

La démographie médicale en Allemagne et la planification de la couverture sanitaire

La démographie médicale est devenue une préoccupation majeure en RFA depuis la loi de 1992 sur la réforme des structures de santé. Celle-ci s'inscrit dans un contexte de rationalisation de l'offre de soins permettant une maîtrise des coûts. Toutefois la démarche adoptée n'a pas consisté à modifier les cursus des études médicales en vue d'adapter *ex ante*, pourrait-on dire, l'offre de soins aux besoins de santé de la population. La mise en œuvre de ces réformes aurait été difficile dans un pays à structure fédérale où l'éducation relève de la compétence des lands. L'effort a porté sur un contrôle plus strict de la couverture sanitaire du territoire. La procédure de planification des besoins vise à imposer une norme quantitative en la matière, chaque unité territoriale, définie en fonction d'un certain nombre de critères, se voyant allouer un ratio de praticiens par nombre d'habitants.

Le budget social allemand est d'un peu plus de 1 000 milliards de DM. Les dépenses de l'assurance maladie, pour 1995 sont estimées à 214 milliards de DM (dont 7,5 milliards pour les hôpitaux). Les dépenses de santé proprement dites (l'assurance maladie finançant également des dépenses qui ne relèvent pas strictement du domaine de la santé) représentent depuis trois ans environ 11 % du budget social. Pour l'année 1996, la maladie enregistre un déficit de 7,5 milliards de DM, les hôpitaux restent avec la pharmacie un des postes de dépenses le plus important.

Stabilisation des installations nouvelles

Le nombre de médecins exerçant en RFA en 1995 était de 335 348. Si l'on soustrait à ce total les médecins qui n'exercent pas en tant que praticiens (*ohne ärztliche Tätigkeit*), le nombre s'établit à 273 880. Le taux de progression par rapport à 1994 a été de 2,6 %. Il est en nette diminution par rapport au taux de progression moyen enregistré depuis 1980 qui a été de 3,3 %.

Sur les 273 348 médecins exerçant effectivement, 111 000 exercent au sein d'un cabinet (*Praxis Einrichtung*). Les

médecins conventionnés (*Kassen Praxis*) sont au nombre de 108 900.

On compte 132 700 médecins hospitaliers, soit 48,3 % du total. Le nombre des médecins pratiquant dans le cadre d'un cabinet s'est accru nettement moins vite que celui des médecins hospitaliers (1,4 % pour les premiers en 1995 contre 2,8 % pour les seconds).

Si l'on considère la répartition par spécialités, la progression la plus forte a été enregistrée en 1995 parmi les psychiatres (9,6 %) et les neurologues (9,1 %). Vient ensuite les dermatologues (3,2 %) et les urologues (3,0 %).

La répartition par tranches d'âge fait apparaître un vieillissement de l'ensemble du corps médical. Le groupe des 40-60 ans représente 51,1 % de l'ensemble des médecins contre seulement 50,4 en 1994. Cette augmentation résulte de l'accroissement du poids des 50-60 ans (+4,4 %).

Ces tendances devraient se confirmer dans les années à venir compte tenu de la décroissance du nombre des installations nettes, c'est-à-dire ne constituant pas le remplacement d'un départ à la retraite.

On note par ailleurs une certaine désaffection pour les études de médecine. Il y a dix ans, on comptait dix candidats pour une place, actuellement ils ne sont

que deux. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles certains préconisent de remplacer le test très sélectif que les étudiants doivent passer actuellement par un entretien approfondi. D'après les dernières statistiques, le nombre d'étudiants en médecine s'élève à 85 601 ; ils obtiennent le titre de médecin au bout de six années et peuvent alors commencer une spécialisation.

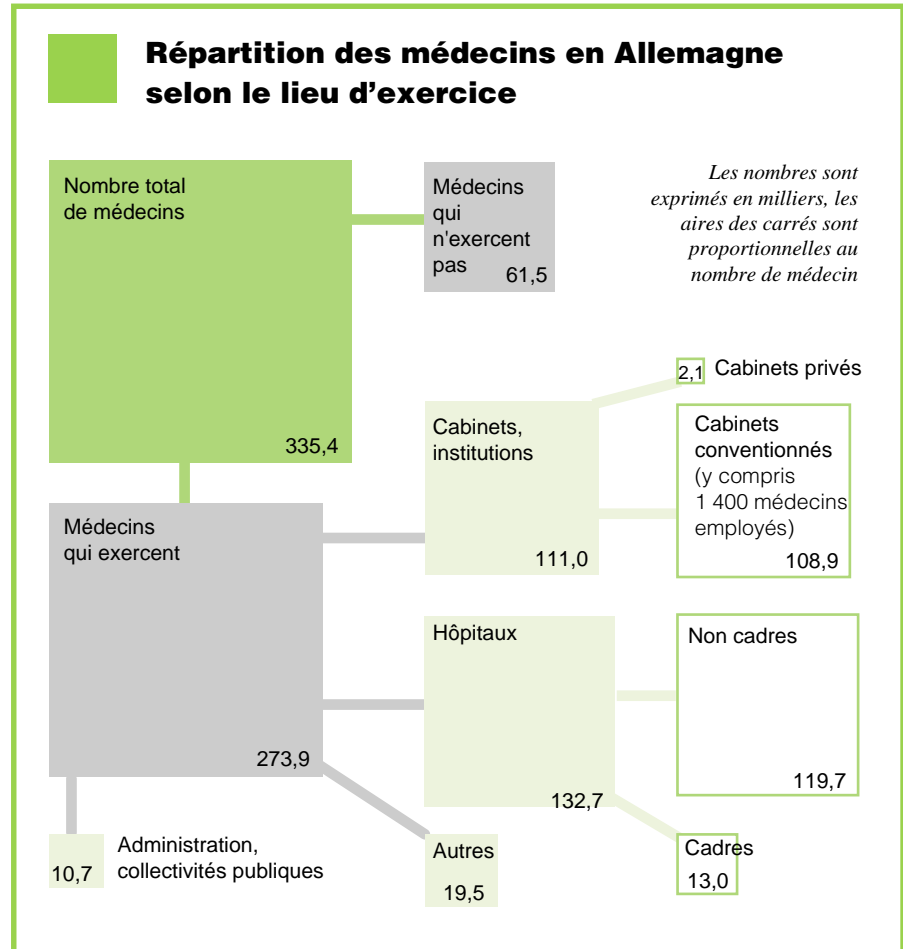
La densité de la couverture médicale rapportée à l'ensemble de la population était en 1995 de un médecin pratiquant pour 298 habitants. La République fédérale comptant actuellement 81 539 000 habitants, cela représente un ratio de 336 praticiens pour 100 000 habitants.

Une conclusion se dégage de l'ensemble de ces statistiques : le volume global de l'offre de soins de ville ne devrait pas s'accroître dans une proportion notable au cours des prochaines années. Cela est dû en grande partie à la structure de la pyramide des âges et à un nouveau dispositif introduit en 1992 : la planification de l'offre de soins (*Bedarfsplanung*). En effet, dans l'immédiat le nombre des départs à la retraite devrait se stabiliser avant de s'accélérer à compter de l'an 2000 compte tenu de la forte proportion des médecins appartenant à la tranche des 40-59 ans. Or, le dispositif de contrôle de la couverture sanitaire mis en place en 1992 ne permet pratiquement plus de nouvelles installations. Toute installation doit compenser un départ que celui-ci soit dû à un départ en retraite (à 68 ans au plus tard) ou à la faillite pure et simple du cabinet, cas qui n'est pas rare en RFA.

La planification de la couverture sanitaire : un dispositif mêlant des critères quantitatifs et qualitatifs

Les méthodes et les objectifs de la planification de la couverture sanitaire sont fixées par la loi relative au renforcement et à l'assainissement des structures de l'assurance maladie (loi sur les structures du système de santé) du 21 décembre 1992.

Le législateur est parti du constat que



la concurrence entre les praticiens, qui prévalait avant le vote de la loi, avait des effets inflationnistes, chaque praticien cherchant à préserver sa clientèle par un certain laxisme dans ses pratiques prescriptives. Par ailleurs, depuis 1987, le volume de l'offre de soins n'a cessé de croître alors que jusqu'à cette date on avait plutôt observé un déficit chronique.

Les dispositions relatives à cette planification se trouvent à l'article 1 de la loi modifiant le livre 5 du Code de la Sécurité sociale.

À compter de la date de promulgation de la loi, les autorisations d'installation ne seront accordées aux praticiens que dans la limite de certains seuils. Des normes sont fixées par type de territoire pour les médecins généralistes et les spécialistes. Il convient toutefois d'observer que ces normes ont été établies de manière

toute pragmatique puisqu'elles ne font qu'entériner le rapport entre le nombre d'habitants et le nombre de médecins par type de territoire donné au moment de l'entrée en vigueur de la loi. Pour reprendre la terminologie allemande, le *Ist est un Soll* (ce qui est ce qui doit être).

Un comité fédéral composé de représentants des fédérations de caisses d'assurance maladie et d'organisations professionnelles de médecins est chargé de la mise en œuvre de la loi.

Les différents types de territoire sont classés selon une nomenclature qui prend partiellement le découpage des circonscriptions territoriales allemandes (il existe ainsi des villes de plein exercice ou des villes arrondissement de land) mais en l'assortissant d'un certain nombre de caractéristiques qui permettent une pondération (voir *infra*).

Il appartient à un comité local d'habilitation (*Zulassungsausschuss*) également composé de représentants des caisses d'assurance maladie locales et des organisations professionnelles de médecins d'autoriser tel ou tel praticien à s'installer. C'est l'application du principe cher aux Allemands de la *Selbstverwaltung* (autonomie d'administration). Cet organe doit veiller à ce que la norme prescrite soit respectée. Il peut dans certains cas dépasser la norme s'il est prouvé qu'un tel dépassement correspond à un besoin réel en matière de santé publique. Le comité peut également encourager la création de centres médicaux regroupant différents types de praticiens (*Zusammenschlüsse*).

L'efficacité économique de la pratique médicale fait l'objet d'examen périodiques selon le même principe de la territorialisation. Ceux-ci portent sur les prestations fournies qui sont mesurées en fonction de barèmes représentant des valeurs moyennes par prestation et exprimées en points dont la valeur est négociée au niveau du land. Ainsi on établit une moyenne des coûts pour telle ou telle pathologie sur le territoire considéré qui sert au calcul d'un budget global sur la base duquel sont effectués les remboursements (art. 85 et suivants du livre 5 du Code de la Sécurité sociale).

Si le montant des prescriptions du praticien s'écarte de cette norme, il subit une pénalisation financière (*Regress*). Des contrôles aléatoires (*Stichprobe*) sont également menés sur les 2 % des praticiens d'un territoire donné à raison d'une fois par trimestre. Ces contrôles sont facilités par le fait que le patient ne règle pas directement, d'une manière générale, le praticien. Celui-ci reçoit directement de la caisse d'assurance maladie le remboursement de la prestation selon le principe du tiers payant (*Sachleistung*).

À la recherche d'une adéquation entre population et offre de soins

Les modalités de la programmation proprement dite sont fixées par les directives émanant de la commission fédérale

des médecins et des caisses d'assurance maladie en date du 9 mars 1993.

Le territoire de la République fédérale est divisé en types de territoire correspondant aux catégories suivantes :

- Type 1 : ville centrale (*Kernstadt*), villes sans arrondissements de plus de 100 000 habitants.

- Type 2 : arrondissements ayant une forte densité de population dans la proximité immédiate des villes centrales. On y trouve une densité de population de plus de 300 habitants au km² ou bien il s'agit de villes sans arrondissements de moins de 100 000 habitants.

- Type 3 : arrondissements denses (*Verdichtete Kreise*) possédant une densité de population comprise entre 150 et 300 habitants au km².

- Type 4 : arrondissements ayant une densité de population inférieure à 150 habitants au km².

On distingue en outre des unités territoriales plus étendues « en voie de se densifier » (*Verdichtungsansätze*). Il s'agit essentiellement de régions rurales dont la ville noyau (*Verdichtungskern*) présente une densité de population moins grande que les villes situées dans des zones de forte urbanisation. Le centre de ces régions est habité par une population comprise entre 100 000 et 300 000 personnes. Il a en outre une densité de population supérieure à 150 habitants au km².

Ces régions se répartissent de la manière suivante :

- Type 5 : ville-centre. Ce sont les villes situées au centre de ces régions et qui ont plus de 100 000 habitants.

- Type 6 : arrondissements de densité moyennement forte. Situés à proximité des villes centres, ils ont une densité de population de plus de 150 habitants au km².

- Type 7 : les arrondissements ruraux sont les arrondissements ou les villes sans arrondissements qui présentent en moyenne une densité de population inférieure à 150 habitants au km².

Viennent ensuite les régions à caractère exclusivement rural qui couvrent les types 8 et 9 et les régions particulières (type 10). Il s'agit dans ce cas d'arrondissements ayant une population extrêmement dense mais ne disposant pas

d'environnement rural. Une seule région correspond à ce type : il s'agit de la Ruhr.

Différents critères, fournis par les autorités de l'aménagement du territoire (*Raumordnung*) ont été utilisés afin de diviser le territoire de la République fédérale en unités d'analyse cohérentes : la centralité effective, tant géographique que fonctionnelle de la zone urbaine importante, la densité de la population, la démographie des populations du territoire considéré notamment.

Sans entrer dans les détails de la procédure conduisant au constat d'un excédent ou d'un déficit dans la couverture du territoire considéré lors d'une enquête triennale, on indiquera que l'excédent ou le déficit est constitué dès que le nombre constaté dépasse ou est inférieur de 10 % à la norme.

Cependant un certain nombre de correctifs peuvent être apportés à cette norme.

Ainsi en cas de dépassement de 10 % du quota des spécialistes de médecine interne on doit appliquer au quota des médecins généralistes un coefficient égal à 0,8 afin d'obtenir le nombre de généralistes qui sera comparé à la norme.

Par ailleurs, pour l'évaluation de la couverture du territoire dans les différentes spécialités, il n'est pas tenu compte des praticiens qui exercent leur activité à titre principal ou subsidiaire dans le domaine de la psychiatrie.

Les praticiens qui ont obtenu l'autorisation de s'installer afin d'exercer leur activité professionnelle dans deux spécialités doivent être pris en compte dans l'évaluation respective des deux spécialités en question par l'application d'un coefficient de 0,5 à chacune d'elles.

Il est évident que dès qu'un dépassement a été constaté un gel des autorisations d'installation est prononcé par la commission compétente du land.

Une procédure d'urgence engagée lorsqu'il est dûment établi qu'il existe un déficit dans ou telle spécialité.

Les critères qualitatifs permettant de déterminer s'il existe une couverture satisfaisante des besoins tant dans le domaine de la médecine générale que de la médecine de spécialité sont les suivants :

le nombre des médecins de famille (*Hausärzte*) qui assurent un suivi dans le temps du devenir du patient devrait représenter 60 % de celui des médecins de spécialité (*Fachärzte*). Parmi ces médecins de famille, il devrait également y avoir une répartition équilibrée, tenant compte des caractéristiques du territoire considéré, entre les médecins de médecine générale et ceux qui peuvent se prévaloir d'un diplôme de spécialité. Ce cumul est une spécificité allemande, le *Hausarzt* pouvant être un *Facharzt* ayant une spécialisation en médecine générale.

Commentaires

La planification de la couverture sanitaire est donc un des instruments centraux dont s'est doté le système de santé allemand afin de maîtriser la progression des dépenses de l'assurance maladie.

Il est actuellement trop tôt pour tirer un bilan de sa mise en œuvre. Elle a cependant d'ores et déjà permis un contrôle très strict des installations. Toutefois la méthode allemande ne s'inscrit pas, du moins à ce stade, dans une perspective dynamique. Elle a surtout abouti à geler une situation antérieure.

La loi de 1992 prévoit cependant qu'une révision du dispositif pourra être entreprise à partir du 1^{er} janvier 1999, l'objectif n'étant plus seulement le contrôle de l'offre en termes quantitatifs, qui sera cependant renforcé puisque les dépassements de norme pourront être résorbés de manière autoritaire, ce qui n'est pas le cas dans le cadre du dispositif légal actuel, mais également sa rationalisation en termes qualitatifs.

L'ouverture de cabinets regroupant des généralistes et des spécialistes pourrait être encouragée afin de permettre un meilleur suivi du malade, lui-même source d'économies.

Les normes devront sans doute être revues afin de permettre de lutter contre certains dérapages du système actuel, comme par exemple le recours excessif aux spécialistes.

D'une façon plus générale, une réflexion globale est en train de s'engager

concernant non seulement les pratiques médicales elles-mêmes mais l'organisation et les finalités de la formation des médecins.

Il est reproché à la médecine hospitalière de générer des coûts trop importants. La densité des équipements hospitaliers est particulièrement forte en RFA et probablement surdimensionnée. Partant de ce constat, certains souhaitent que la séparation étanche existant actuellement entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers soit abolie. Ils préconisent la création d'un statut unique qui permettrait à chacune de ces catégories de dispenser des soins aussi bien ambulatoires que stationnaires. Par ailleurs les médecins de ville devraient pouvoir utiliser les plateaux techniques des hôpitaux.

En tout cas, la tendance est à la formation de médecins plus polyvalents et plus orientés vers la pratique que par le

passé. Une réforme des facultés de médecine est actuellement étudiée par l'instance fédérative des ministres de la santé des lands. Il s'agit d'inclure la faculté dans un ensemble regroupant les équipements hospitaliers et sanitaires d'un secteur afin de préparer les étudiants à une carrière où ils pourront être amenés à exercer dans des contextes différents. Cette mobilité est considérée comme la condition préalable à la rationalisation de l'offre de soins car elle permettra d'éviter que des disparités ne se créent entre les catégories de praticiens et le sous-emploi de certains équipements. ■

Jean Wolas

Conseiller pour les Affaires sociales,
Ambassade de France en République
fédérale d'Allemagne

**À paraître
en mars
1997**

18
mars 1997
**Actualité et dossier
en
santé publique**

Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique

**Les réformes
des systèmes
de santé**
dossier
Spécificités et
convergences

ISSN 1248-275X