

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/290-comparaison-des-soins-ambulatoires-en-france-et-en-allemande.pdf>

Comparaison des soins ambulatoires en France et en Allemagne : quels enseignements ?

Sarah Minery, Zeynep Or (Irdes)

L'Allemagne est le berceau de l'assurance maladie sociale, le premier régime d'assurance maladie, introduit par le chancelier allemand Otto von Bismarck à la fin du XIX^e siècle. Si la France s'est inspirée du modèle allemand pour introduire la Sécurité sociale, les systèmes de santé ont évolué différemment dans les deux pays. Aujourd'hui, les dépenses de santé en Allemagne, qui est suivie par la France, sont les plus élevées au monde derrière les États-Unis. Toutefois, la composition de ces dépenses varie entre les deux pays. En Allemagne comme en France, les secteurs des soins ambulatoires et hospitaliers sont bien séparés en termes d'organisation, de financement et de régulation. Cette analyse, tirée d'une étude plus large qui compare les dépenses de santé, apporte un éclairage nouveau sur la structure des soins de ville dans les deux pays. En comparant les principaux mécanismes et politiques qui définissent et régulent les volumes et les prix des soins de ville, elle identifie des éléments intéressants pour améliorer la gestion des dépenses de santé en France.

L'Allemagne est le berceau de l'assurance maladie sociale puisque le premier régime d'assurance maladie y a été créé en 1883 par le chancelier allemand Otto von Bismarck. Si la France s'est inspirée du modèle allemand pour introduire la Sécurité sociale, les systèmes de santé ont évolué différemment dans les deux pays. Le modèle allemand est caractérisé, d'une part, par la coexistence de l'assurance maladie publique et de l'assurance maladie privée substitutive, qui fournissent ensemble une couverture universelle, et, d'autre part, par une gouvernance décentralisée du système de santé, donnant un pouvoir de décision important aux organismes corporatistes :

associations de caisses d'assurance maladie, d'hôpitaux, de médecins, de psychothérapeutes et de dentistes. Les dépenses de santé en Allemagne (12,7 % du Produit intérieur brut en 2022) sont les plus élevées au monde derrière les États-Unis, suivies par la France (12,1 %).

Le système de santé allemand est caractérisé par une séparation stricte de l'organisation et du financement des soins ambulatoires et hospitaliers, ce qui conduit à la fragmentation des services de soins et entraîne des problèmes d'efficacité et de qualité. Le secteur hospitalier est notamment caractérisé par une surcapacité, se traduisant par un nombre

de lits, un volume d'activité et des durées de séjour très élevés (Brunn *et al.*, 2022). Les hôpitaux souffrent d'un problème d'attractivité et manquent de personnels soignants, ce qui pose des problèmes de qualité et de sécurité des soins. Les taux d'hospitalisations évitables élevés questionnent aussi la pertinence des soins hospitaliers, tandis que les faibles taux d'occupation des lits remettent en cause la soutenabilité financière des établissements (Minery et Or, 2024). Dans cet article, nous nous concentrons sur le secteur ambulatoire qui présente davantage d'éléments intéressants pour la France.

Un système de santé décentralisé et autogéré en Allemagne, donnant beaucoup de pouvoir aux fournisseurs de soins, contre une gouvernance centralisée en France

L'Allemagne est un Etat fédéral, constitué de 16 Etats fédérés (*Länder*) qui disposent de l'autorité législative, sauf dans les domaines où elle est réservée au niveau fédéral. En matière de santé, le ministère fédéral de la Santé (*Bundesministerium für Gesundheit*) est le principal responsable, mais les *Länder* sont garants de la mise en œuvre des lois fédérales ainsi que de la planification hospitalière et des services de santé publique. En revanche, l'organisation et le financement des soins font l'objet de décisions prises par les acteurs mêmes du système de santé : les caisses d'assurance maladie, les hôpitaux, les médecins, les psychothérapeutes et les dentistes conventionnés sont représentés par des associations qui se réunissent au sein du Comité mixte fédéral (*Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA*), l'organe décisionnel suprême du système de santé allemand.

En France, la gouvernance du système de santé est centralisée, principalement partagée entre l'Etat, l'Assurance maladie et, dans une moindre mesure, les départements pour les soins de longue durée. Le ministère de la Santé détient le rôle principal en termes de politiques de santé et est ainsi responsable de la préparation et de la mise en œuvre de la politique gouvernementale dans les domaines de la santé publique, ainsi que de l'organisation

et du financement des soins. L'Assurance maladie, quant à elle, contribue à la définition des paniers de soins, à la réglementation des prix des procédures, des médicaments et des appareils remboursés aux patients, et à la définition des niveaux de copaiement. Elle mène également, sous le contrôle du gouvernement, les négociations avec les syndicats de professionnels de santé pour fixer les tarifs des médecins libéraux en ville.

L'assurance maladie privée : complémentaire en France, substitutive en Allemagne

L'assurance maladie est obligatoire dans les deux pays. En France, l'assurance maladie obligatoire est publique et offre un panier de soins généreux, mais exige un partage des coûts pour tous les soins, y compris les visites chez le médecin et les hospitalisations. Ainsi, 96 % de la population possède une assurance maladie complémentaire privée pour couvrir les restes à charge. En Allemagne, l'assurance maladie obligatoire est fournie dans le cadre d'un régime public (*Gesetzliche Krankenversicherung – GKV*) ou d'une assurance maladie privée de substitution (*Privatliche Krankenversicherung – PKV*). Les personnes dont le revenu est supérieur à un seuil fixe (66 600 euros bruts par an en 2023) ou qui appartiennent à certaines catégories professionnelles (tels les indépendants et fonctionnaires) peuvent souscrire une assurance privée, sans possibilité toutefois de retour vers les caisses publiques. 87 % de la population est couverte par le régime public, 11 % par une assurance privée et les 2 % restants (comme les soldats) par des programmes spéciaux. Il n'y a pas de reste à charge pour les assurés publics en cas de visite chez le médecin (généraliste ou spécialiste) et d'hospitalisation (sauf forfait journalier de 10 euros, plafonné à 24 jours), mais certaines prestations à l'hôpital ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie publique (chambre privée...). Pour les médicaments, le reste à charge est faible : 10 % du prix de vente par boîte, mais le reste à charge ne peut pas dépasser dix euros ni être de moins de cinq euros (sauf si le prix du médicament est inférieur). Le recours à l'assurance privée complémentaire est donc beaucoup moins répandu en Allemagne où il concerne un quart de la population et représentait 1,4 % des dépenses

de santé en 2019, contre 13,2 % en France. Globalement, le reste à charge des ménages est faible, aussi bien en Allemagne (12 % des dépenses de santé en 2021) qu'en France (8,9 %).

Concurrence entre les caisses d'assurance maladie en Allemagne contre payeur unique en France

En France, l'affiliation à l'Assurance maladie est automatique et il n'y a pas de concurrence entre les différents régimes. Les différentes caisses (Caisse nationale de l'Assurance maladie-Cnam, Mutualité sociale agricole-MSA...) agissent comme payeur unique. L'assurance maladie en Allemagne est pour sa part un système multi-payeurs, avec 96 caisses d'assurance maladie publique et 46 caisses privées en 2023. Contrairement à la France, les assurés allemands peuvent choisir librement leur caisse en fonction des informations disponibles sur les coûts et la qualité de couverture. Les caisses peuvent se faire concurrence sur les prix pour attirer les affiliés : elles peuvent proposer des options tarifaires qui permettent aux assurés de bénéficier de prestations supplémentaires ou de réduire leurs cotisations. En revanche, le panier des soins pris en charge par l'assurance maladie publique est défini au niveau fédéral par le G-BA qui liste les services devant être couverts par tout assureur. Il couvre un large éventail de prestations et ce n'est que dans une faible mesure que les caisses le complètent par des prestations supplémentaires. Par ailleurs, les assureurs sont contractuellement obligés d'accepter tout demandeur, quel que soit son profil de risque (état de santé).

Des densités de médecins en ville proches, mais davantage de médecins généralistes en France, contre plus de spécialistes en Allemagne

Rapporté au nombre d'habitants, le nombre de médecins libéraux et salariés qui exercent leur activité en ville est similaire en France et en Allemagne (190 médecins pour 100 000 habitants début 2022 contre 183 en Allemagne fin 2021). Cependant, le nombre de médecins généralistes par habitant est bien plus important en France qu'en Allemagne (107 contre 66 pour 100 000

REPÈRES

Cette étude a été menée dans le cadre d'une collaboration entre l'Irdes, le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPs), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé, la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Elle a donné lieu à la publication d'un Rapport de l'Irdes (Minery et Or, 2024). Les auteurs tiennent à remercier Dominique Libault (HCFiPs) d'avoir initié et soutenu ce projet, ainsi que l'ensemble des membres du comité de pilotage du projet et les experts allemands sollicités.

E1

habitants), tandis que le nombre de spécialistes par habitant est plus élevé en Allemagne (83 contre 117 pour 100 000 habitants en Allemagne). Les généralistes représentent ainsi 56 % des médecins en ville en France, contre 36 % de l'ensemble des médecins conventionnés (hors psychothérapeutes non médicaux) en Allemagne. Cette différence s'explique notamment par le plus grand nombre de chirurgiens en Allemagne (deux fois plus, avec 18,6 chirurgiens pour 100 000 habitants, contre 8,8 en France) et de gynécologues (près de trois fois plus, avec 15,4 gynécologues pour 100 000 habitants, contre 5,3 en France). De plus, l'Allemagne possède 38 psychothérapeutes-psychologues pour 100 000 habitants, qui sont reconnus comme professionnels de santé et remboursés par l'assurance maladie, contrairement à la France (encadré 1).

De plus en plus de pratiques de groupe en ville dans les deux pays...

En France comme en Allemagne, les médecins libéraux peuvent pratiquer leur activité médicale dans un cabinet seul, en collaboration avec d'autres médecins ou au sein de centres ou maisons de santé pluridisciplinaires. Historiquement, dans les deux pays, les médecins libéraux travaillaient au sein d'un cabinet individuel. En France, la collaboration entre médecins généralistes et autres professionnels de santé a été encouragée au cours des deux dernières décennies par des incitations financières dans le cadre de structures de soins primaires : les centres de santé (professionnels en soins primaires salariés), les cabinets de groupe monodisciplinaires (médecins généralistes libéraux) et les maisons de santé pluriprofessionnelles (professionnels de soins primaires libéraux, notamment des médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes). L'exercice regroupé chez les médecins généralistes a ainsi progressé en France et concernait 69 % d'entre eux en 2022 (contre 54 % en 2010). En Allemagne, il existe des structures similaires pour l'exercice regroupé. Plusieurs médecins conventionnés peuvent s'associer dans le cadre d'un cabinet de groupe (*Berufsausübungsgemeinschaft*) pour former une unité sur le plan économique et organisationnel. Les centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires

Les psychothérapeutes reconnus comme professionnels de santé en Allemagne

En France, la profession de psychothérapeute est reconnue depuis 2012, mais les psychothérapeutes ne sont pas considérés comme des professionnels de la santé et les soins thérapeutiques ne sont pas remboursés de manière automatique. Depuis 2022, dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy », l'Assurance maladie rembourse jusqu'à huit séances d'accompagnement psychologique par an avec un psychologue conventionné. Néanmoins, il n'y a pas de formation unique agréée pour pratiquer la psychothérapie en ville, et ces soins ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie.

En Allemagne, plus de 31 000 psychothérapeutes « non médicaux » sont reconnus comme professionnels de santé et remboursés par les caisses d'assurance maladie publique, en plus des 6 200 psychothérapeutes médicaux conven-

tionnés. A l'issue d'une formation universitaire en psychothérapie de cinq ans, les étudiants passent un examen d'Etat qui leur donne l'autorisation d'exercer en tant que psychothérapeutes. Ils suivent ensuite une formation de spécialisation de cinq ans dans des structures hospitalières ou ambulatoires, indispensable pour s'inscrire au registre des médecins et psychothérapeutes conventionnés et pouvoir facturer leurs services à l'assurance maladie publique. Les médecins (psychiatres pour la plupart mais aussi d'autres spécialistes ayant obtenu une formation complémentaire) qui travaillent comme psychothérapeutes ne peuvent toutefois pas prescrire de médicaments. Les séances de psychothérapie sont rémunérées en fonction de la durée : par exemple, une séance de 25 minutes est facturée environ 55 euros, 50 minutes environ 110 euros.

(*Medizinisches Versorgungszentrum* – MVZ) sont quant à eux dirigés par des médecins libéraux et regroupent des médecins spécialistes salariés ainsi que des assistants médicaux, des infirmiers et des secrétaires médicaux. Malgré la progression de l'exercice regroupé dans le cadre de ces structures en Allemagne, 54 % des médecins généralistes continuaient à exercer leur activité médicale au sein d'un cabinet individuel (*Einzelpraxis*) en 2021.

... mais une plus grande variété de professionnels, en particulier des assistants médicaux, employés dans les cabinets de ville en Allemagne

Si l'exercice en cabinet individuel reste le mode de pratique médicale le plus répandu en ville en Allemagne, les médecins n'y travaillent pas seuls. Ils sont généralement assistés par des assistants médicaux ou des infirmiers. En 2019, le nombre moyen d'assistants médicaux et infirmiers employés s'élevait à 3,4 personnes en cabinet individuel et à 8,1 pour les cabinets de groupe avec une seule spécialité médicale. Dans les MVZ et les cabinets de groupes avec plusieurs spécialités, leur nombre était estimé à près de 19 et 12 personnes respectivement. Au total, 341 000 assistants médicaux (effectifs) travaillaient dans les cabinets en ville en 2021. Ces assistants médicaux (*Medizinische Fachangestellte*) suivent une

formation de trois ans après le baccalauréat. Au-delà des tâches administratives (prise de rendez-vous, documentation, facturation, etc.), ils effectuent des tâches médicales (poser des pansements, préparer des seringues, prendre la tension, faire des prises de sang, etc.) pour assister le médecin. Ils peuvent effectuer des prises en charge protocolisées avec le médecin, notamment pour les plaies chroniques, alors qu'en France, il s'agit de soins réservés aux infirmiers. Les assistants médicaux et les infirmiers ayant plus de trois années d'expérience professionnelle dans les soins de ville peuvent suivre une formation continue qualifiante qui leur permet notamment de réaliser, pour le compte des médecins, des visites à domicile et dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Contrairement à l'Allemagne, le métier d'assistant médical est peu développé en France : début 2022, seuls 5 % des médecins généralistes disposaient d'un assistant médical et 5 % n'en avaient pas mais travaillaient avec un professionnel de soins (infirmier salarié) qui les assistait. Depuis la création de postes d'assistants médicaux en 2019, seulement 6 000 contrats ont été signés. En plus d'être moins nombreux qu'en Allemagne, les assistants médicaux en France ont une formation plus courte. Ils réalisent plutôt des tâches administratives, aident le médecin lors des consultations ou organisent la coordination avec d'autres professionnels de santé, mais ils ne peuvent pas agir de manière autonome.

Plus de visites chez le médecin en Allemagne mais des durées de consultation plus courtes

Le fait que les médecins allemands emploient beaucoup de professionnels de soins, même dans les cabinets individuels, semble contribuer à assurer un volume d'activité élevé : en 2019, le nombre moyen de contacts avec un médecin par habitant était de 9,8 en Allemagne, contre 5,9 en France. Cela divise également par deux le temps médical nécessaire par patient par rapport à la France (8 minutes en Allemagne, contre 16 à 18 minutes en France (Irving, 2017 ; Drees, 2019)). De plus, les médecins de famille allemands déclarent des durées de travail plus courtes que les médecins généralistes en France : 52,4 heures en 2018 selon l'Association fédérale des médecins conventionnés (KBV) et 49,3 heures en 2019 selon les données de l'Institut central pour les soins médicaux conventionnés (Zi) en Allemagne, contre 54 heures en 2019 en France (Drees, 2019).

Des budgets ambulatoires distribués en fonction des coûts et volumes de soins prédéfinis pour rémunérer les médecins allemands

En Allemagne comme en France, les médecins libéraux sont principalement rémunérés à l'acte, mais avec des différences notables. En France, la rémunération des médecins libéraux dépend directement du nombre d'actes et de consultations qu'ils effectuent. Environ 15 % de la rémunération des médecins libéraux découlent de rémunérations forfaitaires, notamment de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). En Allemagne, le mécanisme de rémunération des médecins libéraux est assez complexe. Les médecins sont principalement remboursés sur la base d'une combinaison de paiement à l'acte et de capitation (paiements par patient par trimestre). Il n'y a pas un prix unique de consultation, les médecins sont rémunérés en fonction des prestations fournies définies par la classification « EBM » (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab*). La logique de cette classification est proche de celle des Groupes homogènes de malades (GHM) utilisés à l'hôpital. Ces prestations médicales prennent en compte le profil des patients (comme la

consultation d'une personne âgée pour suivi de diabète) plutôt que des actes individuels comme en France. L'EBM contient près de 1 500 prestations. Pour chaque prestation médicale, un prix d'orientation en euros et un nombre de points, qui reflètent l'intensité de la prestation, sont attribués par le comité d'évaluation (*Bewertungsausschuss* – BA), à partir d'une évaluation des coûts réels des prestations. En effet, les coûts de production des soins de ville sont mesurés en Allemagne, et des données de coûts des cabinets, régulièrement actualisées, sont accessibles à tout public. En France, le système de Classification commune des actes médicaux (CCAM) contient plus de 13 000 actes et la dernière mise à jour globale des coûts date de 2005, si bien que le progrès technique n'est pas suffisamment pris en compte dans les tarifs, ce qui peut générer des rentes indues et contribuer à la financiarisation de certaines activités et au sous-financement d'autres.

En Allemagne, la notion de dépassements d'honoraires n'existe pas. En revanche, la rémunération d'un médecin libéral diffère selon qu'il fournit des services à un patient couvert par l'assurance maladie publique (GKV) ou privée (PKV). Dans le cadre de l'assurance privée, le « barème des honoraires des médecins » définit les tarifs de base et maximaux que les médecins peuvent pratiquer, mais les médecins disposent d'une marge de manœuvre pour fixer leurs tarifs. Dans le cadre de l'assurance publique, les médecins libéraux ne sont pas directement rémunérés par les caisses d'assurance maladie : celles-ci versent annuellement un budget prospectif à chaque association de médecins conventionnés (*Kassenärztliche Vereinigungen* – KV)¹ qui répartit ensuite ce budget entre les médecins dans sa « région » par trimestre (capitation tri-

mestrielle). Ce budget global est ajusté sur la morbidité ou le profil des patients dans chaque *Land* qui fixe la limite maximale des dépenses de médecine en ville (enveloppe fermée). Le montant de cette enveloppe est négocié entre les associations de médecins conventionnés et les caisses d'assurance maladie publique, en considérant les prix et les volumes des services fournis l'année précédente dans la région. La somme peut être ajustée afin de tenir compte du nombre et de l'évolution de l'âge et de l'état de santé (maladies) des assurés (publics) dans le *Land*. De plus, le prix du point EBM est également ajusté chaque année afin de refléter les évolutions des coûts d'investissement et de fonctionnement dans le *Land*. Cette procédure vise essentiellement à maintenir les dépenses dans des limites raisonnables, tout en encourageant un niveau élevé de volumes de soins. Les médecins ne sont remboursés que partiellement au-delà d'un certain volume d'activité par trimestre afin de respecter le budget alloué. Certains services médicaux tels que les actes de prévention, les interventions chirurgicales ambulatoires et la psychothérapie ne sont pas soumis à des contraintes budgétaires et sont donc remboursés à des prix fixes afin d'inciter les médecins à les dispenser. Si, à l'origine, seules quelques prestations étaient rémunérées hors budget, la rémunération extrabudgétaire représente aujourd'hui près de 40 % de la rémunération totale des médecins conventionnés.

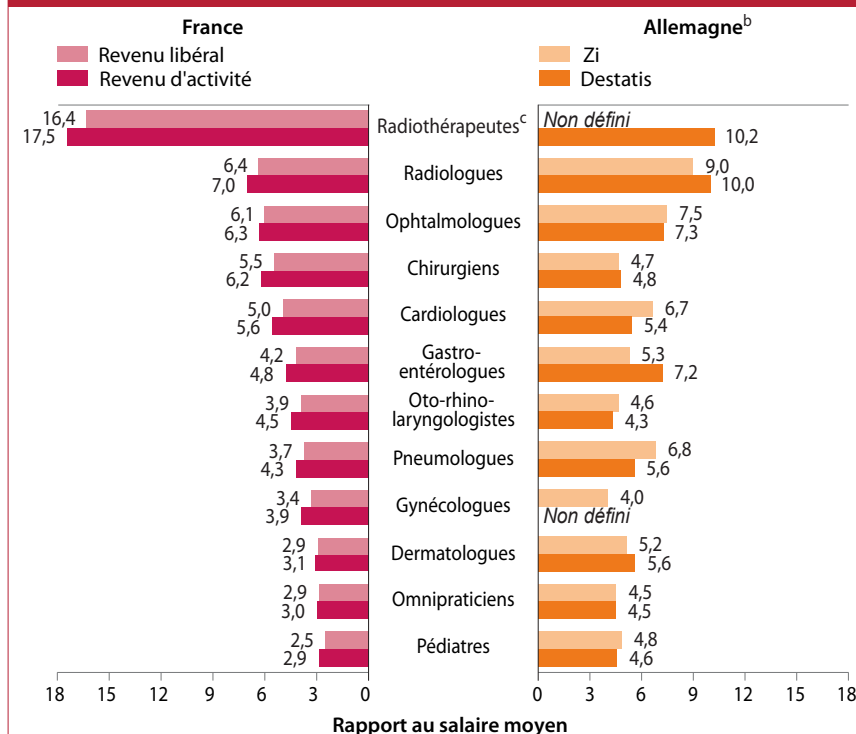
Les revenus des médecins libéraux plus élevés en Allemagne et les écarts de revenus entre spécialités moins prononcés qu'en France

Pour la plupart des spécialités, les revenus rapportés au salaire moyen du pays sont plus élevés en Allemagne qu'en France, à quelques exceptions notables (graphique 1) : les chirurgiens, les cardiologues et les oto-rhino-laryngologistes gagnent entre 6,2 et 4,5 fois plus que le salaire moyen en France, et entre 5,4 et 4,3 fois en Allemagne. En France, les pédiatres, les omnipraticiens et les dermatologues sont les spécialités les moins rémunératrices, avec environ trois fois le salaire moyen, alors que les autres spécialités gagnent entre quatre et sept fois le salaire moyen, à l'exception des radiothérapeutes. Certaines spécialités font systématiquement partie des spécia-

¹ Les associations de médecins conventionnés (KV) sont des collectivités de droit public sous la surveillance du ministère de la Santé ou des Affaires sociales dans chaque *Land*. Elles forment au niveau fédéral l'Association fédérale des médecins conventionnés (*Kassenärztliche Bundesvereinigung* – KBV). Les KV et la KBV sont chargées d'organiser les soins médicaux et psychothérapeutiques ambulatoires pour les assurés publics sur l'ensemble du territoire. Au niveau fédéral, la KBV conclut notamment des accords avec l'Association fédérale des caisses d'assurance maladie publique (*GKV-Spitzenverband*) sur l'organisation des soins. Chaque médecin et psychothérapeute autorisé à prendre en charge des patients de l'assurance publique est automatiquement membre de la KV de son *Land*.

G1

Revenu des médecins libéraux par rapport au salaire moyen^a en France et en Allemagne, 2019



^a Avant déduction des charges sociales. Salaire annuel moyen brut en 2019 : 39 152 euros en France et 42 376 euros en Allemagne (Statistiques de l'OCDE).

^b Pour l'Allemagne, échantillons représentatifs de 64 754 cabinets médicaux pour l'Office fédéral des statistiques (Destatis) et de 4 020 cabinets pour l'Institut central de recherche sur les soins ambulatoires (Zi) pour 2019. Les données financières déclarées correspondent aux données fiscales.

^c Pour l'Allemagne, la catégorie « radiothérapeutes » comprend également les spécialistes en médecine nucléaire et en radiologie.

Sources : Drees, 2022 ; Zi, 2020 ; Destatis, 2020. Calculs Irdes (Minery et Or, 2024, p. 34).

[Télécharger les données](#)

lités les mieux rémunérées que ce soit en France ou en Allemagne, notamment la radiothérapie, la radiologie, la médecine nucléaire, l'ophtalmologie, la cardiologie et la gastro-entérologie. En France, les radiothérapeutes sont exceptionnellement bien rémunérés sur cette sélection de spécialités par rapport au salaire moyen (17,5 fois le salaire moyen), suivis par les radiologues (7 fois le salaire moyen), ce qui peut être la conséquence d'une priorité accordée au cancer mais aussi l'illustration de la non-actualisation des tarifs qui génère des rentes (Cour des comptes, 2022).

Globalement, les écarts de revenus entre les différentes spécialités sont moins prononcés en Allemagne qu'en France. Par exemple, les ophtalmologues gagnent en moyenne 80 % de plus que les généralistes en Allemagne contre plus de deux fois plus (110 %) en France. En France, la rémunération moyenne des radiothérapeutes correspond à près de six fois le revenu moyen des médecins généralistes (5,8 fois), contre 2,3 fois en Allemagne. En revanche, la rémunération des méde-

cins à l'hôpital semble plus proche entre la France et l'Allemagne, mais globalement plus faible dans les deux pays lorsque l'on compare avec le revenu des médecins en exercice libéral (encadré 2).

Les tarifs des prestations médicales en Allemagne sont actualisés selon l'évolution des coûts réels des prestations

Ces différences de revenus entre les spécialités, en Allemagne comme en France, peuvent résulter des différents tarifs (public *versus* privé en Allemagne et secteur 1 *versus* 2 en France) ainsi que des marges de bénéfices pour différents actes qui peuvent varier selon les spécialités. Souvent les actes techniques et innovants sont plus rémunérateurs, et certaines spécialités, plus techniques, peuvent augmenter leur volume d'actes plus facilement que d'autres, plus médicales. En France, selon les spécialités pour lesquelles la part des médecins libéraux en secteur 2 est plus importante, les revenus

peuvent être plus élevés, comme pour les médecins qui ont une clientèle avec une assurance privée plus importante en Allemagne. Toutefois, une grande partie des écarts de revenus entre spécialistes libéraux en France est la conséquence directe de l'absence d'actualisation des tarifs de la Sécurité sociale sur la base des coûts. Par exemple, plus de 80 % des radiothérapeutes pratiquent en secteur 1, avec des tarifs de la Sécurité sociale sans dépasement.

L'installation des médecins en ville : libre en France, encadrée en Allemagne

En France, à l'issue de leurs études, les médecins sont libres de choisir où exercer leur activité médicale sur le territoire national. En Allemagne, l'installation des médecins et psychothérapeutes conventionnés sur le territoire est encadrée par une planification des besoins (*Bedarfsplanung*). Cet instrument permet d'évaluer le nombre de médecins nécessaires dans une zone géographique afin de garantir aux assurés un accès égal aux soins médicaux et conforme aux besoins. Il repose sur un ratio cible de médecins par habitant qui dépend de la densité, de la structure de morbidité, d'âge et de sexe de la population. Le périmètre géographique d'une zone de planification varie d'une spécialité à une autre : plus les soins médicaux sont spécialisés, plus la zone de planification est grande. Le cadre de la planification est défini au niveau fédéral par le G-BA. Les associations de médecins conventionnés (KV) établissent avec les caisses d'assurance maladie leur propre planification en tenant compte des particularités régionales et locales en matière de soins.

Un outil qui permet de réguler l'offre dans des zones sur-denses en Allemagne, mais ne remédie pas à tous les problèmes d'inégalités d'accès aux soins

En Allemagne, la planification des besoins est un outil contraignant : en cas de surdensité de médecins dans une zone de planification donnée, il n'est pas possible pour de nouveaux médecins de s'y installer. En revanche, elle ne per-

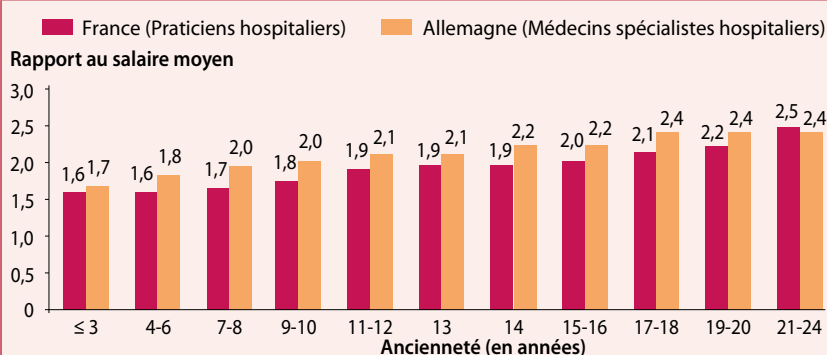
E2

La rémunération de base des médecins hospitaliers et internes en France et en Allemagne

En France, le salaire des personnels médicaux dans les établissements publics de santé est fixé par arrêté et varie selon leur statut et ancienneté. En Allemagne, la rémunération de base des médecins hospitaliers est fixée dans le cadre de conventions collectives, différentes selon le type d'établissement de santé (hôpital universitaire, centre hospitalier ou clinique privée). Elle varie selon le statut du médecin et son ancienneté.

La différence de rémunération de base des médecins hospitaliers en France et en Allemagne est assez faible, mais la rémunération reste globalement supérieure en Allemagne jusqu'à vingt ans d'ancienneté. Toutefois, cette comparaison n'inclut pas les médecins-chefs (*Chefärzte*) en Allemagne dont la rémunération est fixée par négociations salariales et peut être particulièrement avantageuse.

Rémunération de base d'un praticien hospitalier qui devient chef de service après dix ans d'ancienneté, par rapport au salaire moyen

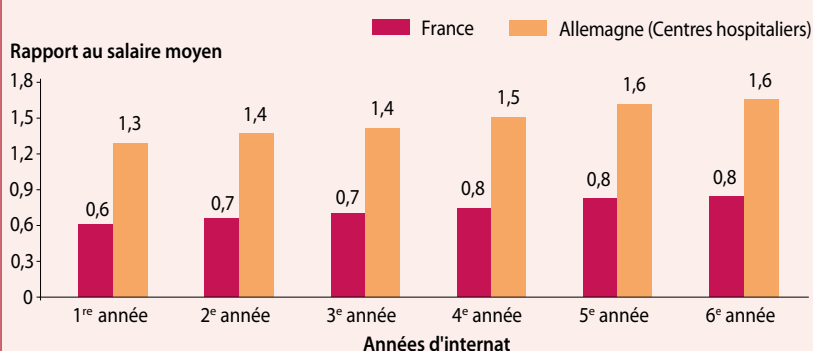


Champ : En France, salaire de base d'un praticien hospitalier, complété par l'indemnité d'engagement de service public exclusif (1 010 euros bruts mensuels) et par l'indemnité de chef de service (200 euros bruts mensuels) après dix ans d'ancienneté ; en Allemagne, salaire de base d'un *Facharzt* (médecin spécialiste), d'un *Oberarzt* (chef de service) après dix ans d'ancienneté, en centre hospitalier ; salaires au 1^{er} juillet 2022. Les indemnités et primes, notamment pour les gardes et astreintes, ne sont pas incluses dans les deux pays. Salaire mensuel moyen brut de 3 475 euros en France et de 3 788 euros en Allemagne en 2022.

Sources : Légifrance ; Marburger Bund ; öffentlicherdienst.info. Statistiques de l'OCDE. Calculs Irdes.

En revanche, le revenu brut de base par mois d'un interne (second cycle des études de médecine, après six ans d'études universitaires, dans les deux pays) est plus élevé en Allemagne. Au 1^{er} juillet 2023, il est de 1 617 euros en première année et 2 374 euros pour un docteur junior en fin d'internat (sixième année) en France contre 5 085 euros et 6 536 euros bruts par mois pour un interne en centre hospitalier en Allemagne. En deuxième année, les internes gagnent environ 60 % du salaire moyen national en France, tandis qu'ils gagnent 35 % de plus que le salaire moyen en Allemagne. En cinquième année, en France, ils gagnent toujours près de 20 % en dessous du salaire moyen, contre 60 % de plus en Allemagne.

Rémunération de base des internes en médecine en France et en Allemagne par rapport au salaire moyen



Champ : Salaires au 1^{er} juillet 2022. Dans les deux pays, des indemnités de gardes et d'astreintes peuvent compléter la rémunération de base des internes.

Sources : Légifrance ; Marburger Bund ; öffentlicherdienst.info.

met pas en elle-même de remédier au manque d'attractivité des zones sous-denses. L'objectif initial de la planification, qui existe depuis 1993, n'était pas de lutter contre le manque de médecins dans certaines régions, mais d'empêcher l'installation de plus de médecins dans les régions surdotées pour garantir les intérêts économiques des médecins déjà en activité.

Pour lutter contre le manque de médecins dans les zones sous-dotées, diverses mesures incitatives ont été mises en place, y compris financières, telles que la garantie de ressources ou la subvention des coûts d'investissement nécessaires lors de l'installation ou de la reprise d'un cabinet médical. Cependant, tant en Allemagne qu'en France, ces types d'incitations financières peinent à attirer de nouveaux médecins dans les zones défavorisées. Aujourd'hui, dans les deux pays, les jeunes médecins recherchent davantage une activité salariée qu'une pratique indépendante pour mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle. Le travail en équipe permettant de déléguer les tâches administratives et organisationnelles, une activité à temps partiel et des horaires de travail réguliers sont également de plus en plus recherchés.

Moins de difficultés d'accès aux soins primaires en Allemagne

S'il existe toujours des différences dans la répartition des médecins d'une région à l'autre en Allemagne, les problèmes d'accès aux soins semblent être moins flagrants qu'en France. Les écarts géographiques en densité de médecins généralistes sont moins importants en Allemagne qu'en France². D'après le G-BA, en 2018, la quasi-totalité de la population en Allemagne pouvait atteindre un médecin généraliste en moins de dix minutes en voiture (99,8 %) et la plupart des médecins spécialistes en moins de 30 minutes (99 %). La majorité des personnes interrogées déclarait également obtenir un rendez-vous en quelques jours.

2 En termes de répartition régionale et départementale en France par rapport, respectivement, à la répartition entre les *Länder* et les zones dites d'aménagement (*Raumordnungsregionen*) en Allemagne.

Un suivi rapproché des prescriptions médicales en Allemagne...

En Allemagne, les médecins conventionnés sont libres de prescrire tout médicament dès son autorisation de mise sur le marché. Ils sont toutefois tenus de respecter le principe d'économicité (*Wirtschaftlichkeitsgebot*) : les prestations doivent être appropriées et économiques pour soigner et ne doivent pas dépasser la mesure du nécessaire. Le respect de ce principe est soumis à des contrôles. Les médecins conventionnés doivent donc être particulièrement prudents, notamment lorsqu'il s'agit de prescrire de nouveaux médicaments qui peuvent être bien plus coûteux que des alternatives thérapeutiques équivalentes.

Depuis 2017, les associations de médecins conventionnés (KV) et les caisses d'assurance maladie publique peuvent concevoir des contrôles d'économicité au niveau régional. Dans plusieurs *Länder*, le contrôle repose sur les budgets de référence : chaque médecin dispose d'un budget moyen par patient et par trimestre pour les prescriptions de médicaments, de pansements et produits thérapeutiques. Ce budget varie d'une spécialité à une autre. Si un médecin dépasse son budget global pour sa patientèle, un contrôle est initié sous la forme d'une consultation personnelle pour lui demander des explications et lui apporter des conseils. Dans le cas d'un nouveau dépassement (de plus de 25 % du budget), une procédure de rembourse-

ment peut être engagée par l'association de médecins conventionnés. Certaines associations de médecins comparent les coûts moyens des prescriptions d'un médecin avec ceux des médecins de la même spécialité à la fin de chaque année. En cas de dépassement (de plus de 50 % en Rhénanie-du-Nord et en Basse-Saxe, de 45 % en Hesse, de 40 % à Berlin), le médecin est alors contrôlé, sauf s'il justifie ses dépenses supplémentaires par des particularités du cabinet. De plus, l'ensemble des associations de médecins conventionnés définissent des quotas cibles, minimums ou maximums, pour les prescriptions de certains groupes de médicaments ou de substances actives, tels que les génériques et les biosimilaires. Les médecins qui les respectent peuvent également être exemptés de contrôles.

... qui contribue à réduire les coûts des prescriptions

L'existence de ces contrôles et le risque de remboursement qui y est lié sont contraignants pour les médecins car un contrôle prend du temps et impose de la documentation. Toutefois, le nombre de pénalités financières à la suite d'un contrôle d'économicité semble faible. Selon une étude de 2018 sur l'impact des budgets pharmaceutiques sur le comportement des médecins (Fischer *et al.*, 2018), les budgets, calculés de manière plutôt généreuse, ont surtout contribué à réduire les coûts de prescriptions, notamment en augmentant la part des génériques, mais n'ont pas vraiment réduit les pres-

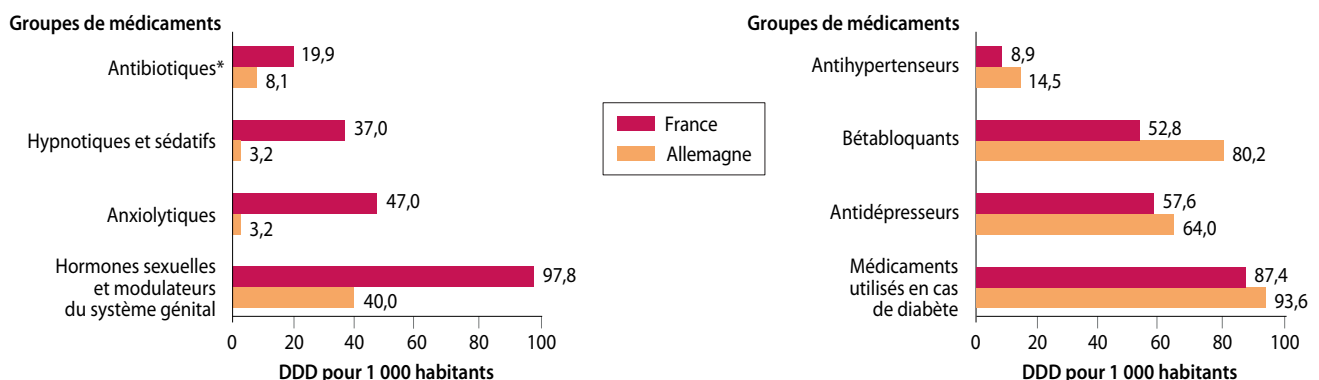
criptions inappropriées pour les personnes âgées. Il semblerait que les budgets n'impactent pas le volume global de prescriptions de médecins, mais incitent à prescrire plus de génériques afin de réduire les coûts. Même si ce système de contrôle des prescriptions est jugé trop contraignant par les médecins allemands, les prescriptions en Allemagne semblent s'aligner davantage sur des recommandations cliniques par rapport à la France.

Des volumes de prescriptions importants en France qui questionnent leur pertinence

La comparaison du nombre de Doses journalières définies (DDD) prescrites pour 1 000 habitants pour certains groupes de médicaments en 2021 montre une consommation nettement plus importante en France pour les anxiolytiques (près de 15 fois plus qu'en Allemagne), les hypnotiques et sédatifs (12 fois plus) et les hormones sexuelles (2,4 fois plus). La consommation d'antibiotiques est quant à elle 2,5 fois plus importante en France. En revanche, pour certains médicaments recommandés concernant notamment des maladies chroniques, le nombre de prescriptions est plus élevé en Allemagne, mais les écarts avec la France sont bien moins importants : les antihypertenseurs (1,6 fois plus qu'en France), les bêtabloquants (1,5 fois plus), et, à moindre degré, les médicaments utilisés en cas de diabète (1,1 fois plus). Une partie de ces différences peut être liée à des facteurs épidé-

G2

Doses journalières définies (DDD) pour 1 000 habitants par jour pour une série de groupes de médicaments en France et en Allemagne (2021)



* Antibactériens à usage systémique dans le secteur des soins primaires (groupe ATC J01) [European Centre for Disease Prevention and Control].

Champ : En France, DDD pour 1 000 habitants ; en Allemagne, DDD pour 1 000 assurés auprès de l'assurance maladie publique.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

[Télécharger les données](#)

miologiques (différences des populations en termes d'âge et de morbidité) et aux limites de comparabilité des données. Néanmoins ces chiffres questionnent la pertinence de certaines prescriptions en France (Minery et Or, 2024, pour plus de détails).

Un suivi de la qualité plus avancé en ville en Allemagne

Contrairement à la France où il existe peu de données sur la qualité des soins en ville, le contrôle de la qualité des soins ambulatoires en Allemagne est assez rigoureux et essentiellement assuré par les associations de médecins. Les médecins doivent justifier auprès de leur association de médecins conventionnés une formation continue effective visant à garantir leurs compétences (points à accumuler sur cinq ans par la participation à des congrès ou séminaires, la publication d'articles, etc.). En cas de non-respect de cette obligation, les médecins s'exposent à des sanctions, pouvant aller d'une réduction des honoraires jusqu'au retrait de l'autorisation de pratiquer la médecine dans le cadre du système de l'assurance maladie publique. En France, il n'existait jusque-là aucun mécanisme obligatoire comparable visant à réévaluer les compétences des médecins de ville. Depuis janvier 2023, les médecins ainsi que les dentistes, pharmaciens, sage-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes et pédicures-podologues sont soumis à une obligation de certification périodique à justifier tous les six ans. Ce nouveau processus de certification vise à garantir le maintien des compétences professionnelles, de la qualité des pratiques professionnelles et l'actualisation et le niveau des connaissances, et s'appuie sur une liste de critères établis au niveau national (dont la formation continue obligatoire déterminée par les ordres professionnels).

En Allemagne, certains services ne peuvent être fournis et facturés qu'en cas d'autorisation délivrée par l'association de médecins conventionnés (KV). Environ 50 domaines de prestations sont concernés, tels que la coloscopie, l'appareillage auditif et la chirurgie ambula-

toire. Pour obtenir une autorisation, le médecin doit prouver qu'il dispose d'une qualification et d'une patientèle suffisantes, que l'équipement et les locaux du cabinet concerné sont adaptés et que les collaborateurs médicaux et non médicaux disposent également des qualifications nécessaires. En 2021, près de 95 000 dossiers de patients ont été examinés dans le cadre de plus de 10 000 contrôles auprès de médecins. Les KV effectuent de nombreux contrôles, notamment d'appareils, d'hygiène, de formation continue et des fréquences de réalisation de certaines prestations. En cas de manquements graves à la qualité, la sanction la plus importante peut être le retrait de l'autorisation (317 révocations en 2021).

Depuis 2004, l'ensemble des médecins conventionnés ont l'obligation légale de développer une gestion de la qualité au sein de leur structure, afin de garantir et d'améliorer en permanence la qualité des soins médicaux. Les associations de médecins conventionnés vérifient si cette obligation est respectée en effectuant des contrôles aléatoires auprès d'au moins 2,5 % des médecins conventionnés. Une fois par an, l'Association fédérale des médecins conventionnés (KBV) publie les résultats de ces contrôles dans un rapport.

Le système de santé allemand se distingue du système français par une régulation des soins de ville plus importante : l'installation des médecins sur le territoire est encadrée par la planification des besoins ; la qualité des soins ambulatoires et les coûts des prescriptions sont régulés par les associations de médecins qui versent aussi la rémunération des médecins libéraux dans le cadre de budgets ambulatoires prédéfinis au niveau régional. Cette régulation stricte est largement acceptée par les acteurs du système de santé car il s'agit d'une forme d'autorégulation, dans laquelle les associations représentatives des professionnels de santé jouent un rôle essentiel. Globalement, ce mécanisme contribue à assurer des niveaux de revenus un peu plus élevés qu'en France pour la plupart des médecins, avec des écarts de reve-

nus moins prononcés entre les spécialités. Il contribue également à assurer une meilleure accessibilité aux soins de ville pour les patients. L'organisation des cabinets en ville où sont employés de nombreux assistants médicaux pour aider les médecins peut être une source d'inspiration en termes de délégation des tâches. Toutefois, si ce modèle allemand d'organisation des soins de ville permet une bonne efficacité productive, le système de budget ambulatoire apparaît assez conservateur et peu incitatif à l'efficacité allocative, les budgets reflétant les coûts et les volumes de soins d'une année sur l'autre. Le ministère fédéral de la Santé souhaite d'ailleurs réformer les budgets pour les médecins généralistes afin d'introduire plus d'incitations financières à élargir leur patientèle et fournir de nouvelles prestations tout en limitant les consultations inutiles au cabinet. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Minery S., Or Z. (2024). « Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne ». Irdes, *Rapport*, n° 590. <https://www.irdes.fr/recherche/2024/rapport-590-comparaison-des-depenses-de-sante-en-france-et-en-allemande.html>
- Brunn M., Kratz T., Padget M., Clément M.-C., Smyrl M. (2022). "Why are there so many hospital beds in Germany?". *Health Services Management Research*. 2023;36(1):75-81. (doi:10.1177/09514848221080691).
- Chaput H., Monziols M., Fressard L., Verger P., Ventelou B., Zaytseva A. (2019). « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine ». Drees, *Études et Résultats*, n° 1 113, mai.
- Cour des comptes (2022). « La radiothérapie : une offre dynamique à mieux réguler ». *La Sécurité sociale 2022. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. Octobre.
- Fischer K., Koch T., Kostev K., Stargardt T. (2018). "The impact of physician-level drug budgets on prescribing behaviour". *European Journal of Health Economics* 19:213–222. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0875-9>
- Irving G., Neves AL., Dambha-Miller H., et al. (2017). "International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries." *BMJ Open*;7:e017902. (doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902).