



Les médecins face à la coordination des soins : un éclairage comparatif (Allemagne/Suède)

Patrick

Hassenteufel

Université Versailles-Saint-Quentin/
Laboratoire
Printemps

Alban Davesne

Centre d'études
européennes de
sciences politiques

L'amélioration de la coordination des soins, objectif de plus en plus prioritaire de la politique de santé en France, implique en première ligne les professionnels de santé, en particulier les médecins car elle suppose non seulement des transformations dans leurs pratiques et les interactions entre eux mais aussi dans leur rémunération et dans leur statut. C'est ce que montrent les cas contrastés de la Suède, et de l'Allemagne¹. Dans le cas de la Suède la coordination des soins s'est appuyée sur la salarisation des médecins permettant la mise en place de structures collectives dans le secteur ambulatoire caractérisant ce système national de santé. En Allemagne, la coordination des soins a été renforcée plus récemment dans le cadre de la mise en concurrence des caisses, en s'appuyant en particulier sur de nouveaux modes de contractualisation avec les médecins.

Suède : le rôle historique des soins primaires coordonnés partiellement remis en cause par les réformes libérales

La coordination des soins primaires avec l'ensemble de la chaîne de soins représente la caractéristique la plus originale du système de santé suédois. Elle a été l'objet d'un investissement politique précoce de la part des réformateurs sociaux-démocrates des années 1930 aux années 1970. Le rapport rédigé en 1942 par Axel Höjer développait en détail le projet d'instaurer un service public de soins primaires sous la responsabilité des comtés ou des villes et insistait sur la nécessité de créer des centres de santé d'importance graduelle, coordonnés entre eux et avec les services hospitaliers, et qui seraient le lieu d'une approche préventive et sociale de la médecine. Si ce projet est resté lettre morte à l'époque, il a influencé la définition des soins primaires fondée sur les principes de proximité, d'accessibilité, de continuité et de coordination qui s'est imposée dans les années 1970. Des centres de santé (*vårdcentraler*) ont alors été construits en nombre, dont certains pouvaient accueillir 10 à 15 médecins résidents. En 2012, il existait 1 166 centres de santé primaires de tailles différentes. Les patients y sont d'abord pris en charge par les personnels infirmiers avant d'être dirigés vers un médecin généraliste ou un spécialiste. Il n'est pas rare que des personnels non médicaux (infirmières, kinésithérapeutes ou autre) occupent la fonction de directeur de ces centres de santé, ce qui indique un rapport beaucoup plus souple qu'en France avec la

hiérarchie professionnelle traditionnelle au sein de ces structures. Certains de ces centres sont spécialisés dans la prévention ou le traitement de maladies chroniques, comme le diabète ou l'asthme. Les centres de santé sont également un élément important de la politique de prévention. L'accueil des patients par les centres de santé intègre ainsi un service de prévention individualisée des risques liés entre autres au tabac, à l'alcool et aux drogues. Les infirmières jouent ici un rôle de premier plan.

Si le système de santé suédois reste très performant en matière de coordination entre les différents niveaux de prise en charge, les réformes de libéralisation et de privatisation menées depuis les années 1990, visant à lutter contre les effets pervers de ce système (les listes d'attente excessives en particulier), ont toutefois entraîné des changements. Elles ont réintroduit, certes de manière marginale, dans la régulation des soins de santé suédois une question qui se pose en France avec plus d'acuité : le risque d'une surconsommation de soins lié à une forme de nomadisme médical et plus généralement à une mauvaise coordination des différents prestataires.

En 1994, une réforme a introduit la possibilité pour les patients de s'inscrire auprès d'un médecin de famille (*hushäkare*) sans restriction, mettant ainsi fin au primat des centres de santé. Cette loi a toutefois été abrogée dès le retour au pouvoir des sociaux-démocrates en 1996. L'organisation du parcours de soins local n'a plus été aussi frontalement remise en cause depuis, mais les travaux d'Ulrika Winblad montrent, à travers l'exemple de Stockholm, le plus ouvert à la concurrence et aux soins privés, une tendance à la fragmentation de l'offre de soins. Le système de rémunération des prestataires de santé mis en place y étant fortement lié à l'activité, la chercheuse a constaté la réalisation d'actes médicaux non nécessaires. Pour éviter cet écueil, un certain nombre de comtés pratiquent des tarifs différenciés selon l'établissement de référence auquel le patient a choisi de s'inscrire [58]. De manière générale, un certain nombre de témoignages indiquent que les médecins suédois se trouvent aujourd'hui confrontés au développement d'une forme (encore limitée) de consumérisme médical qui conteste leur rôle de *gate keeper*.

Le cas de la Suède montre que la question de la coordination des soins est un enjeu qui n'implique pas seulement les médecins mais aussi les autres professionnels de soins et aujourd'hui les patients, fortement attachés à la liberté et à la facilité d'accès aux soins médicaux, au nom desquels ont été adoptées des réformes d'orientation libérale remettant partiellement

1. Cet article s'appuie sur une enquête réalisée pour l'Institut Montparnasse [29].

Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 55.

en cause les fondements de son système national de santé.

Allemagne : la coordination des soins par la mise en concurrence des caisses d'assurance maladie

En Allemagne, la politique de réorganisation du système de soins est étroitement liée à la mise en concurrence des caisses mise en place à partir de la réforme structurelle de l'assurance maladie (GSG) de 1992 permettant le libre accès de chaque assuré à n'importe quel type de caisse. Dans un premier temps, le seul élément de choix des assurés était le taux de cotisation (variable entre les caisses), puis, à partir de la loi de modernisation de l'assurance maladie (GMG 2003), la concurrence a été étendue à l'offre des soins en visant l'amélioration de la qualité par une meilleure coordination des soins. Celle-ci se traduit tout d'abord par la possibilité donnée aux caisses de créer des centres de soins médicaux (*Medizinische Versorgungszentren*) regroupant des médecins et d'autres professions de santé pour une prise en charge plus intégrée du patient. Il s'agit là d'un retournement assez spectaculaire par rapport au début des années 1990 : l'harmonisation du système médical est-allemand dans le cadre de la réunification avait abouti à l'est à la fermeture de la plupart des centres de santé (les polycliniques), au cœur du système de soins de la RDA mais inconnus à l'ouest. On assiste ces dernières années à la renaissance de plusieurs polycliniques dans l'est de l'Allemagne sous la forme de centres de soins médicaux. Les incitations sont fortes puisque le montant des rémunérations des actes médicaux est supérieur à celui des actes accomplis dans les cabinets médicaux ; les généralistes employés de ces centres peuvent accomplir certains actes spécialisés ; enfin, il est également possible de prendre en charge des soins pré ou post-opératoires. Fin 2011, il existait 1 730 centres employant 9 500 médecins, un tiers d'entre eux sont dirigés par des hôpitaux (impliqués dans 700 centres). Toutefois, la mise en place de ce type d'organisation des soins, plus coordonnée, est contestée par les principaux représentants des médecins libéraux, parce qu'ils peuvent être dirigés par des non-médecins susceptibles de faire prévaloir des logiques économiques (20 % des centres ne sont ni dirigés par des médecins, ni par des hôpitaux) et parce qu'ils permettent aux hôpitaux de s'impliquer dans les soins ambulatoires.

L'autre aspect est la possibilité donnée aux caisses, dès la loi de 2000 et renforcée par la loi de 2003 qui remet en cause le monopole contractuel des unions de médecins de caisse (auxquelles adhèrent à titre obligatoire tous les médecins de ville exerçant dans le cadre de l'assurance maladie), de signer des contrats dits sélectifs (*Selektivverträge*). Cette contractualisation d'un nouveau type permet la mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins afin de favoriser un meilleur suivi du patient, dans le cadre de réseaux et de filières de soins, en surmontant les cloisonnements entre médecine générale et médecine spécialisée, entre

prévention et soins curatifs, entre la médecine en cabinet et l'hôpital, entre soins médicaux et paramédicaux...

Il s'agit tout d'abord des contrats de médecin de famille (*Hausarztssystem*) reposant sur le principe du passage systématique par le généraliste. L'un des premiers, et plus importants, est celui signé en 2005 entre la caisse complémentaire Barmer, l'association allemande des médecins généralistes (*Deutscher Hausärzte Verband* ou DHV) et l'association allemande des pharmaciens. 3 000 médecins et 1 500 pharmaciens y ont adhéré, ce qui correspond à la prise en charge de plus de 600 000 patients. Il est fondé sur le passage obligatoire par le généraliste, payé au forfait. Celui-ci doit fortement inciter ses patients (dont le montant des cotisations est légèrement réduit) à s'impliquer dans des actions de prévention (notamment sous la forme de « chèques prévention » annuels). Le généraliste s'engage pour sa part à participer à des cercles de qualité et à des formations, à prescrire des génériques et à se conformer à des protocoles de soins. Cette possibilité a donc été saisie par ce syndicat des généralistes pour renforcer le rôle du généraliste et pour s'autonomiser par rapport aux unions qui ont contesté ce contrat du fait de la limitation du libre choix du patient et du changement de mode de rémunération.

La loi de développement organisationnel de l'assurance maladie légale (*Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV*) adoptée en 2008 a prévu la généralisation des contrats de généralistes (*Hausarzt Verträge*) renforçant le rôle pivot de ceux-ci et mettant en place des forfaits pour le suivi des patients. Surtout, la loi prévoit que les contrats peuvent être signés en dehors des unions (à adhésion obligatoire) avec un syndicat (à adhésion libre). Il s'agit là d'une impulsion nouvelle donnée à la réorganisation du système de soins allemands à partir du généraliste dans le cadre de la concurrence tout en continuant à remettre en cause le rôle des unions par le renforcement de l'organisation de généralistes DHV. Une nouvelle loi, en 2011, a accru les exigences en termes d'efficacité économique (le financement des contrats dépend des gains financiers ou de l'accroissement de l'efficacité). Leur nombre total est d'environ 400 aujourd'hui, ce qui montre leur acceptation par les médecins généralistes (plus de 20 000 d'entre eux prennent part à ces contrats, soit la moitié des médecins généralistes en activité en Allemagne).

On peut ensuite mentionner les contrats concernant l'intégration des soins (*Integrierte Versorgung*) au nombre de 6 339 fin 2012 et couvrant près de deux millions d'assurés. Les deux tiers d'entre eux portent sur un type de prestation défini, un cinquième intègre des opérations en ambulatoire, mais seul 1 % d'entre eux comprend des soins non médicaux. Ajoutons que la loi sur le médicament de 2011 a permis la participation d'entreprises pharmaceutiques à ces contrats. Un premier contrat fédéral a été conclu fin 2011 autour de la prise en charge des enfants atteints d'épilepsie. Par ailleurs, en 2013, plus de 6 millions de patients participent à un



Disease-Management-Program (dont près de 4 millions de diabétiques).

En dehors de la contractualisation se sont également développées deux autres formes de soins plus coordonnées. D'une part, les soins ambulatoires à l'hôpital dans des régions où existent des pénuries de médecins spécialistes, pour des prestations très spécifiques, ont été rendus possibles. D'autre part, près de 400 réseaux de soins ont été mis en place². La loi de réforme structurelle sur l'organisation des soins de 2011 a donné la possibilité de négocier (avec les caisses et sous la supervision des unions de médecins) des modes de rémunération spécifiques pour ces réseaux à condition de répondre à un certain nombre de critères : impliquer au moins 20 médecins dans au moins trois spécialités (qui peut être la médecine générale), exister depuis au moins trois ans, comprendre des soignants non médecins,

2. Dans l'enquête *ÄrzteMonitor* de 2012, 25 % des médecins interrogés déclarent travailler dans le cadre d'un réseau. Le nombre de réseaux a doublé en dix ans.

établir des standards de qualité et des objectifs en termes de soins...

Cette loi prévoit aussi la mise en place (à partir de 2014) d'un nouveau secteur de la médecine spécialisée pour améliorer la coordination ville/hôpital. Il repose sur toute forme de coopération entre des médecins spécialistes en ambulatoire et des médecins hospitaliers pour la prise en charge de pathologies lourdes (tumeurs intestinales, maladies rhumatologiques, insuffisance cardiaque, tuberculose, mucoviscidose...).

En Allemagne comme en France, les tentatives de renforcement de la coordination des soins ont accru la fragmentation de la profession médicale avec, d'une part, l'affaiblissement des unions qui ont perdu le monopole de la contractualisation avec les caisses et, d'autre part, l'autonomisation d'organisations « libres », en particulier le syndicat de généralistes *DHV* et *Medi*, contractualisant directement avec les caisses. Même si le développement de nouveaux modes d'organisation des soins est plus étendu en Allemagne qu'en France, il s'accompagne de fortes différences territoriales puisque leur mise en place repose sur des négociations locales. ✈