

La Santé Publique

Pr Cyrille Colin

Faculté de Médecine Lyon Est

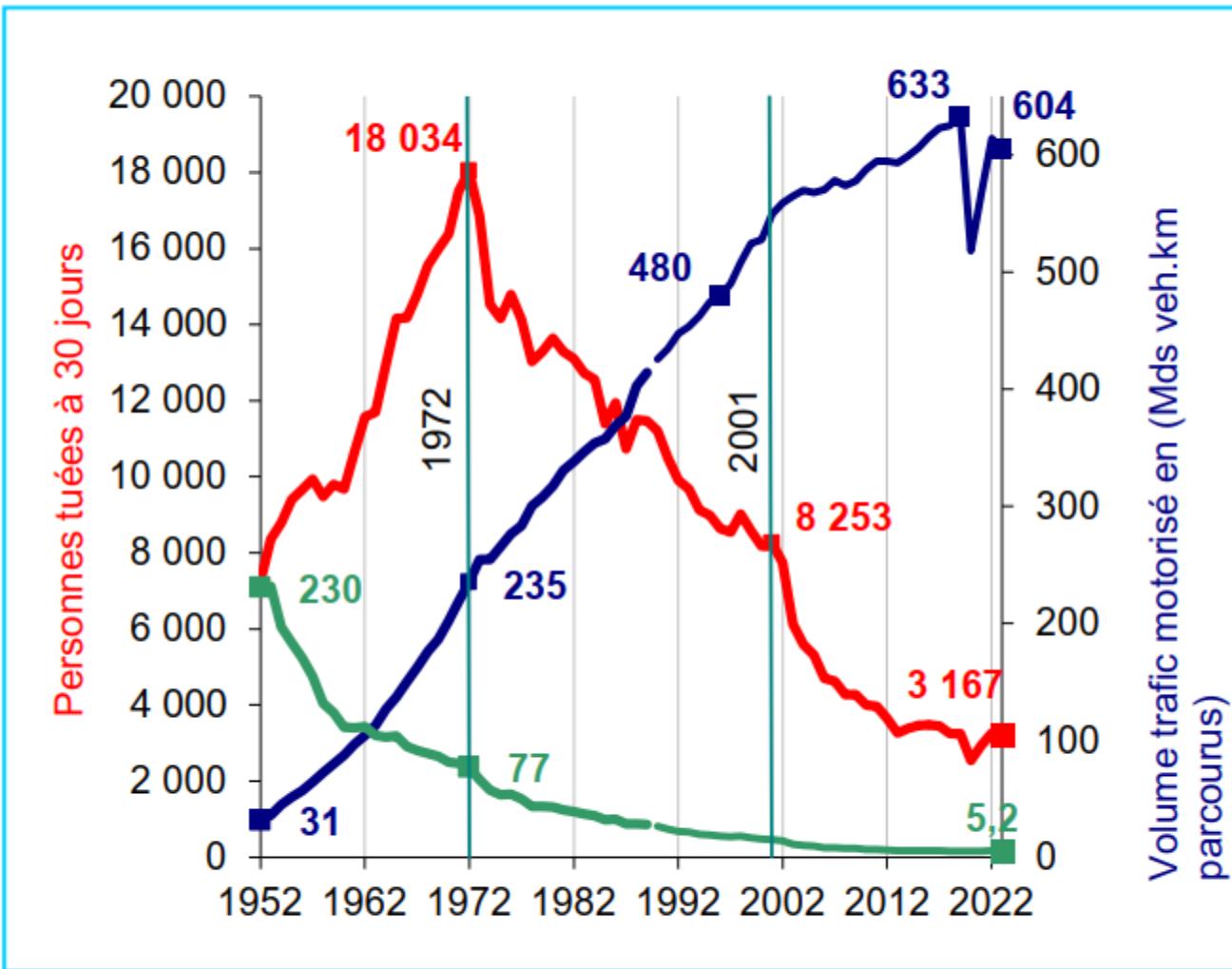
Université Lyon 1



Les actions de Santé Publique

- Promouvoir la Santé dans toutes les politiques
- Eduquer en Santé toute la population
- Dépister les maladies, leurs complications, la iatrogénèse
- Soigner sous toutes ses formes
- Organiser le système de santé en le fondant sur la valeur

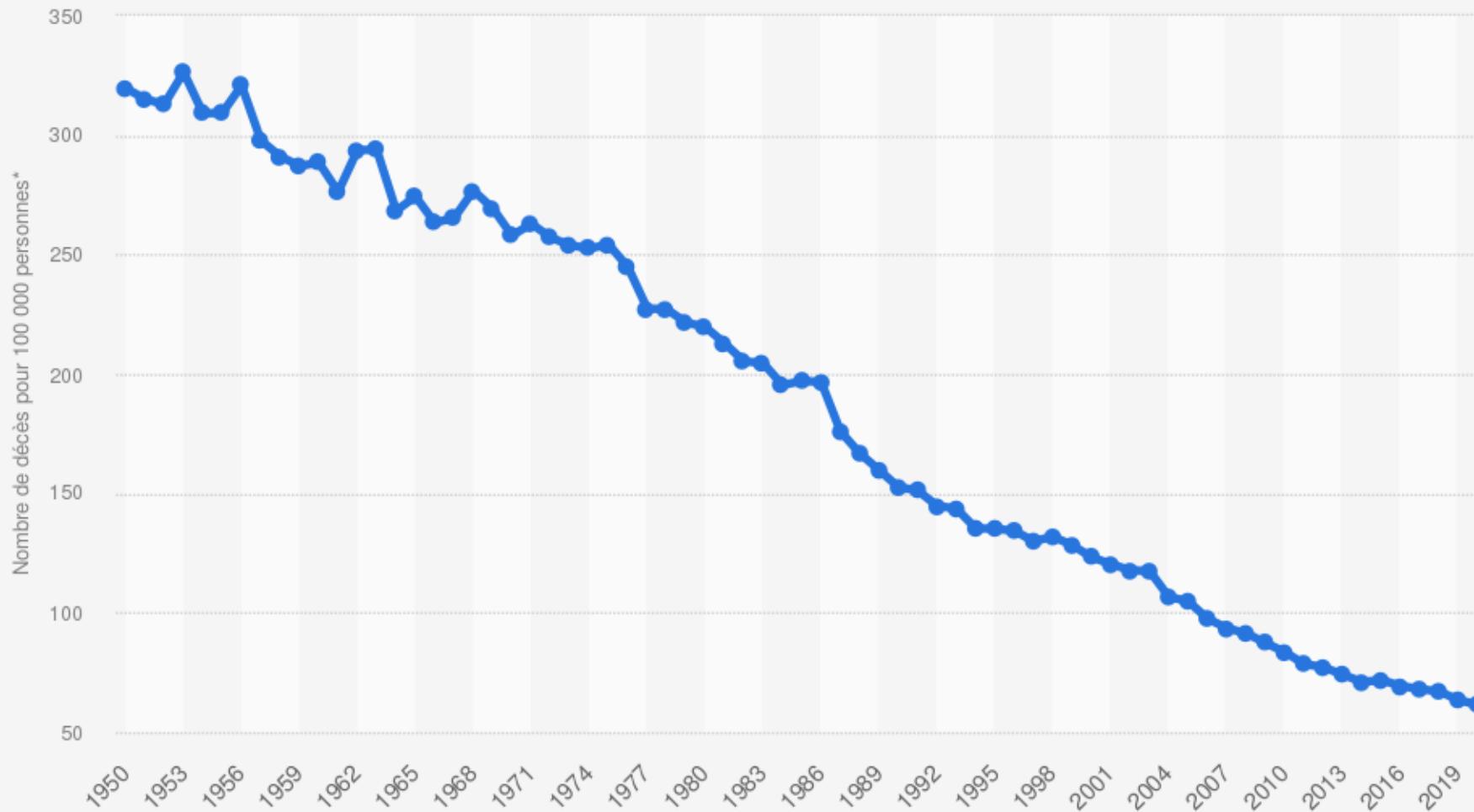
Évolution comparée de la mortalité et de la circulation routière entre 1952 et 2023*



Les données de trafic fournies par le SDES ont été rebasées en 2024 pour les années allant de 1990 à 2023

*2023 : données du trafic provisoires

Évolution du taux de mortalité annuel pour les maladies cardiovasculaires, normalisé selon l'âge, en France entre 1950 et 2020



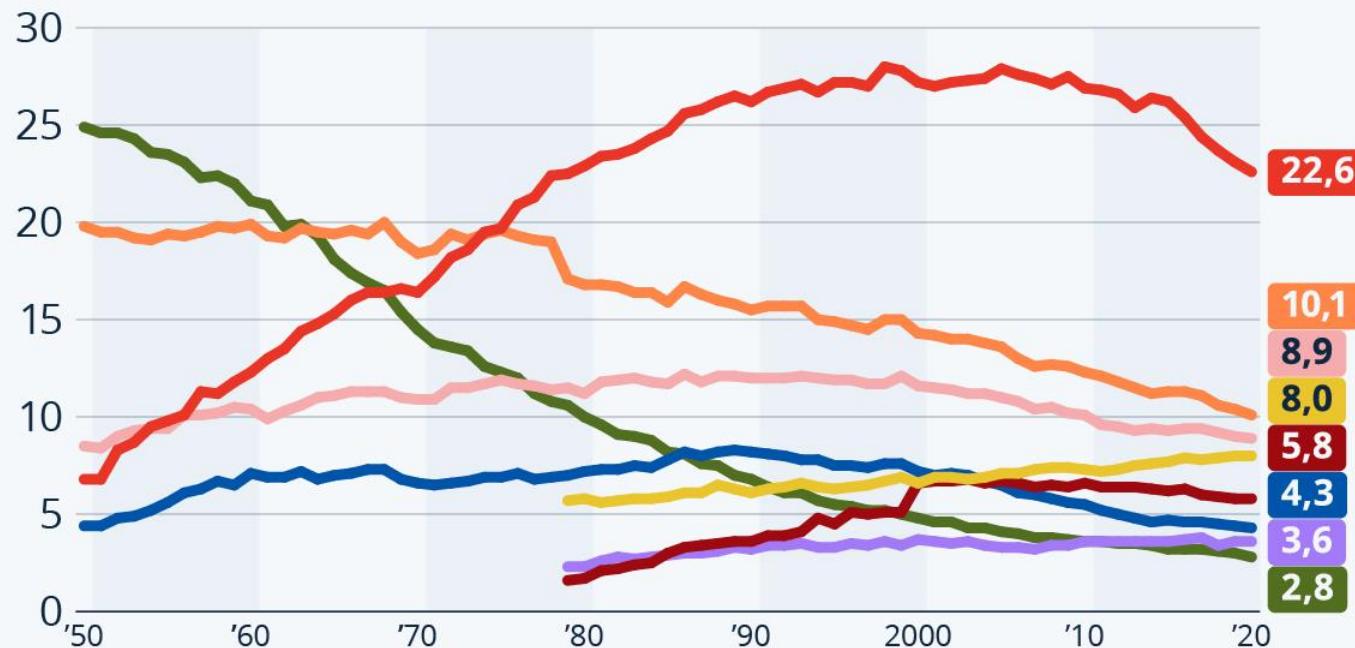
Sources
OWID; WHO
© Statista 2025

Informations complémentaires:
France; WHO; 1950 - 2020

La mortalité des principaux types de cancers en France

Évolution du nombre de décès par cancer pour 100 000 habitants, selon le type de cancer*

— Poumon & voies respiratoires — Côlon & rectum — Sein — Pancréas
— Foie — Prostate — Cerveau & système nerveux — Estomac



* Pour les deux sexes, basé sur la cause sous-jacente figurant sur les certificats de décès.

Source : WHO Mortality Database (2024) via Our World in Data



Systèmes de Santé

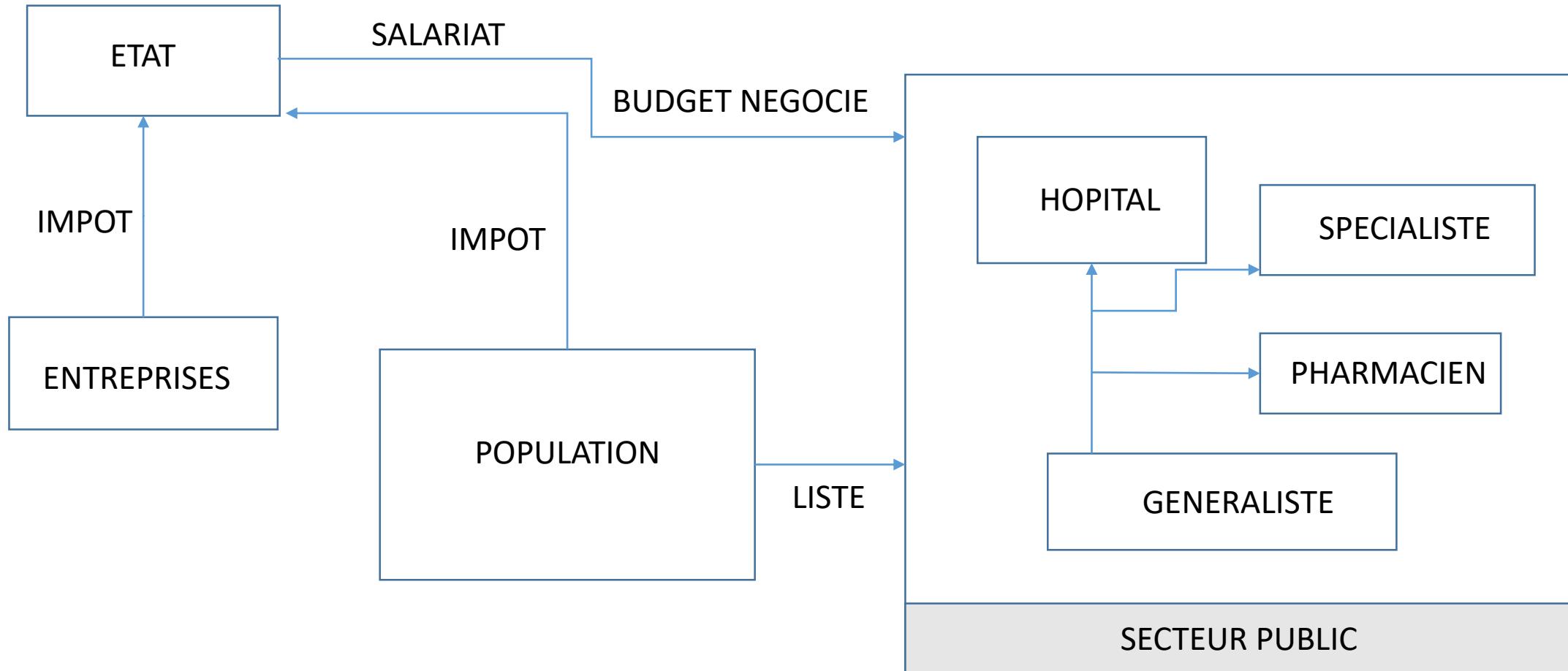
Les différents modèles

Pr Cyrille Colin

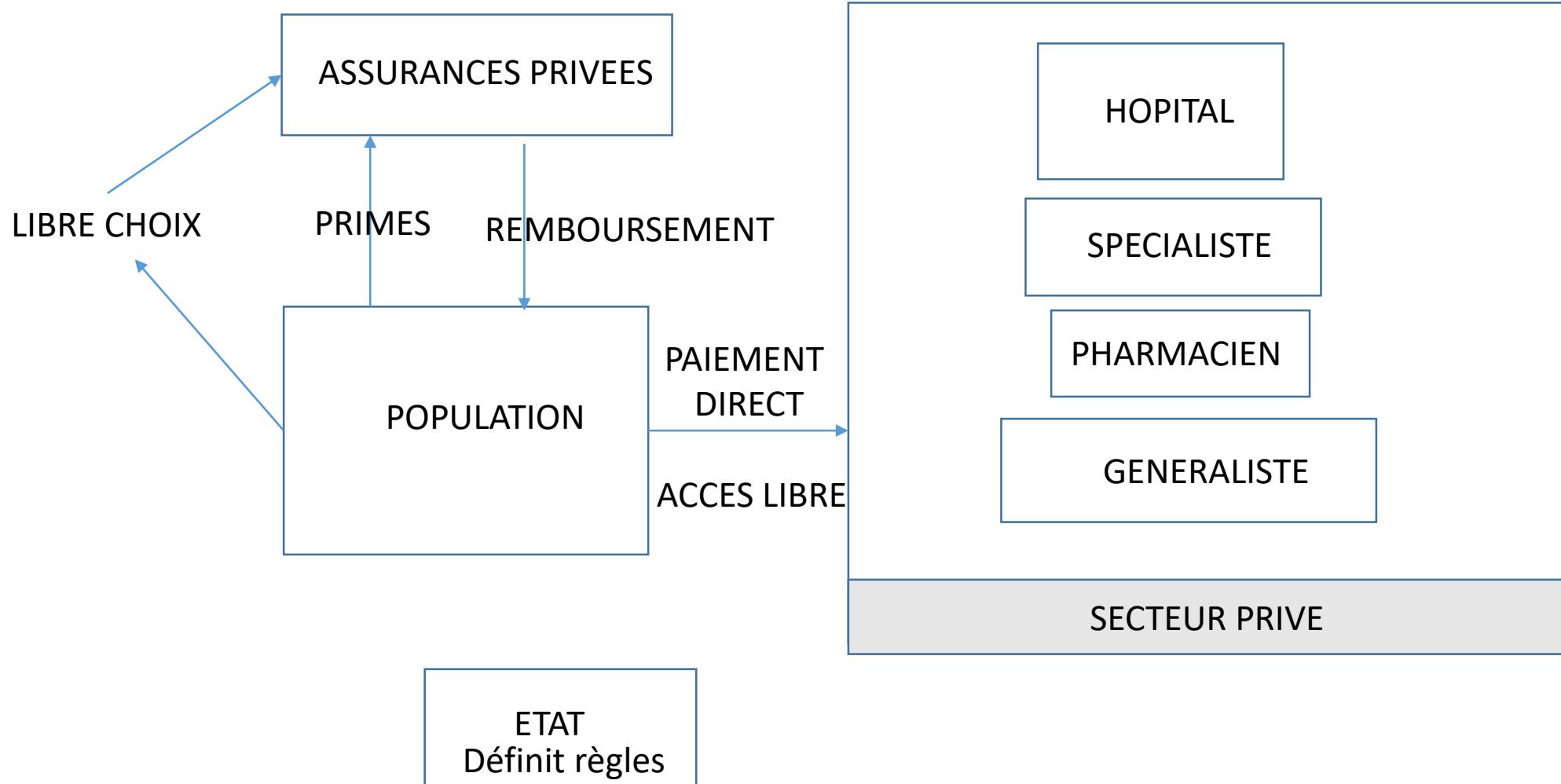
Université Lyon 1

Plan de la présentation

- Les modèles théoriques de système de santé
- Le modèle britannique
- Le modèle français
- Eléments de comparaison



Système de santé planifié / public



Système de santé libéral/privé

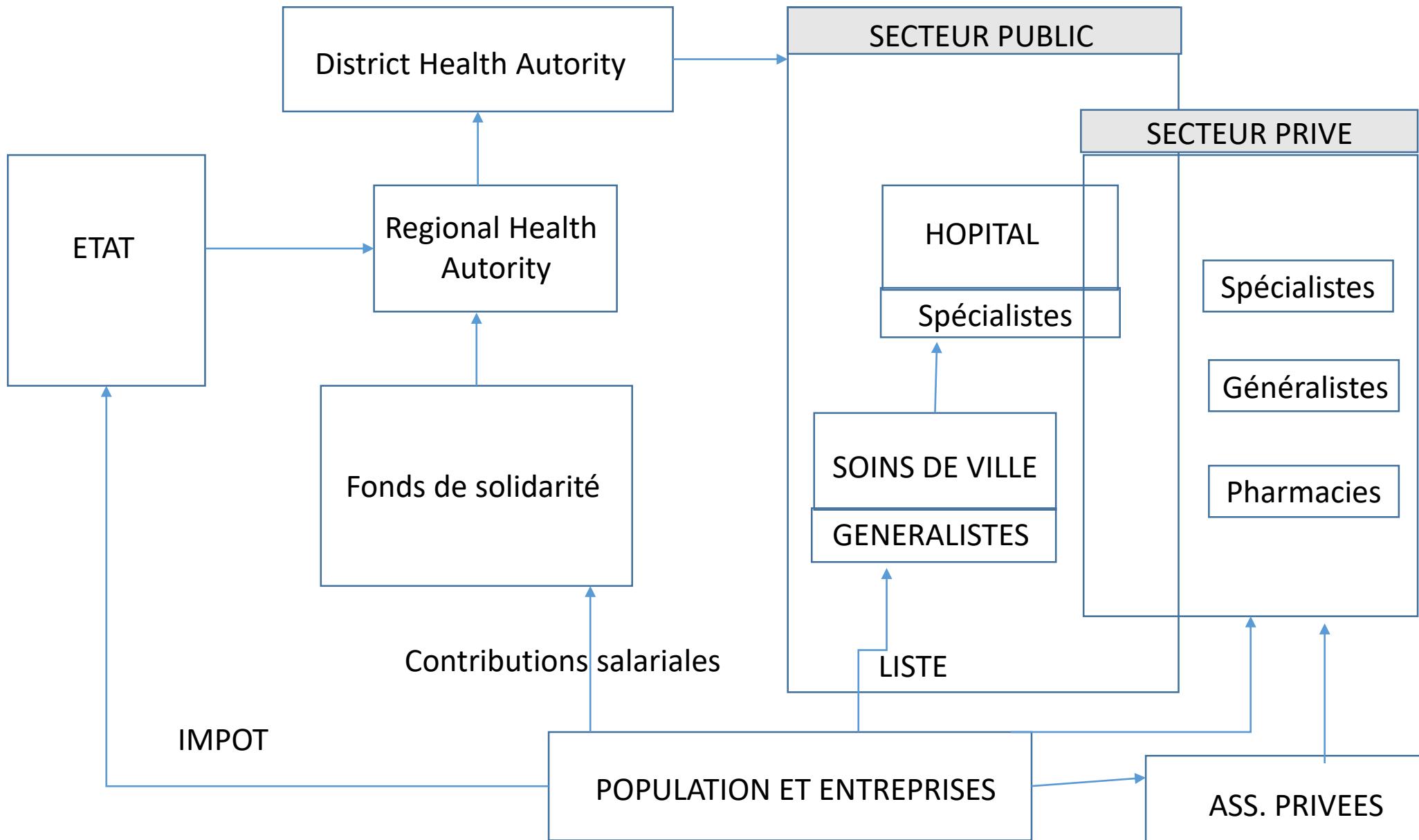
Principes généraux des systèmes

- De tels systèmes n'existent nulle part
- Distinction fondamentale: l'impôt ou la cotisation sur le travail, la prime d'assurance
- Bismarck fonde le système sur les entreprises : cotisations
- Beveridge fonde le système sur l'état: impôt
- Tous les systèmes sont mixtes: public et libéral

Système de santé anglais

- Repose sur le National Health Service depuis 1948
 - Soins gratuits
 - Financement par l'impôt proportionnel au revenu
 - Professionnels de santé autonomes dans le public ou dans le privé (ou les deux)
- Depuis 1982 puis 1991 contribution salariale et secteur privé (Thatcher)
- Délégation régionale des crédits puis locale
- Accès au système public par le médecin généraliste (capitation) puis par les primary care groups (Blair)
- Accès libre au secteur privé avec souscription d'une assurance privée

SYSTÈME DE SANTE ANGLAIS



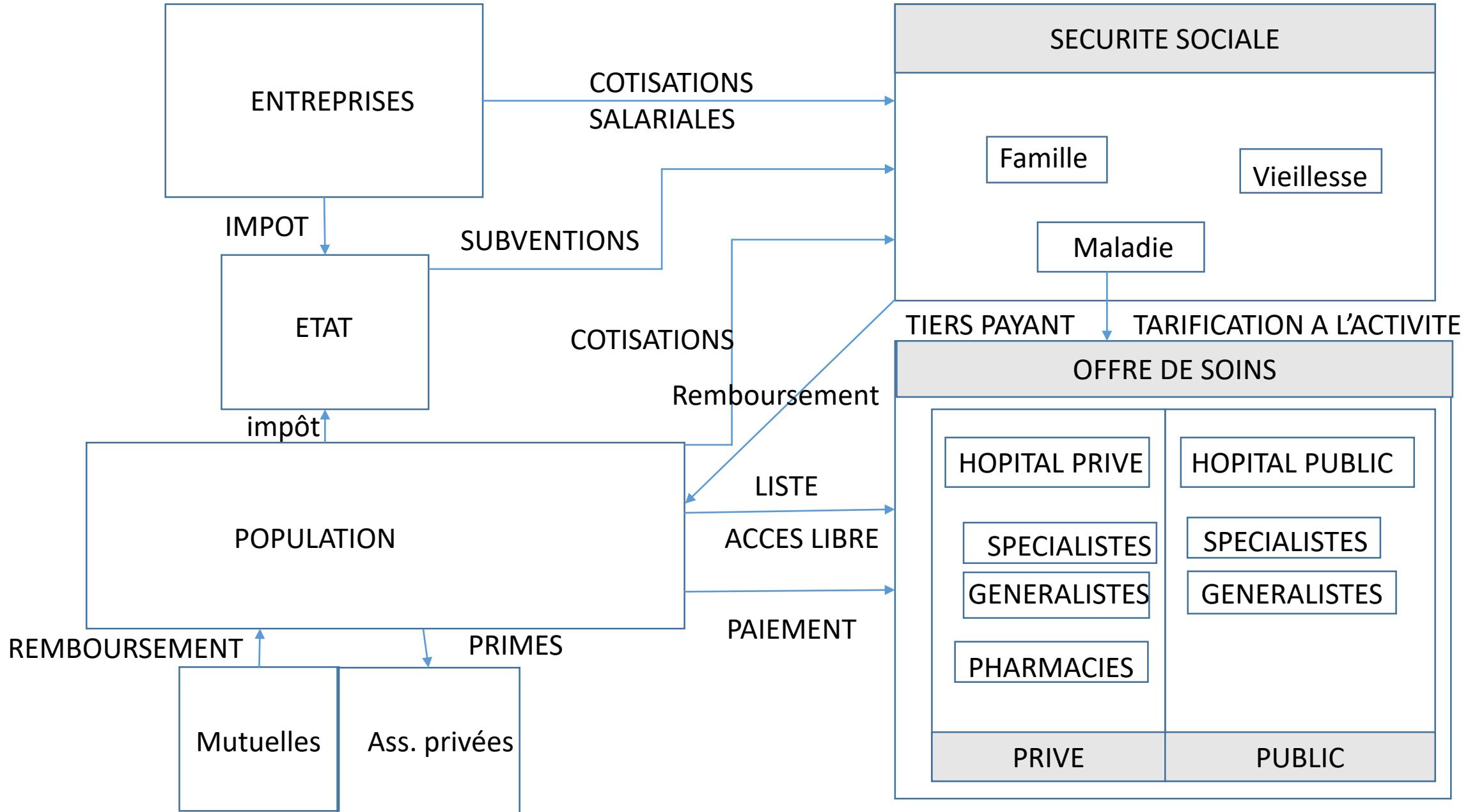
Système de santé anglais

- 2,5 lits pour 1000 habitants contre 6/1000 en France et 8/1000 en Allemagne
- 3000 hôpitaux en France, 2000 en Allemagne, 250 en Angleterre
- Integrated Primary acute care system permettent la coordination entre médecins généralistes, services à domicile, santé mentale, hôpitaux et services sociaux
- Spécialistes, biologie et imagerie seulement à l'hôpital

Système de santé Français

- Totalement mixte privé public
- Parmi les plus coûteux au monde (11% du PIB)
- Parmi les plus généreux au monde: couverture universelle
- 240 milliards euros en 2023, 9% d'augmentation en un an (COVID)
- Espérance de vie en bonne santé 73,38 années (2016),
au 5^{ème} rang mondial après Singapour, le Japon, l'Espagne et la Suisse

SYSTÈME DE SANTE FRANCAIS



Système de santé Français

- Peu d'intégration et de coordination entre les différents professionnels et les différentes structures
- Système de paiement à l'acte et au séjour
- Mais regroupements d'hôpitaux publics: Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)
- Et regroupements de professionnels libéraux:
 - Maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé
 - Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS)

Eléments de comparaison

Convergences

- Inscription sur liste
- Modèles mixtes (public/privé)
- Financement mixte (impôt/cotisations)

Divergences

- Cabinets de médecine générale
- Paiement à l'acte/capitation
- Spécialistes à l'hôpital
- Nombre d'hôpitaux

Comparaison européenne

Country	Euro Health Consumer Index (EHCI) Score↓
<u>Switzerland</u>	893
<u>Netherlands</u>	883
<u>Norway</u>	857
<u>Denmark</u>	855
<u>Belgium</u>	849
<u>Finland</u>	839
<u>Luxembourg</u>	809
<u>Sweden</u>	800
<u>Austria</u>	799
<u>Iceland</u>	797
<u>France</u>	796
<u>Germany</u>	785

Systèmes de Santé

Financement de l'hôpital en France

Pr Cyrille Colin

Université Lyon 1

Financement de l'hôpital en France

Périmètre de la présentation

- Etablissements de santé Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)
 - CHU, CHG, CH, CLCC, cliniques, autres
- Etablissements de santé mentale
 - CHS, cliniques
- Etablissements de Soins Médicaux de Réadaptation (SMR)
 - Publics et privés

Financement de l'hôpital en France

Trois grandes périodes toutes marquées par l'augmentation régulière du nombre de structures et du montant des dépenses:

- Mode de financement au prix de journée depuis les années 1960 jusqu'en 1984
 - Inflation des durées de séjour
- L'adoption du budget global en 1984
 - Baisse ou stagnation de l'activité hospitalière
- La tarification à l'activité à partir de 2004
 - Haute d'activité ambulatoire et baisse des tarifs
 - Mise en concurrence des hôpitaux, publics ou privés, à but lucratif ou non

Etat des lieux en 2024 (structures et personnels)

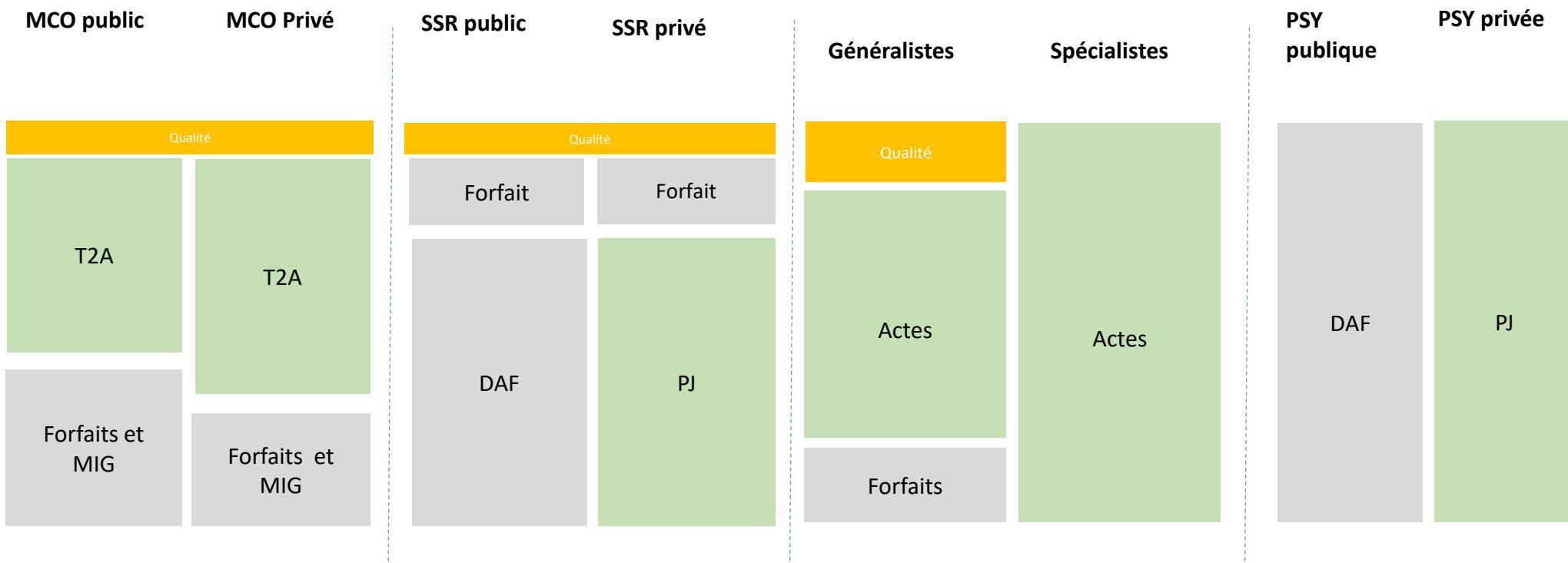
- 2962 hôpitaux et cliniques avec 369 000 lits et 88 000 places
- 300 structures d'HAD
- Les lits baissent de - 1,5% par an
- Les places augmentent de + 2,5% par an
- L'HAD augmente de 3 à 4 % par an
- Entre 2000 et 2018 +30% d'agents (1 à 1,3 millions), 35% des emplois sont non soignants.
- 700 services d'urgence, 500 maternités

Sources: DREES, ATIH, IRDES, FHF

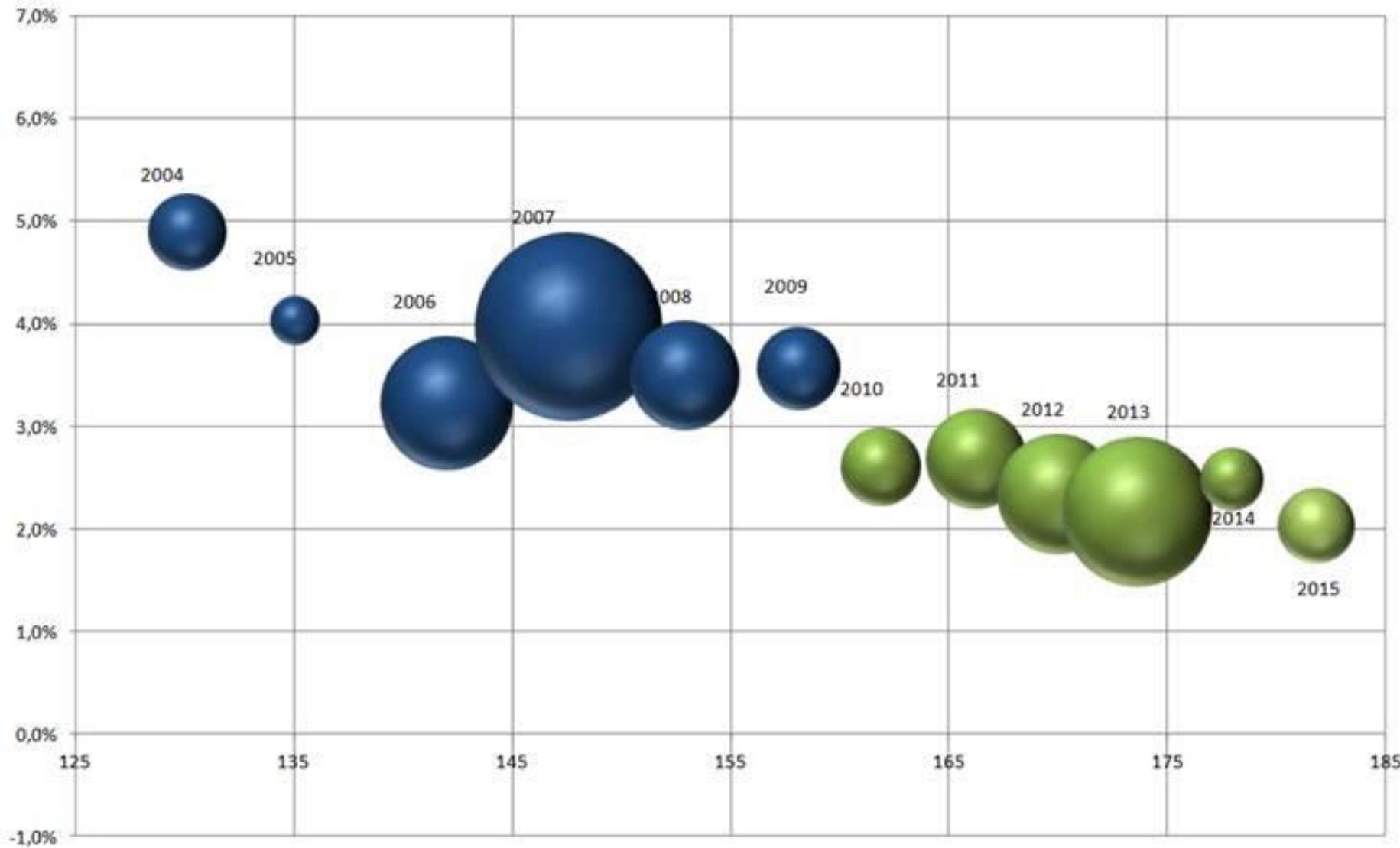
Etat des lieux de l'activité hospitalière MCO 2022

- 10,5 millions hospitalisations complètes (-)
- 17,9 millions hospitalisations de jour (+)
- 21,6 millions passages aux urgences (10 M en 1996)
- 6,8 millions hospitalisations à domicile (++)
- 15 millions séances (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie)
- 37,8 millions consultations (332 M en ville)

Modalités de financement avant 2020

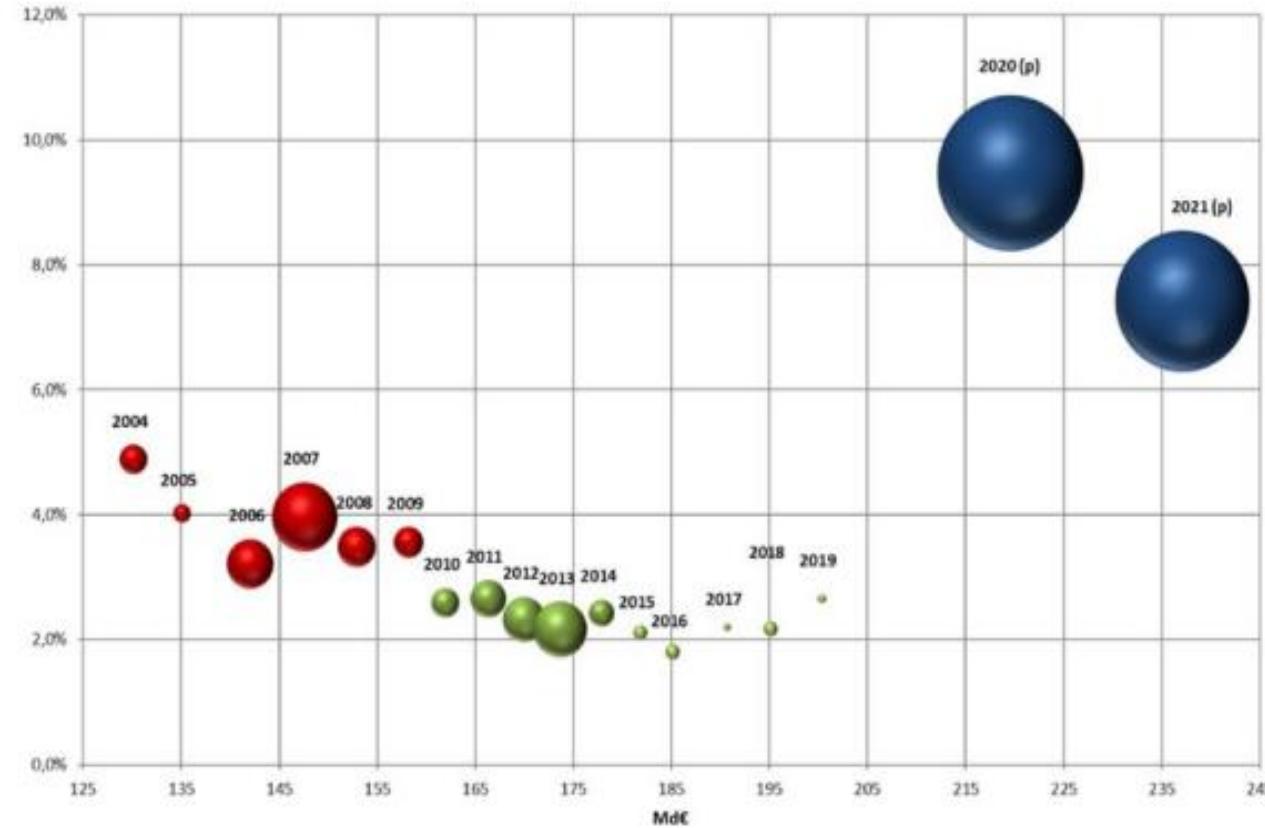


Exécution de l'ONDAM hospitalier (2004-2015)



Pourquoi réviser le financement du système hospitalier?

- Après 10 années de stabilité dans l'exécution de l'ONDAM hospitalier, les tensions sociales dans ce secteur sont maximales, la demande politique de diminuer le financement à l'activité devient très forte.



Source : Annexe 7 du PLFSS 2022

Contexte en 2023

- Des hôpitaux toujours en souffrance malgré une baisse d'activité, des budgets en forte hausse et une garantie de financement de 2020 à 23
 - ONDAM 2023 : **244.1 Milliards d'euros** (+ 40 Milliards (+ 18%) en trois ans)

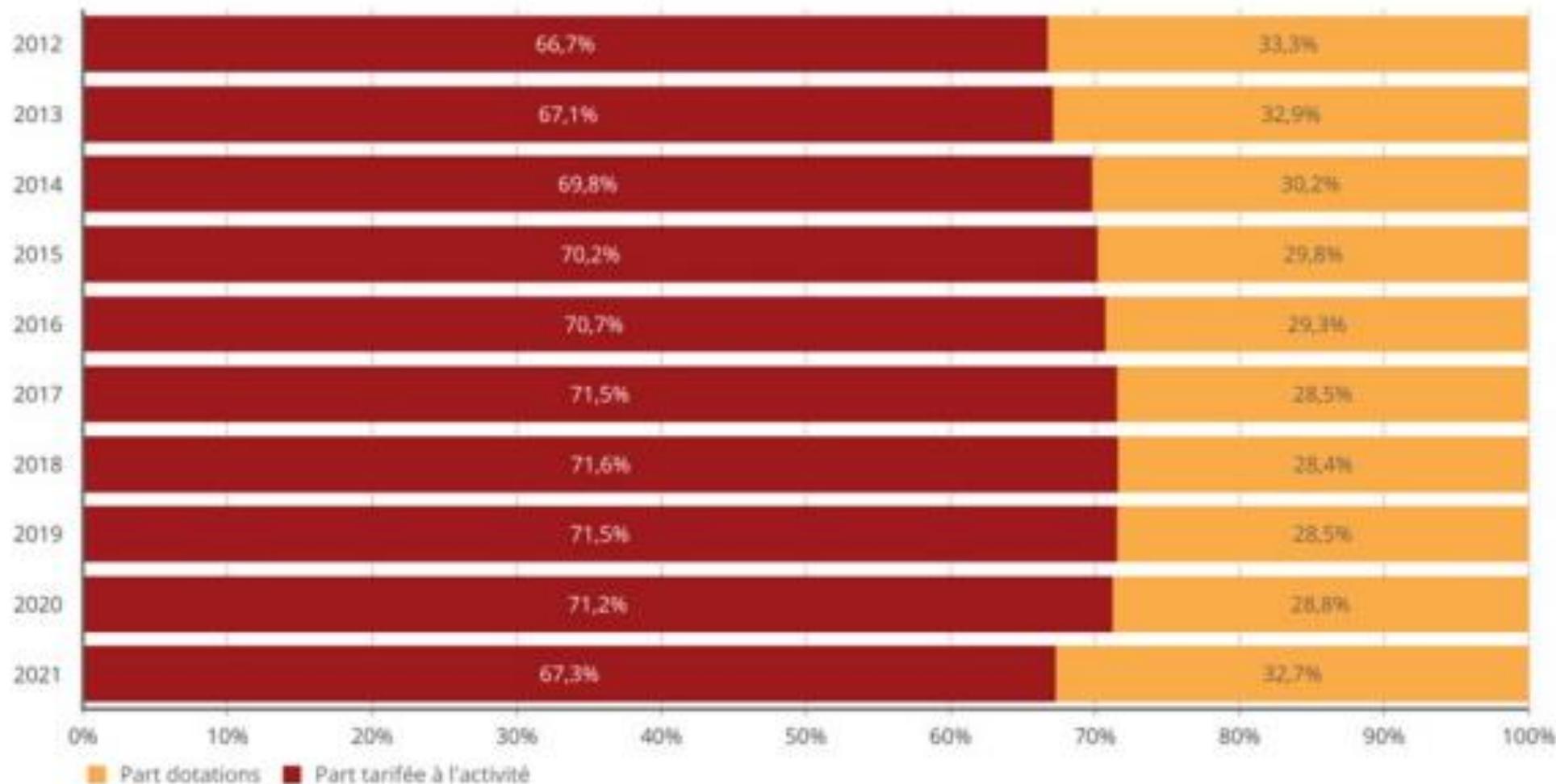


Lecture > La CSBM augmente de 7,9 % en valeur après +1,6 % en 2020. Hors mesures de garantie de revenus mises en œuvre (dispositif d'indemnisation pour perte d'activité pour les professionnels de santé en libéral et garantie de financement pour les cliniques privés), l'évolution de la CSBM aurait été de +0,4 % en 2020 et de +8,8 % en 2021.

Source > DREES, comptes de la santé.

Comment réviser le financement ?

Figure 11 : Répartition des deux principaux financements par l'assurance maladie



Source : Commission d'enquête sur l'hôpital, d'après les données du ministère des solidarités et de la santé

Les modes de financement actuels pour l'hôpital MCO

- La tarification à l'activité (60-70% des dépenses hospitalières)
- Les dotations annuelles de financement (budget global, dotation socle, garantie de financement)
- Les Missions d'Intérêt Général
- Les forfaits
- La liste en sus (Molécules Onéreuses et Dispositifs Médicaux hors Groupes Homogènes de Séjour)
- La part liée à la qualité (IFAQ)

Les modes de financement innovants observés dans d'autres pays

- Les financements populationnels (population based financing)
- Les financements basés sur la performance/qualité (Pay for Performance)
- Les financements basés sur l'épisode de soins (Bundle paiement) ou sur le suivi annuel du patient (capitation)
- Les financements mixtes
- Le financement basé sur la valeur (Value Based Health Care)

Propositions de la Task Force « Financement du système de santé »

- Modèle mixte de financement
 - Populationnel
 - Qualité
 - Parcours (forfait pathologies chroniques)
 - Activité
 - Urgence/SMUR
 - Structuration travail en équipe en ville (assistants médicaux, qualité)
- Pluri-annualité du financement, révision de la nomenclature des actes médicaux et des Groupes Homogènes de Séjour (refonte ENC), indicateurs de pertinence
- Expérimentations articles 51

En France le financement mixte est proposé aux établissements de santé depuis la LFSS 2021.

- **L'article 57 de la LFSS 21 prévoit qu'une expérimentation sur un financement mixte de la médecine puisse être autorisée pour une durée de 5 ans à partir de 2022.**

Ce financement mixte aura 3 composantes :

- **Une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles** (âge, taux d'affections de longue durée, précarité, densité du territoire) ;
- **Un paiement à l'activité et à l'acte** ;
- **Un financement à la qualité** attribué en fonction des résultats obtenus par rapport à des indicateurs territoriaux permettant d'apprécier la coordination des acteurs et la prise en charge globale des patients.

Nouveau modèle de financement, loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (article 36)

- **une dotation populationnelle** qui tient compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région ;
- **une dotation complémentaire** allouée aux établissements qui remplissent des critères liés à l'amélioration de la qualité ;
- **des recettes liées à l'activité** en tenant compte de l'intensité de la prise en charge.

Focus sur le financement populationnel (urgence, SMR, psychiatrie)

- Financement psychiatrie
 1. . Dotation populationnelle : construite sur des critères populationnels et allouée à la maille régionale afin d'assurer une meilleure équité de financement entre les régions
 2. Dotation File Active : construite sur la file active des établissements afin de reconnaître leur dynamique d'activité
 3. Activités spécifiques : valorise les activités pour lesquelles l'organisation de l'offre est suprarégionale
 4. Nouvelles Activités : valorise des projets/modalités de prises en charge innovantes identifiés via des appels à projets nationaux ou régionaux
 5. Transformation : finance les actions restructurantes nationales et régionales portées auprès des établissements
 6. Recherche : soutient la structuration de l'animation territoriale de la recherche en psychiatrie
 7. Qualité : Incite à l'amélioration de la qualité des prises en charge via l'intégration des établissements de psychiatrie au dispositif IFAQ
 8. Qualité du Codage (DQC) : incite à l'amélioration de la complétude, de la conformité et de la cohérence des données remontées par les établissements

Accompagnement de la réforme

- Pour accompagner cette réforme, un [décret du 25 février 2021](#) a créé, auprès de chaque agence régionale de santé (ARS), un **comité régional consultatif d'allocation des ressources** relatif aux activités d'urgence, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé.
- La pluri annualité des financements est prévue dans le texte
- La révision des nomenclatures est lancée pour rééquilibrer les tarifs des actes