

N° 95 • décembre 2000

Les dépenses de santé varient fortement d'une région à l'autre, tant en niveau global que dans leur répartition entre honoraires, prescriptions et hospitalisation publique ou privée. En 1997, le montant total des dépenses remboursées, corrigées des effets d'âge, allaient de 7 600 francs par habitant en Limousin à 11 500 francs en Corse. En structure, la part de l'hospitalisation publique, par exemple, variait de 34 % en Languedoc-Roussillon à 55 % en Franche-Comté. Différents modes de recours au système de soins peuvent être mis en évidence avec des substitutions et des complémentarités possibles entre les divers types de dépenses. Une typologie des régions les sépare ainsi en quatre groupes. Les régions méridionales présentent des parts élevées de dépenses de cliniques et de ville. Dans les régions où sont présents des établissements « de recours », comme en Île-de-France ou Rhône-Alpes, les dépenses totales sont également élevées et la part des dépenses liées à l'hospitalisation publique est forte. Dans un troisième groupe, les dépenses de prescriptions et de spécialistes sont modérées. Un quatrième groupe de régions enfin, où se situent le Nord-Pas-de-Calais et le Limousin, a, à la fois, un faible niveau de dépenses et un recours massif à la médecine générale.

Didier Balsan

Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

Les disparités interrégionales des dépenses de santé

une analyse à partir des dépenses remboursées par l'assurance maladie en 1997-1998

En 1997, le total des dépenses de santé (risque maladie) s'élevait à 422 milliards de francs remboursés par le régime général, 32 milliards par la Mutualité sociale agricole (MSA) et 22 milliards par la CANAM¹, soit pour les trois principaux régimes ensemble, 476 Mds de francs.

Le montant de dépenses remboursées par habitant était de 9 600 francs. Ce montant moyen recouvre de fortes disparités régionales. Une partie de ces disparités s'explique par des différences de structure par âge de la population, les dépenses de santé étant très concentrées sur certains épisodes du cycle de vie, en particulier aux âges élevés. Ainsi, par exemple, la correction de la structure par âge (encadré 1) déplace l'Île-de-France, région où la part des personnes âgées de moins de 50 ans est la plus élevée, de la quatrième position en termes de dépense totale (10 100 francs par habitant) à la seconde position (11 200 francs). Le mécanisme inverse se produit pour le Limousin, où la part des personnes âgées est la plus élevée : la correction fait descendre cette région de la seizième place (8 800 francs) à la dernière (7 600 francs). Mais, même corrigées des effets d'âge, les dépenses par habitant restent très dispersées et s'étagent de 7 600 francs dans le Limousin à 11 500 francs en Corse (carte 1).

1. Comptes de la Protection sociale



Des disparités de dépenses de ville qui vont de 1 à 1,5 pour les honoraires et de 1 à 1,8 pour les prescriptions

En 1998, les dépenses de ville remboursées par tête, pour l'ensemble des trois principaux régimes, s'échelonnent entre 2 800 francs en Franche-Comté et 4 600 francs en Corse (tableau 1), soit une différence de 60 % entre la valeur maximale et la valeur minimale des dépenses observées dans les régions. Les régions où les dépenses de ville sont les plus fortes sont la Corse, le Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Les régions où elles sont les plus faibles sont la Basse-Normandie, la Bourgogne, la Bretagne, la Franche-Comté, les Pays de la Loire, Poitou-Charentes (carte 2).

Les dépenses d'honoraires s'échelonnent quant à elles entre 900 francs en Basse-Normandie et 1 400 francs en Corse. Les plus faibles s'observent en Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Limousin, Poitou-Charentes. Les plus élevées apparaissent en Corse, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Les dépenses de prescriptions vont de 1 900 francs en Franche-Comté à 3 300 francs en Corse. Les plus faibles sont observées en Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté, Île-de-France, Lorraine, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; les plus élevées en Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord-pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte-d'Azur. L'amplitude des dépenses de prescriptions est plus élevée que celle des honoraires (encadré 2) avec un rapport entre valeurs maximale et minimale qui atteint respectivement 1,8 et 1,5.

Certaines régions comme Provence-Alpes-Côte-d'Azur, mais aussi Midi-Pyrénées, sont parmi les régions en tête à la fois pour les dépenses d'honoraires et les prescriptions. En revanche, le Languedoc-Roussillon et le Nord-Pas-de-Calais, qui se situent parmi les régions où les dépenses de prescriptions sont les plus élevées, sont proches de la

moyenne en ce qui concerne les honoraires. A l'autre extrémité de la distribution, la Basse-Normandie, la Bourgogne et Poitou-Charentes font partie des cinq régions aux dépenses par habitant les plus basses, à la fois pour les prescriptions et les honoraires.

Des dépenses de soins en établissements qui varient de 1 à 2 pour les hôpitaux publics et de 1 à 3 pour les cliniques

En 1997, les dépenses par habitant, en hôpital public et PSPH (encadré 1)

s'échelonnent entre 2 900 francs en Languedoc-Roussillon et 6 000 francs en Île-de-France. Les dépenses les plus faibles s'observent en Aquitaine, Centre, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, tandis que l'Alsace, l'Île-de-France, la Lorraine ont les dépenses hospitalières par tête les plus élevées (carte 3).

Les dépenses liées aux cliniques vont quant à elles de 600 francs en Franche-Comté à 1 700 francs en Corse. Les dépenses les plus faibles apparaissent en Alsace, Basse-Normandie, Franche-Comté, Limousin, Picardie, Poitou-

E•1

Les dépenses de soins de santé prises en compte dans l'étude

Dépenses remboursées et dépenses remboursables

Les dépenses considérées sont les montants remboursés par les caisses d'assurance maladie, et non pas les montants remboursables. Ces dépenses, pas tout à fait assimilables à une consommation, traduisent plutôt le recours des habitants au système d'assurance sociale.

Les régimes couverts

Un premier ensemble de données concerne les dépenses de ville remboursées par les trois régimes de base (CNAMTS, CANAM et MSA) pour l'année 1998. On distingue les dépenses d'honoraires et les prescriptions, de généralistes et de spécialistes. Afin d'obtenir des valeurs par tête, chacune de ces catégories est rapportée à la population résidente régionale.

Les autres données concernent la seule CNAMTS pour l'année 1997. On y distingue les dépenses remboursées au titre des hôpitaux publics et PSPH, celles des cliniques privées et celles de la médecine de ville. On prend également en considération le total de ces trois catégories de dépenses et des indemnités journalières. Afin d'obtenir une meilleure appréhension des dépenses de cliniques, les honoraires privés perçus dans le cadre d'une hospitalisation dans un établissement de soins privés sont soustraits des dépenses de ville et ajoutés aux dépenses de cliniques. Pour tenir compte des effets liés à la couverture des deux autres régimes, chacune des dépenses de ce second groupe est rapportée par la population couverte par la CNAMTS.

Les proportions de personnes relevant des régimes MSA et CANAM présentent des disparités régionales sensibles. L'analyse des dépenses pour le seul régime général n'est donc pas généralisable à l'ensemble des régimes, même si la part du régime général dans l'ensemble des dépenses est largement majoritaire.

La dépense par habitant corrigée de la structure par âge des régions

Les dépenses observées ont été corrigées pour prendre en compte les dépenses que chaque région engagerait si sa structure par âge était ramenée à la structure par âge nationale, en distinguant les parts de personnes âgées de moins de 50 ans, de 50 à 69 ans et de plus de 70 ans.

Au niveau national, les dépenses de santé par habitant augmentent avec la classe d'âge, au niveau de détail considéré (données de l'EPAS - 1995). La correction a donc pour effet d'augmenter la dépense par habitant des régions où la part des personnes âgées de moins de 50 ans est élevée, et d'abaisser celle des régions où la population est plus âgée. Pour les régions dont la structure par âge est très éloignée de la structure nationale, l'ampleur de la correction est importante (tableau ci-dessous).

	Part des moins de 50 ans	Part des 50 à 69 ans	Part des 70 ans et plus	Dépenses totales d'assurance maladie			
				Non corrigées		Corrigées	
	Rang	Rang	Rang	Valeur	Rang	Valeur	Rang
ÎLE-DE-FRANCE	1	22	22	10 091	4	11 230	2
NORD-PAS-DE-CALAIS	2	21	20	8 453	20	9 144	14
PICARDIE	3	20	19	8 757	15	9 419	7
LIMOUSIN	22	1	1	8 751	16	7 609	22
POITOU-CHARENTES	21	5	2	8 509	19	7 922	21
MIDI-PYRÉNÉES	18	7	3	10 198	3	9 626	6

Charentes, les plus élevés en Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte-d'Azur (carte 4).

Les dépenses liées aux cliniques sont nettement plus dispersées que celles relatives aux hôpitaux publics (encadré 2) : les rapports entre valeurs maximales et minimales sont de l'ordre 3 pour les cliniques, et de 2 pour les hôpitaux publics.

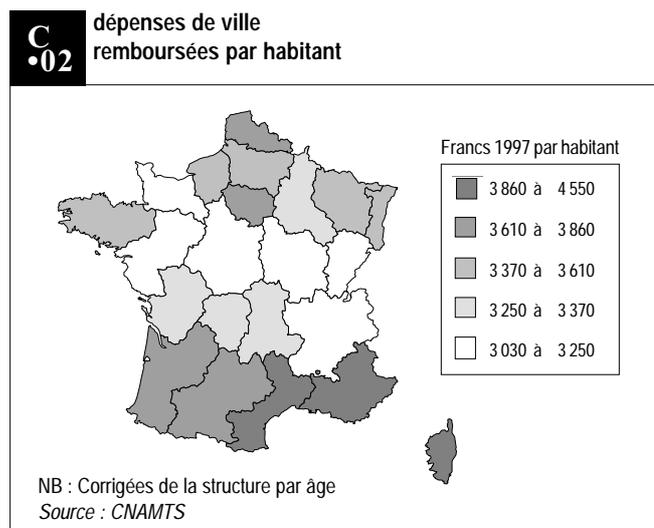
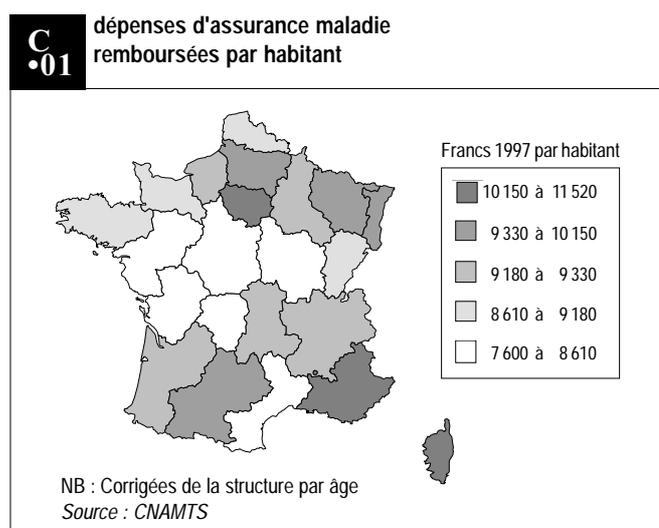
Des structures de dépenses également très variables selon les régions

La part des dépenses effectuées dans les différentes catégories d'établissements est également très variable selon les régions. Ainsi, la part de l'hospitalisation publique, dans le total des dépenses d'assurance maladie, varie de 34 % en Languedoc-Roussillon à 55 % en Franche-

Comté (graphique 1). La part des dépenses effectuées dans les cliniques privées va d'une valeur minimale en Alsace de 6 % à un maximum de 15 % en Corse.

La part des dépenses de ville varie moins fortement, passant de 33 % en Île-de-France à 47 % en Languedoc-Roussillon.

Les dépenses relatives aux prescriptions de généralistes représentent 53 % des dépenses de ville pour l'ensemble des trois principaux régimes. Cette pro-



T.01 les montants de dépenses régionales de soins de santé par habitant

Catégorie de dépenses	Montant maximum de la dépense par habitant	Montant minimum de la dépenses par habitant	Régions où la dépense par habitant est la plus forte	Régions où la dépense par habitant est la plus faible
1. DÉPENSES DE VILLE TROIS RÉGIMES (1998)				
Honoraires	1 350 F (Corse) 1 330 F (PACA)	920 F (Basse-Normandie)	Corse, Midi-Pyrénées, PACA	Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Limousin, Poitou-Charentes
Prescriptions	3 270 F (Corse) 2 870 F (PACA)	1860 F (Franche-Comté)	Corse, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, PACA	Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté, IDF, Lorraine, Pays de la Loire, Poitou-Charentes
Total des dépenses de ville remboursées	4 620 F (Corse) 4 200 F (PACA)	2810 F (Franche-Comté)	Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA	Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Franche-Comté, Pays de la Loire, Poitou-Charentes
2. DÉPENSES TOTALES RÉGIME GÉNÉRAL (1997) RAPPORTÉES À LA POPULATION COUVERTE				
Hôpitaux publics et PSPH	5 970 F (IDF)	2 900 F (Languedoc-Roussillon)	Alsace, IDF, Lorraine	Aquitaine, Centre, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Poitou-Charentes
Dépenses liées aux cliniques	1 720 F (Corse) 1 400 F (PACA)	570 F (Franche-Comté)	Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA	Alsace, Basse-Normandie, Franche-Comté, Limousin, Picardie, Poitou-Charentes
Dépenses de ville remboursées par la CNAMTS	4 540 F (Corse et PACA)	3 030 F (Bourgogne)	Corse, Languedoc-Roussillon, PACA	Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Franche-Comté, Pays de la Loire, Rhône-Alpes
Total des dépenses remboursées par le régime général	11 510 F (Corse) 11 140 F (PACA)	7 610 F (Limousin)	Corse, IDF, PACA	Bourgogne, Centre, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Limousin

NB : Les dépenses sont corrigées de la structure par âge (voir encadré 1)

portion varie de 45 % en Île-de-France à 60 % en Nord-Pas-de-Calais (graphique 2). Lorsque l'on considère la somme des dépenses de généralistes (honoraires et prescriptions) les écarts sont plus marqués encore : de 58 % des dépenses de ville en Île-de-France à 75 % en Nord-Pas-de-Calais.

...avec des complémentarités et des substitutions entre les différents types de dépenses

Ces écarts de structure témoignent des différences sensibles dans les modes de recours aux soins entre les régions, et se traduisent par des associations différentes entre les divers types de dépenses. Il existe ainsi une relation positive et généralisée entre dépenses de ville et dépenses liées aux cliniques. Les régions où les dépenses de ville sont les plus fortes sont aussi celles où les dépenses de soins dans les établissements lucratifs sont les plus élevées. A contrario, une substitution semble exister au niveau des régions entre des dépenses de généralistes et de spécialistes. Il apparaît enfin des phénomènes de substitution entre grands types de dépenses qui jouent différemment selon les régions (encadré 2).

Des modes de recours divers au système de soins

Les différents modes de recours aux soins ont plusieurs sources. Ils peuvent

Variabilités des dépenses et corrélations

Les dépenses les plus dispersées sont celles relatives aux cliniques privées et aux spécialistes

Le coefficient de variation de la distribution régionale des différentes catégories de dépenses (rapport de l'écart-type à la moyenne de la dépense) permet de mesurer leur dispersion en annulant l'effet des différences de niveau.

Après correction de l'âge, les dépenses les plus dispersées sont celles relatives aux cliniques privées et aux prescriptions des spécialistes. Viennent ensuite les prescriptions de généralistes, les honoraires de spécialistes et les dépenses hospitalières.

Une corrélation positive entre les dépenses de ville et celles liées aux cliniques

Lorsque l'analyse des corrélations entre les catégories de dépenses du régime général est menée sur l'ensemble des régions, une seule corrélation apparaît comme significative : les dépenses de ville et en clinique sont très fortement associées et cela de façon positive : le coefficient de corrélation entre ces deux catégories est de 0,88 et ce lien est très fortement significatif.

Des phénomènes de substitution entre dépenses de généralistes et de spécialistes ...

Sur l'ensemble des régions, il existe une corrélation négative entre les honoraires des généralistes et les prescriptions des spécialistes. Ce mécanisme de substitution explique la faible variation du total des dépenses de ville " trois régimes " relativement à ses composantes.

... et au sein des dépenses du régime général, dans neuf régions

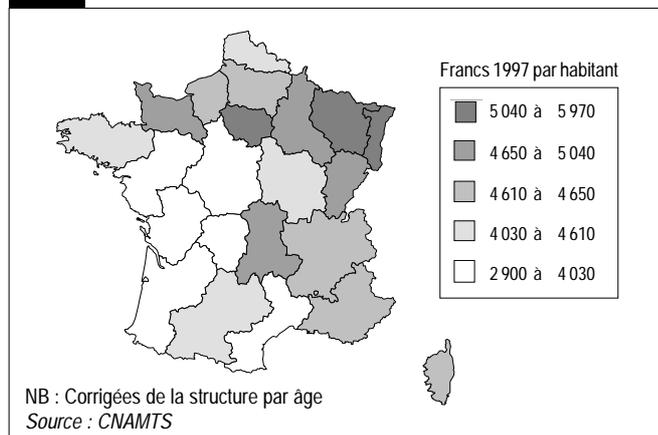
La faiblesse de la variation du total des dépenses du régime général, relativement à la variation des différentes catégories de dépenses, indique également l'existence de phénomènes de substitution entre les différents postes.

Une analyse sur l'ensemble des régions n'est pas forcément à même de fournir les éléments attendus d'interprétation. En effet, l'articulation entre les différents postes de dépenses peut ne pas s'effectuer de la même façon suivant les régions, ce qui pourrait expliquer que certaines corrélations soient non significatives.

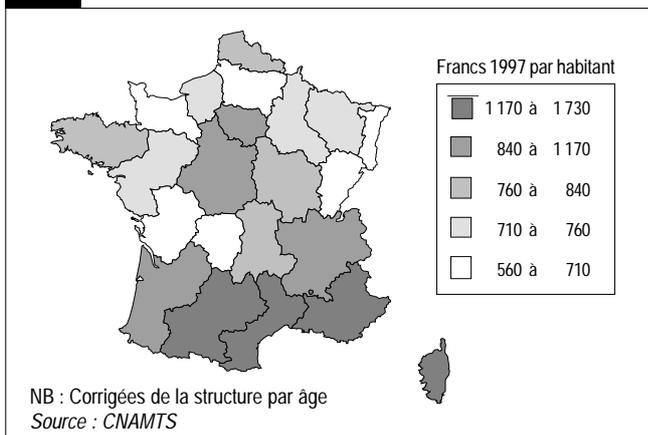
Pour déterminer les régions pour lesquelles un mécanisme de substitution est à l'œuvre, on examine les écarts régionaux de chacune des trois catégories de dépenses remboursées par le régime général, à leur moyenne nationale. Cette différence est rapportée à la valeur moyenne nationale. En écartant les variations de trop faible ampleur (moins de 2 %), l'analyse permet de déterminer l'ensemble des régions dans lesquelles un mécanisme de substitution apparaît à l'œuvre, illustré par le fait qu'une catégorie de dépense soit supérieure à la moyenne et qu'une autre lui soit inférieure. Les régions au sein desquelles ces mécanismes de substitutions apparaissent sont les suivants : Champagne-Ardenne, Nord-pas-de-Calais, Lorraine, Alsace, Franche-Comté, Basse-Normandie, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon.

3. Cette corrélation peut néanmoins résulter de la présentation des données. En effet, l'ajustement effectué pour comptabiliser les honoraires liés à l'hospitalisation privée au sein des dépenses en clinique porte uniquement sur les séjours hospitaliers : les visites pré et post opératoires sont toujours comptabilisées en ville.

C.03 dépenses remboursées en hôpital public et PSPH par habitant



C.04 dépenses remboursées en clinique par habitant



résulter d'écart entre les comportements des demandeurs, mais aussi entre les structures d'offre de soins disponibles pour les patients de la région. L'analyse de ces écarts est complexe : les facteurs déterminants des comportements de consommation de soins peuvent être liés aux caractéristiques socio-démographiques des populations, à leur niveau d'éducation, à leur état de santé et à quantité de facteurs environnementaux. La structure de l'offre locale, quant à elle, relève de déterminants historiques, des comportements et des pratiques des médecins libéraux ainsi que des choix de politique de santé nationaux ou régionaux.

Pour mieux approcher ces disparités, des typologies des régions ont été effectuées. Elles mettent en rapport les différentes catégories de dépenses régionales et divers indicateurs socio-économiques, d'état de santé ou d'offre de soins.

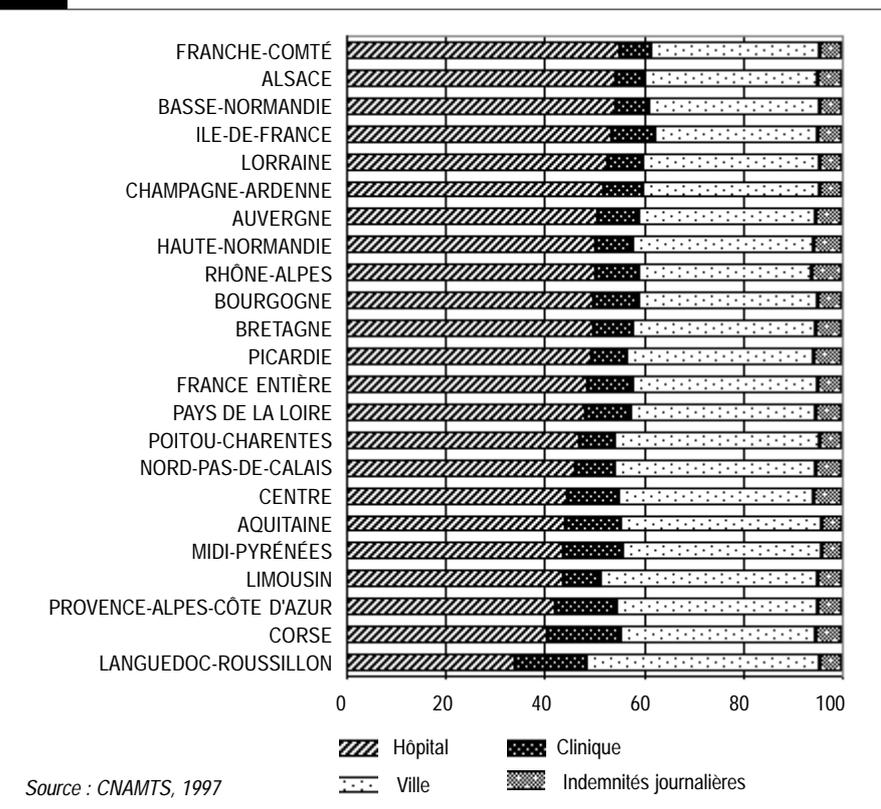
Une première analyse, qui porte sur le niveau des dépenses, oppose les régions selon l'importance de leurs dépenses de médecine générale, ainsi que selon leur niveau de recours à l'hospitalisation publique ou aux dépenses de clinique et de ville (encadré 3).

L'analyse de la structure des dépenses (encadré 4) fait, quant à elle, ressortir quatre groupes de régions qui apparaissent relativement proches en terme d'état de santé des populations, d'offre de soins et d'environnement socio-économique (tableau 2).

Des dépenses de ville et d'hospitalisation privée élevées dans les régions méridionales

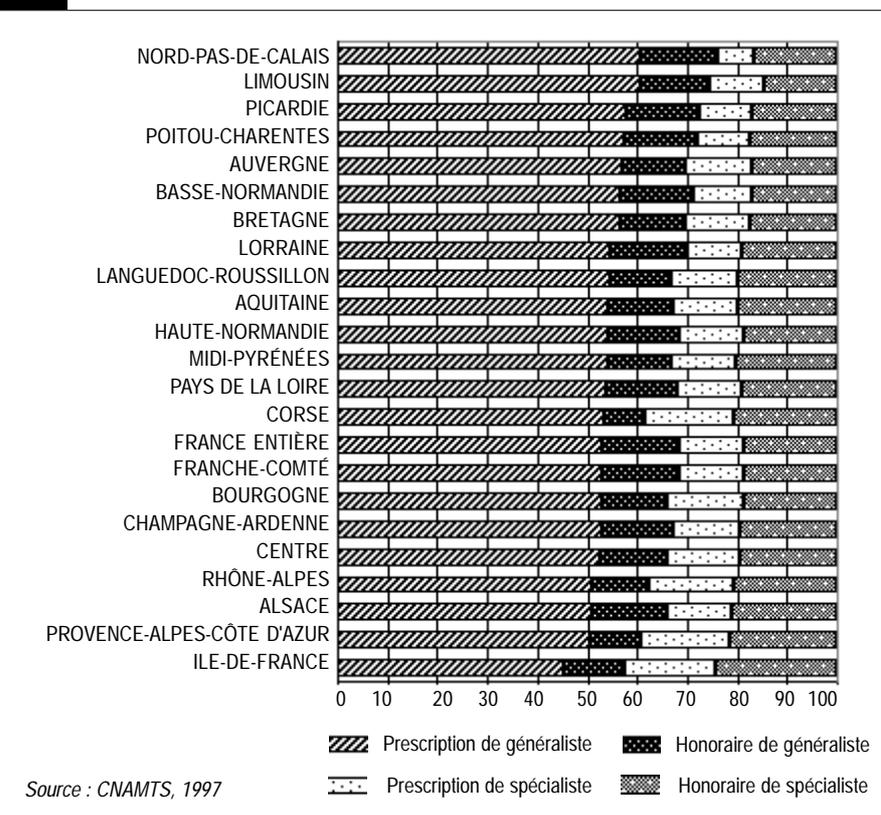
Dans les régions méridionales (Aquitaine, Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, PACA), les dépenses de ville et celles liées aux cliniques privées sont relativement élevées. Chacune de ces régions est caractérisée par une forte hétérogénéité spatiale. Dans les territoires ruraux, relativement moins équipés en hôpitaux publics, les patients recourent de façon privilégiée à la médecine de ville, et en particulier aux généralistes. Dans les banlieues des

G.01 structure des dépenses d'assurance maladie par région



Source : CNAMTS, 1997

G.02 structure des dépenses de ville par région



Source : CNAMTS, 1997

villes de taille importante résident des populations connaissant des difficultés économiques qui privilégient, là encore, des consommations de soins auprès des médecins généralistes. Dans les centres villes, une population au revenu plus élevé recourt aux spécialistes et à des hospitalisations en clinique privée. En raison de ces spécificités spatiales, les niveaux de dépenses, à la fois de médecine de ville et de cliniques, sont relativement élevés.

Dans ce groupe, toutes les régions ont des dépenses de ville et de clini-

ques supérieures à la moyenne. Trois sur cinq présentent des dépenses hospitalières publiques inférieures à la moyenne. C'est en particulier le cas de Midi-Pyrénées où une compensation semble à l'œuvre entre les différents types de dépenses remboursées par le régime général.

Un exemple dans ce premier groupe : Midi-Pyrénées

Dans cette région, où la part des personnes âgées de plus de 50 ans est supérieure à la moyenne, l'offre de soins, la densité de spécialistes par exemple, est relativement élevée.

En matière d'état de santé, cette région est plus favorisée que la moyenne, si l'on se réfère aux critères de l'espérance de vie, des taux comparatifs de mortalité et du taux d'affection de longue durée (ALD). Cependant, le système de soins apparaît comme relativement moins performant si l'on se réfère à l'indicateur de mortalité évitable (encadré 5). Cette faible performance peut s'expliquer par le caractère rural et les déséquilibres spatiaux internes à cette région qui peuvent conduire à des difficultés d'accès pour certaines populations.

Du point de vue du contexte socio-économique, le constat est également contrasté : le taux de chômage est voisin de la moyenne nationale (12,2 % contre 12,6 %, en 1996) ; en revanche, le taux d'allocataires du RMI est supérieur et le revenu disponible par habitant est, lui, inférieur.

La région Midi-Pyrénées est ainsi représentative des mécanismes liés aux différenciations spatiales caractéristiques du groupe des régions méridionales.

Les régions avec des dépenses élevées et un poids fort de l'hospitalisation publique

Le deuxième groupe (Alsace, Champagne-Ardenne, Île-de-France, Rhône-Alpes) se caractérise par des parts élevées de dépenses hospitalières (privées et publiques) et d'honoraires, ainsi qu'un total des dépenses d'assurance maladie élevé. Ce groupe rassemble des régions où le revenu disponible par habitant est élevé, avec des régions "capitales" (Île-de-France et Rhône-Alpes). La Champagne-Ardenne apparaît toutefois relativement distante du reste du groupe, avec un revenu disponible par habitant qui ne la place qu'en sixième position et l'absence d'établissement dits de "recours". Les trois autres régions se caractérisent en effet par la présence importante de tels établissements : l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, les Hospices Civils de Lyon et l'Hôpital Universitaire de Strasbourg. Dans ces régions, relativement riches, les dépenses hospitalières sont élevées².

2. Cette tendance est renforcée par le fait que ces établissements attirent des patients extérieurs à la région sachant qu'il n'est pas impossible que l'imputation des dépenses en lieu de résidence ne soit pas systématique dans certains établissements des grands centres urbains.

E•3

Une première analyse sur les dépenses en niveau

Une première analyse en composantes principales a été effectuée sur les niveaux des dépenses de ville (honoraires et prescriptions) puis sur le total des dépenses de santé (hôpital, cliniques et ville). Les dépenses sont mises en regard des indicateurs régionaux relatifs à l'état de santé de la population, à l'offre de soins et à l'environnement socio-économique.

En ce qui concerne les dépenses de ville, quatre groupes peuvent être mis en évidence selon que les dépenses de médecine générale et de spécialistes sont respectivement plus ou moins fortes que la moyenne. Les régions où la densité de médecins est élevée semblent se caractériser par des niveaux de dépenses de spécialistes supérieurs à la moyenne. Ceci est, par exemple, le fait des régions du sud de la France et de l'Île-de-France. Une valeur faible du revenu disponible par habitant apparaît comme caractéristique des régions ayant un recours intensif aux généralistes, parmi lesquelles on compte notamment les régions suivantes : Haute-Normandie, Nord-pas-de-Calais, Picardie (tableau ci-dessous).

	Dépenses de spécialistes supérieures à la moyenne	Dépenses de spécialistes inférieures à la moyenne
Fort recours à la médecine générale	Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Corse, PACA	Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Limousin, Haute-Normandie, Lorraine, Alsace
Faible recours à la médecine générale	Île-de-France, Rhône-Alpes	Basse-Normandie, Franche-Comté, Auvergne, Bretagne, Pays de la Loire, Centre, Bourgogne

En ce qui concerne la décomposition des dépenses de santé, quatre groupes de régions peuvent également être opposés selon leur niveau de recours à l'hospitalisation publique d'une part, aux dépenses de cliniques et de ville d'autre part.

Les régions du Sud et l'Île-de-France connaissent à cet égard une densité de médecins élevée et un recours intensif aux cliniques et aux soins de ville.

L'Alsace, l'Île-de-France et la Lorraine ont, quant à elles, des dépenses hospitalières supérieures à la moyenne, à l'opposé du Centre, du Languedoc-Roussillon, du Limousin et de Poitou-Charentes. Parmi les indicateurs retenus, une valeur élevée du revenu disponible par habitant et un recours intensif aux hôpitaux apparaissent comme caractéristique des régions Alsace et Île-de-France. A l'opposé, les autres régions, à l'exception de la Lorraine, sont caractérisées par des valeurs faibles du revenu disponible et des dépenses hospitalières faibles (tableau ci-dessous).

	Fort recours aux cliniques et aux soins de ville	Faible recours aux cliniques et aux soins de ville
Recours à l'hôpital public supérieur à la moyenne	Île-de-France, PACA, Corse	Alsace, Lorraine, Franche-Comté, Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Auvergne
Recours à l'hôpital public inférieur à la moyenne	Midi-Pyrénées, Aquitaine, Languedoc-Roussillon	Bourgogne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Centre, Limousin

T 02 typologie selon les structures de dépenses

GROUPE	REGION	VARIABLES ACTIVES	INDICATEURS
Hospitalisation privée	Aquitaine, Midi-pyrénées, Languedoc-Roussillon, PACA, Corse	Relativement élevées : • part des dépenses de cliniques dans le total régime général • part des dépenses de ville dans le total régime général Relativement faibles : • Part des honoraires de généralistes dans le total des honoraires	Relativement élevés : • Part d'allocataire RMI • Taux de chômage • Espérance de vie • Mortalité évitable (système de soins) • ALD • Densité de généralistes Relativement faibles : • Mortalité générale • Mortalité prématurée • Mortalité évitable (comportement)
Hospitalisation publique et dépenses élevées	Île-de-France, Alsace, Rhône-Alpes, Champagne-Ardenne	Relativement élevées : • Part des dépenses hôpital dans le total régime général • Part des honoraires dans le total honoraires plus prescriptions • Total des dépenses régime général. Relativement faibles : • Part des prescriptions de généralistes dans le total des prescriptions.	Relativement élevés : • Revenu disponible par habitant • Valeur du point ISA • Densité de spécialistes • Nombre de lits MCO
Honoraires de généralistes et part des dépenses de ville faible	Haute-Normandie, Franche-Comté, Basse-Normandie, Auvergne, Bourgogne, Pays de la Loire, Bretagne, Poitou-Charentes, Picardie, Lorraine	Relativement élevées : • Part des honoraires de généralistes dans le total des honoraires Relativement faibles : • Part des dépenses de cliniques dans le total régime général • Part des dépenses ville dans le total régime général	Relativement élevés : • Mortalité générale • Mortalité prématurée • Mortalité évitable (comportement) Relativement faibles : • Part d'allocataire RMI • Taux de chômage • Espérance de vie • Mortalité évitable (système de soins) • ALD • Densité de généralistes
Prescriptions de généralistes et dépenses faibles	Limousin, Centre, Nord-Pas-De-Calais	Relativement élevées : • Part des prescriptions de généralistes dans le total des prescriptions Relativement faibles : • Part des dépenses hôpital dans le total régime général • Part des honoraires dans le total honoraires plus prescriptions • Total des dépenses régime général	Relativement faibles : • Revenu disponible • Valeur du point ISA • Densité de spécialistes • Nombre de lits MCO

E 4

Une analyse en composantes principales sur la structure des dépenses

Afin de regrouper les régions en quatre ensembles homogènes du point de vue de la caractérisation des modes de recours aux composantes du système de soin, on utilise ensuite une analyse en composantes principales où les variables représentent **la structure des dépenses**. Il s'agit des parts :

- de la dépense hospitalière et de la dépense en clinique dans le total des dépenses d'assurance maladie pour le régime général ;
- des honoraires de généralistes dans le total des honoraires ;
- des prescriptions de généralistes dans le total des prescriptions ;
- des honoraires dans le total des dépenses de ville " trois régimes " ;
- ainsi que les totaux des dépenses d'assurance maladie pour le régime général et des dépenses de ville " trois régimes ".

Un premier axe de différenciation entre les régions oppose la part des honoraires de généralistes à la part des dépenses de clinique et au total des dépenses de ville " trois régimes ".

Un second axe oppose la part des dépenses d'hôpital, la part des honoraires et le total des dépenses d'assurance maladie du régime général à la part des prescriptions de généralistes.

Cette analyse en composantes principales permet de dégager quatre groupes de régions relativement homogènes du point de vue de la structure des dépenses. Le tableau 2 résume la typologie obtenue.

Afin de mieux comprendre les spécificités régionales, cette typologie a été superposée à celle d'indicateurs caractéristiques de la structure par âge de la population, de l'offre de soins, de l'état de santé de la population (espérance de vie, mortalité) et du contexte socio-économique de la région.

Les indicateurs relatifs à l'état de santé

Un ensemble d'indicateurs relatif à l'état de santé a été utilisé dans la caractérisation des régions (source FNORS).

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années que vivraient les personnes d'une génération fictive qui subiraient à chaque âge les conditions de mortalité enregistrée au cours de l'année.

L'espérance de vie à 60 ans représente le nombre moyen d'années à vivre par les survivants à cet âge. On l'obtient en divisant le nombre total d'années vécues au delà de ce cet âge par le nombre de survivants à 60 ans.

La mortalité générale considère l'ensemble des décès quelle que soit la cause. Le taux de mortalité prématurée (avant 65 ans) comptabilise les décès ayant pour causes : tumeurs, traumatismes et empoisonnements, maladies cardio-vasculaires, alcoolisme (y compris psychose alcoolique et cirrhose du foie) et sida.

Les taux comparatifs sont les taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au recensement de 1990).

Le taux de mortalité évitable par le comportement est la proportion de décès avant 65 ans ayant des causes considérées comme reposant sur le comportement.

Le taux de mortalité évitable par le système de soins est la proportion de décès avant 65 ans considérés comme évitable par le système de soins (par exemple, la tuberculose, l'asthme).

Le taux d'ALD est le nombre d'affection de longue durée observées entre 1993 et 1995, pour 1 000 habitants.

Ainsi, la présence d'une population qui dispose, en moyenne, de revenus plus élevés entraîne des dépenses de villes élevées, comme dans le premier groupe, mais l'existence simultanée d'établissements de recours, favorise les dépenses d'hospitalisation publique relativement à celles d'hospitalisation privée.

Le cas de l'Île-de-France

En Île-de-France, les indicateurs relatifs à l'état de santé révèlent une situation contrastée. Les espérances de vie, à la naissance et à 60 ans, sont supérieures à la moyenne nationale ; les indicateurs de mortalité générale et prématurée sont inférieurs à la moyenne. En revanche, la mortalité évitable liée aux comportements est plus élevée, les comportements à risques étant plus répandus. La mortalité évitable par le système de soins est par contre moins élevée que la moyenne nationale.

La part des personnes âgées de moins de 50 ans est supérieure à la moyenne et l'offre de soins apparaît relativement abondante.

Du point de vue du contexte socio-économique, le constat est sans équivoque : le taux de chômage et le taux d'allocataires du RMI sont inférieurs à la moyenne nationale tandis que le revenu disponible par habitant est supérieur.

La présence d'établissements de recours, plus généralement d'une offre de soins abondante, et d'une population ayant, en moyenne, les revenus les plus élevés de France, conduisent bien à des dépenses relativement fortes à la fois en hospitalisation, publique et privée, et en médecine de ville.

Les régions à dépenses modérées en matière de prescriptions et de recours aux spécialistes

Un troisième groupe de dix régions se caractérise par une structure des dépenses orientées vers les honoraires de généralistes (tableau 2). Les dépenses de prescriptions, que ce soit celles des généralistes ou des spécialistes, y sont cependant peu élevées. Ce groupe, assez hétérogène, recouvre en majorité des régions où le revenu disponible par habitant est plutôt plus bas que la moyenne nationale. L'équipement hospitalier y est relativement faible, notamment en ce qui concerne les cliniques privées. La fréquentation du système de soins y est modérée et regroupée sur le niveau le plus accessible : le médecin généraliste. Par ailleurs, le système hospitalier public prend en charge les cas les plus lourds, et la part des dépenses hospitalières reste, dans la plupart des régions de ce groupe, proche de la moyenne voire plus élevée.

Dans ces régions, les dépenses liées aux honoraires de généralistes sont supérieures à la moyenne nationale et le montant de leurs prescriptions en est proche. Les honoraires et les prescriptions de spécialistes sont en revanche inférieurs.

Les régions avec un faible montant de dépenses et une part élevée pour la médecine générale

Le quatrième groupe (Centre, Limousin, Nord-pas-de-Calais) se caractérise par un faible montant total de dépenses, avec une part élevée des prescriptions de généralistes dans le total des prescriptions. Dans ces régions, le revenu moyen disponible est faible et l'offre de médecins spécialistes plus faible que la moyenne. Ces deux éléments contribuent sans doute à expliquer un recours privilégié à la médecine générale comme dans le groupe précédent. Ce groupe s'en distingue cependant par un recours plus faible à l'hôpital et des dépenses totales plus faibles.

L'exemple du Nord-pas-de-Calais

Le Nord-pas-de-Calais, comme toutes les régions du groupe, présente des dépenses d'hospitalisation publique et privée moins élevées que la moyenne et des dépenses de ville plus élevées, en raison du poids important des dépenses d'honoraires et de prescriptions de généralistes. Les dépenses de généralistes sont particulièrement fortes à la fois en termes d'honoraires et de prescriptions. En revanche, les montants d'honoraires et de prescriptions de spécialistes sont inférieurs à la moyenne nationale.

En matière d'offre de soins, le nombre de lits d'hospitalisation et la densité de spécialistes sont faibles, mais la densité de généralistes est proche de la moyenne nationale.

La part des personnes âgées de moins de 50 ans est supérieure à la moyenne. Les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité (générale et prématurée) sont comparables dans le Nord-pas-de-Calais et en Picardie (qui appartient au groupe précédent). La mortalité évitable par le système de soins y est plus élevée.

Du point de vue du contexte socio-économique, la situation de la région apparaît relativement défavorable : le taux de chômage et la proportion d'allocataires du RMI sont tous deux supérieurs à la moyenne nationale. Si le Nord-pas-de-Calais présente de fortes similitudes avec la Haute-Normandie (qui appartient également au groupe précédent), les difficultés socio-économiques y sont plus marquées.

Dans cette région, comme dans les autres du même groupe, le recours à la médecine générale s'accompagne donc de dépenses de santé globalement faibles, dans un contexte de déficit relatif en spécialistes.