



Description de l'état de santé des allocataires du RMI, vus en consultation au centre de santé Sainte-Geneviève en Guadeloupe entre 2003 et 2005

Observatoire régional de la santé de Guadeloupe

Novembre 2007



Information • Prévention • Santé

Ce travail est une commande de la cellule Santé sociale de l'Agence départementale d'insertion (ADI).

Il a été réalisé par Séverine FERDINAND, chargée d'études à l'ORSaG sous la supervision méthodologique de Vanessa CORNELLY (Chargée d'études à l'ORSaG) et du Dr Max THEODORE (Président de l'ORSaG) qui ont corrigé et validé ce travail.

Les relectures assurées par Mesdames Sylvia MARCIN (Assistante sociale au Conseil général), Dominique THURIAF (Assistante sociale à l'ADI) et Marie-Eve ARNAUD (Assistante sociale à la CGSS) ont permis d'apporter des pistes de réflexion.

La conception du document a été réalisée avec l'aide de Madame Kattia THALMENSY (Assistante de direction de l'ORSaG).

Un remerciement particulier à Madame Caroline DUPRE (Statisticienne du CETAF) qui a pu avec réactivité apporter les compléments d'informations nécessaires à l'analyse.

Description de l'état de santé des allocataires du RMI, vus en consultation au centre de santé Sainte-Geneviève en Guadeloupe entre 2003 et 2005

Sommaire

I. Contexte : l'engrenage de la pauvreté	4
II. Objectifs de l'étude.....	5
III. Méthodologie.....	5
III-1. Population d'étude.....	5
III-2. Recueil des données.....	5
III-3. Les indicateurs de santé	6
III-4. Analyse statistique	6
IV. Résultats descriptifs.....	6
IV-1. Caractéristiques socio-démographiques des consultants du centre de santé Sainte-Geneviève	6
IV-2. Consultants précaires et non précaires.....	7
IV-2-1. Caractéristiques socio-démographiques	7
IV-2-2. Indicateurs de santé	7
IV-3. Consultants bénéficiaires du RMI : 61 % de femmes	8
IV-4. Comparaisons avec les consultants précaires non RMIstes.....	9
IV-4-1. Caractéristiques socio-démographiques : RMIstes peu diplômés.....	9
IV-4-2. Indicateurs de santé : déficits visuel et un ressenti de mauvaise santé pour les RMIstes	9
IV-5. Précarité selon le score EPICES : les RMIstes en situation de grande précarité.....	11
V. Constat	11
V-1. Les bénéficiaires du RMI en précarité sanitaire et sociale.....	12
V-2. Une niveau de précarité sous-évalué.....	12
V-3. Une certaine difficulté d'accès aux soins	13
VI. Conclusion et propositions.....	13
VII. Bibliographie	15
VIII. Annexes.....	16

Tables

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des consultants précaires et non précaires.....	7
Tableau 2. Caractéristiques sanitaires des consultants précaires et non précaires.....	8
Tableau 3. Caractéristiques socio-démographiques des consultants RMIstes et précaires non RMIstes	9
Tableau 4. Caractéristiques sanitaires des consultants RMIstes et précaires non RMIstes	10
Tableau 5. Populations discordantes selon le score EPICES.....	11

Figures

Figure 1. Evolution des bénéficiaires du RMI en Guadeloupe	4
--	---

Abréviations

RMI :	Revenu minimum d'insertion
ADI :	Agence départementale d'insertion
CMU :	Couverture médicale universelle
CAF :	Caisse d'allocations familiales
ORSaG :	Observatoire régional de la santé de Guadeloupe
CETAF :	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé
CES :	Centre d'examen de santé
EPICES :	Evaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES
IST :	Infections sexuellement transmissibles
OMS :	Organisation mondiale de la santé
CEP :	Certificat d'études primaires
CGSS :	Caisse générale de sécurité sociale
HTA :	Hypertension artérielle

I. Contexte : l'engrenage de la pauvreté

La pauvreté résulte souvent du cumul et de l'enchaînement de situations précaires en matière de vie familiale et sociale, d'emploi et de santé. L'évaluation des situations de pauvreté est difficile et controversée. Cette évaluation se fait le plus souvent à partir de critères monétaires basés sur le seuil de bas revenus, mais également sur le taux de chômage qui est étroitement lié à la précarité ou encore par le nombre de bénéficiaires de minima sociaux. Cet indicateur représente un moyen d'approcher les réalités de la pauvreté. En Guadeloupe, un tiers des allocataires de la CAF sont des RMIstes (34 693 en 2005) et 1 allocataire de la CAF sur 9 peut être considéré comme pauvre en 2003 [1]

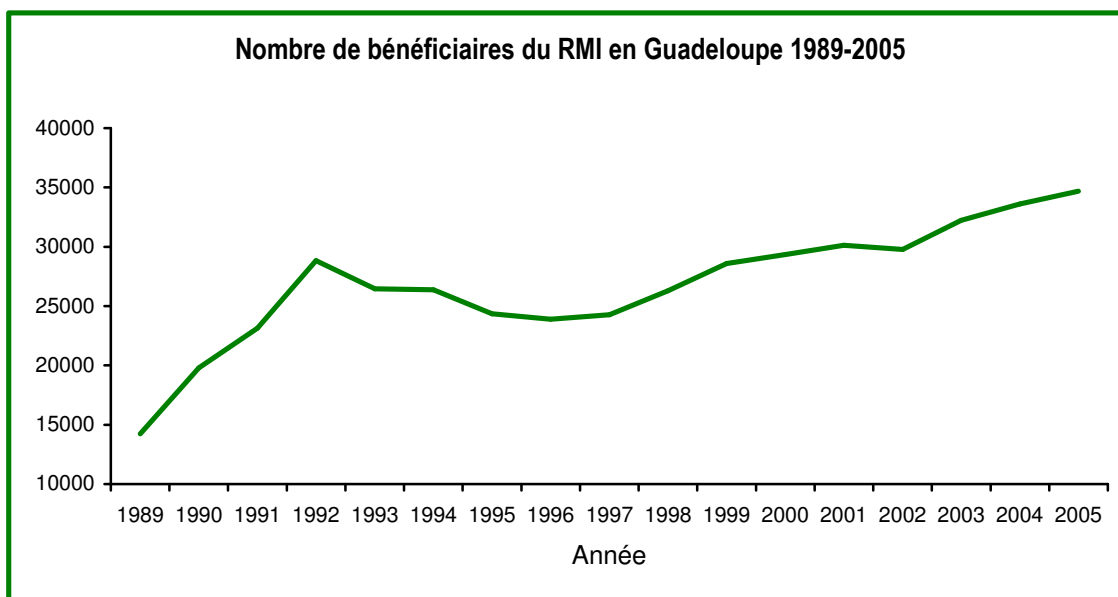


Figure 1. Evolution des bénéficiaires du RMI en Guadeloupe

Les situations de pauvreté et de précarité se répercutent sur la santé. Au niveau national, près de la moitié des bénéficiaires du RMI déclarent avoir des problèmes de santé ou éprouver des gênes dans la vie quotidienne [2]. En Guadeloupe, 14,5 % déclarent des problèmes de santé récurrents qui les empêchent de travailler [3]. Une étude a montré que l'existence de tels problèmes ou gênes est étroitement liée à l'ancienneté du bénéficiaire dans le dispositif du RMI, néanmoins il reste difficile d'établir un lien de cause à effet [2]. Bien d'autres déterminants des problèmes de santé entrent en jeu et sont encore peu étudiés pour la Guadeloupe. Dans ce contexte, l'Agence Départementale d'Insertion (ADI, voir encadré paragraphe II) a sollicité l'ORSaG pour la conduite d'une étude sur la santé des RMIstes en Guadeloupe. Le choix de la population d'étude au centre de santé Sainte-Geneviève a semblé approprié pour collecter des données sanitaires exhaustives concernant les bénéficiaires du RMI en Guadeloupe. L'objectif principal de cette étude était de repérer les principaux indicateurs sanitaires en lien avec le statut de bénéficiaire du RMI en Guadeloupe, afin de donner des orientations pour la mise en place de programmes de santé spécifiques à ce groupe de population.

Le Revenu Minimum d'Insertion (**RMI**), créé en 1988, est une prestation offerte à toute personne âgée de 25 ans et plus ou ayant au moins un enfant né ou à naître, qui vise à porter leurs ressources à des montants minima, et ce indépendamment de conditions liées à l'activité professionnelle antérieure ou à la situation familiale et à donner une possibilité d'insertion sociale. L'ouverture du droit au RMI a toutefois pour contrepartie la signature d'un contrat d'insertion qui a pour finalité de faciliter la réinsertion sociale et professionnelle [4].

II. Objectifs de l'étude

Les objectifs opérationnels étaient de :

- décrire les caractéristiques socio-démographiques des consultants du centre de santé Sainte-Geneviève en 2003, 2004 et 2005
- décrire l'état de santé des bénéficiaires du RMI
- comparer les caractéristiques socio-démographiques et l'état de santé des bénéficiaires du RMI et des précaires non bénéficiaires

En Guadeloupe l'Agence Départementale d'Insertion assure la gestion de l'allocation et de l'insertion des RMIstes. Les missions de L'ADI s'articulent principalement autour de 4 actions :

- l'insertion économique et professionnelle
- l'insertion sociale et la vie sociale
- l'insertion par le logement
- les actions d'accompagnement par le biais du PDI (programme départemental d'insertion)

III. Méthodologie

III-1. Population d'étude

Sont définis comme précaires selon l'article 2 de l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992 (JO n°218 du 19 septembre 1992), les personnes en situation de précarité selon leur situation par rapport à l'emploi. Il s'agit des chômeurs, des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, des jeunes de 16 à 25 ans dans un dispositif d'insertion, des titulaires d'un contrat emploi solidarité et des personnes sans domicile fixe.

Pour l'étude, trois groupes de consultants sont définis conformément à l'article 2 :

- les bénéficiaires du RMI (RMIstes)
- les précaires non bénéficiaires du RMI (non RMIstes)
- les non-précaires

La population d'étude est constituée des consultants de 15-59 ans résidant en Guadeloupe et ayant réalisé un examen de santé entre 2003 et 2005 au centre de santé Sainte-Geneviève.

III-2. Recueil des données

Le CETAF recueille, au niveau national, l'ensemble des données des bilans de santé, transmises annuellement par les centres de santé (CES). Ces bilans se déroulent en plusieurs temps :

- Tout d'abord, un auto-questionnaire est adressé à chaque consultant afin de recueillir les éléments socio-administratifs, les habitudes de vie, les items de précarité et l'état de santé ressenti des consultants.

- Puis, l'examen de santé correspond à l'exploration de l'état de santé. Il est modulé selon l'âge, les risques et le suivi médical habituel. Des examens para-cliniques et des examens biologiques sont pratiqués ainsi qu'un examen bucco-dentaire.
- Enfin, le médecin s'entretient avec le consultant sur le mode de vie, les antécédents personnels et familiaux, commente les résultats des tests de la première partie de l'examen et pratique un examen clinique complet.

Une base informatisée regroupant l'ensemble des données du bilan de santé est centralisée au CETAF. Par le biais d'une convention avec le CETAF, l'ORSaG a pu disposer, sous forme de tableaux, des données nécessaires à l'étude.

III-3. Les indicateurs de santé

Les indicateurs étudiés ont été recueillis selon différents modes (auto-questionnaire, mesures, calculs) ; les plus pertinents nous semblaient être : tabac, alcool, non-recours au médecin, suivi gynécologique, note de santé, sédentarité, déficit auditif et visuel, pression artérielle, frottis du col utérin, IST dépistées, hypercholestérolémie, hyperglycémie, anémie, obésité, indicateur de vieillissement (permet d'évaluer le position de chaque consultant dans le processus de vieillissement), indicateur de précarité (score EPICES créé par le CETAF en collaboration avec l'INSERM qui prend en compte la caractère multifactoriel de la précarité). La définition de chaque indicateur est détaillée en annexe I.

III-4. Analyse statistique

Pour chaque indicateur, les pourcentages des consultants concernés sont calculés par classe d'âge (15-24 ans, 25-49 ans ou 50-59 ans), sexe et niveau de précarité (non-précaires, précaires hors RMI et bénéficiaires du RMI). Le « dénominateur » pour chaque niveau de précarité (nombre total de consultants pour lesquels l'indicateur a été mesuré) est donné par le CETAF. Ces résultats produits par le CETAF ont été exploités par l'ORSaG. Les comparaisons de proportions et de moyennes ont été effectuées à l'aide du logiciel Epi Info™ 6.4. Le seuil de significativité a été fixé à 5 % afin d'identifier les facteurs de santé associés au statut de bénéficiaires du RMI.

IV. Résultats descriptifs

IV-1. Caractéristiques socio-démographiques des consultants du centre de santé Sainte-Geneviève

Au total, 20 302 personnes, dont 58 % de femmes d'un âge moyen de 37 ans, ont réalisé un examen de santé au Centre Sainte-Geneviève en Guadeloupe entre 2003 et 2005. La majeure partie des consultants est âgée de 25 à 49 ans, aussi bien les hommes (64 %) que les femmes (63 %), et ne vit pas en couple (53 % des hommes et 62 % des femmes). Le niveau de diplôme est faible, 44 % possèdent le certificat d'étude ou sont sans diplômes.

Sur les 34 communes de la Guadeloupe, près de 45 % des consultants résident dans 6 communes : Les Abymes (18,1 %), Saint-Martin (6,5 %), Pointe-à-Pitre (6,5 %), Gosier (4,9 %), Baie-Mahault (4,5 %) et Sainte-Anne (4,2 %). En marge de son établissement principal situé dans l'agglomération pointoise (Grand-Camp), le CES dispose de trois antennes à Basse-Terre, Marie Galante et Saint-Martin. Les données présentées ici ne prennent pas en compte les effectifs de consultants des annexes.

IV-2. Consultants précaires et non précaires

IV-2-1. Caractéristiques socio-démographiques

La population de consultants précaires (RMIstes et précaires non RMIstes) se distinguent des consultants non précaires par :

- Une proportion plus élevée de consultants âgés de 25 à 49 ans (65 % vs 63 %)
- Une vie en couple moins fréquente (31 % vs 52 %)
- Un niveau de diplôme (niveau CEP ou sans) inférieur (55 % vs 33 %)

Caractéristiques	Précaires (n = 11 394)		Non précaires (n = 7 631)		Valeur de p
	Nombre	%	Nombre	%	
Femme	6 856	60,2	4 508	59,1	0,13
25-49 ans	7 449	65,4	4 833	63,3	0,003
Vie en couple	3 430	31,3	3 789	52,3	< 0,0001
Sans diplôme ou CEP	5 976	55,5	2 257	32,9	< 0,0001
BAC et au delà	1 432	13,3	2 282	33,3	< 0,0001
EPICES >= 30,17	8 117	85,3	3 687	76,3	< 0,0001

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des consultants précaires et non précaires

IV-2-2. Indicateurs de santé

De manière globale, en comparant les 21 indicateurs de santé considérés pour les consultants précaires et chez les consultants non précaires au sens de l'article 2, on observe des différences statistiquement significatives entre les deux groupes pour 17 des indicateurs ; 15 sont en défaveur des précaires et 2 sont en leur faveur. Les résultats sont indiqués dans le Tableau 2.

	15-24 ans		25-49 ans		50-59 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tabac	d	d	d	d	d	d
Alcool			f	f	f	f
Non-recours au médecin	d		d	d	d	
Non-recours au dentiste			d	d	d	d
Au moins une carie			d			
Déficit auditif			d			
Déficit visuel	d	d	d	d	d	d
PA élevée			d	d		d
PA élevée + sans traitement			d			
PA normale + traitement				d		
Suivi gynécologique				d		d
Obésité		d		d	f	d
Hyperglycémie totale			d	d		d
Anémie	d	d	d	d	d	d
Mauvaise santé			d	d	d	d
Sédentarité			d	d	d	d
Indicateur de vieillissement				d		

f : identifie un facteur significativement favorable chez les précaires par rapport aux non précaires

d : identifie un facteur significativement défavorable chez les précaires par rapport aux non précaires

Tableau 2. Caractéristiques sanitaires des consultants précaires et non précaires

Les indicateurs de santé en faveur des consultants précaires par rapport aux consultants non précaires sont :

- la moindre consommation quotidienne d'alcool chez les 25-59 ans (65 % vs 72 %)
- des problèmes d'obésité moins marqués chez les hommes âgés de 50 à 59 ans (15 % vs 20 %)

Tous les autres indicateurs, notés d, sont des facteurs défavorables à la santé des populations précaires selon le sexe et la classe d'âge considérés.

IV-3. Consultants bénéficiaires du RMI : 61 % de femmes

Soixante et un pour cent des bénéficiaires du RMI sont des femmes. Les hommes bénéficiaires sont en moyenne plus âgés que les femmes (39 ans vs 37 ans). La majeure partie des consultants RMIstes :

- est âgée de 25 à 49 ans (66 %)
- ne vit pas en couple (67 % des hommes et 76 % des femmes).
- n'a obtenu que le Certificat d'Etudes Primaire (CEP) ou est sans diplôme (52 %)

IV-4. Comparaisons avec les consultants précaires non RMIstes

IV-4-1. Caractéristiques socio-démographiques : RMIstes peu diplômés

Les bénéficiaires du RMI vivent moins en couple que les précaires hors RMI (27 % vs 44 %) parmi eux, les femmes vivent plus souvent seules que les hommes (76 % vs 67 % des hommes).

Les bénéficiaires du RMI sont davantage sans diplôme ou avec un CEP (52 % vs 45 % des précaires hors RMI). La proportion de personnes ayant un niveau de formation BAC et au delà est plus faible chez les populations RMIstes par rapport aux non bénéficiaires (11 % vs 20 %).

Caractéristiques	Bénéficiaires RMI (n = 8 355)		Non bénéficiaires (n = 2 411)		Valeur de p
	Nombre	%	Nombre	%	
Femme	5 428	61,5	1 428	55,5	< 0,0001
25-49 ans	5 853	66,3	1 596	62,0	< 0,0001
Vie en couple	2 330	27,5	1 100	44,3	< 0,0001
Sans diplôme ou CEP	4 353	52,1	1 095	45,4	< 0,0001
BAC et au delà	952	11,4	480	19,9	< 0,0001
EPICES >= 30,17	6 569	85,3	1 548	76,3	< 0,0001

Tableau 3. Caractéristiques socio-démographiques des consultants RMIstes et précaires non RMIstes

La population de consultants RMIstes se distinguent des précaires hors RMI par :

- Une proportion plus importante de femmes (61 % vs 55 %)
- Une proportion plus élevée de personnes âgées de 25 à 49 ans (66 % vs 62 %)
- Une vie en couple moins fréquente (27 % vs 44 %)
- Un niveau de diplômes (niveau CEP ou sans) inférieur (52 % vs 45 %)
- Un niveau de précarité plus élevé (85 % vs 76 %)

Les femmes ont un niveau de diplôme supérieur aux hommes quel que soit le niveau de précarité.

IV-4-2. Indicateurs de santé : déficits visuel et un ressenti de mauvaise santé pour les RMIstes

De manière globale, en comparant les 21 indicateurs de santé considérés pour la population de bénéficiaires du RMI et chez les précaires non bénéficiaires, on observe des différences statistiquement significatives entre les deux groupes pour 12 des indicateurs ; 8 sont en défaveur des RMIstes et 4 en leur faveur. Les résultats sont indiqués dans le Tableau 4.

	15-24 ans		25-49 ans		50-59 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Tabac	f		d		d	
Alcool	f		f	f		
Non-recours au médecin				f		
Non-recours au dentiste			d			
Déficit auditif	d					
Déficit visuel		d	d	d		d
PA élevée + traitement					f	
Suivi gynécologique		d		d		d
Frottis du col utérin				d		d
Anémie			d	d	d	
Mauvaise santé		d	d			d
Sédentarité				d		d

f : identifie un facteur significativement favorable chez les RMIstes par rapport aux non RMIstes

d : identifie un facteur significativement défavorable chez les RMIstes par rapport aux non RMIstes

Tableau 4. Caractéristiques sanitaires des consultants RMIstes et précaires non RMIstes

Les bénéficiaires du RMI présentent davantage de déficits auditifs (dans le groupe d'âge des 15-24 ans, 66 % d'hommes RMIstes vs 57 % d'hommes non RMIstes) et visuels (66 % des hommes de 25-49 vs 61 % et 68 % des femmes de 15-59 ans vs 58 %) que les non RMIstes. La proportion de personnes anémiées (45 % de femmes de 25-49 ans vs 40 % et 18 % d'hommes de 25-59 ans vs 14 %), sédentaires (61 % des femmes de 25-59 ans vs 54 %) est plus élevée chez les bénéficiaires du RMI. Ils se déclarent également plus souvent en mauvaise santé (50 % des femmes de 15-24 ans vs 41 %, 41 % d'hommes de 25-49 ans vs 37 %, 68 % de femmes de 50-59 ans vs 60 %). Au cours du bilan de santé, davantage de frottis du col utérin ont été réalisés pour les femmes RMIstes ayant entre 25 et 59 ans (37 % pour RMIstes vs 29 % pour les non RMIstes). De manière générale, elles sont suivies moins régulièrement par un gynécologue que les non RMIstes (53 % vs 59 %).

La proportion de jeunes hommes RMIstes (15-24 ans) fumeurs ou consommateurs quotidiens d'alcool est moindre chez les RMIstes (22 % vs 29 % pour les fumeurs et 54 % vs 65 % pour les consommateurs d'alcool). Chez les 25-49 et pour les deux sexes, la consommation d'alcool reste plus faible (66 % vs 71 %), néanmoins, les fumeurs deviennent plus nombreux parmi les RMIstes (28 % vs 23 % pour les hommes de cette tranche d'âge). La proportion d'hommes fumeurs de la tranche d'âge des 50-59 ans est également plus élevée chez les RMIstes (24 % vs 17 %).

Chez les RMIstes de 25-49 ans, la différence de proportion de femmes obèses et la différence de proportion de femmes ayant au moins une carie à traiter par rapport aux non RMIstes est proche de la significativité, ($p = 0,0628$ et $p = 0,0626$ respectivement). On observe le même phénomène pour la sédentarité chez les hommes âgés de 50 à 59 ans ($p = 0,0660$).

A noter, cependant l'existence de 4 indicateurs de santé en faveur des RMIstes par rapport aux non RMIstes :

- la moindre consommation quotidienne d'alcool chez les hommes de 15 à 49 ans (54 % vs 55 %) et chez les femmes de 25 à 49 ans (60 % vs 64 %).
- le non recours au médecin moins important pour les femmes de 25 à 49 ans (11 % vs 13 %)
- la proportion plus faible de problèmes d'HTA chez les hommes de 50 à 59 ans traités (4 % vs 1 %)
- Le tabagisme chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans moins fréquent (22 % vs 29 %)

Les autres indicateurs, notés d, sont des facteurs défavorables pour les populations de RMIstes selon le sexe et la classe d'âge considérés (Tableau 4).

IV-5. Précarité selon le score EPICES : les RMIstes en situation de grande précarité

La population étudiée compte 60 % de personnes en situation précaire au sens de l'article 2 (46,5 % de bénéficiaires du RMI, 13,5 % de précaires non RMIstes) et 40 % de non-précaires. Selon le score EPICES (score $\geq 30,17$), 74 % de la population d'étude vit en dessous du seuil de précarité.

Les bénéficiaires du RMI affichent un niveau de précarité plus élevé selon le score EPICES (85 %) que les précaires hors RMI (76 %) et les non-précaires (59 %). Avec 86 % des femmes et 84 % des hommes, la proportion de femmes bénéficiaires du RMI en situation précaire est plus élevée que celle des hommes et 49 % des femmes contre 44 % d'hommes font partie des plus précaires selon EPICES.

Cependant, 24 % de précaires non RMIstes au sens de l'article 2 sont classés comme non précaires selon le score EPICES et 15 % des bénéficiaires du RMI vivraient au dessus du seuil de pauvreté.

EPICES		Nbr. précaires $\geq 30,17$ (%)	Nbr. non précaires $\leq 30,17$ (%)	Total
Précaires	RMIstes	6569 (41,2)	1131 (7,1)	7700
	Non RMIstes	1548 (9,7)	482 (3,0)	2030
Non précaires	Non précaires	3687 (23,1)	2525 (15,8)	6212
Total		11804	4138	15942

Tableau 5. Populations discordantes selon le score EPICES

V. Constat

Cette enquête n'a pas pour objectif de fournir une information pouvant être rapportée à l'ensemble des RMIstes ; elle n'a qu'une valeur indicative. Néanmoins, les conclusions ou hypothèses formulées ici apportent des éclairages particuliers sur une situation encore mal connue.

V-1. Les bénéficiaires du RMI en précarité sanitaire et sociale

Au sein du groupe de consultants précaires de l'étude, des inégalités de santé existent. Cette analyse comparative met l'accent sur la situation particulièrement critique des RMIstes, notamment par rapport aux précaires non bénéficiaires du RMI, tant sur le plan social que sanitaire et révèle la vulnérabilité de cette population. Par ailleurs, nous observons les nombreuses difficultés rencontrées par ce groupe de population, tout particulièrement concernant la santé mais également, la situation socio-économique, le niveau d'étude et l'environnement psycho-affectif (vie en couple, santé perçue), montrant un risque de rupture sociale. La mauvaise santé ressentie par les RMIstes plus forte que dans la population précaire non RMIste, peut être la cause d'une incapacité physique mais peut aussi traduire un mal être que notre étude n'a pu objectiver, en raison du mode de recueil des données. Cet aspect pourrait à lui seul constituer un autre sujet d'étude. Il est admis qu'un état de santé jugé défavorable peut-être un obstacle à l'insertion et que des difficultés matérielles persistantes auront un retentissement sur l'état de santé. Il a été montré que l'existence de problèmes ou gênes en termes de santé est étroitement liée à l'ancienneté du bénéficiaire dans le dispositif du RMI bien qu'il soit difficile d'établir un lien de cause à effet [2].

V-2. Une niveau de précarité sous-évalué

Les bénéficiaires du RMI apparaissent dans cette étude comme le groupe de consultants ayant le niveau de précarité le plus élevé selon le score EPICES. Néanmoins il existe des discordances dans la classification des précaires et non précaires selon l'indicateur utilisé (définition article 2 ou score EPICES). En effet, à l'inverse de la plupart des régions de France, la Guadeloupe présente un taux global de précarité plus faible avec l'article 2 (60 %) qu'avec EPICES (74 %). Cette situation se retrouve dans les régions de Picardie, Ile-de-France, Alsace, Rhône-Alpes, PACA, Languedoc-Roussillon. Cette discordance entre les indicateurs, révèle 23 % de « faux non-précaires », c'est-à-dire de non précaires au sens de l'article 2 qui sont indiqués comme précaires par score EPICES (Tableau 5). Ce taux de discordance est le plus élevé de France [5]. Il existe également des précaires au sens de l'article 2 qui sont indiqués comme non précaire par score EPICES, les « faux précaires ». La proportion de faux précaires en Guadeloupe est parmi les plus faibles de France (10 %). Ce contraste entre une très forte proportion de « faux non précaires » et une faible proportion de « faux précaires » mise en évidence par la discordance de classement selon les outils de mesure de la précarité indique un niveau de précarité sous-évalué en Guadeloupe.

Les résultats d'une étude sur les discordances entre EPICES et l'article 2 de l'arrêté de 1992 ont montré que les « faux précaires » ont, en moyenne, un bon niveau d'accès aux soins et un bon état de santé ; les « faux non précaires » sont caractérisées, en moyenne, par un manque d'accès aux soins et un état de santé plutôt médiocre [6]. Notre étude n'avait pas pour but de confirmer cette hypothèse. Toutefois, elle représente des perspectives d'études complémentaires qui permettraient d'une part d'étudier les caractéristiques des populations discordantes et d'autre part d'évaluer l'utilisation de l'indicateur de précarité score EPICES pour la population de consultants du centre de santé Sainte-Geneviève en Guadeloupe.

L'étude de la typologie et les caractéristiques des deux populations discordantes EPICES/article 2 concernant les déterminants socio-économiques, les comportements et les indicateurs de santé pourraient faire l'objet d'une étude ultérieure qui permettrait d'affiner la classification EPICES pour la Guadeloupe.

V-3. Une certaine difficulté d'accès aux soins

La proportion de femmes ayant eu recours au médecin dans les 2 dernières années est plus élevée chez les consultant·es RMIstes que chez les non bénéficiaires du RMI. Toutefois, la situation de précarité est associée à un moindre recours au médecin fortement mis en évidence par le déficit visuel des RMIstes.

L'état des lieux de la situation de l'accès aux soins des plus précaires en France dressé par Médecins du Monde en 2004, indique que le retard de recours aux soins constaté s'est avéré corrélé à la situation administrative vis-à-vis de la couverture maladie : la fréquence de recours tardifs était plus élevée lorsque les droits n'étaient pas ouverts ou lorsque les patients étaient bénéficiaires de la CMU [7]. L'enquête, menée par Médecins du Monde en France, intitulée « je ne m'occupe pas de ces patients » indique que 10 % des médecins interrogés ont refusé l'accès aux soins de patients bénéficiaires de la CMU [8].

Même si l'accès aux soins a été facilité par la mise en place de la CMU et la CMUC, le problème de l'accès aux soins des RMIstes persiste et repose sur plusieurs points :

1. concernant la personne
 - la non prise en compte des problèmes de santé, refus de la démarche de soins
 - la méconnaissance des droits en matière de prise en charge des soins
 - les autres raisons personnelles

2. concernant le système de santé
 - les difficultés d'accès à certains praticiens liées à la démographie médicale
 - les difficultés d'accès à certains praticiens pour les bénéficiaires de la CMU [5].

Les enjeux sanitaires et sociaux sont de taille, les comportements à l'égard de la santé, en matière d'éducation sanitaire et de prévention méritent d'être mesurés.

VI. Conclusion et propositions

Cette étude a permis d'identifier les enjeux sanitaires et sociaux de la précarité des RMIstes et a pour but de faire remonter les besoins pour la mise en place d'actions de santé efficaces en faveur des RMIstes. Ces actions devraient s'articuler autour :

D'actions sur la population de RMIstes

1. la formation par la mise à niveau des personnes en adéquation avec leurs compétences, leurs aspirations et le marché de l'emploi
2. le travail sur la personne par des ateliers de valorisation de la personne, réapprentissage de la confiance en soi...
3. l'information sur l'existence et les conditions d'attribution des prestations extra-légales pratiquées par la CGSS
4. les campagnes de prévention ciblées sur les problèmes de santé spécifiques (vision, audition, suivi gynécologique, HTA...)

D'actions sur le système de santé

1. l'amélioration de l'accès aux soins

- par l'accompagnement et le suivi médical et social des RMistes
- par la motivation des médecins libéraux à prendre en charge des patients relevant de la CMU
- la pratique plus courante des frottis cervico-utérins peut-être par la réalisation de ceux-ci par les médecins généralistes

Bien évidemment, les résultats de cette étude apportent des pistes pour orienter les décisions en matière de santé mais ne pourront être discutés sans les acteurs de terrains (médecins, infirmier, psychologues, assistantes sociales...) pour apprécier la faisabilité des actions à mener.

VII. Bibliographie

1. *Les enfants plus pauvres que les adultes*. AntianeEco-Insee, 2005. **62**.
2. Afsa, C., *Etat de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI*. Etudes et résultats Drees, 1999 **7**.
3. Ferrier, S. and A. Maurin, *Evaluation du dispositif du RMI dans le département de la Guadeloupe*. Document de Synthèse L.E.A.D., 2006.
4. *Les allocataires du RMI, travail, formation, vie quotidienne*. Economie de la Réunion-Insee, 1999. **101**.
5. Dauphinot, V., *Géographie de la santé dans les centres d'examens de santé. Données régionalisées 2004*. . Rapport d'étude Cetaf, 2006.
6. Sass, C., et al., [*Comparison of the individual deprivation index of the French Health Examination Centres and the administrative definition of deprivation*]. Sante Publique, 2006. **18**(4): p. 513-22.
7. Fahet, G. and F. Cayla, *Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde 2004*. 195 p.
8. Drouot, N., N. Simmonot, "*Je ne m'occupe pas de ces patients*". Rapport d'enquête Médecins du Monde, 2006. 42 p.

Définition des indicateurs de santé selon le mode de recueil

I. Auto-questionnaire

- Tabac : situation actuelle (fumeur, non-fumeur, ex-fumeur). Les données présentées ici concernent les fumeurs actuels.
- Alcool : on utilisera ici comme indicateur l'usage quotidien d'une boisson alcoolisée.
- Non-recours au médecin : la fréquence de recours au médecin (généraliste ou spécialiste) est définie selon quatre modalités : pas depuis deux ans, une fois par an, deux fois par an, plus souvent. L'approche retenue ici vise à caractériser le non recours au médecin depuis deux ans, et s'intéresse donc à la première modalité.
- Non-recours au dentiste : la fréquence de recours au dentiste est définie selon quatre modalités : pas depuis deux ans, une fois par an, deux fois par an, plus souvent. L'approche retenue ici vise à caractériser le non-recours au dentiste depuis deux ans.
- Suivi gynécologique : le suivi gynécologique est demandé « Etes-vous suivie régulièrement une fois par an sur le plan gynécologique ? ». L'indicateur étudié est le suivi gynécologique.
- Note de santé : les consultants sont invités à estimer leur état de santé à l'aide d'une note comprise entre 0 et 10. Cette auto appréciation a un intérêt non seulement pour le pronostic individuel mais aussi pour ce qu'elle exprime de la demande et de l'attitude à l'égard de la santé et des soins. On considère qu'une note inférieure à 7 traduit une perception négative de son état de santé.
- Sédentarité : les consultants répondent à une question portant sur l'activité physique : quel est votre niveau habituel d'activité physique non professionnelle ?
 - peu d'activité physique
 - une activité modérée (1 heure de marche par jour ou équivalent)
 - une activité intense (sport de compétition).

Le comportement sédentaire correspond habituellement aux occupations pour lesquelles les mouvements corporels sont réduits au minimum (regarder la télévision, travailler sur un ordinateur, et de façon générale être assis ou couché). Le terme sédentarité est utilisé ici dans une conception plus large de façon à inclure les personnes ayant choisi la première modalité, c'est-à-dire déclarant avoir peu d'activité physique.

II. Indicateurs mesurés

- Au moins une carie : un examen bucco-dentaire complet est proposé à tous les consultants qui n'ont pas été récemment examinés par un dentiste. L'indicateur présenté ici est la présence d'au moins une dent cariée non traitée, ce qui reflète un besoin en soins immédiats.
- Déficit auditif : un examen audiométrique tonal est systématiquement proposé aux jeunes de 16 à 24 ans ainsi qu'aux consultants âgés de 45 ans et plus. Entre 24 et 45 ans, l'examen audiométrique est principalement proposé aux personnes ayant des antécédents ORL ou ayant été exposés à des nuisances sonores. En pratique, il est réalisé sur près de 80% des consultants de 25-45 ans. La plupart des Centres d'examens de santé appliquent la même technique d'audiométrie en utilisant

Annexe I

des cabines insonorisées préalablement ré-étalonnées. L'examen consiste à quantifier les pertes en décibels (dB) de chaque oreille aux fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hertz. A partir de ce recueil, l'existence d'un trouble auditif peut être mesurée par la perte à l'une des deux oreilles d'au moins 30 dB à l'une ou l'autre des fréquences testées.

- Déficit visuel : la mesure de l'acuité visuelle est réalisée systématiquement avant 25 ans et à partir de 45 ans. Entre 25 et 44 ans, elle est surtout proposée en cas de difficulté visuelle exprimée. L'existence d'un déficit visuel est avérée lorsque l'acuité visuelle est inférieure à 7/10 à un oeil au moins, en vision de près ou de loin, et après correction si elle existe.
- Pression artérielle élevée, avec ou sans traitement, pression artérielle normale et traitement : la mesure de la pression artérielle (PA) est réalisée chez tous les consultants, sans distinction d'âge ni de sexe, selon des modalités standardisées. La PA élevée est définie par une pression artérielle systolique (PAS) égale ou supérieure à 140 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) égale ou supérieure à 90 mm Hg, sans tenir compte de l'existence éventuelle d'un traitement anti-hypertenseur. Si la mesure révèle une tension élevée, celle-ci est répétée après un moment de repos et la dernière mesure est retenue.

Les indicateurs étudiés sont les suivants :

- pression artérielle élevée (sans prise en compte de l'existence éventuelle d'un traitement)
 - pression artérielle élevée et prise d'un traitement
 - pression artérielle élevée sans prise de traitement
 - pression artérielle normale et prise de traitement
- Frottis du col utérin : le frottis cervico-utérin (FCU) est proposé systématiquement à toutes les femmes, âgées de 25 à 74 ans, ayant ou ayant eu une activité sexuelle et étant insuffisamment suivies.
 - IST dépistées : il s'agit du nombre de flores évocatrices d'IST, observées sur les frottis réalisés dans le cadre du bilan de santé (cf. paragraphe frottis du col utérin).
 - Hypercholestérolémie : le dosage du cholestérol est réalisé systématiquement pour toutes les personnes âgées de moins de 75 ans, dans les conditions fixées par le référentiel des CES. L'indicateur étudié ici est la prévalence des cholestérolémies supérieures ou égales à 7 mmol/l, que le sujet prenne ou non un traitement hypolipémiant. On peut donc considérer qu'il s'agit d'hypercholestérolémies non prises en charge ou non normalisées.
 - Hyperglycémie totale : le dosage de la glycémie est réalisé chez tous les consultants à jeun âgés de plus de 16 ans. L'hyperglycémie est définie par une glycémie supérieure ou égale à 7 mmol/l (1,26 g/l) chez les sujets à jeun depuis plus de 8 heures. L'indicateur étudié est la prévalence de sujets considérés comme hyperglycémiques lors de l'examen périodique de santé, que les consultants déclarent ou non la prise d'un traitement hypoglycémiant et indépendamment de leur statut diabétique de type 1 ou 2.
 - Hémoglobine : l'hémoglobine est systématiquement dosée au cours de l'examen afin de détecter des anomalies se traduisant le plus souvent par une anémie. L'anémie est définie par une concentration en hémoglobine inférieure à 130g/l chez les hommes et 120g/l chez les femmes.

III. Indicateurs calculés

- Obésité : l'obésité est définie par l'indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir des mesures de poids et de taille réalisées de manière systématique auprès de tous les consultants, sans réserve d'âge ni de sexe. L'IMC correspond au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en m). Conformément à la définition de l'OMS, le seuil retenu pour l'obésité est un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m².
- Indicateur de vieillissement : l'indicateur de vieillissement mesure l'écart entre l'âge civil et un âge théorique basé sur huit mesures systématiques effectuées lors de l'examen de santé : la perte auditive moyenne, le rapport tour de taille/tour de hanche, la tension artérielle systolique, le nombre de dents saines, la glycémie, la cholestérolémie, le volume globulaire moyen et l'hémoglobine. Ce calcul résulte d'un modèle de régression linéaire multiple visant à prédire l'âge à partir d'un ensemble d'indicateurs de santé mesurés. L'indicateur de vieillissement permet d'évaluer la position de chaque consultant dans le processus du vieillissement. Le seuil pris en compte dans l'étude de l'indicateur de vieillissement est de 10 ans ; c'est-à-dire que les proportions présentées sont celles des consultants dont l'âge théorique est supérieur d'au moins 10 ans par rapport à leur âge civil, ce qui peut être interprété comme une accélération individuelle du processus de vieillissement.
- Le score EPICES : cet indicateur est un score de précarité individuel prenant en compte le caractère multifactoriel de la précarité qui se manifeste surtout dans 5 domaines : situation socio-économique, logement, situation vis à vis de l'emploi, diplômes, état de santé. Ce score de précarité a été créé afin de mieux identifier les populations en situation de difficulté sociale ou matérielle qui ne sont pas détectées par les critères socio-administratifs de précarité.

Les 11 questions du score EPICES

1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
3. Vivez-vous en couple ?
4. Êtes-vous propriétaire de votre logement ?
5. Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
7. Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
8. Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
10. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
11. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

**Tableaux comparatifs des indicateurs de santé chez les RMIstes
vs précaires non RMIstes par tranches d'âge**

15-24 ans	Homme					Femme				
	Bénéficiaires RMI		Précaires (hors RMI)		Résultat du test*	Bénéficiaires RMI		Précaires (hors RMI)		Résultat du test*
	%	N	%	N		%	N	%	N	
Tabac	21,99	391	29,02	193	NS	12,17	871	12,24	237	NS
Alcool	54,22	391	64,77	193	S	57,52	871	62,03	237	NS
Non-recours au médecin	31,46	391	35,23	193	NS	14,93	871	13,50	237	NS
Non-recours au dentiste	43,22	391	46,11	193	NS	40,99	871	42,19	237	NS
Au moins une carie	43,33	90	55,00	20	NS	42,29	227	37,50	24	NS
Déficit auditif	65,70	379	56,80	169	S	76,08	832	76,59	205	NS
Déficit visuel	32,98	382	30,37	191	NS	43,31	852	26,33	233	S
Pression artérielle élevée	5,93	388	12,43	185	S	2,08	864	3,93	229	NS
PA élevé + traitement	0,26	388	0,00	184	NA	0,00	863	0,00	229	NA
PA élevé + sans traitement	5,67	388	12,50	184	S	2,09	863	3,93	229	NS
PA normale + traitement	0,00	388	0,00	184	NA	0,23	863	0,00	229	NA
Suivi gynécologique						38,12	871	48,52	237	S
Frottis du col utérin						28,09	801	27,56	225	NS
IST dépistées						0,94	213	3,39	59	NA
Obésité	6,14	391	5,18	193	NS	13,02	868	16,46	237	NS
Hypercholestérolémie	0,00	327	0,56	179	NA	0,50	803	0,89	225	NS
Hyperglycémie totale	0,61	329	0,56	180	NS	0,37	805	0,44	225	NA
Hémoglobine	14,83	391	11,40	193	NS	46,43	868	40,77	233	NS
Note de santé	31,97	391	27,46	193	NS	49,71	871	40,93	237	S
Sédentarité	25,58	391	23,32	193	NS	43,40	871	48,95	237	NS
Indicateur de vieillissement										
* NS, non significatif ; S, significatif										
25-49 ans	Homme					Femme				
	Bénéficiaires RMI		Précaires (hors RMI)		Résultat du test	Bénéficiaires RMI		Précaires (hors RMI)		Résultat du test
	%	N	%	N		%	N	%	N	
Tabac	28,02	2252	23,44	687	S	7,20	3599	6,74	905	NS
Alcool	76,02	2252	80,06	687	S	60,32	3599	64,53	905	S
Non-recours au médecin	27,75	2252	27,07	687	NS	10,84	3599	13,59	905	S
Non-recours au dentiste	55,51	2252	49,78	687	S	37,01	3599	37,79	905	NS
Au moins une carie	34,11	560	28,99	69	NS	23,64	956	14,63	82	NS
Déficit auditif	73,78	2071	69,98	553	NS	86,52	3390	84,44	720	NS
Déficit visuel	66,12	2128	60,64	658	S	67,65	3345	58,58	862	S
Pression artérielle élevée	27,02	2228	30,15	670	NS	17,58	3560	18,93	882	NS
PA élevé + traitement	2,79	2225	3,28	670	NS	4,86	3560	5,56	882	NS
PA élevé + sans traitement	24,10	2225	26,07	670	NS	12,72	3560	13,30	882	NS
PA normale + traitement	1,44	2225	1,04	670	NS	4,44	3560	3,74	882	NS
Suivi gynécologique						56,81	3598	63,43	905	S
Frottis du col utérin						36,85	3585	29,39	895	S
IST dépistées						1,28	1254	0,81	248	NS
Obésité	11,30	2248	11,39	685	NS	29,37	3596	26,25	899	NS
Hypercholestérolémie	4,19	2246	4,97	684	NS	2,28	3592	2,12	898	NS
Hyperglycémie totale	3,87	2249	3,94	685	NS	4,78	3596	4,00	899	NS
Hémoglobine	15,25	2249	11,99	684	S	44,81	3586	39,93	899	S
Note de santé	41,43	2252	37,26	687	S	50,65	3599	48,51	905	NS
Sédentarité	47,34	2252	44,83	687	NS	59,63	3599	53,37	905	S
Indicateur de vieillissement	8,91	561	8,11	74	NS	6,20	952	3,66	82	NS
* NS, non significatif ; S, significatif										
50-59 ans	Homme					Femme				
	Bénéficiaires RMI		Précaires (hors RMI)		Résultat du test	Bénéficiaires RMI		Précaires (hors RMI)		Résultat du test
	%	N	%	N		%	N	%	N	
Tabac	23,63	749	17,05	264	S	3,45	956	4,24	283	NS
Alcool	69,43	749	73,11	264	NS	44,14	956	45,23	283	NS
Non-recours au médecin	24,17	749	23,48	264	NS	10,04	956	10,60	283	NS
Non-recours au dentiste	67,56	749	61,74	264	NS	55,02	956	50,18	283	NS
Au moins une carie	7,82	179	10,00	30	NS	10,42	240	3,03	33	NS
Déficit auditif	92,51	681	89,62	212	NS	94,35	885	92,42	211	NS
Déficit visuel	93,08	723	91,47	258	NS	91,90	938	79,93	274	S
Pression artérielle élevée	56,17	737	58,91	258	NS	47,35	944	52,17	276	NS
PA élevé + traitement	14,65	737	19,77	258	S	24,36	944	24,28	276	NS
PA élevé + sans traitement	41,52	737	39,15	258	NS	22,99	944	27,90	276	NS
PA normale + traitement	4,48	737	1,16	258	S	14,19	944	12,32	276	NS
Suivi gynécologique						37,03	956	43,82	283	S
Frottis du col utérin						38,24	952	26,26	278	S
IST dépistées						2,01	349	69	69	NS
Obésité	15,05	744	14,77	264	NS	42,41	955	41,49	282	NS
Hypercholestérolémie	5,08	748	7,98	263	NS	8,74	950	7,09	282	NS
Hyperglycémie totale	14,42	749	13,31	263	NS	15,08	955	14,49	283	NS
Hémoglobine	26,44	749	19,01	263	S	33,02	954	30,00	280	NS
Note de santé	57,94	749	55,30	264	NS	68,41	956	60,42	283	S
Sédentarité	63,95	749	57,58	264	NS	68,51	956	55,83	283	S
Indicateur de vieillissement	22,35	179	14,29	28	NS	13,56	236	6,25	32	NS
* NS, non significatif ; S, significatif										

Convention ADI-ORSAG

PDI 2007

Insertion Sociale Santé

Appui méthodologique et évaluation
Action 5.2

CONVENTION N° 22/07

Vu les dispositions du Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu la loi n° 2003-1200 du 18 décembre 2003 portant décentralisation en matière de revenu minimum d'insertion et créant un revenu minimum d'activité ;

Vu le décret d'application n° 95-710 du 09 mai 1995 modifié par le décret 2000-713 du 28 juillet 2000 portant application des dispositions de l'ordonnance du 3 février 2000 ;

Vu la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au Revenu Minimum d'Insertion, modifiée notamment par la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994 et l'ordonnance n° 2000-99 du 03 février 2000 ;

Vu le décret il n° 62-1587 du 29 décembre 1962, portant règlement général sur la Comptabilité Publique ;

Vu la délibération du Conseil d'Administration N° 02-07 du 28 Février 2007 relative au Plan Départemental d'Insertion 2007.

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ENTRE : **L'Agence Départementale d'Insertion (ADI)**
Représentée par son Président du Conseil d'Administration
Monsieur Jacques GILLOT

Adresse : **1, Rue Lardenoy - 97100 BASSE-TERRE**

ET **L'Observatoire régional de la santé de la Guadeloupe (ORSaG)**
Représenté par son Président
Docteur Max THEODORE

Adresse : **1301 Cité Grain d'Or**
Circonvallation
97100 BASSE-TERRE

ARTICLE 1 – OBJET

La présente convention a pour objet de définir les conditions du partenariat entre l'ADI et l'ORSaG autour de la constitution d'une base de connaissance relative à l'état de santé des allocataires du RMI en Guadeloupe, visant à :

- Repérer les principaux risques et facteurs de risques sanitaires en lien avec la précarité
- Identifier les enjeux sanitaires et sociaux.

ARTICLE 2 – OBJECTIFS SPECIFIQUES

Cette base de connaissance devra permettre de mettre en évidence l'existence de différences entre les principaux risques de santé et les facteurs de risques observés dans la population RMIste de Guadeloupe et ceux observés chez les autres consultants en situation précaire ou pas.

ARTICLE 3 – CONTENU DE L'ACTION

- Recensement des sources documentaires des indicateurs de santé publique
- Consultation des organismes ressources
- Analyse et valorisation des résultats présentés sous forme de tableaux, pour les périodes 2003, 2004 et 2005.
- Rédaction d'un rapport final.

ARTICLE 4 – CALENDRIER D'EXECUTION

La présente étude sera conduite au cours du deuxième semestre 2007.

ARTICLE 5 – COÛT – MODALITES DE PAIEMENT

La présente convention est globalement évaluée à **5 500 €**. Cette somme comprend les activités de recueil et d'exploitation des données, l'achat de certaines sources et la rédaction du rapport final.

La subvention sera versée de la manière suivante :

- ➔ **50 %** à la signature et sur présentation des pièces suivantes :
 - Statuts de l'association
 - Attestation d'inscription au Journal officiel
 - Composition du bureau
 - Convention de partenariat pour l'achat des bases de données
 - RIB de l'association
- ➔ le solde à la remise du rapport final en **5 exemplaires**.

ARTICLE 6 – DENONCIATION

L'Agence Départementale d'Insertion pourra à tout moment, s'assurer de la bonne exécution de la présente convention et du respect de ses clauses. Chacune des parties, en cas de non-exécution de la convention pourra la résilier par lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un préavis de 3 mois.

ARTICLE 7- DUREE

La présente convention échoit au 31 Décembre 2007.

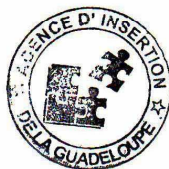
ARTICLE 8 – CLAUSE DE PUBLICITE

L'ORSaG s'engage à indiquer la participation de l'ADI dans toutes les manifestations qu'il est amené à mettre en œuvre dans le processus de réalisation de la présente convention.

Toute publication ou communication (relation avec la presse, sous-traitance, exposition, bénéficiaire ultime, ...) relative au projet financé devra faire mention de l'Agence d'Insertion.

Fait à Basse-Terre, le **25 OCT. 2007**

**P/le Président du Conseil d'Administration
Le Directeur de l'ADI**




- Bernard LUBETH -

Le Président de l'ORSaG


- Dr Max THEODORE -

Convention ORSAG-CETAF

CONVENTION D'ETUDE

ENTRE

L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE GUADELOUPE, association soumise à la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association dont le siège est situé 1301 cité Grain d'Or, circonvallation, 97100 Basse-Terre, représenté par son président, Monsieur Max Théodore

Désigné ci-après « **ORSaG** »

ET

LE CENTRE TECHNIQUE D'APPUI ET DE FORMATION DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE, association soumise à la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association dont le siège est situé 67-69 avenue de Rochetaillée – BP 167 – 42012 Saint-Étienne Cedex 02, représenté par son Directeur Général, Monsieur Norbert DEVILLE

Désigné ci-après « **CETAF** »

A titre de préambule, il est précisé ce que suit:

1

Le CETAF, association fondée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), a pour principal objet de promouvoir et de coordonner l'activité des Centres d'Examens de Santé (CES) intégrés ou gérés par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

L'activité desdits Centres s'inscrit dans une démarche de prévention en santé publique en tant qu'ils proposent des bilans de santé dits « Examens Périodiques de Santé » aux assurés sociaux en application des dispositions des articles L. 321-3, L. 162-1-11, R.321-5 du Code de la sécurité Sociale et de l'arrêté du 20 juillet 1992 relatif auxdits Examens.

Le bénéfice individuel de cet Examen consiste, pour l'assuré social, à être informé d'éventuels troubles ou anomalies justifiant qu'il consulte un médecin intervenant quant à lui dans une perspective diagnostique et curative.

Le bénéfice collectif de cet Examen consiste à créer et à exploiter une importante banque de données de santé anonymisées (environ 600 000 EPS par an) aux fins d'augmenter et d'améliorer l'état des connaissances en santé publique : il s'agit de la banque de données dite « RAIDE » pour Recueil Annuel Informatisé des Données Epidémiologiques, propriété de la CNAMTS, et source d'études épidémiologiques entreprises à temps constant par le CETAF.

Toujours dans la perspective de ce bénéfice collectif, le CETAF, promeut et participe à des études épidémiologiques et/ ou statistiques dès lors qu'elles interviennent dans des domaines d'action jugés prioritaires par la CNAMTS. Ainsi, il résulte de la combinaison des dispositions prévues par l'arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux Examens Périodiques de Santé et par la convention dite « d'objectifs et de gestion pour les années 2006-2009 » (COG) conclue le 7 août 2006 entre l'Etat et la CNAMTS que les domaines d'actions ainsi jugés prioritaires concernent, notamment, la connaissance de l'état de santé des personnes en situation de précarité (pour un inventaire des personnes considérées ici « en situation de précarité », cf. article 2 de l'arrêté précité).

2

L'ORSaG a pour but, en Guadeloupe:

- de recenser, rassembler, exploiter et valoriser les informations sanitaires et sociales,
- de les diffuser largement, dans le respect des règles observées en général en la matière,
- de promouvoir, en cas de défaut de données sanitaires fiables, les systèmes de recueil adéquats,
- d'apporter son concours technique, dans les matières précitées, aux organismes travaillant dans le domaine de la santé au sens de la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

Ses principales missions consistent à :

- étudier les priorités régionales de santé en Guadeloupe, en conduisant au besoin des enquêtes épidémiologiques à la demande de collectivités locales ou de services extérieurs de l'Etat,
- valoriser les données disponibles relatives à l'état de santé de la population guadeloupéenne par notamment la mise à jour régulière de fiches thématiques de tableau de bord de la santé,
- diffuser largement les informations collectées,
- évaluer les programmes de santé en apportant un soutien méthodologique (épidémiologie, conception d'outils, analyse statistique...)
- assurer une expertise régionale en participant aux groupes de travail mis en place par les différents partenaires.

3

Dans le cadre d'un partenariat avec l'Agence Départementale d'Insertion de Guadeloupe, établissement public local gestionnaire du dispositif du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), l'ORSaG participe à l'élaboration d'un programme de santé spécifique aux bénéficiaires du RMI en Guadeloupe. Au préalable, il convient donc de mettre en évidence l'existence de différences entre les principaux risques de santé et les facteurs de risques observés dans cette population et ceux observés chez les autres consultants en situation précaire (au sens de l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux Examens Périodiques de Santé, cf. supra) ou chez les consultants non précaires.

Compte tenu de leur convergence d'intérêt quant à la l'étude de la précarité dans une perspective de santé publique, les équipes scientifiques du CETAF et de l'ORSaG se sont donc rapprochées dans le courant de l'année 2007 et ont d'ores et déjà dressé des axes et une méthodologie de travail (cf. protocole joint : **annexe**).

EN CONSEQUENCE, IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : OBJET

La présente convention a pour objet une prestation intellectuelle consistant pour le CETAF à fournir à l'ORSaG des analyses statistiques selon les conditions envisagées plus avant.

ARTICLE 2 : MODALITES DE LA COLLABORATION

Pour toutes modalités d'exécution de la présente collaboration autres que celles expressément prévues par la présente convention, il est renvoyé au protocole d'étude ci-joint (cf. annexe). Ledit protocole est dépourvu de valeur contractuelle, et il est susceptible d'être modifié sur décision commune des scientifiques dédiés par le CETAF et par l'ORSaG à la présente collaboration.

ARTICLE 2.1 : DONNEES ETUDIEES

SOURCE :

Les données étudiées dans le cadre de la présente collaboration sont extraites de la base de données anonymisée « RAIDE » comprenant les résultats des Examens Périodiques de Santé dispensés par l'ensemble des Centres d'Examens de Santé de France métropolitaine et d'Outre mer.

CATEGORIES DE DONNEES :

Le choix des données étudiées est laissé à l'appréciation commune des scientifiques intervenant pour le compte du CETAF et de l'ORSaG.

PERIODES ETUDIÉES :

Les données étudiées concernent, au minimum, les trois dernières années disponibles dans la base « RAIDE » c'est-à-dire les années 2003, 2004 et 2005.

ARTICLE 2.2 : RESULTATS ATTENDUS

Dans le cadre de la présente collaboration, le travail du CETAF consiste à repérer les éventuels risques ou facteurs de risques sanitaires en lien avec le statut de bénéficiaire du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) en Guadeloupe par comparaison avec les autres assurés sociaux précaires ou non précaires en Guadeloupe et en métropole.

Cette comparaison est opérée au moyen de divers indicateurs tels que prévus dans le protocole d'étude joint (cf. annexe).

Lesdits résultats sont présentés notamment sous la forme de tableaux commentés.

ARTICLE 2.3 : EXPLOITATION DES RESULTATS

Sous réserve de préciser que les résultats issus de la présente collaboration ont été produits par le CETAF, l'ORSaG a toute latitude pour exploiter lesdits résultats. Ainsi, en cas de communication écrite, il est convenu d'apposer la mention « source : CETAF et Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie ».

ARTICLE 3 : MONTANT DE LA PRESTATION

Le montant de la prestation s'établit à 3000 Euros TTC, payable au plus tard quinze jours après présentation de la facture correspondante.

La somme sera versée par virement bancaire sur le compte bancaire du CETAF :

Banque : SOCIETE GENERALE

Code banque : 30003

Code guichet : 04160

N° de compte : 00037261381

Clé : 32

ARTICLE 4 : DUREE

La prestation convenue se déroule du 1^{er} juillet 2007 au 15 juillet 2007.

Fait à Saint-Etienne, en deux exemplaires originaux, le 7 juin 2007,

Pour le CETAF,



Norbert DEVILLE,
Directeur Général

Pour l'ORSaG,



Max THEODORE
Président

Annexe : protocole d'étude du 4 avril 2007

Résumé

Parmi les allocataires de la CAF de Guadeloupe, 1/3 sont des RMIstes et 14,5 % déclarent des problèmes de santé récurrents qui les empêchent de travailler. Des déterminants des problèmes de santé entrent en jeu et sont encore peu étudiés pour la Guadeloupe. Cette étude s'est attachée à repérer les principaux indicateurs sanitaires en lien avec le statut de bénéficiaire du RMI en Guadeloupe.

La population d'étude est constituée des consultants de 15 à 59 ans résidant en Guadeloupe et ayant réalisé un examen de santé entre 2003 et 2005 au centre de santé Sainte-Geneviève. Les données, des bilans de santé, centralisées par le CETAF ont été exploitées par l'ORSaG. Pour chaque indicateur, les effectifs et pourcentages des consultants sont calculés par classe d'âge, sexe et niveau de précarité. Des comparaisons de proportions et de moyennes ont été effectuées.

Les facteurs de santé différenciant les bénéficiaires du RMI des personnes précaires non RMIstes sont :

- le déficit visuel (hommes de 25-49 ans, femmes de 15-59 ans)
- le suivi gynécologique irrégulier (femmes de 15-59 ans)
- l'anémie (femmes de 25-49 ans, hommes de 25-59 ans)
- la mauvaise santé ressentie (femmes de 15-24 ans, et 50-59 ans, hommes de 25-49 ans)
- la sédentarité (femmes de 25-59 ans)
- la consommation de tabac (hommes de 25- 59 ans)
- le déficit auditif (hommes de 15-24 ans)

A la lumière de ces résultats des propositions de mesures en faveur des RMIstes ont été dégagées. Elles impliquent aussi bien des actions sur la personne que sur le système de santé existant.



© Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSaG)
1301, Cité Grain d'Or, Avenue Sidambarom, 97 100 BASSE-TERRE
Tél : 05 90 38 74 48 Fax : 05 90 38 79 84
Site internet : <http://www.orsag.org/>
Courriel : contact@orsag.org