



*Précarité et santé*

**DES INÉGALITÉS DE SANTÉ À LA PRÉCARITÉ**

- Les minima sociaux	31
- Le chômage	33
- Le surendettement des ménages	35
- La mortalité par suicide	37

**LES PROJETS RETENUS EN 2002**

**37**

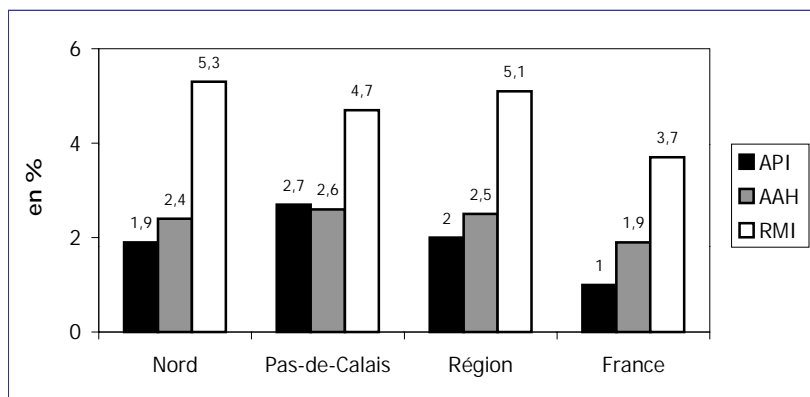
Le point sur...

... La Couverture Maladie Universelle	43
---------------------------------------	----

Cartes [17](#), [18](#), [19](#), [20](#), [21](#), [22](#), [42](#)

## Précarité et santé PRAPS

**2-1** Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, au 31 décembre 1999



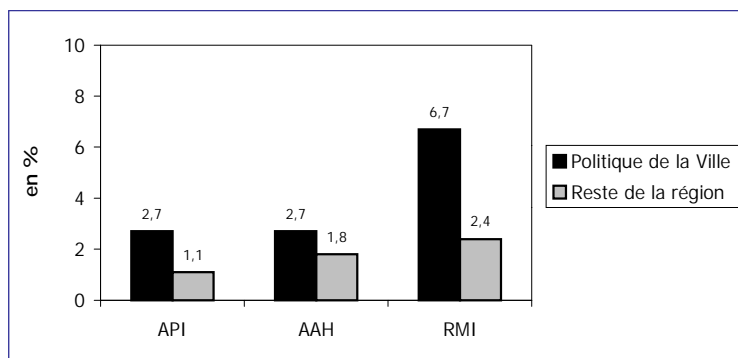
API : Allocation Parent Isolé

AAH : Allocation Adulte Handicapé

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

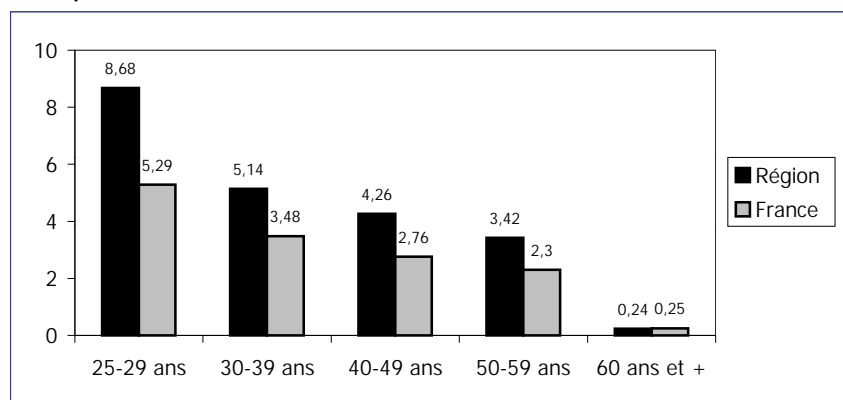
Source : CNAF, MSA. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

**2-2** Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1999



Source : ARCAF Epicaf, décembre 1998, INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

**2-3** Proportion (en %) de la population allocataire du RMI, par tranche d'âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, au 31 décembre 2000



Source : Caisse Nationale d'Allocations Familiales, Mutualité Sociale Agricole.  
Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

## Précarité et santé PRAPS

Parmi les thèmes prioritaires de la première Conférence Régionale de Santé réunie en 1996, figuraient les problèmes liés à l'exclusion sociale et à la précarité. Dans le contrat de plan 2000-2006, l'État, la Région, les départements du Nord et du Pas-de-Calais, les organismes d'Assurance maladie, l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral ont proposé des objectifs communs en matière de santé et de précarité.

Le Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins (**PRAPS**) 2002 a pour objectifs prioritaires de :

- faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se soigner ;
- faire en sorte que les personnes en situation de précarité soient acteurs de leur santé ;
- faire en sorte que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue et prise en compte.

Ces objectifs sont déclinés à partir des **axes prioritaires** du PRAPS :

- droits, soins et prévention ;
- être acteur de sa santé ;
- la souffrance psychique ;
- les risques liés au logement.

Le quatrième axe du PRAPS, concernant les conditions de logement et leurs impacts sur la santé, est désormais traité dans le cadre du Programme Régional d'action Santé et Environnement (**PRASE**).

L'année 2000 a été orientée sur l'accès aux soins des personnes en grande précarité avec la mise en application le 1<sup>er</sup> janvier 2000 de la Couverture Maladie Universelle.

L'année 2001 a été l'occasion d'une observation et d'une réflexion sur les mécanismes d'influence des différents vecteurs de précarité, sur la santé psychique et mentale des personnes.

### DES INÉGALITÉS DE SANTÉ À LA PRÉCARITÉ

Les inégalités de santé sont souvent observées en premier lieu, d'un territoire à l'autre, par la mesure des structures de soins, des hôpitaux, de la démographie médicale servant de comparatif et d'indices en matière de mesure de l'offre de soins. C'est une préoccupation commune en Europe, particulièrement au Royaume Uni où des travaux menés depuis plusieurs années ont défini des **déterminants d'inégalités** :

- déterminants environnementaux (précarité sociale, économique...)
- déterminants liés aux comportements de santé (professions et catégories sociales, utilisation et consommation de soins).

En effet, les mesures de pauvreté d'une part et les comportements individuels d'autre part apportent un éclairage complémentaire dans l'observation des influences des conditions de vie sur la santé. Mais l'analyse des relations entre précarité et santé reste difficile.

La précarité se mesure selon plusieurs critères.

Les données les plus souvent utilisées sont :

- le chômage ;
- la profession et catégorie sociale (PCS) ;
- le niveau de revenu ;
- l'affiliation à la Couverture Maladie Universelle ;
- le niveau de prestations.

On sait que la précarité est une source de fragilité pour la santé (carences d'informations, d'accès aux soins, difficultés de prise en compte personnelle des problèmes de santé...).

Les inégalités de santé concernent principalement :

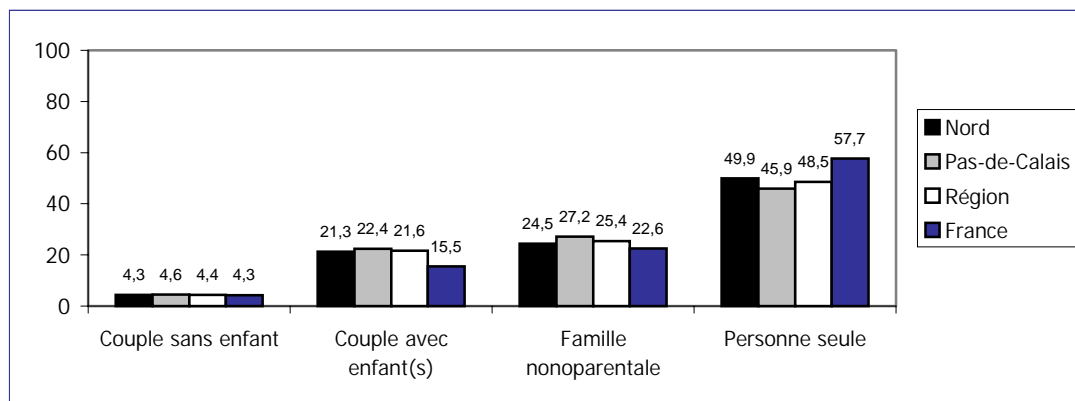
- l'accès aux soins ;
- l'utilisation du système de soins ;
- la qualité des soins.

Les personnes en situation précaire ont, par rapport au système de soins, des attentes souvent ambivalentes : ils souhaitent être considérés à la fois comme des patients ordinaires et comme des individus dont les difficultés spécifiques doivent être prises en compte.

Avant la mise en place de la Couverture Maladie Universelle, un grand nombre de personnes se trouvaient marginalisées ; on estime que 15 000 individus étaient alors en situation de grande exclusion, dépourvus de droit à l'Assurance maladie.

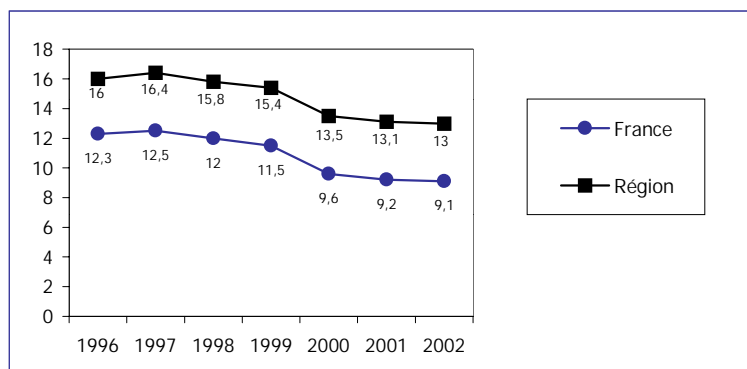
## Précarité et santé PRAPS

### 2-4 Bénéficiaires du RMI par type de famille (en %), Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, au 31 décembre 2000



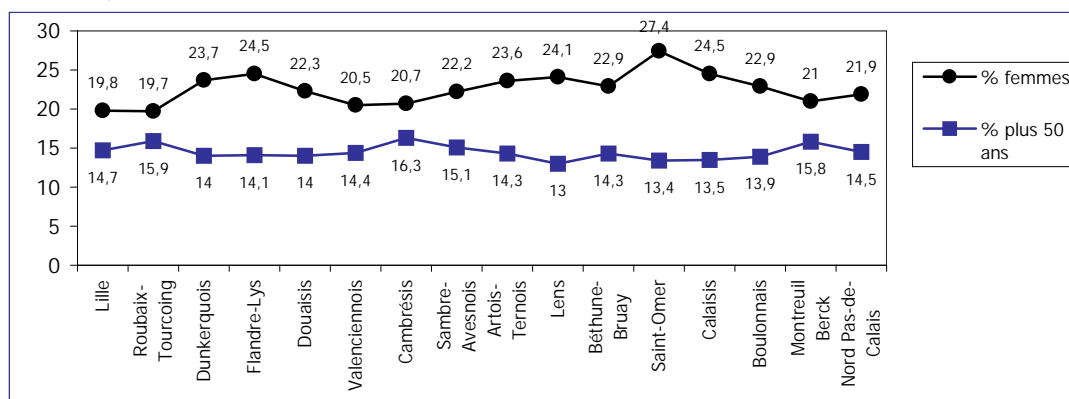
Source : Caisse Nationale d'Allocations Familiales, MSA. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

### 2-5 Évolution du taux de chômage (en %), Nord - Pas-de-Calais versus France métropolitaine, de juin 1996 à juin 2002



Source : DRTEFP - Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

### 2-6 Taux de chômage (en %) par zone d'emploi pour les femmes et les plus de 50 ans, dans le Nord Pas-de-Calais, au 1er trimestre 2002



Source : DRTEFP - Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais

### Les minima sociaux

En 1999, les minima sociaux ont été attribués, en France métropolitaine, à plus de 3 000 000 de bénéficiaires. Le nombre total de personnes couvertes s'est alors élevé à 5 500 000 ; soit 10 % de la population.

Sont ici présentées 3 des 8 allocations soumises à critères d'attribution : l'Allocation Parent Isolé (API), l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), et le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), dont les bénéficiaires entrent, selon les données de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales, dans la définition des "Allocataires en situation difficile" (Figure 2-1). Les personnes en situation difficile représentaient en 1999, 4,5 % de la population du Nord - Pas-de-Calais, pour 3,3 % de la population française.

La [carte 17](#) (qui concerne la population en situation difficile) fait apparaître que les arrondissements du sud de la région (de Lens : 30,8 % à Maubeuge : 33,4 %), ainsi que le versant nord-est (constitué de Calais et Boulogne-sur-Mer) sont au-dessus de la moyenne régionale (29,5 %). On constate la même configuration en ce qui concerne le taux de chômage dans le Nord - Pas-de-Calais ([Carte 18](#)). Dans les 2 cas, les arrondissements du centre de la région (Lille, Béthune, Arras) et Montreuil, se situent dans la moyenne régionale.

Ces allocations sont attribuées selon des critères d'âge et de sexe : l'API est destinée aux femmes de 15 à 49 ans, l'AAH, à la population de 20 à 64 ans, et le RMI à la population de 25 à 64 ans (de 18 à 24 ans pour les personnes avec enfant). Le RMI est le premier des minima sociaux ; 3,7 % de la population en est bénéficiaire. Le Nord - Pas-de-Calais se situe au-delà de ce pourcentage puisqu'il compte 5,1 % de bénéficiaires.

Comme pour le RMI, les chiffres de l'AAH et de l'API, sont dans le Nord - Pas-de-Calais supérieurs à ceux de l'hexagone. La comparaison infra-régionale montre des moyennes légèrement plus élevées dans le Pas-de-Calais que dans le Nord.

Le RMI est le 1<sup>er</sup> minimum social dans les communes du Nord - Pas-de-Calais concernées par la Politique de la Ville (Figure 2-2). Il est plus important de 4 points dans ces communes (6,7 % de bénéficiaires) que dans le reste de la région.

Au 31 décembre 1999, le nombre de bénéficiaires du RMI était en France de 1 145 023, dont 8,7 % dans la région Nord - Pas-de-Calais (soit 99 920 personnes). La loi votée en décembre 1998 et mise en application en janvier 1999 prévoyait que : "Toute personne dont les ressources n'atteignent pas le montant du revenu minimum, qui est âgée d'au moins 25 ans ou qui assume la charge d'enfants, qui s'engage à participer aux actions définies avec elle, nécessaires à son insertion sociale ou professionnelle, a droit au RMI". L'objectif premier de la loi était de réduire la pauvreté par le versement d'une allocation sous condition de ressources. Tout revenu perçu (revenus d'activité, prestations familiales, allocations chômage...) au-dessus du plafond prévu par la loi réduit d'autant le montant de l'allocation. Le RMI n'est pas une prestation universelle ; les bénéficiaires s'engagent à poursuivre un effort d'insertion. Il serait réducteur d'envisager l'insertion sous le seul angle du devenir professionnel. Pour beaucoup d'allocataires une meilleure insertion sociale, un accès facilité au logement, un meilleur accès aux soins sont des préalables nécessaires à la reprise d'activité.

En France comme dans le Nord - Pas-de-Calais (Figure 2-4), les RMIstes sont dans une grande majorité des personnes seules (57,7 % en France, 48,5 % dans la région). Viennent ensuite les familles monoparentales, plus représentées dans la région qu'en France (25,4 *versus* 22,6 %). La région se singularise également par l'importance des couples avec enfant : 21,6 % contre seulement 15,5 % en France. La proportion de couples sans enfant est comparable en France et dans le département du Nord (4,3 %) et à l'échelon régional (4,4 %) ; elle est seulement de 0,2 % de plus dans le département du Pas-de-Calais (soit 4,6 %). Les chiffres infra-régionaux montrent que davantage de personnes seules sont allocataires du RMI dans le Nord (49,9 %) que dans le Pas-de-Calais (45,9 %). On constate dans la Figure 2-3, une population RMIste régionale plus jeune que sur l'ensemble du territoire français. La plus grande disparité se situe dans la tranche d'âge 25-29 ans.

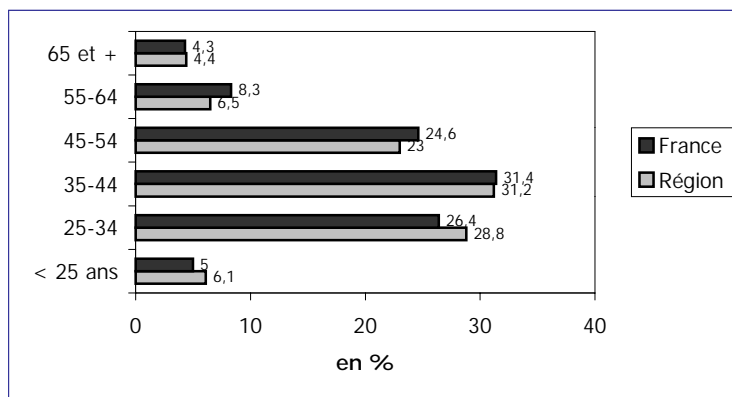
Même si beaucoup de chômeurs au RMI sont éloignés du marché du travail, les trois quarts d'entre eux recherchent un emploi aussi activement que les autres chômeurs<sup>1</sup>.

On constate toutefois une différence dans la démarche de recherche d'emploi : les RMIstes privilégient plutôt les agences publiques pour l'emploi alors que les autres chômeurs mobilisent en priorité leur réseau de relations. 1 allocataire du RMI sur 10 au chômage en janvier 1998, avait un emploi 9 mois plus tard. Quand cet emploi a été obtenu grâce à l'Agence Nationale Pour l'Emploi, c'est dans 2 cas sur 3 un emploi aidé (Contrat Emploi Solidarité, Contrat Emploi Consolidé, stage rémunéré). Quand c'est l'allocataire lui-même qui l'a trouvé, cet emploi est 1 fois sur 4 un Contrat à Durée Indéterminée, 1 fois sur 3 un Contrat à Durée Déterminée, et seulement 1 fois sur 4 un emploi aidé.

<sup>1</sup> INSEE Première, n°720, juin 2000.

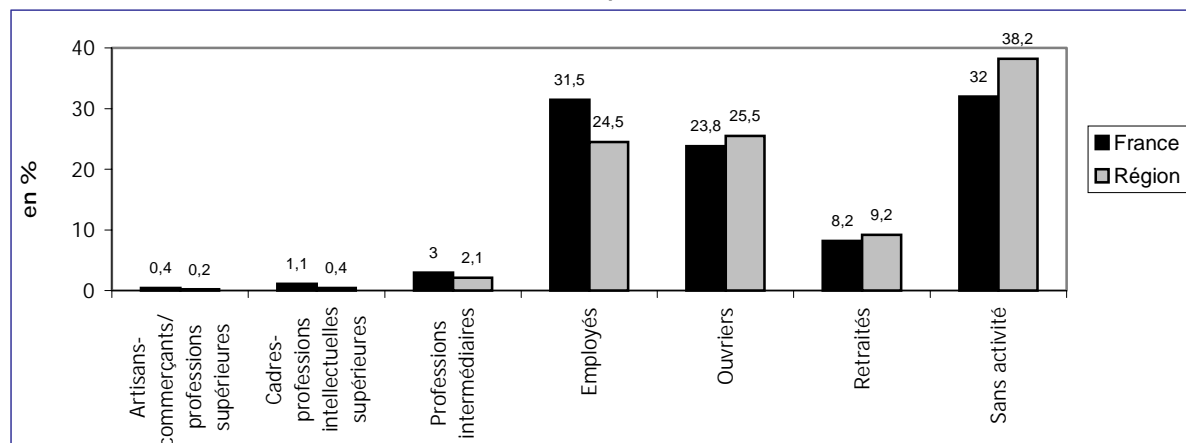
## Précarité et santé PRAPS

**2-7** Structure par âge (en %) des personnes surendettées, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 2000



Source : Banque de France. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

**2-8** Catégorie socioprofessionnelle des personnes signataires d'un dossier de surendettement (en %), Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 2000



Source : Banque de France. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

### Le chômage

Le taux de chômage peut être calculé selon plusieurs critères. L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) utilise la base de calcul du Bureau International du Travail. Pour le BIT, un chômeur est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus), sans emploi, disponible dans un délai de 15 jours, qui cherche activement un emploi ou en a trouvé un qui commence ultérieurement.

En matière de chômage, la différence régionale est invariablement identique depuis 1996 ; soit entre 3,5 et 3,9 points supérieure à la moyenne nationale, et ce dans les courbes ascendantes de 1996 à 1997, ou descendante depuis 1997 (Figure 2-5).

Fin mai 2002, le Nord - Pas-de-Calais comptait 188 201 chômeurs en données brutes, contre 179 019 un an auparavant soit une augmentation de 5,1 %.

C'est dans la zone de Saint-Omer (Figure 2-6) que le chômage des femmes est le plus important (27,4 %). Le pourcentage le plus faible se trouve dans les zones de Lille et Roubaix-Tourcoing ; respectivement 19,8 et 19,7 %. En un an, la baisse du chômage des femmes est confirmée aussi bien au plan régional (-4 %) qu'au plan national (-1,5 %) ; tandis que le chômage des hommes progresse (+3,7 et +6,3 %).

En ce qui concerne le chômage des plus de 50 ans, il est plus fort dans le Cambrésis et le pourcentage le plus faible se note dans la zone d'emploi de Lens.

Sur l'année 2001, le chômage de longue durée a baissé dans une proportion quasi équivalente dans la région et sur l'ensemble du territoire national (-10,3 % et -9 %). Ce sont les chômeurs qui recherchent un emploi depuis 3 ans qui voient leur effectif diminuer le plus nettement : -22,2 % en un an.

Globalement, on peut dire que la dégradation du marché du travail s'atténue dans le Nord - Pas-de-Calais à la fin de l'année 2001 : le nombre de demandeurs d'emploi baisse durant décembre 2001 de 0,4 %.

En matière de lien Travail-Santé, le cercle vicieux constitué par un enchaînement de maladies et de difficultés de vie affaiblissent l'individu sur le marché du travail. À "l'urgence socioprofessionnelle" vécue par les personnes en situation de précarité, s'ajoutent parfois des difficultés psychiques qui renforcent l'effet de précarisation et le sentiment d'exclusion. L'urgence sociale qui découle de la carence d'emploi relègue les questions de santé au second plan. On note une corrélation entre les régions les plus touchées par le chômage et les chiffres les plus avancés en matière de Couverture Maladie Universelle (un croissant nord et sud-sud est de la France).

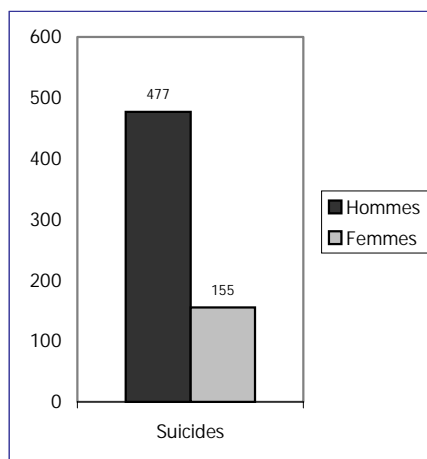
### Le surendettement des ménages

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 1990, La Banque de France assure le secrétariat des commissions de surendettement, instituées par la loi du 31 décembre 1989, "loi Neiertz" remaniée en 1995. A la suite de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions issues de la loi du 29 juillet 1998 de "lutte contre les exclusions", les commissions ont été dotées de nouveaux pouvoirs destinés à leur permettre de traiter de manière plus adéquate les dossiers les plus difficiles, ceci à l'aide de moyens de recommandations dites extraordinaires ; c'est-à-dire pouvant déboucher sur un effacement total ou partiel de la dette. Fin septembre 2001, les commissions avaient élaboré 18 500 recommandations de ce type.

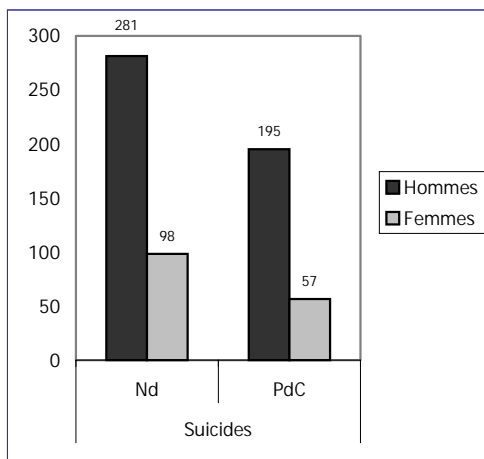
Les situations de surendettement sont consécutives à des "accidents de la vie" dont en premier lieu le chômage (26,5 % des cas), puis les séparations-divorces (16 %). 42 % des dossiers sont ouverts pour des couples, 11 % pour des hommes seuls et 15 % pour des femmes seules. Après examen de l'état de l'endettement du débiteur, les commissions déterminent un "reste à vivre" en regard de la capacité de remboursement. Dans 78 % des cas, celui-ci est inférieur ou égal au montant du RMI. A partir du 1<sup>er</sup> décembre 2002, toute personne titulaire d'un compte bancaire frappé de saisie par huissier (près de 2 000 000 de personnes chaque année), conservera à sa disposition une somme équivalente au RMI ; soit 405,62 euros comme "reste à vivre". La durée du plan d'apurement des dettes s'échelonne entre 5 et 8 ans. L'âge des personnes surendettées (Figure 2-7) se situe majoritairement, en France comme dans le Nord - Pas-de-Calais, entre 25 et 54 ans. Elles auraient tendance à être plus jeunes dans le Nord - Pas-de-Calais : les 25-34 ans sont plus nombreux dans la région (28,8 %) qu'en France (26,4 %). On observe une égalité de pourcentage pour les 35-44 ans. La tendance s'inverse pour les personnes surendettées de 45-54 ans, puisqu'elles sont 23 % dans le Nord - Pas-de-Calais et 24,6 % sur l'ensemble du territoire. L'observation par Catégorie SocioProfessionnelle (Figure 2-8), fait apparaître une sur-représentation tant au niveau régional que national, des catégories : sans activité, employés et ouvriers. Les retraités représentent moins de 10 % de la population signataire d'un dossier de surendettement : 8,2 % dans la région Nord - Pas-de-Calais, et 6,2 % en France. Les professions intermédiaires, cadres-professions intellectuelles supérieures et artisans-commerçants sont très peu représentées (moins de 5 %). Une différence apparaît au niveau du pourcentage des employés qui sont, dans le Nord - Pas-de-Calais à +7 points du pourcentage national (24,5 % en France contre 31,5 % dans la région). Les dossiers de surendettement sont plutôt engagés, dans la région Nord - Pas-de-Calais, par des personnes qui ont entre 25 et 44 ans, qui sont sans emploi ou employés.

## Précarité et santé PRAPS

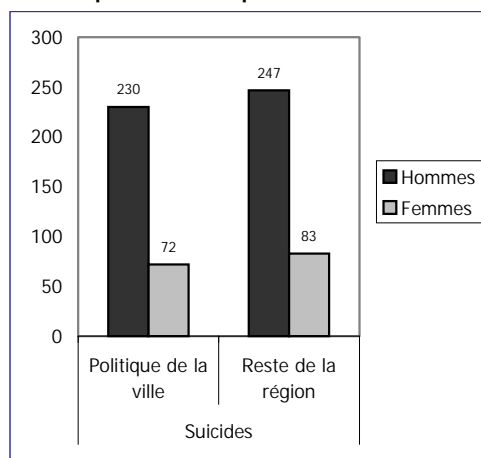
**2-9A** Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans par suicide, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



**2-9B** par département



**2-9C** dans les communes concernées par la Politique de la Ville



Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc.  
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

### La mortalité par suicide

La mortalité prématurée (avant 65 ans) est la mortalité qui concerne les personnes dont l'âge au décès est inférieur à la durée moyenne de vie de la population étudiée. Cependant, afin que les résultats demeurent comparables, cette durée de vie moyenne a été fixée à 65 ans, et cela quelle que soit la population prise en compte. Le nombre annuel de décès (Figures 2-9A, 2-9B, 2-9C) est égal à la somme des décès entre 1997-1999 divisée par le nombre d'années de cette même période d'observation.

L'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) a été élaboré afin de permettre, pour chaque sexe, de comparer la mortalité de différentes zones géographiques, sans tenir compte de la structure par âge de leur population. Cet indice est calculé en divisant le nombre de décès observés au sein d'une zone géographique, par ceux que l'on observe (décès attendus) dans cette même zone lorsque l'on applique, par groupe d'âge, les taux de mortalité de la population de référence (ici la France).

Ainsi, un indice 100 indique que le niveau de mortalité de la zone géographique est équivalent à celui de la France.

Les chiffres bruts de la mortalité prématurée par suicide montrent une diminution chez les hommes dans la région, tandis que le chiffre concernant les femmes reste quasiment identique pour la période 1996-1998 à 1997-1999 (Figures 2-10A, 2-10B, 2-10C). La diminution masculine est à attribuer au département du Nord qui voit son chiffre baisser de 301 à 281 décès ; celui du Pas-de-Calais restant à l'identique. Dans les sites concernés par la Politique de la Ville, on constate toujours moins de décès par suicide chez les femmes que chez les hommes.

La **carte 20** (Décès par suicide chez les femmes), montre que les arrondissements du sud et du nord-est de la région ont les indices les plus importants : Cambrai et Montreuil ont un indice maximal de mortalité par suicide de 200 (il est de 117,6 en moyenne pour la région et de 100 pour la France). Pour les hommes (**Carte 19**), on retrouve le même cas de figure avec des indices plus marqués pour Cambrai et Montreuil (200 pour un indice régional de 127,4) ; s'y ajoutent les arrondissements de Saint-Omer et Béthune. Contrairement aux indices féminins, où 5 arrondissements sont en dessous de l'indice régional, et égaux à l'indice national (Maubeuge, Valenciennes, Douai, Saint-Omer, Boulogne), chez les hommes tous les arrondissements sont supérieurs à l'indice France.

Les suicides et tentatives de suicide posent un important problème de Santé Publique : 11 000 suicides, dont 8 000 chez les hommes, ont été enregistrés dans les causes de décès en 1997. Ils constituent la première cause de mortalité entre 25 et 34 ans. 155 000 tentatives de suicide sont prises en charge annuellement par le système de soins, et concernent en premier lieu les femmes et les jeunes.

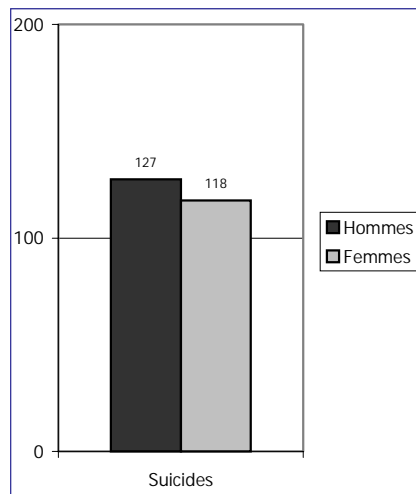
### **LES PROJETS RETENUS EN 2002**

Les associations (Figure 2-12) portent plus de la moitié des projets du PRAPS : 53 % (59 % du financement). Ce PRS est d'une part le plus proche du secteur social où la vie associative est très représentée, d'autre part ce chiffre est à mettre en parallèle avec la répartition du nombre d'actions par type d'action : 27,1 % concernent l'éducation, et 29 % les actions de réinsertion-réadaptation, volets souvent engagés par les associations (Figure 2-16). Qu'elle soit médicale ou sociale, la notion de prévention, en France et dans la région, est le plus souvent mise en œuvre par le secteur associatif. Les départements (Figure 2-13) occupent également une place importante dans la prévention, puisqu'ils financent dans ce domaine 1 action sur 3.

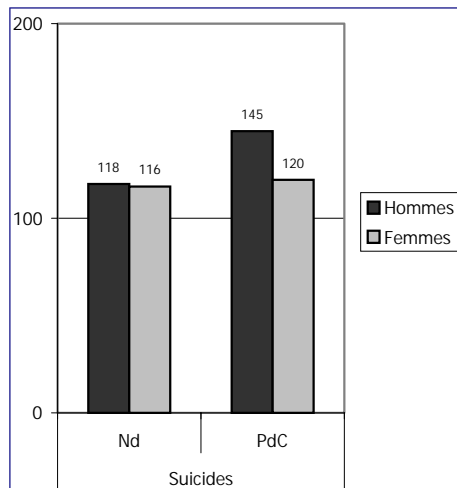
Dans le PRAPS, 22 actions proviennent des Programmes Territoriaux de Santé (de Lille exclusivement). Il semble que cette démarche ait des conséquences sur le fort pourcentage d'actions déclinées au niveau local. Globalement (Figure 2-15), les actions du PRAPS sont financées à 56,7 % par l'État, et à 23,1 % par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Les autres financeurs sont en dessous de la barre des 10 % : le Conseil général du Nord : 9,6 %, le Conseil général du Pas-de-Calais : 3,3 %, 4,7 % des actions sont financées par les établissements de santé, et 1,1 % par la région. La Figure 2-14 concernant la répartition géographique des actions indique clairement leur implantation locale (92,5 %), et presque 7 fois sur 10 dans le Nord (61,7 % pour 32,7 % dans le Pas-de-Calais).

## Précarité et santé PRAPS

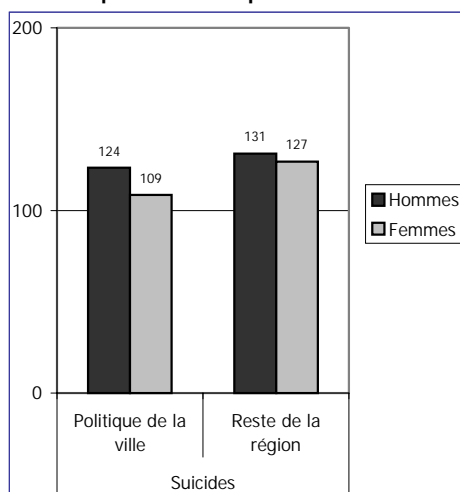
**2-10A** Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par suicide, par sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



**2-10B** par département



**2-10C** dans les communes concernées par la Politique de la Ville



Source : INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

## Précarité et santé PRAPS

Le premier objectif du PRAPS "Faire en sorte que les personnes soient acteur de leur santé" représente 52,3 % des actions (29 % du financement) ; il vise à une plus grande autonomie des personnes en situation d'exclusion. L'objectif "Autres ou plusieurs objectifs" (Figure 2-11) concerne 25,2 % des projets (36 % du financement). On note que les projets englobant plusieurs objectifs représentent presque un quart des actions ; ce qui peut s'expliquer par l'objet même du PRAPS, où certaines actions sont parfois difficilement définies par un seul objectif concernant des champs assez larges du domaine socio-médical. L'objectif "Faire en sorte que la souffrance psychique soit pris en compte" devrait, selon toute vraisemblance être amené à se développer dans les années à venir. Cette notion de souffrance psychique fait son chemin dans la réflexion sur les conséquences de la précarité, mais très peu d'études et de données existent à ce jour sur ce thème.

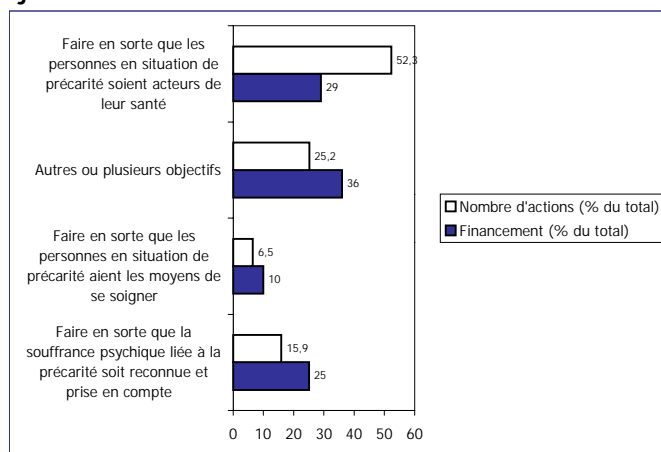
Le nombre de projets est de 26,8 en moyenne pour 1 000 000 d'habitants dans la région Nord - Pas-de-Calais. Plus de la moitié des arrondissements ont une moyenne similaire, soit 7 sur 13. Il n'y a que dans l'arrondissement de Calais que le nombre de projets est dans une large mesure supérieur : 37 pour 1 000 000 d'habitants. Les moyennes inférieures se trouvent dans les arrondissements de Valenciennes, Lens, Dunkerque et Montreuil avec une moyenne de 23,4. Les porteurs de type associatif sont sur-représentés, exception faite des arrondissements de Lille et Arras qui comptent les types de porteurs les plus diversifiés : collectivité territoriale, établissements de soins, protection sociale. Les usagers sont davantage représentés dans les arrondissements d'Arras et Cambrai. En observant la [carte 21](#), on constate que les arrondissements de Lille, Arras et Douai ont les types d'actions les plus diversifiés. Les thèmes les plus souvent observés sont : l'éducation, la prise en charge sociale, la formation professionnelle.

La comparaison entre les [cartes 21, 22](#) (concernant les types et porteurs d'action) et [17, 18](#) (illustrant la situation sociale dans le Nord – Pas-de-Calais), laisse apparaître une relative faiblesse de représentation des actions du PRAPS dans les arrondissements du sud de la région ; là où les indicateurs de situations difficiles et le taux de chômage sont les plus hauts, et où les logements sans confort sont en plus grand nombre ([Carte 42](#)).

Ces différents facteurs cumulés offrent vraisemblablement de plus gros risques de conséquences en matière de Santé Publique. En revanche, on trouve une plus grande adéquation entre les indicateurs sociaux et le nombre d'actions PRAPS dans les arrondissements de Saint-Omer et Boulogne, là où les indicateurs sociaux sont également plus importants qu'en moyenne dans la région.

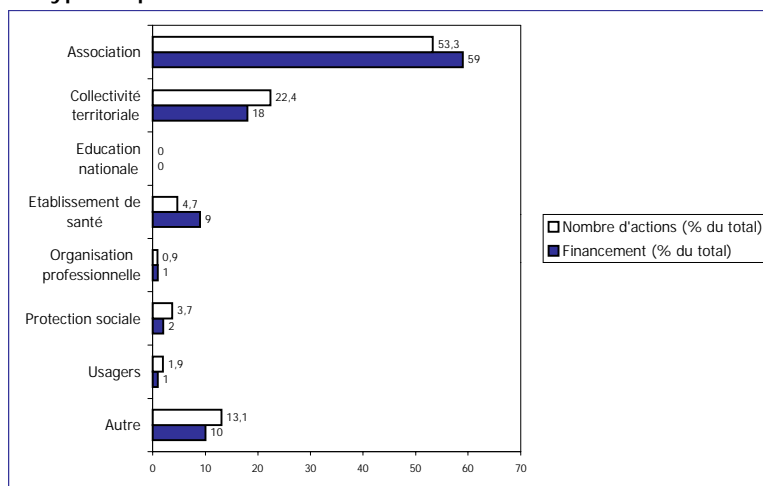
## Précarité et santé PRAPS

### 2-11 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement



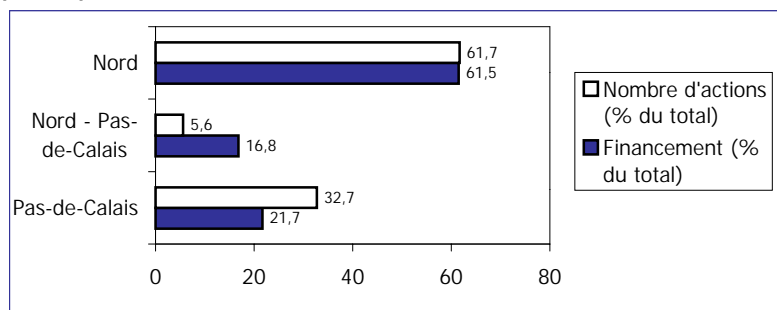
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

### 2-12 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

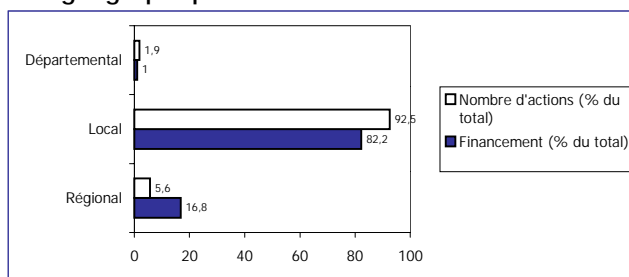
### 2-13 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

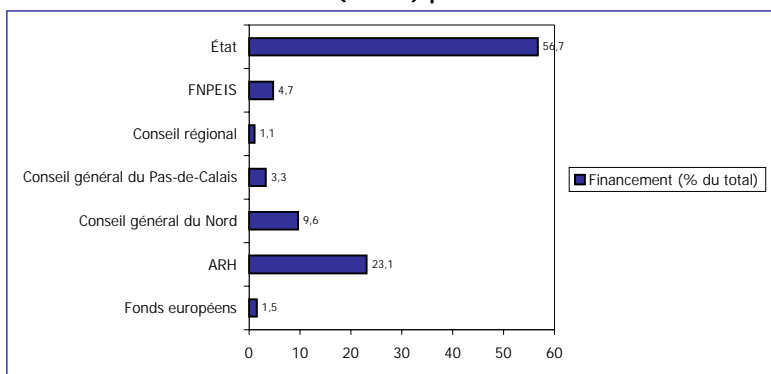
## Précarité et santé PRAPS

### 2-14 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement



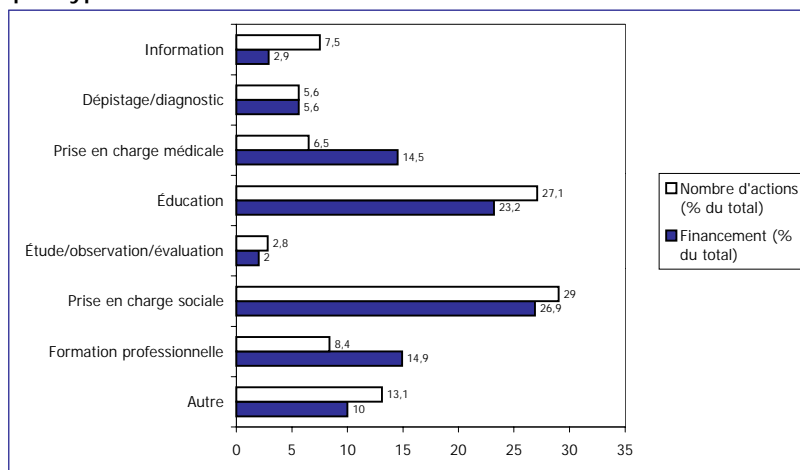
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

### 2-15 Répartition du financement des actions (en %) par financeur



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

### 2-16 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.



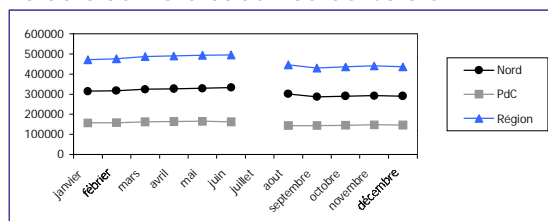


On peut observer une corrélation entre le pourcentage de CMUistes et le taux de chômage d'une région. En effet, le Languedoc-Roussillon (à la 1<sup>ère</sup> place devant le Nord - Pas-de-Calais) détient également un taux de chômage élevé. D'autres régions telles que la Bretagne ou l'Alsace (avec un taux de chômage inférieur à la moyenne nationale) ont un plus faible pourcentage de bénéficiaires de la CMU (respectivement 4,4 et 4 %).

Le graphique ci-dessus, fait apparaître qu'au sud - sud-est et au nord, le nombre de bénéficiaires de la CMU est plus important.

Au niveau départemental, le Nord se situe au 6<sup>ème</sup> rang avec 11,3 % de bénéficiaires, le Pas-de-Calais est quant à lui au 10<sup>ème</sup> rang avec 10,5 %. 47 départements sont en dessous de la barre des 6 %. Les départements où le recours à la CMU est moindre sont la Haute-Savoie (avec 3,3 %) et la Mayenne (3,2 %).

### Évolution mensuelle du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire sur l'année 2001 dans les Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Nord et du Pas-de-Calais



Source : DRASS Nord - Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Au 31 décembre 2001, le Nord - Pas-de-Calais comptait 435 600 bénéficiaires de la CMU complémentaire (pour 461 000 au 31 décembre 2000). La baisse constatée sur l'année 2001 a été plus marquée dans le Nord que dans le Pas-de-Calais. Parmi les Caisses d'Assurance Maladie du département du Nord, seules celles d'Armentières et de Tourcoing n'ont pas vu leur nombre de bénéficiaires baisser de juin à septembre, lors de la révision des dossiers des anciens bénéficiaires de l'AMD. Les plus fortes baisses ont été enregistrées par les caisses de Dunkerque et Roubaix. En ce qui concerne le Pas-de-Calais, on remarque la plus grosse chute du nombre de bénéficiaires dans la caisse de Boulogne-sur-Mer.

Le mois de juillet, n'a pu être enregistré de manière totalement fiable et par voie de conséquence n'apparaît pas dans les grilles statistiques des CPAM.

## UNE POPULATION JEUNE ET FÉMININE

Parmi les bénéficiaires de la CMU, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. Avec 55 % de l'effectif, leur représentation est plus élevée que dans la population totale (51 %). De cette population féminine émerge le nombre de familles monoparentales ; en effet 35 % des bénéficiaires de la CMU, vivent dans une famille dont la personne de référence est une femme. Le pourcentage de familles monoparentales a également un effet sur la proportion importante de jeunes parmi les bénéficiaires. 39 % d'entre eux ont moins de 20 ans alors que ces derniers ne sont que 28 % dans la population générale. On trouve parmi les bénéficiaires autant de couples avec enfant qu'au sein de la population totale. Du fait de sa jeunesse, la population des bénéficiaires de la CMU est dans une part importante scolarisée (39 %), et concerne peu les retraités (3 %). Par contre, lorsque l'on examine les couples sans enfant, la personne de référence est retraitée dans 34 % des cas, chômeuse dans 33 %, et occupe une activité dans 20 % des cas.

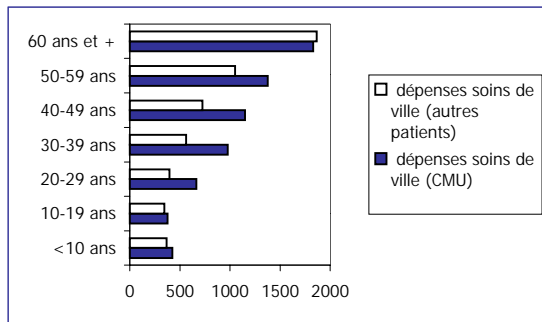
Au sein des couples avec enfant, la personne de référence est plus souvent un actif occupé (35 %), notamment parmi les couples avec 3 enfants ou plus (dont 46 % des personnes de référence sont des actifs occupés). 36 % des bénéficiaires de la CMU appartiennent à un ménage dont la personne de référence est ouvrier, et 27 % employé. En juin 2000, les bénéficiaires relevant du régime des professions indépendantes ne représentaient que 3 % de l'ensemble des bénéficiaires, et ceux relevant du régime agricole que 4 %. 44 % des bénéficiaires de la CMU vivent dans un ménage dont au moins une personne était allocataire du RMI durant la période de l'enquête (Enquête sur les revenus fiscaux. INSEE, 2002).

## LES SOINS DE PREMIERS RECOURS EN PREMIÈRE LIGNE DES DÉPENSES DE SANTÉ POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU

Les dépenses de santé d'un patient bénéficiaire de la CMU s'élevaient à 1 953 euros en moyenne pour l'année 2000 ; soit 30 % de plus qu'un patient du régime général, qui a dépensé pour la même période 1 504 euros.

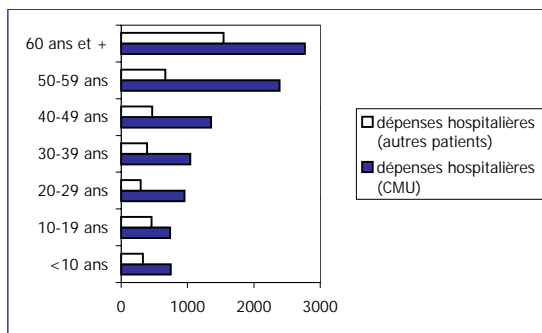
Cette surconsommation passe par un recours plus fréquent à l'hôpital. Cette fréquentation accrue des soins hospitaliers par les familles en difficulté sociale s'observe depuis de nombreuses années. On peut conclure que les bénéficiaires de la CMU n'ont pas changé de type de recours mais en ont augmenté le nombre. En matière de recours aux soins de ville, la structure par âge fait apparaître une plus faible différence chez les enfants et chez les adultes de plus de 60 ans. Nous pouvons comprendre par ces chiffres que les 15 000 personnes qui avaient renoncé à se soigner avant la mise en place de la CMU se trouvaient parmi les adultes.

### Dépenses de soins de ville des bénéficiaires de la CMU en 2000



Source : CNAMTS. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

### Dépenses hospitalières des bénéficiaires de la CMU en 2000



Source : CNAMTS. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

### ÉCUEIL DE LA LOI

Depuis l'entrée en vigueur de la CMU, de nombreux observateurs ont fait apparaître les limites de la loi en matière "d'effet de seuil". Plusieurs organismes sociaux se sont élevés contre le plafond de ressources qui se trouve être en dessous de certains minima sociaux tels que le Minimum vieillesse ou l'Allocation Adulte Handicapé. En première réponse à cette préoccupation, les conseils généraux du Pas-de-Calais puis le Nord, ont débloqué une aide à la mutualisation. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, l'État et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ont convenu d'un dispositif assurant une aide à l'amélioration de la CMU des personnes dont les ressources sont immédiatement supérieures au plafond CMU ; cette aide financière est destinée aux personnes dont les revenus dépassent jusqu'à 10 % du plafond contractuel.

