

Précarité et Santé PRAPS



Précarité et santé

DES INÉGALITÉS DE SANTÉ À LA PRÉCARITÉ

- Les minima sociaux

- Le chômage

- La Couverture Maladie Universelle

- PCS et revenus des ménages

- La mortalité par suicide

P 27

p 27

p 29

p 31

p 33

p 33

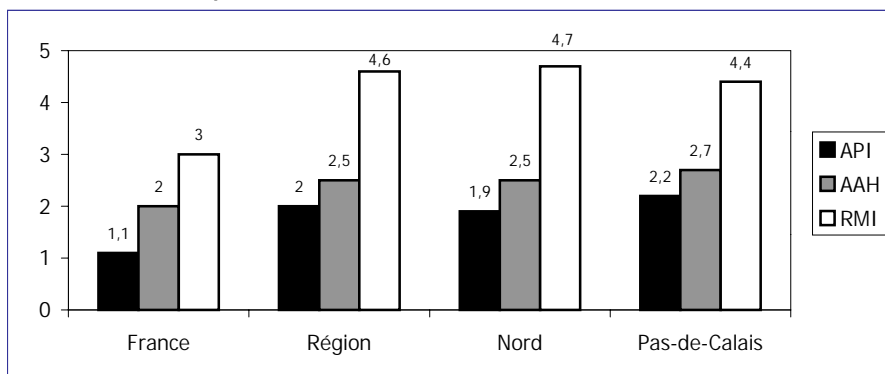
LES PROJETS RETENUS EN 2003

P 35

Cartes **04, 05, 21, 22, 32, 39**

Précarité et santé PRAPS

2-1 Pourcentage de la population bénéficiaire d'un minimum social (API, AAH ou RMI), Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 2000



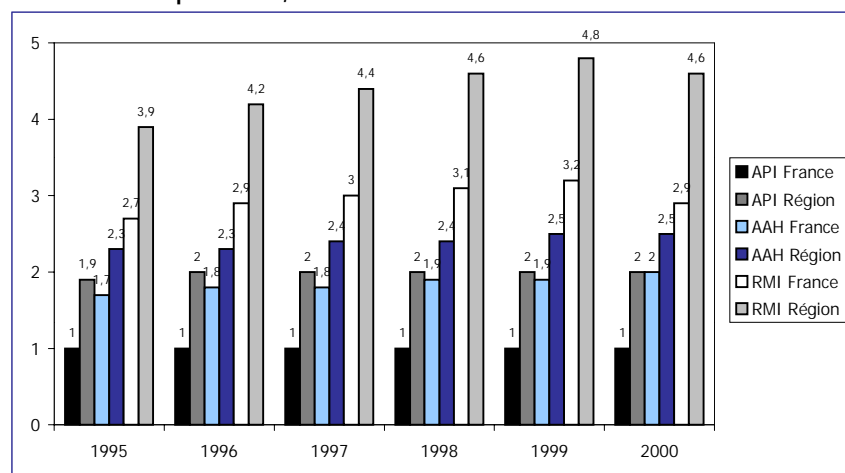
API : Allocation Parent Isolé

AAH : Allocation Adulte Handicapé

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

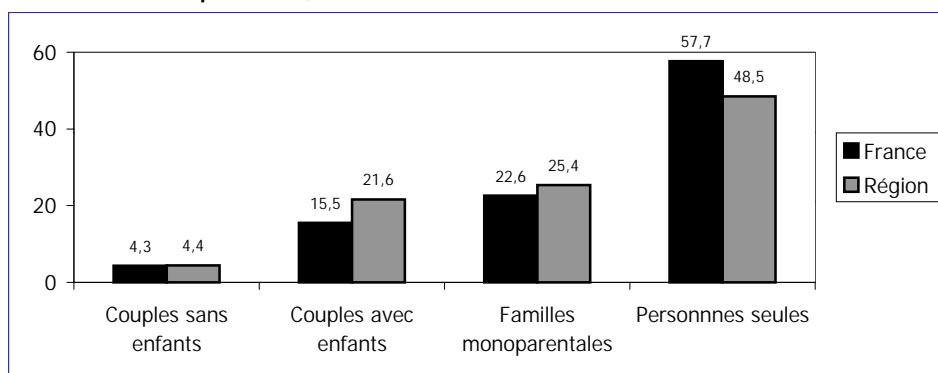
Source : CNAF, MSA, FNORS. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

2-2 Évolution du pourcentage de population bénéficiaire d'un minimum social dans le Nord – Pas-de-Calais et en France métropolitaine, entre 1995 et 2000



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

2-3 Répartition (en %) de la population allocataire du RMI, par type de famille, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 2000



Source : CNAF, MSA, FNORS. 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) 2003 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.

L'année 2003 est une année particulière dans l'histoire du dispositif ; c'est une année charnière d'évaluation des Programmes Régionaux de Santé. L'évaluation du PRAPS repose sur 4 grands chapitres : la structure du PRAPS, le descriptif des actions menées, le partenariat et la dynamique de terrain, les représentations du programme.

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.

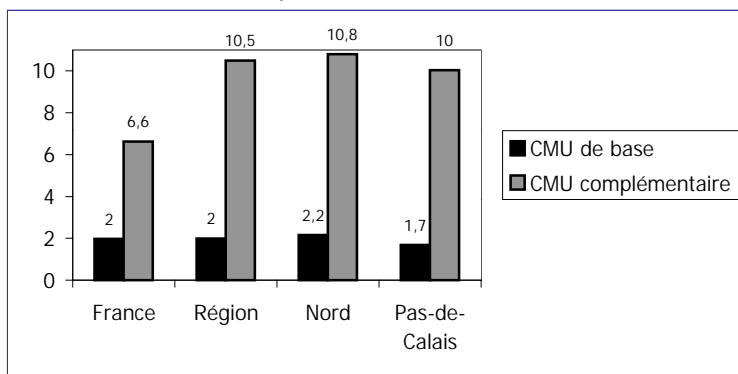
Les minima sociaux

En 2000, les minima sociaux ont été attribués, en France métropolitaine, à plus de 3 000 000 de bénéficiaires. Le nombre total de personnes couvertes s'élève à 5 500 000 ; soit 10 % de la population. Nous présentons ici les données concernant 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".

La **Carte 22** (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 %).

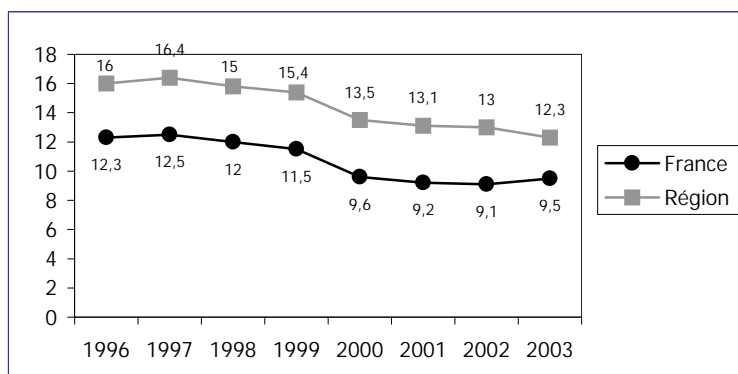
Précarité et santé PRAPS

2-4 Pourcentage de la population bénéficiaire de la CMU de base et de la CMU complémentaire, Nord – Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, en 2002



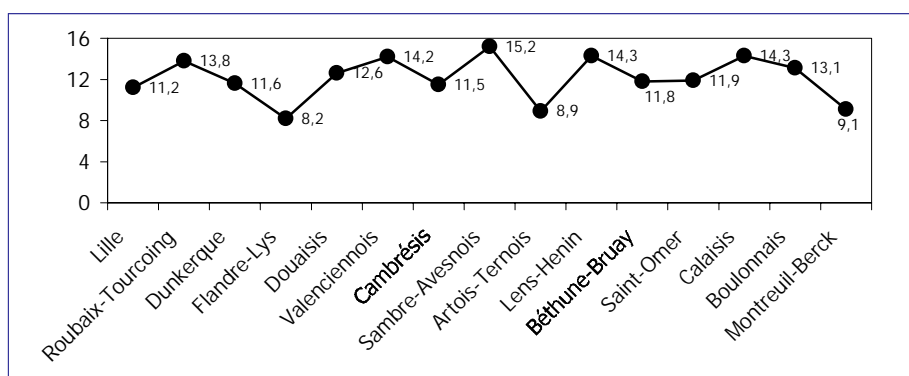
Source : DREES, DRASS Nord – Pas-de-Calais, INSEE Estim RGP 2000.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

2-5 Évolution du taux de chômage (en %), Nord - Pas-de-Calais *versus* France métropolitaine, de juin 1996 à juin 2003



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

2-6 Taux de chômage (en %) par zone d'emploi, dans le Nord - Pas-de-Calais, au 2^{ème} trimestre 2003



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

Précarité et santé PRAPS

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 % de la population en est bénéficiaire. Le Nord - Pas-de-Calais se situe au-delà de ce pourcentage puisqu'il compte 4,6 % 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 infrarégionale montre des moyennes légèrement plus élevées dans le Pas-de-Calais que dans le Nord.

En juin 2000, le RMI était attribué à un peu plus d'un million d'allocataires en France métropolitaine et à environ 130 000 personnes dans les départements d'Outre-Mer. Au cours des 6 premiers mois de l'année 2000 et pour la première fois depuis sa création, le nombre d'allocataires a diminué de 1,4 % en France métropolitaine. Cette baisse a été perceptible dans une moindre mesure dans la région Nord - Pas-de-Calais. 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. Il existe 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.

En France comme dans le Nord - Pas-de-Calais (Figure 2-3), 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.

Les dépenses d'API ont progressé de 17 millions d'euros sur une période de 10 ans, dont 5,1 % entre 1994 et 2001. Les effectifs bruts ont, quant à eux, augmenté de 9 % depuis 1996.

Depuis 1983, les dépenses relatives à l'AAH sont remboursées par l'État aux organismes gestionnaires. L'AAH a été revalorisée de 2,2 % au 1^{er} janvier 2001 (soit 557,12 euros à taux plein). Les dépenses de l'AAH ont progressé de 41 % entre 1991 et 2001 (plus 1,2 millions d'euros dont 29 % entre 1993 et 1999 en euros constants). Cette croissance des dépenses reflète la progression du nombre de bénéficiaires. Concernant le RMI, pour la première fois en 2000, on constate une diminution des effectifs après trois années de progression (Figure 2-2). Les jeunes de moins de 30 ans et les allocataires récents bénéficient plus largement de la meilleure conjoncture économique. Le nombre de bénéficiaires de moins de 30 ans a baissé de 4 %, rejoignant le pourcentage de 1996. Plus globalement, les hommes ont davantage bénéficié des opportunités offertes par la conjoncture : le nombre d'hommes seuls avec ou sans enfant a diminué de 1,5 %, alors que le nombre de femmes seules continue de progresser de 0,8 %, et que celui de femmes avec enfants augmente de 3,5 %.

Le chômage

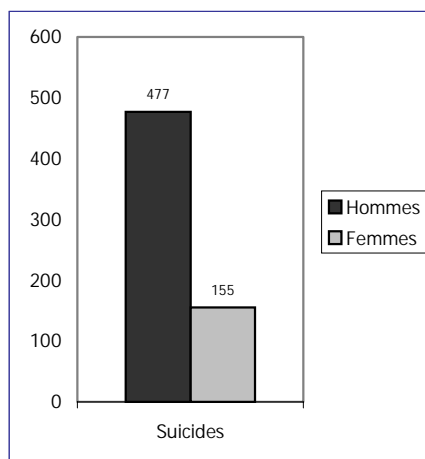
Le taux de chômage peut être calculé selon plusieurs critères. L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) utilise la base de calcul du Bureau International du Travail. Pour le BIT, un chômeur est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus), sans emploi, disponible 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 supérieurs à la moyenne nationale, et ce dans la courbe ascendante de 1996 à 1997, ou descendante depuis 1997. En 2003, on constate une légère tendance à la diminution de l'écart entre la région et la France ; celui-ci passant de 3,9 points en 2002 à 2,8 points en 2003 (Figure 2-5).

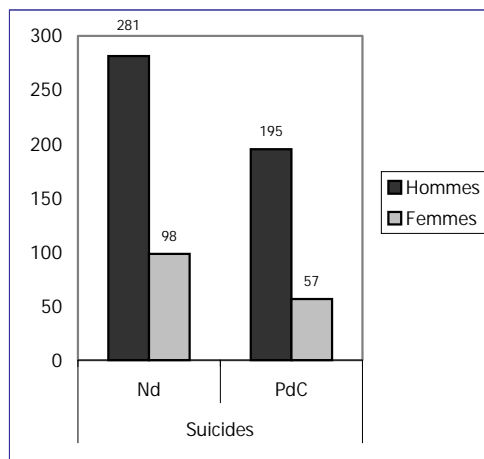
Fin mai 2003, le Nord - Pas-de-Calais comptait 196 699 chômeurs en données brutes. L'observation du taux de chômage par zone d'emploi fait apparaître un écart de 7 points entre la zone Flandre-Lys (8,2 %) et la zone Sambre-Avesnois (15,2 % de taux de chômage). La moyenne nationale étant de 9,5 % au deuxième trimestre 2003, 9 des 12 zones d'emploi sont au-dessus de la moyenne (Figure 2-6).

Précarité et santé PRAPS

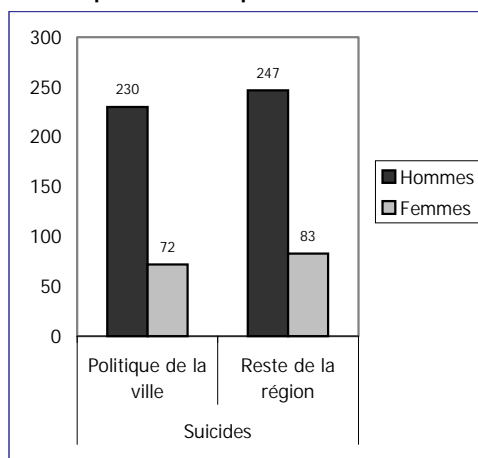
2-7A Nombre annuel moyen de décès avant 65 ans par suicide, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



2-7B par département



2-7C 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

De juin 2002 à juin 2003, on observe une baisse pour les jeunes de moins de 25 ans (-3,4 %) et les femmes (-2,1 %), et une hausse pour les hommes (+2,5 %). Pour ces mêmes catégories, l'évolution est, au niveau national, de +4, +3,9, et +7,9 %.

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).

La Couverture Maladie Universelle

Réforme majeure visant à assurer un réel accès aux soins aux personnes les plus démunies, la Couverture Maladie Universelle est entrée en application depuis le 1^{er} janvier 2000 (loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions). Elle a pour objectif de ne pas marginaliser les personnes en situation de précarité par un accès spécifique, tel que pouvait l'être l'Aide Médicale, mais au contraire de permettre à tous un égal accès au système de soins.

Le texte de loi comprend deux volets :

- le premier concerne la CMU de "base", qui garantit l'affiliation au régime général pour tous les résidents réguliers qui n'ont pas de couverture d'Assurance Maladie ;
- le second volet décrit la CMU "complémentaire" qui offre à la population la plus défavorisée, souvent privée de mutuelle ou d'assurance de santé, une couverture complémentaire gratuite. Cette couverture vient en complément des remboursements de dépenses des soins de la Sécurité Sociale.

Le seuil de ressources applicable au 1^{er} janvier 2000, était de 533 euros pour une personne seule, 800 euros pour un couple.

Les jeunes de 18 à 25 ans peuvent bénéficier à titre personnel de la CMU complémentaire dès lors que les liens familiaux sont rompus.

Les allocataires du RMI bénéficient automatiquement de la CMU complémentaire ; c'est également le cas de toutes les personnes dont la couverture de base ou complémentaire était prise en charge au titre de l'Aide Médicale.

La CMU complémentaire est gérée soit par une Caisse d'Assurance Maladie pour le compte de l'État, soit par un organisme complémentaire : mutuelle, société d'assurance, organisme de prévoyance.

Huit mois après son lancement, déjà 4,3 millions de personnes étaient couvertes par le régime général au titre de la CMU. Au bout de deux années, la CMU dépassait de plus de 36 % le nombre de personnes couvertes par l'ancienne Aide Médicale Départementale. On estime à 150 000, le nombre de personnes en situation de grande exclusion qui ne bénéficiaient d'aucune couverture avant d'être affiliées à la Couverture Maladie Universelle.

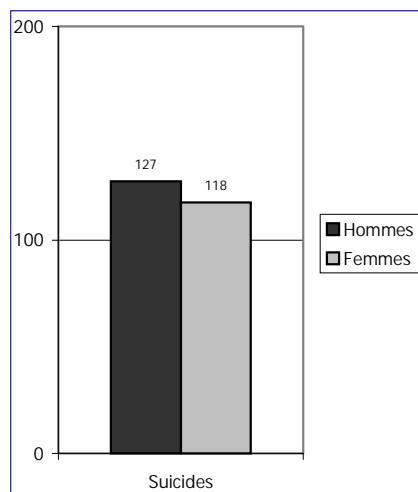
Après 3 ans de mise en application, la CMU compte près de 1,4 millions de bénéficiaires au titre de la CMU de base et près de 4,5 millions au titre de la CMU complémentaire (dont 3,9 millions en France métropolitaine). 94 % des bénéficiaires relevaient du régime général pour leur régime de base.

Le taux de couverture varie de 2,8 % en Haute-Savoie à 12,5 % dans le département des Bouches du Rhône. Le taux de couverture de la CMU de base est de 2 % en France et dans la région. Le Nord est légèrement au-dessus avec 2,2 % (Figure 2-4), contrairement au Pas-de-Calais qui est en dessous (1,7 %). C'est pour la CMU complémentaire que l'on note un écart défavorable à la région : 10,5 % pour 6,6 % en France métropolitaine. L'examen des droits des anciens bénéficiaires de l'Aide Médicale (jusqu'alors affiliés automatiquement), entre le 30 juin et 30 septembre 2001, s'est traduit par la sortie du dispositif d'une partie d'entre eux dont les droits n'ont pas été renouvelés ; ceci entraînant une baisse sensible de l'effectif. Une caractéristique du dispositif est le phénomène de fluctuation des personnes affiliées. Entre 2001 et 2002 on constate une progression des flux de nouveaux entrants.

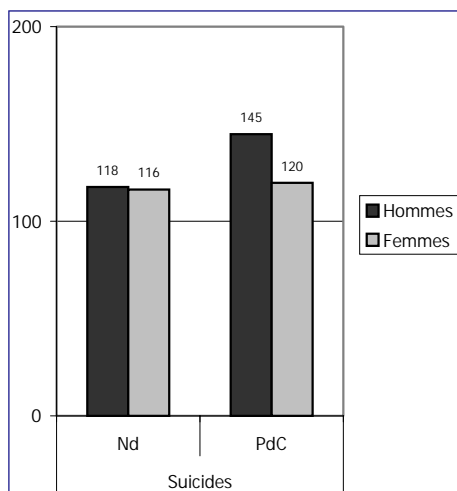
Les dépenses de santé d'un patient bénéficiaire de la CMU s'élèvent à 1 953 euros en moyenne pour l'année 2000, soit 30 % de plus qu'un patient du régime général, qui a dépensé pour la même période 1 504 euros. Cette surconsommation passe par un recours aux soins plus fréquent de l'hôpital. Cette fréquentation accrue des soins hospitaliers pour les familles en difficultés sociales est observée 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. La proportion d'adultes parmi les 150 000 personnes qui avaient renoncé à se soigner avant la mise en place de la CMU était donc sans doute forte.

Précarité et santé PRAPS

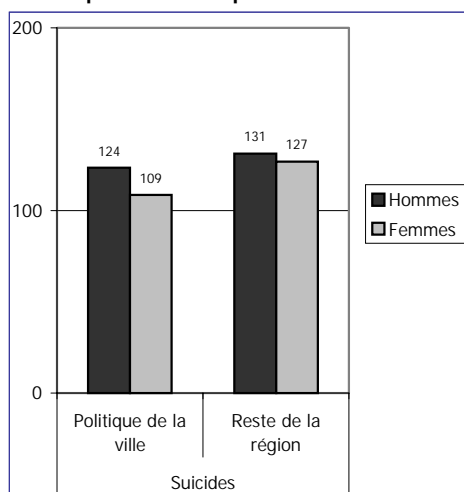
2-8A Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par suicide, par sexe, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



2-8B par département



2-8C 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.

PCS et revenus des ménages

En janvier 2000 paraissent les premiers résultats du Recensement Général de la Population effectué en mars 1999 en France. La répartition des ménages selon la PCS fait apparaître un écart favorable à la région Nord - Pas-de-Calais pour les ménages dont la personne de référence est "ouvrier" : 24,6 % pour 19,4 % en France (**Figure 2-9**). La région compte une moindre part de ménages dont la personne de référence est "agriculteur exploitant" (0,9 *versus* 1,6 % en France), "commerçant" (3,7 *versus* 5 % en France), et "cadre/profession intellectuelle supérieure" (7,1 *versus* 9,6 % en France). La différence est moindre concernant les "professions intermédiaires" (13,3 *versus* 14,1 %) et pour les "employés" (10,8 *versus* 11,5 %). Pour l'INSEE, ceci correspond à une évolution du profil de la région Nord - Pas-de-Calais. La progression du nombre d'employés est même l'une des plus fortes enregistrées dans les départements français. Au-delà des professions et catégories sociales, le Nord - Pas-de-Calais fait partie des trois régions (avec la Corse et le Languedoc-Roussillon) où les revenus déclarés sont les plus faibles. La région Nord - Pas-de-Calais compte 1 131 239 foyers fiscaux dont 55 % sont non-imposables. L'INSEE relate un écart entre les revenus les plus modestes et les revenus supérieurs plus élevé dans le Nord - Pas-de-Calais qu'au niveau national. Les plus hauts revenus se situent dans les communes périphériques des grandes villes, en particulier dans l'agglomération lilloise. L'observation de la **Carte 21** montre que seul d'arrondissement de Lille est au-dessus de la moyenne régionale en matière de foyers fiscaux non-imposables avec 48 %. Les arrondissements de Valenciennes et de Lens ont plus de 60 % de ménages non-imposables (respectivement 61 et 64 %).

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 65 ans. Le nombre annuel moyen de décès (**Figures 2-7A, 2-7B, 2-7C**) a été calculé pour les années 1997 à 1999.

L'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) a été élaboré afin de permettre, pour chaque sexe, de comparer la mortalité de différentes zones géographiques, en tenant 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 observerait (décès attendus) en appliquant, 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.

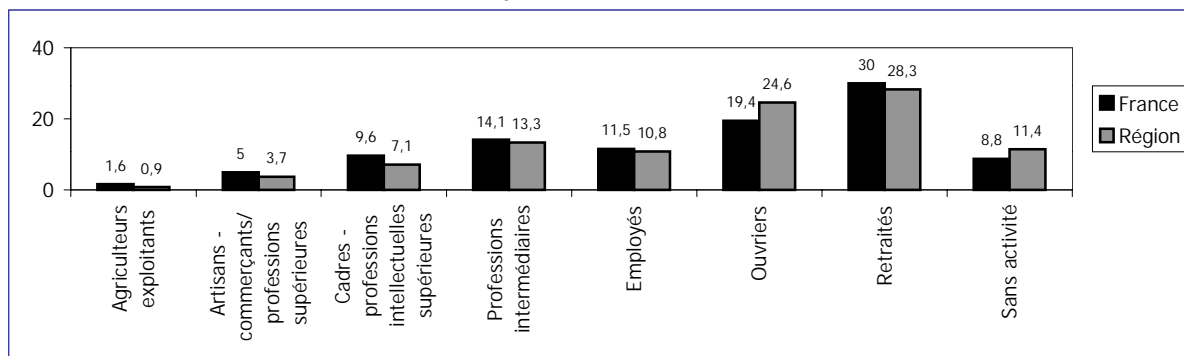
La **Carte 05** (Décès par suicide chez les femmes), montre que les arrondissements du sud et du nord-est de la région ont les indices les plus importants : Cambrai et Montreuil ont un Indice Comparatif de Mortalité par suicide égal à 200 (il est de 117,6 en moyenne pour la région et de 100 pour la France). Pour les hommes, 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 pour lesquels 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 ont des ICM supérieurs à la moyenne française (**Carte 04**).

Les suicides et tentatives de suicide posent un important problème de Santé Publique : 11 000 décès par suicide, dont 8 000 chez les hommes, ont été enregistrés en moyenne entre 1997 et 1999. Ils constituent la première cause de mortalité entre 25 et 34 ans. 155 000 tentatives de suicide¹ sont prises en charge annuellement par le système de soins, et concernent en premier lieu les femmes et les jeunes.

¹ DREES, Études et Statistiques, n°109, avril 2001.

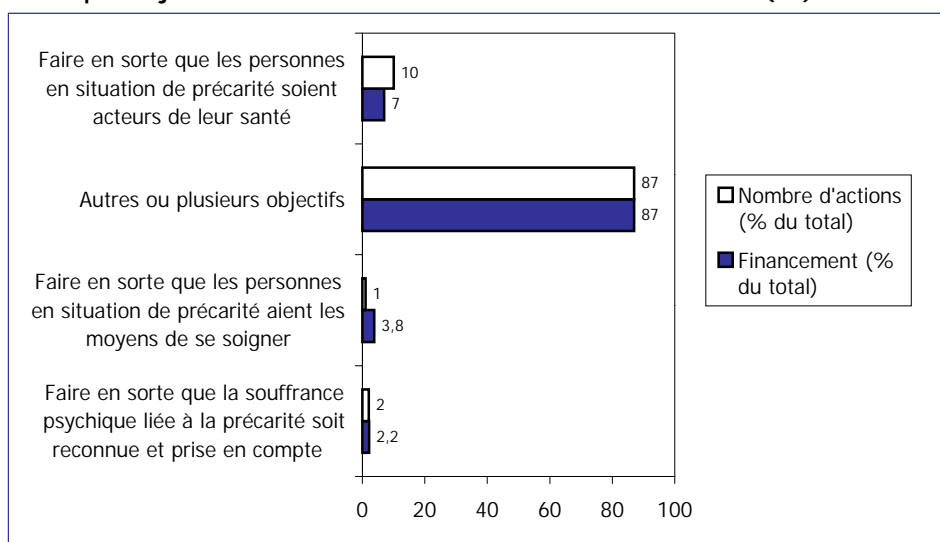
Précarité et santé PRAPS

2-9 Répartition des ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, en 1999



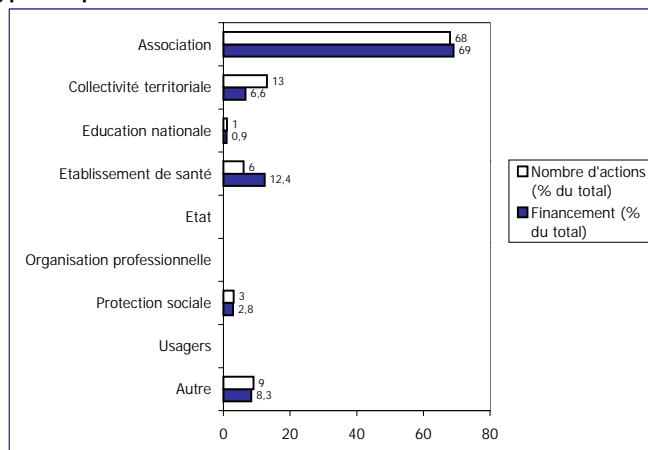
Source : INSEE RGP 1999. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

2-10 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (%)



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

2-11 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.

LES PROJETS RETENUS EN 2003

L'année 2003 a vu 41,3 % de nouveaux projets acceptés sur l'ensemble des dossiers PRS et 86,8 % des dossiers pluriannuels ont été reconduits. 52,1 % des projets ont été acceptés au titre du PRAPS.

On note une différence sensible de la répartition par objectif du nombre d'actions et de leurs financements (**Figure 2-10**), entre 2002 et 2003. La catégorie "Autre ou plusieurs objectifs" est passé de 25,2 % en 2002 à 87 % en 2003, pour 87 % du financement. Par voie de conséquence, les autres objectifs sont plus faiblement représentés : 10 % pour "Faire en sorte que les personnes en situation de précarité soient acteurs de leur santé". Les objectifs "Faire en sorte que les personnes en situation de précarité aient les moyens de se faire soigner" (1 %) et "Faire en sorte que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue et prise en compte" (2 %) sont déclinés dans les 87 % des objectifs "Autres".

La **Figure 2-11** donne la répartition par type de porteurs du nombre d'actions et de leur financement (**Carte 32**). La part des différents porteurs garde à peu près la même configuration qu'en 2002. Une grande majorité des actions est portée par les associations, soit 68 % du nombre d'actions pour 69 % du financement. La différence est très importante avec la deuxième catégorie de porteur de projets que sont les collectivités territoriales (13 % pour 6,6 % du financement) (**Carte 39**).

Les actions de prévention sont les plus nombreuses avec 32 % des actions (**Figure 2-15**) pour 31,1 % du financement. À égalité (27 %), viennent ensuite "Accompagnement/Soins palliatifs" (26,9 % des financements) et "Réinsertion/Réadaptation" (23,7 % des financements). Suivent les "Autres" types d'actions (7 %), "Prise en charge/Soins" (4 %), et "Recueil de données" (3 %). Il serait intéressant d'encourager le recueil de données en matière de précarité. En effet même si aujourd'hui la notion de souffrance psychique fait son chemin, peu d'études la définissent au regard de la précarité d'une part, et peu démontrent ses interactions sur l'état de santé de la population d'autre part.

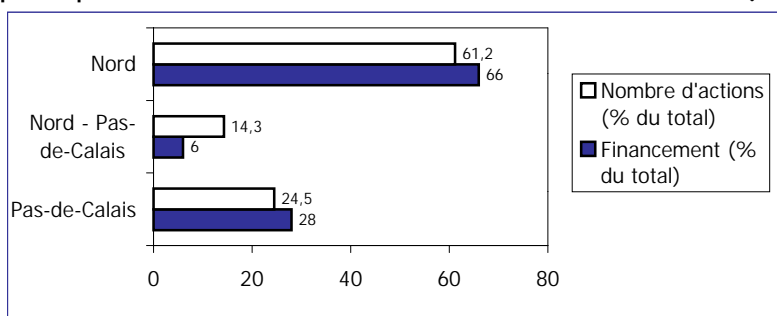
Afin de faciliter l'analyse territoriale des actions, nous avons considéré que, pour l'échelon géographique, les actions qui ne concernent qu'un arrondissement d'un seul département sont comptées locales, les actions concernant plus d'un arrondissement sont comptées départementales, les actions régionales ou concernant au moins un arrondissement des deux départements sont comptées régionales.

91 % des actions (**Figures 2-12 et 2-13**) ont une portée locale, ce qui représente 81,9 % du financement. Seulement 3 % se situent au niveau départemental et 6 % au niveau régional. L'ensemble de ces actions concerne majoritairement le Nord, pour 61,2 % et 66 % de part du financement. 14,3 % concernent exclusivement le Pas-de-Calais pour une faible part de financement (6 %). Le niveau géographique régional concentre 24,5 % de la répartition des actions pour 28 % du financement. Au niveau des arrondissements, tant par rapport à l'ensemble des PRS qu'au niveau du PRAPS, l'arrondissement de Lille totalise le plus d'actions : 157 sur l'ensemble et 35 pour le PRAPS ; sachant que 120 actions (dont 26 concernant le PRAPS) n'ont pas été rattachées à un arrondissement.

109 projets financés au titre du PRAPS 2003 ont représenté un budget de 1,25 millions d'euros. Le financement (**Figure 2-14**) est réparti principalement entre l'État (46,6 %), le FNPEIS (23,6 %), le Conseil Général du Nord (10,5 %). Le financement de l'ARH passe de 23,1 % en 2002 à 8,7 % en 2003. Les Fonds européens, qui représentaient 1,5 % du financement en 2002, disparaissent en 2003.

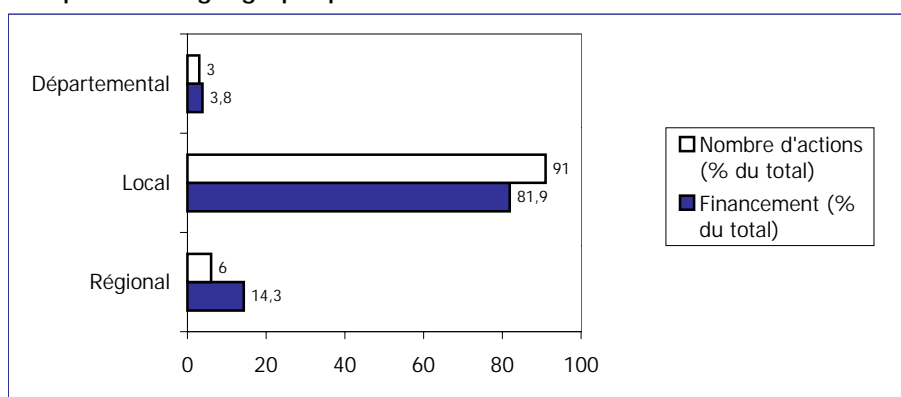
Précarité et santé PRAPS

2-12 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (%)



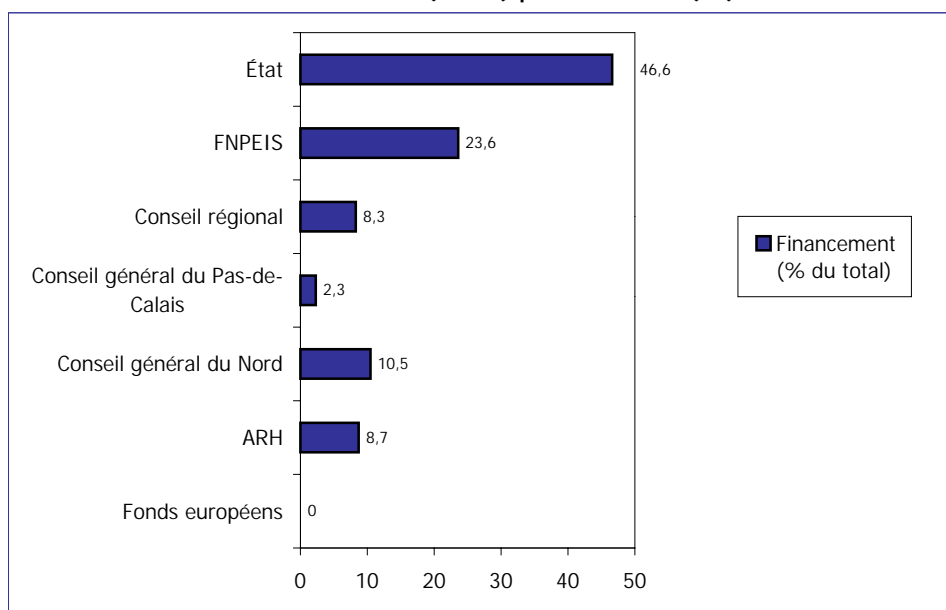
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord- Pas-de-Calais.

2-13 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (%)



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

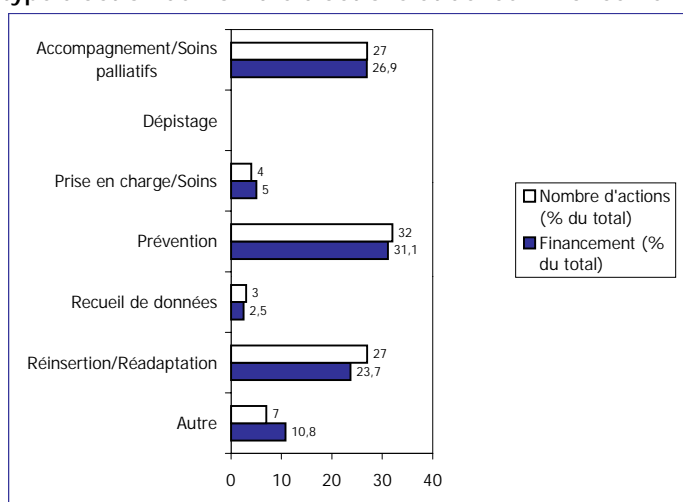
2-14 Répartition du financement des actions (en %) par financeur (%)



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

Précarité et santé PRAPS

2-15 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.

