

**MOTS CLÉS**

Allemagne  
Système de santé  
Graph Europe  
Benchmark  
Management  
Dialogue social

**RÉFLEXION**

# Le système de santé allemand

La première édition européenne du Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph) s'est tenue à Berlin avec, pour objectifs, d'élargir les horizons hospitaliers français, de mener une réflexion autour de modèles applicables à nos établissements et de comparer nos outils. L'occasion – grâce à des conférences données par les principaux acteurs allemands et au travers de visites de terrain – d'analyser un système de santé qui, s'il présente des analogies avec le système français, n'en diffère pas moins sous certains aspects. En toile de fond de ce voyage d'étude, une principale interrogation pratique : quelles spécificités allemandes importer en France ?

**A**vec 500 000 lits, l'Allemagne affiche l'une des densités en lits les plus élevées de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : 8,3 lits pour 1 000 habitants contre 6,4 en France. Les 2 000 hôpitaux allemands regroupent 1,1 million d'employés exerçant, comme en France, dans des hôpitaux publics, dans des établissements privés à but non lucratif – souvent gérés par des organisations religieuses – ou dans des établissements privés à but lucratif. On retrouve également le système assurantiel, avec comme spécificité la concurrence entre les caisses d'assurance maladie.

La régulation est assurée au niveau régional par les *Länder*. L'organisation régionale apparaît pertinente pour structurer et réguler l'offre de soins. Pour autant, elle semble ne plus être l'échelle idoine pour les questions stratégiques nécessitant une priorisation nationale – on pense ici à la recherche ou aux plans relatifs à certaines pathologies – et/ou pour les secteurs à fortes économies d'échelle – achats par exemple. Si l'excédent total cumulé de l'assurance maladie atteint près de 30 milliards d'euros fin 2013, notamment en raison d'un taux de chômage compris entre 5 et 5,5%, cette tendance excédentaire pourrait s'inverser dans les dix ou quinze prochaines années, compte tenu d'une évolution démographique défavorable.

**Yann BUBIEN**  
Directeur général  
du CHU d'Angers  
Président du Graph

**Alexis THOMAS**  
Directeur des  
ressources humaines  
du CHU de Nancy  
Responsable  
de la communication  
du Graph

Au niveau micro, l'analyse comparative révèle des situations contrastées.

Ainsi, pour les trente-trois « CHU allemands », on estime le déficit total à 161 millions d'euros, 55 % de ces établissements enregistrant un déficit de plus de 1 million d'euros, 32 % étant à l'équilibre et 13 % en excédent <sup>(1)</sup>.

À titre de comparaison et hors les deux CHU antillais (Pointe-à-Pitre et Fort-de-France), les trente autres CHU-CHR français ont atteint un déficit total de 162 millions d'euros en 2013 <sup>(2)</sup>, soit le même ordre de grandeur que leurs homologues allemands.

L'activité est financée par l'assurance maladie, tandis que l'investissement revient normalement aux *Länder*. Aujourd'hui, ces derniers peinent à en assurer le financement, ce qui implique le report de projets ou leur autofinancement par les hôpitaux.

## De nombreuses analogies avec le système de santé français

Les similarités entre nos deux systèmes sont avant tout juridiques et financières. Elles comprennent notamment une même typologie des établissements (avec cependant une répartition différente, la majorité des lits en Allemagne relevant d'établissements privés), une part des dépenses de santé de l'ordre de 11 % du PIB et un système de tarification par pathologie équivalent à la T2A.

## TABLEAU 1

### Chiffres clés

	Allemagne	France
Population	80,6 millions	66,03 millions
Superficie	357 000 km <sup>2</sup>	632 834 km <sup>2</sup>
PIB milliards de dollars	3,6	2,7
Part des dépenses de santé dans le PIB	11,2%	11,7%
Nombre d'hôpitaux	2 000	2 660
Nombre de lits	500 000	415 000
Répartition des lits d'hôpitaux par statut juridique		
• publics	41%	62,3%
• privés à but non lucratif	29%	14%
• privés à but lucratif	30%	23,7%
Densité en lits pour 1 000 habitants	8,3	7,4
Dépenses de santé publiques et privées par habitant	3 700 €	3 700 €
Nombre de médecins pour 1 000 habitants	3,7	3,3

#### NOTES

(1) H. Mauduit, « Les hôpitaux allemands en attente d'une relance des investissements », 25<sup>e</sup> congrès de l'Association européenne des directeurs d'hôpitaux (AEDH), APM, 2014.

(2) T. Quéguiner, « Le déficit 2013 des CHU-CHR s'accroît de 40 % et flirte hors Antilles les 160 M€ », *Hospimédia*, 2014.

On relève aussi de nombreuses problématiques similaires :

- » des déserts médicaux ;
- » des difficultés de recrutement dans certains métiers et certaines spécialités ;
- » un nombre d'établissements et de lits importants.

Si les deux systèmes présentent de nombreux points communs, il n'en demeure pas moins des spécificités, des tendances, ou des caractéristiques du système allemand qui méritent d'être étudiées attentivement dans le cadre des réflexions sur notre système de santé.

## Des spécificités importables ?

### La gouvernance au second plan

L'organigramme type d'un hôpital allemand comprend un directeur (*geschäftsführer*), souvent diplômé en économie, qui s'appuie sur un directeur médical (*ärztlicher direktor*), un directeur « commercial » (*kaufmännischer leiter*), avec sous son autorité la direction des finances, la direction des achats et de la logistique, la direction de la facturation, la direction des ressources humaines, etc., et un directeur des soins (*Pflegedirektion*).

Très peu d'interlocuteurs ont évoqué la gouvernance et l'organigramme internes des hôpitaux, insistant beaucoup plus sur le management, avec une focale très forte sur les pratiques et savoir-faire relatifs à l'organisation du travail, à la gestion des relations humaines, à la conduite des projets et du changement dans une visée stratégique et territoriale. Interrogés sur la gouvernance, les intervenants ont confirmé qu'il s'agit d'un sujet de second plan en Allemagne, à l'inverse de la France, où ces questions cristallisent parfois trop les débats, comme en témoignent les récents échanges sur « le patron à l'hôpital » ou sur la juste composition du directoire. Si ces dernières gardent leur pertinence, il semble aujourd'hui primordial que les questions de management, de coopérations,

## ENCADRÉ 1

### En réflexion avec le Graph

Fondé en 1974 par six CHU – Clermont-Ferrand, Montpellier, Reims, Rennes, Rouen et Saint-Etienne –, le Graph réunit à ce jour, dans le cadre de la loi de 1901 sur les associations, les établissements publics de santé adhérents et les personnalités du monde de la santé associées à ses activités à titre personnel. Le Graph est un groupe de directeurs d'hôpital qui réunit médecins, philosophes, industriels, économistes pour faire avancer la réflexion sur les grands sujets de santé et de société. Ses objectifs :

- créer un nouvel espace de réflexion et de recherche en dehors des schémas traditionnels et du protocole figé,
- promouvoir la réflexion et la recherche en matière de gestion hospitalière et de santé,
- développer la recherche et anticiper les évolutions continues des organisations hospitalières,
- susciter les contacts et échanges d'expériences, en France et à l'étranger,
- développer les valeurs culturelles qui animent ses membres.

Le Graph organise trois séminaires par an : le Graph Alpes, le Graph Méditerranée et, depuis cette année, le Graph Europe.

Depuis décembre 2013, le Graph est présidé par Yann Bubien, directeur général du CHU d'Angers, qui souhaite placer sa présidence sous le signe de l'innovation et de la recherche de nouvelles stratégies pour l'hôpital de demain.

Site : <http://wp.legraph.fr> - Twitter : @le\_Graph

de regroupements et de mutualisation sur un territoire pertinent fassent l'objet de plus amples investigations.

**Le regroupement de structures et la mise en commun de plateaux techniques**

La tendance allemande est actuellement aux regroupements d'hôpitaux en vue de constituer des structures plus adaptées aux territoires.

On assiste également à une mutualisation des plateaux techniques : ainsi, à Berlin, les deux grands établissements publics relevant du *Land* de Berlin, Viventes et Charité, qui représentent 60 % de l'offre de soins sur ce territoire, ont mis en commun leur laboratoire avec la création d'une structure moderne, le Labor Berlin, assurant les disciplines suivantes : toxicologie, microbiologie, virologie, génétique, allergologie, immunologie, endocrinologie et hématologie. Viventes et Charité ont eux aussi créé une plateforme commune pour mutualiser leurs moyens dans le domaine de la recherche. Concurrentes pour la délivrance des soins, ces deux structures s'allient dans des domaines où les économies d'échelle (laboratoire) et les synergies (recherche) permettent d'obtenir un degré de performance inaccessible de manière individuelle.

**Une culture de la négociation et un dialogue social abouti et responsable**

L'Allemagne se caractérise par un taux de syndicalisation deux à trois fois plus élevé qu'en France et par une forte place laissée aux conventions collectives et aux comités d'entreprise.

Fondés sur la confiance réciproque que se portent des acteurs fondamentalement convaincus de l'intérêt de la coopération et de la subsidiarité, les échanges permettent des réflexions communes abouties sur des questions d'organisation, dans un contexte d'importante recomposition de l'offre de soins. Conscients que l'État et les régions ne peuvent pas – et ne doivent pas – réguler l'ensemble du spectre de la santé, pas plus que les agences ou autres hauts conseils, les acteurs prennent ensemble des décisions engageant les institutions et la politique générale dans le domaine sanitaire et social.

« Les performances d'un système de santé et ses réformes relèvent désormais moins de mesures techniques que d'avancées managériales et politiques qu'il revient aux directeurs d'hôpital de conduire dans le cadre d'une négociation responsable et renouvelée.

**Conclusion : politique ou technique ?**

L'analyse comparative entre les systèmes de santé français et allemand menée lors de ce séminaire d'étude du Graph Europe confirme que les performances d'un système de santé et ses réformes relèvent désormais moins de mesures techniques – à cet égard, la France apparaît même en avance en termes de T2A, de politique qualité structurée ou encore de système d'information – que d'avancées managériales et politiques qu'il revient aux directeurs d'hôpital de conduire dans le cadre d'une négociation responsable et renouvelée. ●