

# Coronavirus : comparaison des systèmes de santé français et allemand

---



Il n'est un secret pour personne que le système de santé allemand résiste mieux que son homologue français à la crise du Covid-19. Au 14 Avril, la France comptait 143 000 cas et 15 729 décès, quand dans le même temps l'Allemagne enregistrait 131 000 cas pour 3294 décès. Si évidemment, la différence flagrante dans le nombre de décès n'est pas seulement le résultat du système de santé mais bien vraisemblablement aussi de choix politiques (confinement plus précoce, politique de tests massifs), l'étude comparative des systèmes de santé demeure pertinente pour la compréhension de la gestion des crises sanitaires. Elle est notamment justifiée par la similitude entre ces deux pays, au niveau démographique, économique, politique et social. Si au premier abord ces deux systèmes de soins peuvent paraître semblables, nous mettrons néanmoins en évidence des différences importantes qui sont le fruit à la fois de décisions politiques et de différences de tradition culturelle.

## I – Analyse comparative

L'étude de quelques premiers indicateurs généraux et de grandes tendances permet de mettre en relief les premières grandes différences et stratégies des systèmes de santé français et allemand. Les chiffres sont pris dans le rapport de l'OCDE pour l'année 2019.

Indicateur	France	Allemagne	OCDE
Espérance de vie	82,6 ans	81,1 ans	80,7 ans
Population en mauvaise santé	8,4%	8,3%	8,7%
Morbidité des maladies chroniques (prévalence du diabète)	4,8%	8,3%	6,4%

Concernant l'Etat de santé général de la population, il est difficile de voir une différence importante entre les deux pays. La France (9<sup>ème</sup>) et l'Allemagne (23<sup>ème</sup>) se placent comme deux pays où l'espérance de vie est très élevée par rapport à la moyenne mondiale (72 ans). La population en mauvaise santé se situe dans les moyennes de l'OCDE, on peut néanmoins noter une prévalence des maladies chroniques plus faible en France. Cette dernière se distingue particulièrement par la faible mortalité par crise cardiaque (38 pour 100 000 habitants contre 97 pour l'Allemagne) et d'accidents vasculaire cérébral (35 pour 100 000 habitants en France contre 46 en Allemagne). L'incidence du cancer est élevée aussi bien en Allemagne (301 pour 100 000 habitants) qu'en France (344 pour 100 000 habitants).

On peut également noter que les décès causés par la pollution atmosphérique sont pratiquement deux fois moins nombreux en France qu'en Allemagne (45,3 contre 25,2 pour 100 000 habitants).

Ainsi, si sur ces indicateurs particuliers la France semble se situer au-dessus de son voisin outre Rhin, et même parmi les meilleurs élèves mondiaux, ces chiffres ne se répercutent pas de manière conséquente sur l'espérance de vie de la population.

## 2 - Accès aux soins

Indicateur	France	Allemagne	OCDE
Population bénéficiant d'une couverture pour les services de base	99,9%	99,4% (Dont 10,6% privée)	
Population couverte par une assurance privée fa-	96%	24%	
Etendue de la couverture	83%	84%	73%
Dépenses à la charge des patients (en pourcentage de la consommation finale des ménages)	2,0% (Soit 1032€ en moyenne par ménage)	2,7% (Soit 1334€ en moyenne par ménage)	3,3%

La France et l'Allemagne partagent une couverture sociale particulièrement importante et homogène. La quasi-totalité de la population des deux pays est couverte, avec la spécificité en Allemagne, d'avoir le choix entre une couverture publique ou privée, le second choix concernant principalement les plus hauts revenus. Si en Allemagne, le recourt à une assurance privée complémentaire est assez rare, elle est quasi systématique en France, ce qui n'accroît pas la dépense des ménages, bien au contraire. Elle est en effet moins élevée en France qu'en Allemagne (29% d'écart en moyenne par ménage). L'étendue de la couverture quant à elle est globalement identique et très élevée quand on la compare à la moyenne de l'OCDE.

### 3 - Qualité des soins

Indicateur	France	Allemagne	OCDE
Antibiotiques prescrits (dose quotidienne pour	23,0	12,3	17,8
Admission évitable pour des difficultés respiratoires (Asthme, BPCO) pour 100 000 habitants	150	289	225
Mortalité à 30 jours suite à un IAM (pour 100 000 ha-	5,6	8,5	6,9
Taux de survie net à 5ans	86,7%	86,0%	84,5%

La France se démarque par la qualité de ses soins bien au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE. Elle se distingue en particulier par la qualité remarquable de la prise en charge par les médecins généralistes, qui limite de beaucoup les admissions évitables en milieu hospitalier (ici est pris l'exemple des maladies chroniques respiratoires).

Le chiffre allemand très élevé concernant les admissions à l'hôpital, s'explique plus que par une mauvaise prévention, par une politique qui fait des hospitalisations courtes une stratégie du système de santé allemand dans la prise en charge des maladies respiratoires. Cette explication ne cache néanmoins pas le retard dans la qualité des soins hospitaliers, l'exemple pris ici sur les IAM (Infarctus du myocarde aigu), montre une mortalité plus élevée en Allemagne que dans le reste de l'OCDE, là où la France fait mieux que tout autre pays.

#### 4 - Dépenses de santé

Indicateur	France	Allemagne	OCDE
Dépenses de santé par habitant (en USD)	4965	5986	3994
Part des dépenses de santé (en % du PIB)	11,2	11,2	8,8
Médecins en exercice pour 100 000 habitants	3,2	4,3	3,5
Infirmiers en exercice pour 100 000 habitants	10,5	12,9	8,8
Part des hôpitaux dans les dépenses de santé	38%	28% (plus bas total de l'OCDE)	38%
Part des dépenses de santé hospitalières qui concernent une hospitalisation complète	72%	93%	65%

Le système de santé allemand bénéficie de plus de 1000\$ de financement par habitant supplémentaire par rapport à la France. Cette différence s'explique moins par une différence de priorité que par la supériorité de la richesse intérieure de l'Allemagne. En effet, rapporté au PIB l'effort consenti par les deux pays pour leur système de santé est rigoureusement le même. Cet écart budgétaire permet à l'Allemagne d'être mieux doté en personnel soignant, que cela soit en médecins ou en infirmiers.

L'observation de la répartition budgétaire dans le domaine de la santé révèle une différence de stratégie dans le parcours de soin. La part des hôpitaux dans les dépenses de santé est plus faible en Allemagne, et la part des dépenses de santé hospitalières qui concernent une hospitalisation complète est très élevée. Plus concrètement cela signifie que si les patients sont moins souvent hospitalisés que dans les autres pays de l'OCDE (le soin via un cabinet est favorisé), quand l'hospitalisation a lieu, la majorité des soins a lieu au sein de l'infrastructure hospitalière (peu de soins externes, peu de soins post-hospitalisation).

## 5 - Emploi dans le secteur de la santé

Indicateur	France	Allemagne	OCDE
Part des emplois dans le domaine de la santé en proportion de l'emploi total	14,1%	13,3%	10,1%
Pourcentage de médecins âgés de 55 ans ou plus	45%	45%	34%
Rémunérations des médecins par rapport au salaire moyen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,9 pour les généralistes</li> <li>• 2,2 pour les spécialistes salariés</li> <li>• 4,9 pour les spécialistes libéraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4,4 pour les généralistes</li> <li>• 3,5 pour les spécialistes salariés</li> <li>• 5,4 pour les spécialistes libéraux</li> </ul>	
Rémunérations des infirmiers à l'hôpital (en milliers d'USD PPA)	42,4 (0,9 fois le salaire moyen)	53,6 (1,1 fois le salaire moyen)	49 (1,1 fois le salaire moyen)
Nombre de nouveaux diplômés pour 100 000 habitants	10,2 médecins 40,8 infirmiers	12 médecins 54,2 infirmiers	13,1 médecins 43,6 infirmiers

L'étude des emplois pourvus dans la santé est révélatrice des efforts permis par les facilités budgétaires du système de santé allemand. Les médecins et infirmiers allemands, sont mieux rémunérés quel que soit le secteur d'activité (spécialiste ou généraliste). Le nombre de nouveaux diplômés est également plus élevé en Allemagne (plus de 20%) ce qui laisse à penser que l'écart va continuer à se creuser quant à la couverture médicale.

## Services de santé

Indicateur	France	Allemagne	OCDE
Consultations médicales par habitant	6,1	9,9	6,8
Consultations médicales par médecins	1994	2330	2181
Lits d'hôpital pour 1000 habitants	6	8	4,7
Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus)	75,6%	80,7%	75,2%
Durée moyenne des séjours à l'hôpital (en jours)	9,9	8,9	7,7

Enfin concernant les services de santé, si l'Allemagne est mieux dotée en nombre de lits, la France ne semble pas en manquer puisque le taux d'occupation de ces derniers est environ le même dans les deux pays étudiés. On peut noter une différence très importante dans la fréquence des consultations médicales, que cela soit par habitant : les Allemands vont plus souvent voir leurs médecins, ou par médecin : les médecins allemands reçoivent en moyenne plus d'un patient supplémentaire par jour par rapport aux médecins français. La durée des hospitalisations est aussi plus courte en Allemagne, restant néanmoins bien au-dessus de la moyenne de l'OCDE.

## II – Synthèse et interprétation des choix stratégiques

### 1 – L'échec de la lutte contre le coronavirus en France ne tient pas à un argument d'austérité.

Il ressort de cette comparaison chiffrée que l'austérité n'est pas la raison de l'échec dans la gestion de la crise du coronavirus. La France et l'Allemagne consacrent un effort budgétaire strictement similaire à leur système de santé, et la France consacre même une part plus importante de ce budget au milieu hospitalier. Ce budget est par ailleurs bien supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE, qui pour certains rappelés le, gèrent mieux la crise que la France, la Grèce en figure de proue. Les réformes successives de l'hôpital public ne l'auront pas privé de ses ressources d'un point de vue purement financier (les soins hospitaliers représentaient 70,5 Milliards d'€ en 2016 contre 92,8 Milliards d'€ en 2017).

### 2 – La crise est révélatrice d'une mauvaise répartition des ressources en France

Si la comparaison des budgets des systèmes de santé allemand et français ne révèle pas de grande disparité, on peut se poser la question des ressources dont disposent chacun des pays. Officiellement, là où la France disposait de 5000 lits de réanimation, l'Allemagne en disposait de 28 000.

Néanmoins, comme le système allemand est beaucoup moins centralisé et bureaucratique que le système français, et que moins d'un tiers des hôpitaux sont des établissements publics - le reste appartenant à des structures privées ou des congrégations religieuses - il est difficile de disposer de chiffres certains. Cependant, le registre national a publié de nouveaux chiffres au début du mois d'avril.

L'Allemagne disposerait de 20 000 lits en soins intensifs dont 10% sont inutilisables par manque de personnel, et si l'on se base sur les méthodes de recensement allemandes, on arrive à un total de près de 19 000 lits en France (5 000 lits de réanimation, 8 000 lits de surveillance continue et 5 800 lits de soins intensifs), soit un nombre de lits de réanimation au final assez similaire également.



Il est donc légitime de se demander pourquoi la performance des hôpitaux publics français a été moins bonne que celle de ceux allemands, malgré des budgets et moyens similaires. L'explication tient en grande partie à la lourdeur administrative du système de santé français. Là où l'Allemagne mise sur une gestion délocalisée des hôpitaux, la France mise sur les ARS (Agence régionale de santé) qui fixent la politique sanitaire à l'échelle des régions sous contrôle de l'Etat. Là où l'Allemagne compte 24,3% de personnels administratifs, la France en compte 35,2%. Cet écart représente tout de même un manque potentiel de 100 000 soignants dans le système de santé français. Ce dernier souffre également d'un manque de productivité qui résulte en grande partie de la différence du temps de travail. En effet, auditionné en septembre 2014 à l'Assemblée nationale dans le cadre de la commission d'enquête sur l'impact de la réduction du temps de travail, Frédéric Valletoux, directeur de la Fédération hospitalière de France, jugeait que les 35 heures étaient pour partie responsables des dysfonctionnements que connaît l'hôpital public. En comparaison, les personnels allemands travaillent 40

heures par semaine. Si le même taux horaire était appliqué à la France, cela reviendrait à une augmentation des effectifs de pratiquement 50 000 personnels. En termes d'acquis sociaux, il est difficile d'affirmer que les travailleurs allemands pâtissent de ce temps de travail, alors que leur rémunération est bien supérieure à celle des personnels français (+20% environ).

### 3 – Le système de santé français souffre de son inertie administrative

Le système de santé français n'échappe pas à un mal qui est répandu dans l'administration publique en France : la lourdeur et la lenteur. Il a montré ses limites quant aux capacités de réaction nécessaires pour répondre rapidement à une crise d'ampleur mondiale. Là où il fallait sur le modèle allemand, inciter les industriels à produire davantage, à la fois des tests, des masques et des gels hydroalcooliques, l'Etat a plutôt incité à l'inverse en réquisitionnant une bonne partie d'entre eux et en instaurant un contrôle sur les prix.

On a également pu voir la difficulté de l'Etat à s'approvisionner en masques à l'étranger, alors même que les présidents de Régions et certains maires ont réussi à le faire via d'autres circuits. Les hôpitaux allemands qui jouissent d'une grande liberté dans la manière de gérer leurs stocks, ont pour certains émis des commandes très tôt, dès le début février, ce qui a permis de limiter la pénurie de blouses ou de masques. Enfin on ne peut pas ne pas interroger la gestion qui a été faite de la répartition des patients entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. Certaines cliniques privées sont restées vides au début de la crise malgré des places disponibles en réanimation, ou dans des blocs opératoires transformés en lits de réanimation.

#### 4 – La France a réagit tardivement et trop faiblement sur le plan industriel

La réponse industrielle de la France à la crise du coronavirus a été trop faible. La France ne produit que 8 millions de masques pour la 3<sup>ème</sup> semaine d'avril alors que la consommation hebdomadaire dépasse les 40 millions d'unités. L'Allemagne a quant à elle

déjà prévu de produire 50 millions de masques dès l'été. Mais c'est encore sur les tests que la différence est la plus flagrante. Alors que pour la 3<sup>ème</sup> semaine d'avril, la France effectuerait un peu moins de 30 000 tests par jour, l'Allemagne est déjà capable d'effectuer près de 700 000 tests par semaine, et elle compte doubler cette capacité d'ici l'été. Cette différence nous semble primordiale tant les masques et les tests sont le fer de lance de la stratégie de lutte contre le coronavirus dans les pays où l'épidémie a été la mieux contrôlée (Taiwan, Corée du Sud, Allemagne notamment).

### **III – Nos propositions**

L'analyse comparative des systèmes de santé français et allemand montrent principalement deux choses. D'une part le système de santé français, parmi les plus performants en termes d'efficacité des soins, souffre d'un manque de moyens, qui n'est pas dû à une austérité budgétaire mais à une mauvaise allocation des ressources. D'autre part ce retard du système français est loin d'être suffisant pour expliquer la différence de la propagation du virus sur le sol français et allemand.

Cette propagation accrue en France est bien le résultat de décisions administratives et politiques défailtantes, aussi bien dans la gestion des ressources médicales (masques, tests etc...) que de la stratégie initiale de confinement des premiers cas positifs sur le sol français.

Nos propositions s'axent donc sur deux grands choix : celui de réformer le système de santé pour le rendre plus efficace à budget constant et celui de préparer des procédures pour répondre plus efficacement aux prochaines crises qui pourraient nous frapper.

### Proposition 1 – Augmentation des numerus apertus

Si le remplacement du numérus clausus en PACES par un numerus apertus par région était une bonne réponse notamment au manque de médecins en milieu rural, dans les faits le nombre de places a peu augmenté, notamment du fait du manque de médecins pour former dans les écoles de médecine. Nous proposons de recruter 2 futurs médecins supplémentaires pour 100 000 habitants, soit 1200 places supplémentaires en France. La répartition de ces places

supplémentaires se ferait en fonction de la densité de médecins par région.

### Proposition 2 – Inciter financièrement les médecins à s'installer dans les zones les plus désertées.

La crise du coronavirus aura montré l'importance des médecins généralistes, au contact de la population pour déceler le plus tôt possible les cas de Covid-19. Il est important que la France puisse s'appuyer sur un réseau de médecins généralistes homogène sur l'ensemble du territoire. C'est pourquoi nous proposons une incitation financière à la fois pour les médecins libéraux et en domaine hospitalier, dans les zones les plus désertées du territoire. Cette incitation financière serait versée à l'installation, et se verrait assortir d'une obligation pour les médecins libéraux, de trouver un remplaçant quand il quitte leur cabinet. Le montant serait fixé par la région.

### Proposition 3 – Revenir au temps de travail à 39h, assorti d'une meilleure rémunération

L'augmentation du *numerus clausus* devrait permettre d'augmenter le nombre de soignants dans les hôpitaux, mais pas de combler complètement les manques en personnel de ces structures. Nous proposons donc un retour à un temps de travail à 39h assorti d'une augmentation de salaire indexé sur un temps de travail à 42h. Cette mesure permettrait à la fois d'augmenter la disponibilité en personnel, de leur permettre d'accéder à une rémunération plus juste et de supprimer le recours à des heures supplémentaires qui ne sont parfois pas payées.

### Proposition 4 – Diminution du personnel administratif

Les trois propositions précédentes reposent sur une augmentation du nombre de soignants et de leur rémunération. Pour les financer nous proposons que la part de personnel administratif soit ramenée à 25% de l'emploi dans notre système de santé. Cette réduction se ferait via un non renouvellement des départs à la retraite et via un transfert des effectifs supplémentaires vers les fonctions publiques qui en ont le plus besoin et en

particulier la Justice et l'Intérieur. Pour que le travail à fournir soit possible il faut d'une part diminuer le nombre d'hospitalisations, et d'autre part moderniser la gestion administrative des patients. C'est pourquoi cette proposition s'accompagnerait d'une refonte et d'une harmonisation des logiciels informatiques de gestion des hôpitaux. Cette gestion irait vers plus de décentralisation en laissant les régions piloter ces réformes.

### Proposition 5 – Généralisation de la téléconsultation gratuite

Le coronavirus a montré l'efficacité des dispositifs de téléconsultation pour la médecine générale. Trop de services d'urgences en France sont engorgés par des patients qui relèvent de cette médecine générale. Nous proposons que soit offerte à tous les patients la possibilité de téléconsultation remboursée à 100% par la sécurité sociale. Ces téléconsultations permettraient à la fois de diminuer les entrées aux urgences et la saturation de certains cabinets de médecine générale. Elles permettraient également un accès au soin facilité pour les personnes habitant des déserts médicaux.

### Proposition 6 – Retour à la gestion des stocks stratégiques à l'échelle nationale.

Nous proposons le retour à la situation antérieure au changement de doctrine de 2013 sur la gestion des stocks de masques. Il s'agit de reconstituer des stocks d'Etat conséquents, en prenant acte de l'échec tragique de la stratégie d'en laisser la responsabilité aux établissements de santé et médico-sociaux eux-mêmes. Néanmoins, nous pourrions laisser la liberté aux régions de constituer leurs propres stocks stratégiques également. Ce nouveau stock national d'Etat serait placé sous le contrôle du Parlement et pas de la seule administration, et ne couvrirait plus que les masques mais serait étendu à tous les produits (blouses, médicaments, respirateurs, matériel opératoire etc.) nécessaires et risquant des ruptures d'approvisionnement en tant de crise. Le Parlement fixerait ainsi des niveaux minimaux sur chacun des produits et équipements médicaux nécessaires pour faire face à une crise du type que celle que nous vivons.

### Proposition 7 - Développer une industrie française de la modernisation digitale de l'hôpital

Plusieurs voix, à l'instar de celle de Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'Hospitalisation privée, dans Le Figaro le 21 avril 2020 – ont évoqué la nécessité d'engager rapidement la transformation numérique de notre système de soins pour mieux évaluer les besoins et décharger le personnel soignant de tâches administratives coûteuses en temps, surtout lorsque les services d'urgences et de réanimations sont saturés.

A mesure que le temps va passer, cette question d'une modernisation du fonctionnement du système de soins va se poser de plus en plus. La France dispose déjà d'un tissu industriel positionné sur le segment de l'hôpital digital. Dans le respect du droit européen de la concurrence, l'État et les collectivités pourraient attribuer des marchés publics prioritairement à des entreprises nationales disposant d'une expertise éprouvée dans ce secteur.

**Note rédigée par Pierre Fontaine,  
Directeur du pôle politique du  
Millénaire**

Le Millénaire est un groupe de réflexion spécialisé sur les questions de politiques publiques et travaillant à la refondation de la droite. Il est composé d'une trentaine de contributeurs de divers horizons —cadres du privé, du public, chercheurs, chefs d'entreprises— et chacun expert dans son domaine.

## Bureau du Millénaire

Président : **William Thay**

Vice-Président : Gilles Bösiger

Secrétaire générale : Marion P

Secrétaire général délégué : Pierre-Henri Picard

Secrétaire général délégué : Olivier Bodo

Directeur des études : Florian Gérard-Mercier

Directeur adjoint des études : Jean-François Champollion

Directeur adjoint des études : Clément Perrin

Directeur adjoint des études : Matthieu La Roche

Directeur de la communication et des relations publiques : Alexis Findykian

Directeur du pôle politique : Pierre Fontaine

### Contact :

**William Thay** : [william.thay@lemillenaire.org](mailto:william.thay@lemillenaire.org)

**Florian Gerard-Mercier** : [florian.gerard-mercier@lemillenaire.org](mailto:florian.gerard-mercier@lemillenaire.org)

**Alexis Findykian** : [alexis.findykian@lemillenaire.org](mailto:alexis.findykian@lemillenaire.org)

**Presse** : [presse@lemillenaire.org](mailto:presse@lemillenaire.org)

### Et pour suivre toutes les actualités du Millénaire :

<http://lemillenaire.org>

[https://twitter.com/Le\\_Millenaire](https://twitter.com/Le_Millenaire)

<https://www.facebook.com/Millenaire/>

#### Mentions légales :

L'ensemble de ce rapport relève de la législation française et internationale sur le droit d'auteur et de la propriété intellectuelle. Tous les droits de la reproduction sont réservés à l'association « Le Millénaire », la reproduction de tout ou partie de ce rapport sur quelque support que ce soit est formellement interdite sauf autorisation expresse du Président de l'association.

