

Aide à la décision en matière de schéma d'organisation sanitaire

(Eric Darré¹, Hugues Malecki², Lionel Clerc³)

- 1 **DCSSA**, 12 cour des Maréchaux 75012 Paris,
téléphone : 01.41.93.22.00, fax : 01.41.93.29.15
- 2 **DSS**, 1 Place Royale 78100 Saint-Germain-en-Laye,
téléphone (et fax): 01.39.21.27.05 - E-mail : hugues_malecki@yahoo.com
- 3 **CPCARSSA**, 1 Place A. Laveran, 75230 Paris Cedex 05
téléphone (et fax) : 01.40.51.47.60

Depuis 1993, les évolutions politiques et budgétaires françaises ont nécessité une adaptation du parc d'établissements de la branche hospitalière du service de santé des armées.

1. Objectif

L'objectif de cette étude était d'aider le Ministre de la Défense dans sa décision en matière de choix d'établissements hospitaliers à fermer, en les hiérarchisant en fonction de certains critères. Cette étude a cherché à proposer une méthode de classement des établissements hospitaliers combinant agrégation et pondération des critères.

2. Matériel

Les établissements hospitaliers auxquels nous nous sommes intéressés étaient les centres hospitaliers des armées (CHA notés A à G). Les structures à comparer furent évaluées par une méthode multicritère. Les critères retenus devaient permettre une analyse interne et externe des structures : l'analyse externe avait pour objet de recueillir des informations relatives à l'environnement des structures hospitalières, à la demande de soins, à l'attraction de ces structures ; l'analyse interne fût représentée par une analyse de l'activité. La méthode utilisée a consisté à valoriser les structures hospitalières en fonction de certains critères, puis à agréger les valeurs afin d'en définir un bilan synthétique. Un procédé de pondération et de surclassement a ensuite été appliqué pour hiérarchiser ces établissements.

3. Méthode

Il s'agit d'une méthode multicritère effectuée à dire d'experts. Cette méthode d'analyse s'est déroulée en plusieurs phases faisant intervenir des groupes de personnes et des processus différents pour chacune des phases. Sur ce point, on peut la rapprocher de la technique du groupe nominal qui s'appuie sur le fait que des processus de groupes différents doivent être utilisés pour les phases de génération d'idées et d'évaluation.

3.1. Choix des indicateurs, classement en famille et pondération des classes

3.1.1. Choix des indicateurs.

La recherche de critères de jugement d'un établissement hospitalier devait permettre d'obtenir un classement en fonction de considérations objectives. Le responsable de l'étude (que nous appellerons animateur) a sélectionné des participants qui avaient pour caractéristiques de s'intéresser à l'étude en cours et une expérience qui faisait d'eux des ressources précieuses. Ce groupe avait l'avantage de parler un langage commun issu d'une formation semblable en économie de la santé. Après avoir présenté

l'objectif du travail aux participants, l'animateur s'est attaché à leur demander de proposer individuellement différents indicateurs susceptibles de refléter l'environnement interne et externe d'un établissement hospitalier et permettant à terme de hiérarchiser plusieurs structures.

3.1.2. Classement en familles

La liste d'indicateurs arrêtée, ils furent regroupés au sein de différentes classes ou familles logiques de critères et le groupe s'est assuré que l'ensemble de ces classes passait bien en revue tous les aspects de l'environnement interne et externe des établissements à classer.

Huit classes de critères furent isolées : personnels, infrastructure - équipement, coût de fonctionnement, population cible, potentiel d'attraction, environnement hospitalier, activité hospitalière et « rationalité » structurelle. Au sein de chacune de ces classes, les indicateurs retenus furent les suivants :

Parmi les indicateurs permettant la mesure des *moyens en personnels*, trois furent retenus : l'effectif paramédical rapporté à la journée d'hospitalisation, l'effectif médical rapporté à la journée d'hospitalisation et l'effectif médical rapporté à la consultation.

Pour ce qui concerne les *moyens en infrastructure et en équipement*, il fût tenu compte de l'hôtellerie, du plateau technique et des travaux effectués récemment dans les établissements.

Les coûts de fonctionnement furent calculés par le contrôleur de gestion de la direction centrale. Les rémunérations et charges sociales ainsi que les amortissements furent exclus de ces calculs.

Les données concernant la population cible des établissements se résumèrent aux calculs des effectifs rattachés à ces établissements en distinguant les personnels du contingent et les personnels d'active. Chaque unité des armées possède en effet un hôpital de rattachement vers lequel elle doit adresser ses patients.

Le potentiel d'attraction des établissements fût évalué au moyens de trois indices : l'indice de dépendance de la ressource, l'indice de dépendance de la population et le bassin de desserte. Ces trois indices étudiés ont bien été décrits par PINEAULT et DAVELUY. Il convenait effectivement de prendre en compte certaines données environnementales comme les difficultés géographiques rencontrées pour rejoindre l'hôpital, la mobilité des unités et la place éventuelle occupée par les structures hospitalières civiles pour évaluer la fréquentation réelle des centres hospitaliers des armées qui est liée en particulier à la qualité du maillage hospitalier.

L'analyse de l'environnement hospitalier a été effectuée en concertation avec la direction des hôpitaux du ministère des affaires sociales et tenait compte de sept paramètres : le nombre des établissements environnants, leur nature publique ou privée et, dans ce dernier cas, leur statut, la qualification des praticiens, les effectifs des personnels, le niveau des plateaux techniques, la qualité des installations hôtelières et les distances à parcourir pour rejoindre ces structures.

L'activité hospitalière, du fait de l'absence de mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) au niveau de toutes ces structures hospitalières, fût étudiée au travers de neuf critères destinés à retracer toutes les particularités de tous les hôpitaux. Ce furent le nombre des entrées totales rapporté à la population militaire totale rattachée, le nombre des consultations totales rapporté à la population totale, le nombre des entrées du personnel du contingent rapporté à la population du contingent rattachée, le nombre de consultations du contingent rapporté à la population du contingent rattachée, le nombre des entrées du personnel d'active rapporté à la population d'active rattachée, le nombre de consultations du personnel d'active rapporté à la population d'active rattachée, le ratio des entrées à charge sur les entrées remboursables, le ratio des consultations à charge sur les entrées remboursables, la durée moyenne de séjour (les soins du personnel du contingent sont à charge du SSA, les soins des

autres personnels correspondent à des activités remboursables, c'est à dire faisant l'objet de rentrées de cessions en termes budgétaires).

La *rationalité* fût considérée comme une rationalité structurelle de l'hôpital au regard du soutien médical à effectuer. Le nombre de lits rapporté à l'effectif militaire total à soutenir fût considéré comme un critère correspondant à une mesure de l'adéquation entre l'offre et la demande potentielle. Le taux d'occupation fût choisi pour mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande effective. Il indique la rationalité de l'affectation des lits mais ne renseigne pas sur l'activité proprement dite. Ce critère est cependant influencé par l'environnement externe du CHA.

3.1.3. Pondération

Il fallait ensuite donner une importance à chacune de ces classes, c'est-à-dire à les pondérer, en respectant plusieurs logiques : une logique « économique » : coût, activité, attractivité, environnement ; une logique « démographique » pour répondre aux besoins des armées : cibles, rationalité ; une logique « de santé publique » pour offrir les soins les plus adaptés aux besoins en termes de qualité, de proximité : personnels, infrastructure. La pondération affectée à chacune des classes a résulté d'une concertation entre les quatre participants travaillant isolément dans un premier temps, la concertation n'intervenant que dans un second temps. Cette pondération est donc uniquement subjective, le recours à plusieurs « experts » permettant d'en retirer un consensus. Chaque membre du groupe était invité à pondérer chaque classe de manière à ce que le total des poids affectés à chaque classe de critère soit égal à 100. Les pondérations retenues après accord consensuel sont présentées dans le tableau suivant :

Classes de critères	Dénomination	Pondération
Classe n° 1	Personnels	12
Classe n° 2	Infrastructure, équipement	8
Classe n° 3	Coût de fonctionnement	10
Classe n° 4	Cibles	20
Classe n° 5	Attraction	10
Classe n° 6	Environnement	5
Classe n° 7	Activité	30
Classe n° 8	Rationalité	5

3.2. Appréciation

Cette deuxième phase de l'étude a consisté en la notation de chaque établissement au regard de chaque classe de critères et leur classement, les membres du groupe de travail étant considérés comme des informateurs clés ou experts.

3.2.1. Notation

Le travail consistait à définir une échelle d'appréciation afin de faire correspondre à chaque structure hospitalière, pour chaque classe, au regard de chaque critère, une évaluation chiffrée. Pour la commodité du calcul nous avons retenu une échelle d'appréciation unique quantitative allant de la note 0 à la note 5. Le jugement fût établi par les experts pour chaque classe, de manière subjective, en se servant des divers indicateurs de la classe. Cette procédure visant à définir une échelle d'appréciation étant très difficile vu le faible écart entre certains indicateurs et le nombre de ces indicateurs, il fût décidé d'accorder un poids plus important à certains indicateurs au

sein de certaines classes de critères (indicateur dominant). Toute l'étude s'est poursuivie à l'aveugle, seul l'animateur ayant procédé à l'anonymisation des établissements ne participait pas à la notation. A chaque changement de classe de critères, l'animateur avait pris le soin de modifier le codage des établissements, ceci afin de ne pas permettre aux participants la reconnaissance d'un établissement hospitalier. Ainsi, le centre hospitalier des armées C, codé 1 en première classe (moyens en personnels) pouvait être codé 3 en deuxième classe (moyens en infrastructure), etc... Le jugement des experts est présenté dans les tableaux suivants :

Classe n° 1 - Personnels (moyens de production)

	Eff. PM/JH	Eff. M/JH	Eff. M/C	Note
A	0,64	0,25	0,44	3
B	0,53	0,20	0,47	1,5
C	0,54	0,20	0,45	0,5
D	0,73	0,27	0,33	3,5
E	0,56	0,22	0,54	3,5
F	0,89	0,24	0,42	5
G	0,81	0,35	0,31	4

Eff PM / JH (effectif paramédical rapporté à la journée d'hospitalisation), Eff M / JH (effectif médical rapporté à la journée d'hospitalisation), Eff M / C (effectif médical rapporté à la consultation). Au sein de cette classe de critères, il fût convenu de choisir l'encadrement paramédical (Eff. PM/JH) comme indicateur prépondérant, suivi de l'indicateur Eff. M/C puis de l'indicateur Eff. M/JH.

Classe n° 2 - Moyens en infrastructure, équipement

	Hôtellerie	Plateau Tech.	Travaux	Note
A	Très bon	Très bon	CS neuf	4
B	Bon	Moyen	1998	2
C	Moyen	Bon	1998	2
D	Excellent	Excellent	Néant	5
E	Moyen	Moyen	Faibles	1
F	Très bon	Très bon	Bloc et réa neufs	4
G	Très bon	Très bon	Réa neuve	4

Dans cette classe de critères, il fût accordé un poids identique à chaque indicateur. Le classement fût aisé.

Classe n° 3 - Coûts de fonctionnement

	Coût	Note
A	23.654	1,5
B	18.057	3,5
C	14.583	4
D	30.202	0,5
E	11.287	5
F	19.079	3
G	21.811	2

Le classement fût fait selon une échelle simple de valeurs croissantes.

Classe n° 4 - Cibles

	Eff. Théor. Active	Eff. Théor. ctg	Note
A	15.208	16.256	5
B	14.990	19.144	4
C	11.082	10.709	3
D	11.186	6.495	2
E	13.955	10.409	3
F	6.463	1.369	1
G	4.726	1.851	0

Dans cette classe, le premier indicateur (Eff. Théor.Active) fût l'indicateur dominant. La différence de classement entre D et C s'expliquant par la différence importante relevée pour le second indicateur (+ 64 % en faveur de C).

Classe n° 5 - Attractivité ou bassins

	IDR	IDP	BD	Note
A	80 %	98 %	31.203	4
B	72 %	93 %	29.492	4
C	86 %	97 %	28.086	3,5
D	85 %	96 %	20.667	3
E	89 %	92 %	21.749	2
F	87 %	98 %	9.357	2,5
G	79 %	97 %	5.983	3

Cette classe de critères fût l'une de celles qui posèrent le plus de difficultés, cela pour deux raisons : d'une part, les « experts » avaient du mal à bien se représenter la signification des indicateurs, d'autre part, le bassin de desserte était fortement influencé par l'indice de dépendance de la population, son calcul étant basé sur ce dernier.

L'indice de dépendance de la population (IDP) fût considéré comme le premier indicateur à prendre en compte (sans pondération majorée cependant), puis les « experts » furent invités à se servir de ce premier classement en le pondérant par les deux autres indicateurs (un fort indice de dépendance de la ressource étant à considérer comme péjoratif et un bassin de desserte élargi étant considéré comme favorable).

Classe n° 6 - Environnement

	Environnement Hosp.	Note
A	DH	1
B	DH	3
C	DH	1
D	DH	1
E	DH	3
F	DH	3
G	DH	5

DH = après consultation de la Direction des Hôpitaux ; basé sur les critères retenus par la direction des hôpitaux (sept paramètres), ce classement ne posa pas de problèmes.

Classe n° 7 - Activité

	ET/ PT	CT/ PT	EC/ PC	CC/ PC	EA/ PA	CA/ PA	Ech/ ER	Cch/ CR	DMS	Note
A	0,19	0,58	0,35	0,94	0,03	0,20	5,16	3,16	7,59	2
B	0,11	0,47	0,22	0,83	0,04	0,23	4,79	1,73	10,28	1,5
C	0,21	0,75	0,38	1,18	0,05	0,33	5,37	2,70	8,91	3
D	0,24	0,56	0,37	0,65	0,16	0,50	1,66	1,53	8,98	3,5
E	0,10	0,29	0,20	0,50	0,02	0,14	2,24	1,83	10,89	0,5
F	0,27	1,14	0,80	1,82	0,16	0,65	0,81	1,36	9,26	4
G	0,17	1,32	0,40	2,85	0,08	0,72	0,36	0,20	7,94	5

- ET= entrées totales, PT= population militaire totale rattachée, CT= consultations totales.
- EC= entrées du contingent, PC= population du contingent rattachée, CC= consultations du contingent.
- EA= entrées personnels d'active, PA= population d'active rattachée, CA=consultations du personnel d'active .
- ECh= entrées à charge, ER= entrées remboursables, CCh= consultations à charge.
- CR= consultations remboursables, DMS = durée moyenne de séjour.

Après la classe de critères relative aux bassins d'attraction (classe n° 5), ce fût la classe qui posa le plus de difficultés. Bien que la compréhension de la valeur des différents indicateurs fût moins difficile que celle des indices d'attractivité, leur nombre (9 indicateurs) rendait l'appréciation réellement complexe. Trois indicateurs furent considérés comme prépondérants : la durée moyenne de séjour (DMS), le ratio des consultations à charge sur les consultations remboursables, le ratio des entrées à charge sur les entrées remboursables. Ce furent tous des indicateurs "péjoratifs".

Classe n° 8 - Rationalité

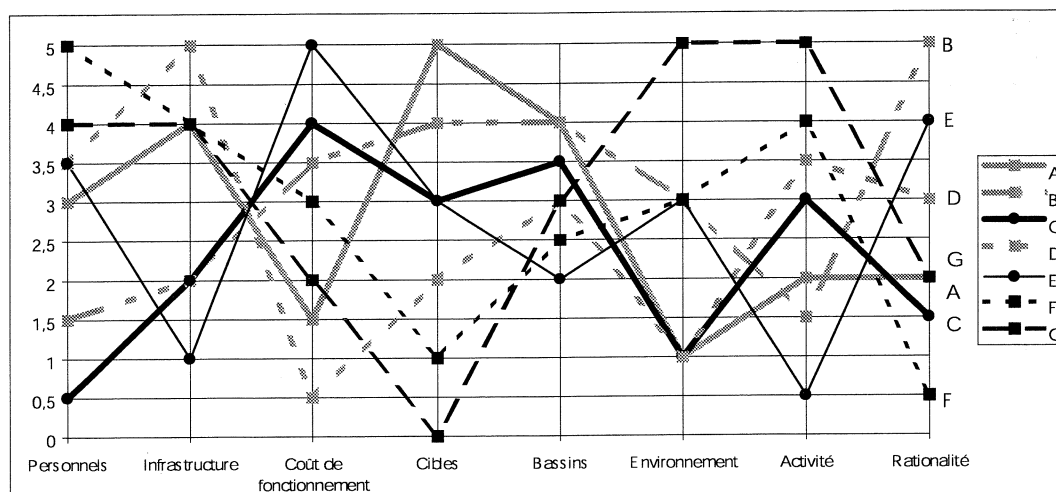
	Nb Lits/ETM	Taux occupation	Note
A	0,94	52,93	2
B	0,69	56,81	5
C	1,38	47,94	1,5
D	1,56	51,07	3
E	0,73	56,3	4
F	3	44,96	0,5
G	3,27	50,09	2

ETM = effectif militaire total à soutenir. Le poids accordé au taux d'occupation fût plus important.

3.2.2. Détermination du meilleur choix

Sur la base des notes obtenues, il fût alors possible de tracer le profil des établissements qui faisaient l'objet de la comparaison.

Tableau récapitulatif : profils des établissements



Au vu de cette représentation graphique du tableau de notation, il s'agissait de déterminer lequel des établissements surclassait les autres, toutes les hypothèses de surclassement devant être formulées et vérifiées par le calcul. Le problème de l'agrégation des critères se posait pour classer les structures en fonction des notes obtenues sur les différents indicateurs. Une méthode de type ELECTRE fût utilisée, permettant de comparer d'abord deux à deux les structures, ce qui définissait une relation de surclassement, puis de dégager les meilleurs choix. En fait, il était convenu d'admettre l'hypothèse de surclassement d'un établissement par un autre si une certaine majorité ne contredisait pas cette affirmation (concordance) et si la minorité qui s'y opposait n'y était pas trop farouchement hostile (discordance). C'est ici qu'intervinrent les pondérations des classes de critères, effectuées au début de l'analyse.

▪ **Indicateur de concordance**

La démarche impliquait de formuler des hypothèses de surclassement en comparant les établissements deux par deux, et de calculer l'indicateur de concordance C correspondant: poids des points de vue concordants par rapport au poids total des points de vue. Plus cet indicateur était élevé, plus l'hypothèse était justifiée.

Exemple du calcul de l'indicateur de concordance dans l'hypothèse que le centre hospitalier des armées A surclasse B.

On relève, sur le graphique du profil des établissements, les points de la courbe du CHA A qui sont au-dessus des points de la courbe du CHA B. On additionne les poids des classes pour les points ainsi relevés, soit, pour notre exemple, les poids « Personnels » = 12, « Infrastructure » = 8, « Cibles » = 20, « Attractivité » = 10, « Activité » = 30. Cela donne un total de 80 sur un poids total de 100, soit un indicateur de concordance de 0,8. Les résultats de l'ensemble des calculs sont contenus dans le tableau matriciel ci-après :

	A	B	C	D	E	F	G
A		0,8	0,6	0,45	0,68	0,43	0,43
B	0,3		0,6	0,5	0,78	0,5	0,45
C	0,45	0,48		0,45	0,58	0,45	0,4
D	0,6	0,5	0,6		0,6	0,43	0,43
E	0,32	0,27	0,52	0,52		0,4	0,35
F	0,65	0,55	0,57	0,57	0,55		0,5
G	0,7	0,55	0,57	0,67	0,65	0,58	

▪ **Indicateur de discordance**

Pour qu'une hypothèse de surclassement fût vérifiée, il fallait que les points de vue contraires ne soient pas trop discordants. L'amplitude de la discordance était mesurée par un indicateur de discordance D : écart discordant le plus important par rapport à l'écart entre les notes extrêmes de l'échelle d'appréciation.

Exemple du calcul de l'indicateur de discordance dans l'hypothèse que le centre hospitalier des armées A surclasse B.

On relève, sur le graphique du profil des établissements, les points de la courbe du CHA A qui sont au-dessous des points de la courbe du CHA B (points « Fonctionnement », « environnement », « rationalité »). On recherche, parmi ces points, l'écart le plus grand (« rationalité » = 3). L'indicateur de discordance est donc de 3/5 (5 étant l'écart entre les notes extrêmes de l'échelle d'appréciation) soit un indicateur de 0,6. Le même calcul généralisé à l'ensemble des relations entre établissements, pris deux par deux, donnait les indications suivantes :

	A	B	C	D	E	F	G
A		0,6	0,5	0,3	0,7	0,4	0,8
B	0,4		0,3	0,6	0,4	0,7	0,7
C	0,5	0,7		0,6	0,7	0,9	0,8
D	0,6	0,6	0,7		0,9	0,5	0,8
E	0,6	0,4	0,5	0,8		0,7	0,9
F	0,8	0,9	0,4	0,5	0,7		0,4
G	1	0,8	0,6	0,4	0,6	0,2	

▪ **Classement**

Pour déterminer un ordre de surclassement entre les différents établissements, il convenait de comparer les résultats obtenus : d'une part avec un seuil de concordance P, que l'indicateur correspondant devait atteindre ou dépasser pour que l'hypothèse de reclassement soit vérifiée ; d'autre part avec un seuil de discordance Q, que l'indicateur correspondant ne devait pas dépasser. Une traduction sous forme de graphique des relations de surclassement fût établi à partir des conventions suivantes :

- A surclasse B si Cab supérieur ou égal à P et si Dab inférieur ou égal à Q,
- B surclasse A si Cba supérieur ou égal à P et si Dba est inférieur ou égal à Q,
- A est équivalent à B si Cab supérieur à P et Cba supérieur à P et Dab inférieur à Q et Dba inférieur à Q.
- Indétermination dans les autres cas.

4. Résultats

Le classement final donnait la hiérarchisation des structures hospitalières, par valeur décroissante :

CHA : G, F, D, A, B, C et E.

Cette étude a été réalisée en faisant varier d'une part les niveaux des pondérations et les seuils de concordance et de discordance d'autre part : cela n'a pas modifié le classement des structures hospitalières. A la levée de l'aveugle, certains experts ont manifesté leur étonnement quant au classement et ont désiré revenir sur la méthodologie, en particulier le choix des critères et leur pondération.

5. Discussion

5.1. A propos des experts

Si la technique utilisée permet la participation d'individus ayant des expériences et expertises diversifiées, elle peut manquer de précision en se satisfaisant d'un énoncé superficiel des critères. Un autre risque est de voir certains critères intéressants rejetés au moment de la phase de concertation. L'animateur aura la lourde tâche de veiller à ce qu'aucun participant ne se sente manipulé et qu'il n'y ait aucun conflit dans le groupe. Cela n'est pas arrivé dans notre étude car l'animateur était plutôt considéré comme un expert externe que comme un leader local.

Les experts doivent avoir plusieurs qualités pour une participation à un tel groupe d'étude. *Un intérêt* pour le sujet de l'étude, puisque la méthode repose en partie sur le volontariat. *Une expérience et/ou une expertise* dans le domaine étudié paraissent le minimum que l'on peut demander à un participant dans une telle étude. *L'absence de représentation d'un point de vue particulier* doit être recherchée afin de ne pas voir la création de groupes de pression au niveau du groupe de travail. Afin d'éviter cet écueil, l'animateur doit connaître le cursus de ses collaborateurs et constituer un groupe aussi exhaustif qu'exclusif (représentation du maximum d'opinions en évitant leur potentialisation). *L'expert doit enfin être reconnu en tant que tel.*

Dans notre étude, l'échelon décideur « in fine » était le Ministre. Il fallait donc éclairer son choix en ayant présent à l'esprit que certaines données, en particulier de nature politique, nous échappaient. Une des principales critiques que l'on peut faire dans le choix de ces experts, est leur absence de représentation de certaines positions du service. Il n'y a eu aucune participation, représentation ou consultation au niveau des personnels des CHA. La performance a donc été jugée par la tutelle. Par ailleurs, lorsque les enjeux sont d'un tel niveau, le choix des experts doit être sans faille. Dans notre étude, les experts furent surpris par le rendu de leur propre interprétation : étaient-ils détenteurs d'une expertise suffisante, leur représentativité était-elle assez large, étaient-ils reconnus en tant qu'experts ?

On aurait pu concevoir une étude apportant plus de participation, se rapprochant plus de la technique de l'assemblée communautaire, c'est-à-dire une assemblée ouverte à plusieurs membres du service considérés comme des ressources importantes. Plus la représentation des différents éléments de la communauté est large, plus les résultats sont crédibles. Cependant, ce type de technique est difficilement envisageable au sein de notre service, celui-ci étant fortement centralisateur. Ce manque de concertation et de participation peut avoir de graves répercussions au niveau de la cohésion du service, certains personnels pouvant de ce fait devenir réfractaires aux programmes de réorganisation tels qu'ils seront mis sur pied. L'idéal est d'utiliser cette technique comme complément au groupe nominal, pour construire un consensus de support aux programmes de réorganisation qui suivront. Elle permet également aux professionnels de travailler à un projet commun et d'améliorer ainsi la communication. Il est dommage de ne pas utiliser plus de participation dans de telles études car les participants sensibilisés par cette approche, sont alors plus susceptibles de devenir des agents de promotion des programmes qui seront mis en œuvre.

5.2. A propos des indicateurs

Plus le nombre de critères est important et plus le nombre d'établissements en présence est élevé, plus il est difficile de les classer. Le groupe nominal eut quelques difficultés à classer les établissements selon la classe des indicateurs relatifs à l'activité (9 indicateurs étaient alors utilisés). Les indicateurs d'activité dont disposaient les hôpitaux militaires à l'époque étaient trop frustrés pour être utilisables isolément : ils n'étaient pas médicalisés, ils n'avaient aucun contenu économique, ils rendaient équivalents des séjours relatifs à des prises en charge différentes. C'est la raison pour laquelle nous avons utilisé un croisement de plusieurs critères. Ce croisement permet ainsi d'éviter une interprétation incorrecte (erreur de jugement ou erreur de données). Il va de soi

que d'autres critères doivent être pris en compte comme l'évolution des cessions des structures hospitalières dès l'annonce des restructurations (effet d'annonce), la progressivité de la déflation des effectifs du contingent (en terme de ressources humaines pour le service de santé des armées et en terme de personnels à soutenir) et enfin il faut garder présent à l'esprit que les meilleures simulations, les meilleurs scénarios, les meilleures maquettes sont toujours soumises à la pression des facteurs politiques externes qu'il ne faut pas négliger mais qui sont malheureusement difficilement quantifiables.

5.3. A propos des pondérations

Le fait que les experts soient étonnés du résultat auquel ils aboutissent pose le problème des pondérations et des échelles d'appréciation en général. Cela peut, à notre point de vue, relever de plusieurs causes :

- ce que nous appellerons « les facteurs sociopolitiques internes ». A la levée de l'aveugle, un ancien chef de service ou médecin-chef d'hôpital aura du mal à admettre que la structure à laquelle il a appartenu soit mal classée, mais nous préférons penser que l'honnêteté intellectuelle des experts écarte cette hypothèse ;
- un « manque de cohérence » dans la pondération des classes de critères ou des indicateurs (bien que pour ces derniers, un indicateur prépondérant ait été choisi pour faciliter l'appréciation et la rendre valide). L'absence d'indicateur dominant aboutirait, en l'absence de différence franche entre les différentes structures, à une incohérence de l'appréciation. Néanmoins, le simple ordonnancement des indicateurs ne fait qu'établir une hiérarchie ; il ne précise pas combien de fois un critère est plus important qu'un autre ;
- une « mauvaise acquisition » des indicateurs, certains étant nouveaux pour la majorité des experts (IDR, IDP, BD), d'autres étant complexes (Ech/ER, CCh/CR), peut provoquer des erreurs dans la notation ;
- la « dissonance cognitive » entre un modèle rationnel et un modèle subjectif utilisé pour la pondération semble être la cause la plus probable. Les notes et la pondération utilisée produisent un effet inattendu en raison de leur combinaison qui peut faire douter de la validité de la méthode.

Il n'est cependant pas certain que l'application stricte de procédures d'ordonnancement (méthode de HANLON, méthode DARE) et l'utilisation de statistiques pour guider le classement puisse résoudre ce problème. Une mesure de cohérence permettant également de tester la validité des résultats pourrait être de réitérer l'analyse auprès des mêmes experts après un délai de quelques mois.

Conclusion

La modification du service national, la réduction du format des forces armées, les restrictions budgétaires ont eu et auront encore un impact sur le service de santé des armées et celui-ci doit modéliser sa structure future en fonction de plusieurs hypothèses. L'impact le plus important de ces évolutions environnementales se fait sentir sur la branche hospitalière du service de santé des armées.

Le service de santé des armées pourra remplir la mission qui lui est confiée par le Ministre de la Défense après avoir réussi sa restructuration, en limitant et adaptant ses établissements hospitaliers aux nouvelles orientations qui lui sont données.

La méthode présentée permet d'aider cette prise de décision. Utilisée en 1993 dans le cadre de la coopération civilo-militaire en matière de participation au service public hospitalier, cette analyse fût reprise en 1995 dans le cadre des travaux du comité stratégique sur la réorganisation du service de santé des armées. Les grands traits de la méthode furent conservés en 1995: méthode multicritère à dire d'experts. Les résultats furent similaires. Au mois de Juin 1996, les premières décisions de réorganisation du service de santé des armées ont été diffusées : les centres hospitaliers des armées E, C, B et A devront tous être fermés d'ici l'an 2000.

Bibliographie succincte

- 1 **DARRE E.**, Mémoire de DEA système de soins hospitaliers et société, 1996, PARIS.
- 2 **PINEAULT R., DAVELUY C.**, La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Editions nouvelles, 1995
- 3 **MINTZBERG Henry.** Structure et dynamique des organisations. Les éditions d'organisation, 1982.