

Que va changer le Lean à l'hôpital en France ?

Mise en œuvre dans des hôpitaux publics en Suède en Angleterre et en Hollande la démarche n'en est qu'à ses balbutiements en France....faut de volontaires ?

Elle pourrait à court terme influencer la nouvelle version du Diagnostic Flash en introduisant des indicateurs de qualité patient comme : Le délai d'admission pour subir une opération, le délai de prise en charge aux urgences, ou le nombre de jours d'attente entre la sortie prévue et la sortie réelle etc....

Peut être cette approche est elle enfin le moyen de réconcilier les porteurs dans l'hôpital des démarches qualité avec les acteurs préoccupés d'amélioration de l'efficience ?

ENTRETIEN

La maîtrise des coûts : une garantie de qualité des soins

Pour Alain Sommer, les réductions de coûts par optimisation peuvent se réaliser dans les fonctions supports des établissements de santé à condition de bien respecter certaines méthodes.

Alain Sommer

est docteur en médecine. Parallèlement, il a étudié la science politique pendant 10 ans. Après avoir brièvement exercé, il a alterné des passages dans l'industrie manufacturière (comme dirigeant) et dans le secteur de la santé (comme directeur financier). Il a suivi un programme MBA. Il préside le groupe de travail sur les questions de santé au Conseil Economique et Industriel auprès de l'OCDE et est professeur associé en finance et gestion de projet dans les services de santé à la chaire d'Economie et Gestion des Services de Santé du Cnam. Il est également à l'origine du site www.asi-edu.com

Pensez vous qu'il soit sérieusement et durablement possible de réduire les coûts en milieu hospitalier ?

Alain Sommer : L'expression réduction des coûts est souvent utilisée pour désigner la réduction des charges comptable. Un coût est une somme de charges comptables affectées à un objet de coût (un soin ou un service ou un produit). Parler de réduction de coût est souvent un abus de langage. On devrait parler de gestion des coûts et le cas échéant de réduction des charges. Il existe 2 catégories de réductions. Celles qui sont liées à l'abandon d'activités déficitaires et celle qui correspondent à l'optimisation des méthodes de travail. Prenons un exemple. Un service de médecine est en sous activité durable et sans espoir : il n'y a pas de gains de productivité ou d'accroissement du volume d'activité ou de prix à espérer. Si ce service ne correspond pas à un besoin de santé publique qui ne peut

être satisfait autrement que par lui, il est clair que sa fermeture permettra de réduire les charges.

En revanche, la réduction de coût par optimisation des méthodes de travail est une approche qui suppose la poursuite de l'activité voire son accroissement. C'est cette dernière qui est la plus difficile et d'ailleurs la plus souhaitable.

Qu'est ce que la productivité dans les services de santé ?

A. S. : Ce concept a été très controversé, mais un consensus s'est établi autour de cette notion. Il est admis que l'accroissement de la productivité correspond à l'accroissement de la qualité et du nombre de soins produits avec les mêmes moyens.

Le gain de productivité est le moyen le plus efficace de réduire les coûts. C'est également un des moyens les plus efficaces d'accroître la qualité des soins. Mais il n'est pas possible dans tous les types de soin.

Oui, mais cette vision productiviste n'oublie-t-elle pas que les soins ne sont pas des produits industriels ?

A. S. : Pour répondre à cette question, il faut distinguer les activités support des activités de soin. Dans les établissements de santé, certaines activités correspondent en tout point aux activités hôtelières de la sphère marchande, par exemple:

- la production et la distribution de repas,
- le lavage du linge,
- la maintenance des équipements d'hôtellerie,
- la maintenance des bâtiments,
- la comptabilité,
- la gestion du personnel,
- la production de feuilles de paie.

Toutes ces fonctions existent dans les entreprises hôtelières du monde entier. L'établissement qui souhaite améliorer ses performances doit comparer ses activités support à celles des meilleures entreprises au niveau mondial. Il ne doit pas comparer ses coûts seulement, mais également les paramètres physiques de ses performances. Certains hôpitaux européens ou américains n'ont d'ailleurs pas hésité à traiter une partie de ces activités support dans des contrées à bas coûts salariaux.

Sans vouloir recourir à de tels extrêmes, les coûts du marché sont extrêmement utiles pour rendre son établissement compétitif. Des sociétés spécialisées pourront vous aider à calculer vos coûts et vous indiqueront les coûts plus compétitifs par fonction support. Il est donc possible pour tout établissement de diminuer ses coûts et d'arriver aux mêmes niveaux de coût que les entreprises publiques ou privées, commerciales ou industrielles. Les méthodes sont connues, éprouvées et diffusées.

Par ailleurs, il existe des activités de support qui sont plus caractéristiques des services de santé tels que l'accueil ou le secrétariat médical. Ces activités sont très proches des activités de services tels que les aéro-

ports, les services clientèles des assurances ou des banques. Des standards de coûts et de qualité existent pour ces fonctions et il ne faut pas hésiter à les utiliser.

Enfin, il existe une troisième catégorie d'activités liées à la production de soins. Les opérations sont très spécifiques et il n'est certainement pas possible de transposer les méthodes et les résultats de l'économie marchande industrielle ou commerciale. Il faut travailler en utilisant des modèles spécifiques.

A vous écouter il suffirait de faire appel à des cost killers ou des consultants pour réduire les coûts des fonctions supports des établissements de soin...

A. S. : Ce n'est pas si simple que cela. Certains coûts peuvent être intrinsèquement liés à la qualité des soins. Prenons le cas de l'informatique : vous pouvez réduire les coûts de l'informatique mais si vous le faites sans discernement, vous pouvez réduire la qualité des soins en réduisant la qualité de l'information disponible pour le médecin. Sans compter que

“Parler de réduction de coût est souvent un abus de langage. On devrait parler de gestion des coûts et le cas échéant de réduction des charges”

vous pouvez au final augmenter le total des coûts en accroissant la charge de travail.

Prenons le cas de la restauration : vous pouvez certes réduire les coûts mais il faut prendre garde à ne pas réduire la qualité des repas et donc, dans certains cas, la fréquentation. Pour l'hôtellerie, la gestion des coûts devrait se réaliser en fonction des objectifs de gestion. Autrefois, tous les établissements ne savaient pas se positionner sur un marché. Depuis un certain nombre d'années, la plupart d'entre eux connaissent mieux les attentes de leurs patients et peuvent faire des choix de niveau de prestation.

CONTRÔLE DE GESTION

Pour finir sur ce thème, la gestion de la facturation est un véritable drame dans certains établissements car il n'existe aucun obstacle moral, éthique ou sanitaire à envoyer les factures à la sortie du patient. Mais certains acteurs du processus de facturation sont tellement réfractaires au changement que leurs réactions sont totalement inadaptées.

Sur les fonctions support, ne seriez vous pas un adepte des méthodes yaka et faukon ?

A. S. : La difficulté n'est pas là où l'on croit. Les méthodes de maîtrise des coûts sont stabilisées et efficaces : il faut être extrêmement modeste en copiant servilement ce que des milliers d'autres gestionnaires ont fait avant nous avec succès. Vous pouvez faire appel à des consultants, mais ils ne pourront jamais vous remplacer ni réussir sans vous. La réduction des coûts est donc le projet du gestionnaire et de son équipe. La lingerie et la restauration utilisent des moyens de production industriels. Réduire les coûts se fait principalement

“Le gain de productivité est le moyen le plus efficace de réduire les coûts. C'est également un des moyens les plus efficaces d'accroître la qualité des soins”

en accroissant la productivité du centre de production ainsi que l'organisation du transport de la nourriture et du linge.

Les fonctions financières, comptables et de gestion du personnel sont basés sur des enchaînements de tâche, des processus. Réduire les coûts se réalise en simplifiant, en supprimant ou en automatisant certaines tâches.

Les étapes de la démarche de réduction des coûts sont connues et font l'objet de nombreux ouvrages.

1/ La phase de diagnostic :

- détermine les caractéristiques (y compris le coût) du produit de la fonction ou du processus concerné (le repas, le kilo de linge, la facture...),
- détermine les charges des principales

étapes de production,

- compare le coût à un benchmark,
- détermine l'écart par rapport à une cible.

Notez que l'écart par rapport à la cible est mouvant. La cible évolue sans cesse : les meilleurs deviennent toujours meilleurs. Pour cette raison, la démarche qui consiste à diminuer systématiquement ses coûts de 3 à 5% par an en améliorant l'ensemble des performances est beaucoup plus saine que celle qui consiste à vouloir les réduire de 20% tous les 3 ans à la suite de difficultés financières.

2/ Le choix de la solution comporte trois étapes : l'analyse du processus de production, la description d'une solution cible et la décision sur les moyens d'y parvenir.

L'étude des tâches et de leur enchaînement fait le plus souvent appel à l'approche par processus que je ne saurais assez recommander à mes collègues financiers.

Décrire finement un processus et le documenter en associant ses équipes à l'exercice est déjà un moyen de faire prendre conscience aux membres de l'équipe des enjeux.

Une fois le processus documenté, vous aurez une vision claire de ses caractéristiques et de son fonctionnement. Le choix d'une solution passe, dans les fonctions support, par des modifications des équipements et des modes de travail. L'interaction des hommes et des machines est en effet caractéristique des fonctions support.

C'est là que les difficultés commencent. Vous devez combiner des équipements et des hommes : ce peut être des ordinateurs, ou des machines qui se substituent à l'homme ou des machines plus rapides. Mais vous devez toujours répondre aux mêmes questions:

- Quelle capacité et quel volume de production viser?
- Quelle est la meilleure combinaison homme/machine tout au long du processus pour atteindre les meilleures performances?

L'approche n'est pas limitée aux coûts mais doit inclure les autres indicateurs de performance (la réponse aux besoins des utilisateurs, la vitesse de réaction, les bonnes opérations du premier coup...). Le but est de faire mieux à moindre coût et non de faire moins pour réduire les coûts.

Le choix entre l'outsourcing et le traitement en interne se réalise à ce moment. La mutualisation des fonctions support permet de réduire les coûts, à condition de pouvoir en sortir quand cela est nécessaire. L'outsourcing mal géré augmente les coûts en enfermant l'établissement dans des solutions obsolètes.

Mais ne croyez pas que l'outsourcing vous dispensera de redéfinir les interactions et l'organisation à l'intérieur de l'établissement : l'outsourcing d'une partie d'un processus aux performances déficientes mène à la désorganisation. Externaliser une paie ou une facturation sans optimiser complètement les processus sera certainement un échec.

3/ La mise en œuvre de la réduction des coûts des activités support vise en réalité l'amélioration de ces activités : il faut produire mieux. Dans certains cas, vous pouvez réduire les coûts en utilisant des machines plus puissantes ou plus rapides : pour une lingerie par exemple. Mais presque toujours, vous réduirez les coûts en améliorant la qualité du travail des équipes et celle du résultat de leur travail.

Cela prend énormément de temps car il faut former les équipes en permanence pour pouvoir les faire progresser. Il faut s'attarder sur chaque tâche, sur chaque geste et convaincre chaque membre de l'équipe de modifier sa façon de travailler.

La vraie réduction de coût se fait par les équipes quand elle est voulue par eux. Si vous êtes propriétaire d'un processus, vous devez vous transformer en coach pour motiver vos équipes et leur donner envie d'améliorer leur travail. Vous ne pourrez réduire les coûts

de la plupart des fonctions supports que par un dialogue permanent avec ses équipes et sur une longue durée. Malheureusement, les responsables des fonctions supports ne sont pas toujours formés à ce genre d'interaction. Ce sont de bons techniciens, de bons gestionnaires, de bons chefs, mais ils pourraient en plus acquérir la culture du développement permanent de leurs collaborateurs indispensable à ce travail en commun.

Les autres obstacles à la réduction de coûts des fonctions supports sont connus, citons entre autres :

- un mauvais choix de matériel. Je ne saurais jamais assez rappeler qu'il faut faire appel à des leaders de marché pour pouvoir bénéficier d'un avantage technique durable et évolutif.
- une action trop violente qui détériore la qualité des prestations d'une fonction support et entraîne celle-ci dans un cercle vicieux de défiance et d'absence de collaboration. Les « gestionnaires de choc » qui réduisent les coûts par des actions violentes et non préparées ne font que détériorer les prestations et au total obtiennent moins de résultat économique malgré un coût temporairement moindre. Les ressources mobilisées produisent moins et plus mal quand un service est désorganisé ou manque de moyens.

Vous voulez dire qu'il faut éviter les actions violentes de réduction des coûts des fonctions support ?

A. S. : J'ai fait allusion à deux thèmes. Le premier est celui des interfaces et surtout des « clients » des fonctions supports. Ces fonctions ont des contacts avec des patients et des soignants et des administratifs. Si vous détériorez le service rendu, vous détériorez l'image de la fonction et vous rencontrerez de multiples difficultés. Une fonction support est au service des autres, elle n'existe pas en elle-même. Les gestionnaires qui cherchent à réduire les coûts en privant leurs clients de certains services sont nuisibles. Je suis convaincu que les gains de productivité sont infinis et

CONTRÔLE DE GESTION

permettent d'offrir des services enrichis à des coûts sans cesse réduits.

Le deuxième thème est celui de la vitesse de la démarche de réduction de coût. Sauf accident de conjoncture (tel que celle que nous vivons actuellement), il faut éviter de réduire brutalement des coûts. En le faisant, vous créez toutes les conditions de l'échec. Les membres de l'équipe sont traumatisés par les départs, n'ont pas eu le temps d'intégrer les nouvelles conditions de travail et vous risquez de détruire durablement leur motivation. Si vous adoptez une attitude positive (accroître la productivité en permanence en développant les compétences des membres de votre équipe et en améliorant la qualité), l'amélioration des performances sera beaucoup plus facile à obtenir.

La situation malheureusement la plus fréquente est celle de services qui n'ont pas géré leurs performances depuis des décennies et qui décident soudainement de réduire leurs coûts de 20 à 30%. Les membres des fonctions support concernés sont inquiets et désorientés car la culture change brutalement et on ne les a pas préparés. Ces services auraient pu obtenir des coûts et des performances comparables en agissant de façon progressive sur leurs coûts.

Vous êtes d'un optimisme étonnant sur les fonctions support. Êtes-vous si optimiste sur les fonctions de soin ? Le consensus ne semble pas régner sur la nécessité ou les méthodes de réduction des coûts des fonctions de soin.

A. S. : Dans les fonctions support, à condition de choisir les meilleurs équipements et d'utiliser les meilleures méthodes, rien n'empêche de reproduire durablement les performances de coût et de qualité des meilleurs gestionnaires.

Par contre, dans les activités de soin, je suis à la fois plus prudent et plus optimiste.

Je suis prudent car la maîtrise des coûts est un sujet très sensible dans la santé. Ce thème inquiète à la fois les patients et soignants : les premiers craignent pour leur santé et les second pour leur méthodes de travail, quand ce n'est pas pour leur emploi. Je suis optimiste car les méthodes de gestion des soins ont fait d'énormes progrès depuis quelques années. Les travaux de la MEAH constituent une percée conceptuelle majeure car ils vont progressivement transférer les méthodes de gestion des services marchands aux services de santé. Ils ont également permis de diffuser une somme de connaissances qui n'était auparavant diffusé qu'à certains acteurs privilégiés.

Le message principal des méthodes de gestion actuelles est que les coûts des soins sont liés à la qualité. Qualité des soins et maîtrise des coûts sont intimement liés : la qualité des soins est meilleure quand les coûts sont gérés et la meilleure méthode de gestion des coûts est d'améliorer la qualité des soins.

Au niveau d'une région et dans un établissement, la gestion des coûts est la condition de la bonne allocation des ressources. Individuellement, en tant que patient, il faut se souvenir que la gestion des coûts, quand elle ne se réalise pas par du rationnement, nécessite une attention plus forte à toutes les étapes du processus de soin.

Oui mais réduire les coûts est souvent synonyme de rationnement.

A. S. : Le rationnement se situe le plus souvent au niveau de l'accès aux soins. A ce propos, assurer un accès de tous aux soins représente la méthode la plus rapide de diminuer les coûts unitaires avec les mêmes charges comptables. L'absence de couverture universelle et de libre circulation des patients est aux USA la cause principale d'accroissement ou de rigidité des coûts.

Réduire les coûts peut être synonyme de rationnement quand on ignore

quels sont les déterminants de la genèse des coûts. Dans les services de soin, le gestionnaire, qu'il soit médecin ou non doit tenir compte des spécificités des soins.

Les contraintes de sécurité et de qualité des soins obligent à écarter les économies de rationnement : absence de personnel ou absence de matériel. Personne ne peut durablement soutenir que les établissements les plus performants en matière de coût organisent le rationnement et la pénurie.

Le rationnement est la conséquence de l'absence de gestion des coûts. Il se produit lorsqu'il y a une mauvaise allocation des ressources. N'oubliez pas que les coûts dans la santé ou dans l'économie marchande ont pour objectif une allocation optimale des ressources.

Vous ne répondez pas à la question sur les méthodes de diminution des coûts dans les services de soins ?

A. S. : Quelles sont les situations rencontrées dans les services de soins ? Du point de vue de la formation des coûts, les soins peuvent se classer en 3 catégories, et leur gestion s'effectue en utilisant 3 méthodes spécifiques. La première catégorie regroupe les soins basés sur l'utilisation d'une machine : par exemple la radiothérapie, les explorations fonctionnelles, les analyses de laboratoire, la dialyse. Les méthodes de production industrielle peuvent être utilisées tout en conservant une exigence particulière sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

La deuxième catégorie comporte tous les actes de soins réalisés par des interactions entre un ou des soignants et un patient : les urgences, les services d'hospitalisation, les soins dentaires. Même si certaines machines sont utilisées, il ne s'agit que d'outils et le soignant est rarement isolé, il fait partie d'une équipe. C'est la logique de la « capacité de soin » qui peut servir de paradigme.

La troisième catégorie regroupe les soins produits par la combinaison entre une équipe et une infrastructure de soin : les blocs de chirurgie par exemple. Cette catégorie est mixte car elle mêle les deux logiques précédentes.

Ces 3 catégories de soin coexistent dans la plupart des établissements de soin généralistes. Les méthodes de gestion de leurs coûts dépendent des spécificités des différentes situations. Néanmoins, ces 3 catégories ont au moins des points en commun en ce

“Vous ne pourrez réduire les coûts de la plupart des fonctions supports que par un dialogue permanent avec ses équipes et sur une longue durée.”

qui concerne la gestion de leurs coûts : il faut gérer les flux de patient et la qualité de soin. Je peux imaginer le nombre de caricatures que l'on peut faire de mes propos, mais le fait d'utiliser des modèles qui existent déjà depuis des décennies dans d'autres secteurs peut être utile si on respecte les spécificités de la santé.

Prenons l'exemple de la première catégorie, quelles sont les méthodes à utiliser ?

A. S. : La gestion des soins liés à des équipements devrait être basée sur l'utilisation au maximum des équipements et l'amélioration de la qualité des soins.

L'utilisation au maximum des équipements suppose que l'on peut assurer un flux de patients continu sur des périodes d'ouverture les plus amples possibles. Lorsque vous faites des simulations, le coût des équipements diminue rapidement avec leur utilisation. Les coûts de consommables ne varient pas ou peu. Par contre la part des coûts salariaux directement liés aux soins dépend fortement de l'utilisation des équipements. Par exemple, plus vous accroissez le nombre de dialyse avec une machine, plus vous réduisez le coût de la machine par séance.

Mais ces méthodes de gestion ont un

impact limité :

- vous ne pouvez pas réduire le coût des consommables car il n'est pas question d'utiliser moins de médicaments ou de consommables par patient.
- la part de l'équipement est parfois inférieure à 5% du coût, alors diminuer de 20% une part inférieure à 5% revient à diminuer de 1% le coût total.
- vous ne pouvez pas réduire sensiblement le coût des personnels directement impliqués dans les soins car il existe des normes de sécurité.

Le gain d'une gestion active sera marginal, mais néanmoins non négligeable : entre 5 et 15%. Comme il s'agit principalement de charges

“Personne ne peut durablement soutenir que les établissements les plus performants en matière de coût organisent le rationnement et la pénurie.”

indirectes, non liées aux soins pour l'essentiel, vous n'obtiendrez une diminution de charges comptables que si vous avez parallèlement réduit ces charges. Une autre option consiste à accroître le volume d'activité en accroissant l'utilisation des machines.

La véritable difficulté est d'assurer en permanence des soins de qualité. Là encore c'est le personnel qui fait la différence. Le coût de la formation et le temps passé à animer les équipes est toujours très largement compensé par les gains réalisés par une utilisation plus soutenue des machines.

Dans les services d'urgence peut-on utiliser les méthodes que vous décrivez ?

A. S. : Il ne faut surtout pas raisonner comme cela. Les services d'urgence représentent un bon exemple de la notion de capacité de soin.

La capacité de soin a deux composantes :

- une composante quantitative (la capacité est de xxx places)
- une composante qualitative (la capacité à offrir des soins médicaux)

Par exemple, un service de médecine a la capacité d'offrir des soins en hématologie à 23 patients. Ces soins sont prodigués par une équipe selon des standards de qualité.

Si vous voulez optimiser ses coûts, vous devez offrir les soins les plus sûrs et les plus efficaces à 23 patients et pas à 26 ni à 22. En fait il faut parler de la capacité annuelle pour pouvoir être pertinent : elle tient compte de la saisonnalité et des contraintes sociales. A partir de cette définition, la gestion des coûts devient plus simple à comprendre.

Pour réduire vos coûts, vous devez utiliser à plein régime la capacité, ce qui veut dire que vous devez planifier vos entrées et vos sorties sur l'année, le mois et la semaine. Il existe depuis 10 ans des logiciels de gestion de flux de patients qui permettent de gérer les entrées et les sorties ainsi que l'ensemble des soins et services reçus par le patient.

Cette notion de capacité a été développée par les compagnies aériennes : un avion a la capacité de transporter 126 passagers dans des conditions de sécurité et de confort déterminés. Imaginez les coûts avec 34 passagers. La capacité suppose un service à bord parfait sans accident de décollage ou de vol ou d'atterrissage. Pensez aux impacts des retards d'embarquement et à la logistique au sol. Mais ne poussons pas plus loin les analogies, sauf sur la notion de coût marginal du dernier passager qui confirme l'intérêt de la couverture universelle. Puis repensez à votre établissement...

Ceci étant, les difficultés d'application sont multiples. On doit les classer en plusieurs niveaux.

La première difficulté concerne les interfaces des services médicaux avec les admissions et dans certains cas les services en aval. La gestion des coûts se réalise principalement par la gestion d'un bout à l'autre du processus pour éviter qu'un patient ne soit hospitalisé trop tard ou ne sorte après avoir passé beaucoup plus de temps que nécessaire.

La seconde difficulté concerne l'aptitude à gérer la présence des équipes. Sauf si l'établissement a été mal conçu (des plateaux trop petits qui imposent un ratio de soignant/ patient plus élevé par exemple) il est toujours malaisé de gérer les présences des soignants. On peut longuement dissenter sur les inconvénients ou les bienfaits des 35 heures ou sur les impacts des régulations du travail mais cet effort de gestion des présences n'est pas facile à réaliser.

La troisième difficulté concerne la gestion de l'aptitude des membres de l'équipe à offrir des soins dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes. Les membres de l'équipe de soin ne sont pas interchangeables et ne sont pas des machines à rendement constant au cours d'une journée. Lorsque l'on observe les journées (ou les nuits) de travail des soignants on constate que leur activité ne correspond pas vraiment à ce que l'on connaît par ailleurs. Une infirmière par exemple réalise une série de tâches, répétitives certes, mais non prévisibles. Il est très difficile de les modéliser et encore plus difficile de modifier les enchaînements de tâches ou leur rapidité.

C'est là où nous atteignons une limite en termes de connaissance et c'est là où les gestionnaires devraient s'arrêter. Parfois ils ne savent ou ne peuvent s'arrêter et les ennuis commencent.

Quel est le lien avec les urgences et la réduction de coût ?

A. S. : En fait il vaut mieux ne pas chercher à optimiser ce que l'on ne sait pas vraiment gérer : l'activité des soignants en face d'un patient.

Il existe des marges de manœuvres considérables dans les fonctions support. Dans les fonctions de soin, les impacts des leviers sont très différents en termes de coût.

Pour les urgences, on ne peut pas prévoir les flux de fréquentation. De plus, les efforts d'orientation préalables des patients ne fonctionnent pas vraiment. On est en permanence en

risque soit de sous effectif soit de sur effectif. Il vaudrait mieux assumer le risque de sur effectif en cherchant des sources d'économies ailleurs.

Gérer ses coûts ce n'est pas rationner les soins, c'est offrir plus de soins de bonne qualité au même coût.

En clair, si on n'est pas très sûr de la demande, on doit viser systématiquement le sur effectif.

Pour les services d'hospitalisation en dehors de l'urgence, on doit par contre chercher à obtenir un taux de remplissage maximal en gérant les flux des patients et la présence des soignants.

Et si les « effectifs » n'existent pas ?

A. S. : Cela fait plus de 7 ans que tous les pays de la zone OCDE sont en pénurie de personnel et vivent en « important » du personnel des pays en voie de développement. Ce phénomène est connu de tous et commence à peine à être sérieusement étudié. Il faut évidemment former plus de personnels soignants.

La pensée dominante des années 1980 et 90 qui visait la maîtrise des coûts par la diminution du nombre de soignant a eu des conséquences extrêmement négatives pour la santé. Non seulement les infrastructures sont mal utilisées mais la qualité des soins en souffre. Dans certains pays, les coûts ne baissent pas car les personnels de soin, en position de force, accroissent leur part de revenu.

**le mois prochain,
suite et fin de cet entretien.**