



Dépenses de santé en Champagne-Ardenne

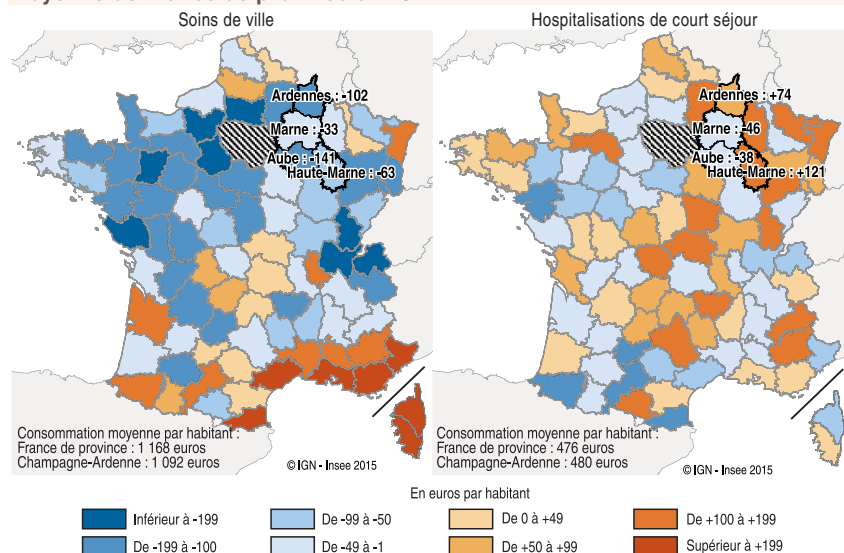
L'impact des caractéristiques démographiques, sanitaires et sociales des populations et de l'offre de soins

Un Champardennais consomme en moyenne moins de soins de ville qu'un habitant de France de province, quel que soit le département de la région dans lequel il vit. Le nombre peu élevé de professionnels de santé libéraux, notamment dans les Ardennes, l'Aube et la Haute-Marne, limite en effet fortement sa consommation. Cet impact est en partie compensé par celui lié à un vieillissement de la population plus marqué et des situations sanitaires et sociales généralement plus dégradées qu'au niveau national, facteurs d'accroissement des dépenses de soins. Si, en moyenne, les dépenses par habitant en hospitalisation de court séjour sont proches de celles de France de province, de fortes disparités existent entre départements. Dans les Ardennes, la situation sanitaire, plus dégradée que dans le reste de la région, induit des dépenses d'hospitalisation plus importantes. En Haute-Marne, la population plus âgée et une offre hospitalière plus conséquente contribuent à expliquer un niveau de dépenses plus élevé. La population plus jeune dans la Marne, la situation sanitaire plus favorable et le déficit d'offre dans l'Aube sont autant de facteurs de la sous-consommation de soins hospitaliers dans ces départements.

Anh Van Lu, Insee

Le Projet Régional de Santé 2012-2016 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Champagne-Ardenne accorde une place importante à la lutte contre les inégalités de santé et à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé. En 2011, les dépenses de soins représentent dans la région un montant de 3 603 millions d'euros, soit 9,5 % du PIB régional, principalement financées par les régimes d'assurance maladie. Les dépenses de soins de ville, qui comprennent les honoraires des praticiens, la biologie médicale, le transport de malades et les médicaments, y contribuent pour 1 510 millions d'euros. Celles des établissements de santé constituent l'autre poste important des dépenses de soins, avec 1 422 millions d'euros, dont 1 125 millions pour les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) relatives aux séjours hospitaliers de courte durée.

1 Écarts départementaux de consommation de soins par habitant à la moyenne de France de province en 2011



Lecture : en 2011, un habitant des Ardennes consomme en moyenne 1 066 euros en soins de ville, soit 102 euros de moins qu'en France de Province (1 168 euros).

Sources : Insee, recensement de la population 2011 ; ARS Champagne-Ardenne, dépenses de soins de ville (SNIIR-AM), dépenses de soins hospitaliers (PMSI)

Les Champardennais consomment moins pour leurs soins

En 2011, un Champardennais consomme en moyenne pour 1 092 euros en soins de ville, soit 76 euros de moins qu'un habitant de France de province (figure 1). En revanche, en matière de dépenses d'hospitalisation de court séjour dans les établissements de santé publics et privés (*champ de l'étude*), il consomme autant qu'au niveau national (480 euros contre 476 euros en France de province).

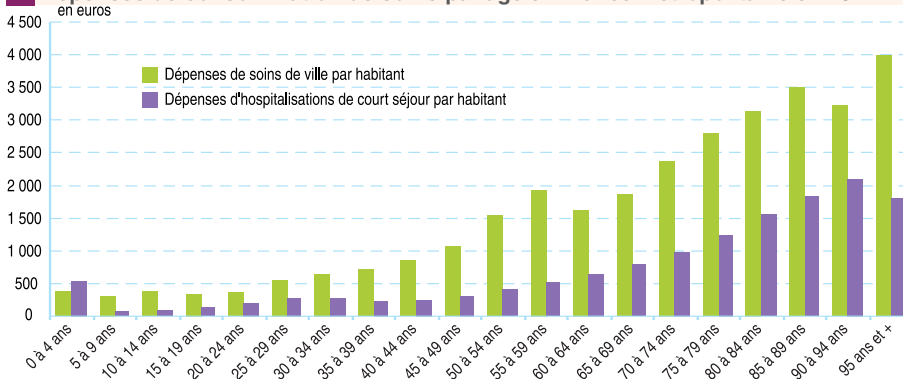
Ces moyennes masquent des disparités importantes entre les départements de la région. Si tous les départements affichent des consommations de soins de ville par habitant moindres qu'en France de province, l'écart est plus faible dans la Marne (-33 euros). Il est proche de l'écart constaté au niveau régional en Haute-Marne (-63 euros) et est nettement plus important dans les Ardennes (-102 euros) et dans l'Aube (-141 euros). La moindre consommation de soins de ville est caractéristique des départements du nord de la France, exceptés le Nord, la Somme, la Meurthe-et-Moselle et le Bas-Rhin. À l'inverse, la plupart des départements du Limousin et d'Auvergne ainsi que du sud de la France se caractérisent plutôt par des dépenses de soins de ville plus importantes qu'au niveau national.

Concernant les hospitalisations de court séjour, les Ardennes et la Haute-Marne présentent des consommations par habitant plus importantes qu'en France de province, respectivement de +74 euros et de +121 euros. Elles sont moins élevées qu'au niveau national pour les deux autres départements : Aube (-38 euros) et Marne (-46 euros). Les disparités départementales de consommation de soins hospitaliers par habitant sont tout autant marquées sur le territoire national : 16 des 21 régions de France de province, dont la Champagne-Ardenne, regroupent à la fois des départements en surconsommation et d'autres en sous-consommation.

La structure par âge de la population accentue les disparités de consommation de soins dans l'Aube et en Haute-Marne

Les disparités de consommation de soins entre départements sont en partie liées à leurs caractéristiques démographiques (*encadré*). Les dépenses de santé augmentent exponentiellement au fur et à mesure du vieillissement (figure 2). En moyenne, un Français consomme pour plus de 1 000 euros en soins de ville en 2011 à partir de 50 ans et pour plus de 3 000 euros à 80 ans et plus. Si l'on excepte la tranche d'âge des 0 à 4 ans avec les frais liés à la périnatalité, les dépenses d'hospitalisation

2 Dépenses de consommation de soins par âge en France métropolitaine en 2011



Lecture : les dépenses moyennes par habitant âgé de 5 à 9 ans sont de 309 euros pour les soins de ville et de 80 euros pour les hospitalisations de court séjour en France métropolitaine.

Sources : Insee, recensement de la population 2011 ; ARS Champagne-Ardenne, dépenses de soins de ville (SNIR-AM), dépenses de soins hospitaliers (PMSI)

de court séjour augmentent de manière similaire avec l'âge pour atteindre les 1 500 euros par habitant à partir de 80 ans, plus du triple des dépenses moyennes de l'ensemble de la population.

Dans l'Aube et en Haute-Marne, la population est plus âgée que la moyenne nationale. Les 50 ans et plus représentent respectivement 38,7 % et 42,0 % de la population, contre 37,9 % en France de province. Ainsi, à comportements de consommation de soins identiques, les dépenses de soins dans ces départements devraient être supérieures à la moyenne de France de province du fait de leur population plus âgée. Pour les soins de ville, la hausse liée à la structure par âge serait évaluée à +36 euros dans l'Aube et à +101 euros en Haute-Marne (figure 3). La sous-consommation observée dans ces départements s'en trouverait d'autant plus marquée. Pour les hospitalisations de court séjour, l'effet de la structure par âge contribuerait à augmenter les dépenses par habitant de +5 euros dans l'Aube et de +29 euros en Haute-Marne.

À l'inverse, les Marnais âgés de 50 ans et plus sont moins représentés (35,6 %) qu'en France de province. L'effet de la structure par âge contribuerait ainsi négativement aux écarts de dépenses, de -27 euros pour

les soins de ville et de -23 euros pour les hospitalisations de court séjour. Il serait relativement limité dans le département des Ardennes où la proportion de personnes de 50 ans et plus (37,8 %) est proche celle de France de province.

Une situation sanitaire précaire dans les Ardennes, plus favorable pour l'Aube

À âge équivalent, la consommation de soins d'un individu est affectée par son état de santé, appréhendé dans cette étude par l'indicateur d'Affections de Longue Durée (ALD) (*définitions*). Les prévalences d'ALD sont plus importantes dans les Ardennes, la Marne et la Haute-Marne qu'en France de province (18 353 ALD pour 100 000 habitants) (figure 4), comme en Nord-Pas-de-Calais et en Picardie. Pour les Ardennes, où l'indicateur d'ALD est le plus dégradé (19 683 ALD pour 100 000 habitants), les effets sanitaires contribueraient à une surconsommation de soins de ville évaluée à +23 euros. Ils seraient positifs mais très limités dans la Marne et la Haute-Marne. À l'inverse, dans l'Aube, ces effets induiraient plutôt une sous-consommation de soins de ville de -27 euros. La situation sanitaire y est nettement plus favorable (16 824 ALD pour 100 000 habitants).

3 Contribution des différents effets aux écarts de consommation de soins par habitant à la moyenne de France de province dans les départements de Champagne-Ardenne en 2011

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne
Soins de ville				
Écart par rapport à la France de province	-102	-141	-33	-63
<i>dont : effets de la structure par âge</i>	+15	+36	-27	+101
<i>effets sanitaires</i>	+23	-27	+1	+6
<i>effets d'offre</i>	-126	-161	-30	-157
<i>effets sociaux</i>	+45	+35	+26	-60
Hospitalisations de court séjour				
Écart par rapport à la France de province	+74	-38	-46	+121
<i>dont : effets de la structure par âge</i>	-9	+5	-23	+29
<i>effets sanitaires</i>	+93	+11	+30	+12
<i>effets d'offre</i>	+25	-22	+4	+53
<i>effets sociaux</i>	-28	-9	+10	-19

Lecture : dans les Ardennes, l'écart de consommation moyenne en soins de ville par habitant par rapport à la France de province est de -102 euros. Les effets liés à la structure par âge de la population contribuent pour +15 euros à l'écart de dépenses. Les effets des caractéristiques sanitaires, de l'offre de soins, et des facteurs sociaux y contribuent pour respectivement +23 euros, -126 euros et +45 euros.

Sources : Insee, recensement de la population 2011 ; ARS Champagne-Ardenne, dépenses de soins de ville (SNIR-AM), dépenses de soins hospitaliers (PMSI)

4 Indicateurs explicatifs des disparités départementales de dépenses de soins en 2011

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	France de province
Indicateur démographique					
Part des personnes âgées de 50 ans et plus dans la population (%)	37,8	38,7	35,6	42,0	37,9
Indicateurs sanitaires					
Indicateur d'affections de longue durée (ALD)	19 683	16 824	18 437	18 719	18 353
Indice comparatif de mortalité	117,1	102,0	105,5	102,2	100,0
Indicateurs d'offre					
Densité de professionnels de santé libéraux pour 100 000 habitants	350	308	343	311	459
Densité de professionnels de santé salariés pour 100 000 habitants	857	724	988	947	883
<i>dont densité de médecins spécialistes salariés pour 100 000 habitants</i>	33	31	71	31	54
Part de la pop. hospitalisée hors de leur département de résidence (en %)	6,6	4,4	2,1	7,7	3,6
Indicateurs sociaux					
Part de la population couverte par la CMU complémentaire (en %)	8,1	6,5	5,1	5,0	5,1
Revenu fiscal médian (en euros)	16 743	18 117	19 428	17 387	18 737

Sources : Insee, RFL 2011, fichiers d'état civil 2011, recensement de la population 2011 ; CNAM ; DREES ; ARS Champagne-Ardenne, ADELI, FINISS, ASIP-RPPS-traitements DREES, MSI

Le risque de mortalité à un âge donné est plus important dans les départements de Champagne-Ardenne qu'en France de province. L'indice comparatif de mortalité (*définitions*) y est supérieur à 100 comme pour l'ensemble des départements du nord de la France. Cependant, cette situation n'est pas forcément liée aux ALD : les départements du pourtour méditerranéen présentent à la fois de fortes prévalences d'ALD et des risques de mortalité inférieurs à ceux de la France de province. Un plus fort risque de mortalité influe positivement sur les dépenses d'hospitalisation de court séjour. Les effets sanitaires contribueraient ainsi à une surconsommation de soins hospitaliers par habitant de +30 euros dans la Marne, de +11 euros dans l'Aube et de +12 euros en Haute-Marne. La surconsommation serait beaucoup plus forte dans les Ardennes (+93 euros).

Un déficit d'offre de soins de ville dans la région

Outre l'âge et l'état de santé des individus, l'importance de l'offre de soins influence la consommation. Quel que soit le département de Champagne-Ardenne, l'offre en soins de ville est plus faible qu'en moyenne nationale : la France de province compte 459 professionnels de santé libéraux pour 100 000 habitants. L'Aube (308) et la Haute-Marne (311) sont les départements les plus affectés. Cette moindre densité touche tous les territoires du nord de la France, en particulier ceux proches de l'Île-de-France. Les effets d'offre contribueraient à une sous-consommation de soins de ville par habitant, de -126 euros dans les Ardennes, -161 euros dans l'Aube, -30 euros dans la Marne et -157 euros en Haute-Marne.

L'impact de l'offre de soins sur les dépenses d'hospitalisation de court séjour est plus contrasté. La densité de professionnels de santé salariés dans la Marne (988 pour 100 000 habitants) est supérieure à la moyenne de France de province (883). Ce département bénéficie notamment de dix

établissements relevant d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), localisés à Reims, dont principalement l'Hôpital Robert Debré, l'Hôpital Maison Blanche et l'American Memorial Hospital. La Haute-Marne se distingue également par une densité (947) supérieure à la moyenne, en lien avec une capacité d'accueil hospitalière la plus importante de la région au regard de sa population : 414 lits disponibles pour 100 000 habitants contre 358 en Champagne-Ardenne. La densité de professionnels de santé salariés est inférieure à la moyenne nationale dans les Ardennes (857) et dans l'Aube (724).

Ces différences d'offre hospitalière sont atténuées par les possibilités de déplacements entre le lieu de résidence de la population et son lieu d'hospitalisation. La Marne, avec le CHU de Reims, attire ainsi de nombreux patients d'autres départements, en raison de la présence de certaines spécialités telles que la maternité de niveau 3, la neurochirurgie, la chirurgie vasculaire ou encore la chirurgie thoracique. En particulier, dans les Ardennes et en Haute-Marne, respectivement 6,6 % et 7,7 % des habitants sont hospitalisés en dehors du département, contre 5,1 % en moyenne dans les départements de France de province. Ainsi, en tenant compte de la capacité des habitants à se déplacer pour être hospitalisés, les effets de l'offre contribueraient aux dépenses hospitalières pour +25 euros dans les Ardennes et +53 euros en Haute-Marne. L'impact serait plus limité dans la Marne (+4 euros) et négatif dans l'Aube (-22 euros).

Des disparités sociales aux effets variables sur la consommation de soins de ville

Les dépenses de soins de santé, qu'ils soient de ville ou hospitaliers, dépendent également des revenus des ménages. En ce sens, la santé est parfois considérée comme un bien supérieur : les dépenses de santé augmentent plus que proportionnellement avec les revenus. Une situation sociale favorable d'un département, approchée par

son revenu fiscal médian (*définitions*), se traduirait par des dépenses en soins de ville accrues. Ce phénomène tient aussi bien à des facteurs culturels (meilleure éducation et information sanitaire plus développée) qu'économiques (moindre contrainte financière pour l'accès aux soins). À l'inverse, des conditions sociales dégradées peuvent induire un renoncement aux soins. Dans les départements de Champagne-Ardenne, le revenu médian est inférieur à la moyenne de France de province (18 737 euros), excepté dans la Marne (19 428 euros). Les effets sociaux contribueraient ainsi à l'augmentation des dépenses de soins dans la Marne et à une diminution dans les autres départements de la région. C'est le cas pour les dépenses d'hospitalisations de court séjour : +10 euros dans la Marne, -28 euros dans les Ardennes, -9 euros dans l'Aube et -19 euros en Haute-Marne.

Les disparités sociales entre départements influent de manière complexe sur les écarts de dépenses de soins de ville. Les départements regroupant une proportion élevée de personnes en situation de forte précarité bénéficient d'un effet « correcteur de revenus » lié aux aides sociales, notamment à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Dans les Ardennes et, dans une moindre mesure l'Aube, les effets sociaux liés au renoncement aux soins de ville sont compensés par ceux des aides sociales : la part de la population couverte par la CMU-C y est supérieure de respectivement 3,0 et 1,4 points à la moyenne de France de province. Les effets sociaux contribueraient ainsi à l'augmentation des dépenses dans les Ardennes (+45 euros) et dans l'Aube (+35 euros), tout comme dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de l'Aisne. En Haute-Marne, la situation sociale est globalement peu favorable mais les situations de forte précarité sont moins présentes. Les effets sociaux contribueraient à diminuer les dépenses de soins de ville (-60 euros). ■

Cette étude est réalisée en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Champagne-Ardenne.

Une évaluation de l'influence des facteurs démographiques, sanitaires, sociaux et d'offre de soins sur les dépenses de santé

L'approche statistique suivie dans la présente étude vise à apporter de premiers éclairages sur l'importance relative des facteurs démographiques, sanitaires, sociaux et d'offre sur les disparités de dépenses de soins, sans chercher à conclure sur leurs liens d'interdépendance et l'ordre des causalités.

L'analyse des écarts de dépenses de santé par habitant s'appuie sur des travaux menés par la direction régionale de l'Insee et l'agence régionale de Santé de Nord - Pas-de-Calais (*pour en savoir plus*). Elle est réalisée en deux étapes : la correction des effets de structure démographique et l'estimation de l'impact d'un ensemble de facteurs explicatifs liés à la situation sanitaire et sociale de la population et à l'offre de soins à partir d'un modèle économétrique.

En raison de leurs fortes spécificités, notamment en termes sociaux et d'offre, les départements de la région Île-de-France ont été exclus de l'étude.

La correction des effets de structure démographique est réalisée à l'aide d'un modèle structurel-géographique à partir de la structure de la population par tranche d'âge quinquennale propre à chaque département et des dépenses de soins de santé moyennes par habitant au niveau national. Les écarts de consommation de soins ainsi corrigés sont directement comparables puisqu'ils reposent sur une même répartition de la population par âge.

Puis, est estimé un modèle économétrique (régression linéaire), expliquant les écarts de consommation de soins corrigés des effets de structure par âge par un ensemble de variables explicatives (en écart à leur moyenne France de province en 2011) :

indice comparatif de mortalité ; indicateur d'affections de longue durée ; revenu fiscal médian ; taux de pauvreté à 60 % ; intensité de la pauvreté ; rapport inter-décile de revenu fiscal ; taux de chômage localisé au 4^e trimestre ; part des chômeurs de longue durée dans la statistique de Pôle emploi en fin d'année ; part de la population totale couverte par la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire en fin d'année ; densité de professionnels de santé (médecins généralistes-spécialistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) libéraux pour 100 000 habitants ; densité de professionnels de santé salariés pour 100 000 habitants ; densité de lits disponibles pour 100 000 habitants ; la part de la population hospitalisée hors de leur département de résidence ; la part des personnes hospitalisées dans un département et ne résidant pas dans le département.

Pour le choix du modèle final, le seuil de significativité de 1 % des variables explicatives est retenu.

Pour les soins de ville, cinq variables explicatives sont retenues : l'indicateur d'affections de longue durée (ALD), la densité de professionnels de santé libéraux, la densité de médecins spécialistes salariés, la part de la population couverte par la CMU complémentaire et le revenu fiscal médian.

Pour les soins hospitaliers, quatre variables explicatives sont retenues : l'indicateur comparatif de mortalité, le revenu fiscal médian, la densité de lits disponibles, la densité de professionnels de santé salariés et la part de la population hospitalisée hors de leur département de résidence.

Champ de l'étude et définitions

- Les **dépenses de soins de ville** prises en compte dans cette étude décrivent les dépenses remboursées par l'Assurance maladie au titre des honoraires médicaux privés (y compris ceux des médecins libéraux intervenant en clinique), des médicaments et dispositifs médicaux, des honoraires paramédicaux (y compris ceux des professionnels libéraux intervenant en clinique), de la biologie médicale et des transports de malades, des dépenses du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), des indemnités journalières, des centres de santé et autres dépenses de soins de ville.
- Les **dépenses d'hospitalisations de court séjour** prises en compte dans cette étude correspondent aux versements, dotations ou remboursements des prestations liés aux forfaits par séjours et séances des activités de médecine, chirurgie, et obstétrique (MCO). Elles représentent un peu moins de la moitié des dépenses de soins hospitaliers globales. Les autres dépenses des établissements de santé ne sont pas prises en compte : principalement les consultations, actes externes, médicaments et dotations annuelles (MIGAC) des activités MCO ainsi que les dépenses de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie et de soins longue durée. Ce champ réduit constitue cependant un bon estimateur des disparités globales de dépenses de soins hospitaliers : le coefficient de corrélation entre les dépenses globales de soins hospitaliers et les dépenses sur le champ réduit pour les départements est supérieur à 0,99.
- L'**indice comparatif de mortalité** rapporte le nombre de décès observé sur un territoire donné (multiplié par 100) au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par genre et âge étaient identiques aux taux nationaux.
- L'**indicateur d'affections de longue durée (ALD)** correspond au nombre d'ALD en prévalence pour 100 000 personnes standardisés par sexe et âge, pondéré par le coût relatif des différentes affections. Le dispositif des ALD permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Une liste de trente affections établie par décret ouvre droit à ce dispositif (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladies coronaires, insuffisance cardiaque grave, etc.).
- Le **revenu fiscal** correspond à la somme des ressources déclarées par les contribuables sur la déclaration des revenus, avant tout abattement. Le revenu fiscal comprend ainsi les revenus d'activité salariée et indépendante, les pensions d'invalidité et les retraites (hors minimum vieillesse), les pensions alimentaires reçues (déduction faite des pensions versées), certains revenus du patrimoine ainsi que les revenus sociaux imposables : indemnités de maladie et de chômage (hors RSA). Le revenu fiscal médian correspond au niveau de revenu au-dessus duquel se situent 50 % de la population.
- Le **rapport inter-décile** des revenus sont utilisés pour mettre en évidence les disparités (ou écarts) entre les 10 % de la population les plus riches et les 10 % les plus pauvres.
- Le **taux de pauvreté** correspond à la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros).
- L'**intensité de la pauvreté** est un indicateur qui permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté. L'Insee mesure cet indicateur comme l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté.
- Le **court séjour hospitalier** comprend les soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leurs phases aiguës ; le terme « court séjour » est parfois employé pour parler des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Insee Champagne-Ardenne

10 rue Édouard Mignot
CS 10048
51721 Reims Cedex

Directrice de la publication :

Laurence Bloch

Rédacteur en chef :

David Bates

ISSN 2416-8025

© Insee 2015

Pour en savoir plus

- « Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux », V. Malaizé et D. Desrivierre, [Pages de Profils n°105](#) - 2012
- « Disparités territoriales des dépenses de santé : le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins », [Comptes nationaux de la santé](#), F. Lê et F. Tallet - 2009
- « Les disparités départementales des dépenses de santé », [Comptes nationaux de la santé](#), A. Expert, F. Lê et F. Tallet - 2008
- « Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée », [CNAM Points de repère n°1](#), N. Vallier, B. Salanave et A. Weill - 2006

