été donnée dans cette présentation. En effet, dans le cadre d'un processus d'aide à la décision basé sur l'élaboration progressive d'une vision partagée par concertation, le rôle de l'intervention d'un prestataire extérieur ne se limite pas à son expertise dans le domaine mais également à son rôle de tiers facilitateur. Aucune partie prenante, même disposant d'une même expertise, ne pourrait parfaitement se substituer au tiers qu'est le prestataire extérieur.

### BIBLIOGRAPHIE

AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y.-F., *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil, 2005, 289 p.

CLAVERANNE J.-P., PASCAL C., PIOVESAN D., *Restructuration des établissements hospitaliers : les logiques du secteur public à l'épreuve du privé*, Dossier spécial « Un Territoire pour la Santé », Revue Gestion Hospitalière, n°417, Juin/Juillet 2002

DAVID A., *Outils de gestion et dynamique du changement*, Revue française de gestion, n°120, sept.-oct., 1998, pp. 44-59

GENELET D., *Manager dans la complexité*, INSEP Consulting, 2001, 344 p.

KARPIK L., *L'économie des singularités*, Editions Gallimard, 2006, 355 p.

KERLEAU M., *L'agence régionale de l'hospitalisation : un espace de négociation pour les restructurations hospitalières ?*, Revue Française des Affaires Sociales, n°3, 07-09 / 2003, pp. 29-52.

MINTZBERG H., *Le Management*, Editions d'Organisation, 2006, 667 p.

PIOVESAN D., *Les restructurations des cliniques privées : Adaptations, évolution ou métamorphose ?*, Thèse de doctorat es Sciences de Gestion, Graphos, Université Jean Moulin Lyon 3, 2003, 484 p.

**VI<sup>e</sup> Colloque International « TIC & Territoire : Quels développements ? »**

14 & 15 juin 2007

Université Jean Moulin, Lyon III

PRINCE V., *Vers une informatique cognitive dans les organisations*, Masson, 1996, 190 p.

SERVET J.-M., *A qui se fier ? Confiance, interaction et théorie des jeux*, Revue du MAUSS semestrielle, n°4, 2<sup>ème</sup> semestre, 1994, 316 p.

SIMON H. A., *Administration et processus de décision*, Economica, 1983 pour la traduction française, 321 p.

WACHEUX F., *Processus organisationnels et jeux d'acteurs à l'œuvre dans les alliances entre firmes*, Thèse de Doctorat es Sciences de Gestion, Université Paris Dauphine, 1993, 506 p.