

Chaire Quetelet 2007

Dynamiques de pauvretés et vulnérabilités. Mesures et processus explicatifs en démographie et en sciences sociales

Poverty Dynamics and Vulnerability. Measures and Explanations in Demography and Social Sciences
du 27 au 30 novembre 2007, Louvain-la-Neuve, Belgique

Parcours d'insertion des bénéficiaires du RMI (Revenu minimum d'insertion) et santé

Philippe Cordazzo (Université Marc Bloch, Strasbourg)

Les personnes en situation de pauvreté ont globalement un état de santé plus défavorable que l'ensemble de la population. Cela se traduit par la perception d'un moins bon état de santé (Saint Pol de T, 2007), une morbidité différentielle (Observatoire National de la Pauvreté, 2006) et un comportement spécifique par rapport à la santé (pas de médecin référent, non suivi des prescriptions médicales...).

L'objet de cette communication est d'apporter un éclairage sur la santé des bénéficiaires du RMI par la mesure de la fréquence d'apparition des événements liés à la santé dans le parcours d'insertion des bénéficiaires du RMI (Revenu Minimum d'Insertion). Trois aspects de la santé sont étudiés: l'état sanitaire général, le handicap et la mortalité.

L'ensemble des données disponibles est issu des statistiques du RMI en Gironde produites par le Conseil Général de la Gironde. Il s'agit de tableaux agrégés extraits des bases de gestion du dispositif.

Pour l'état sanitaire général et le handicap, les données disponibles sont extraites des contrats d'insertion. En effet, au cours de leur parcours au RMI, les bénéficiaires réalisent différentes actions (liées à l'insertion professionnelle, ou au logement, ou à la santé ou à l'insertion sociale etc.) qui sont formalisées par un contrat d'insertion et enregistrées. Les demandes d'Allocation d'Adulte Handicapé (AAH) sont enregistrées, ainsi que les actions visant à faciliter l'accès aux soins (RDV médecin, RDV psychologue, bilan de santé etc.).

Les statistiques du Conseil Général de la Gironde renseignent également, sur la mortalité, et les décès des bénéficiaires du RMI. L'ensemble de ces données (pour les trois thèmes) sont décomposées par groupe de risque (sexe, âge notamment).

L'état sanitaire général fait l'objet de la première partie, suivi par l'étude du handicap. Enfin, la dernière partie concerne l'analyse de la mortalité.

1 L'état sanitaire général de la population

Le premier point concerne l'état de santé des bénéficiaires du RMI en début de parcours. Les deux points suivants traitent de la fréquence du recours aux actions de santé et de leur renouvellement.

1.1– Etat de santé à l'entrée

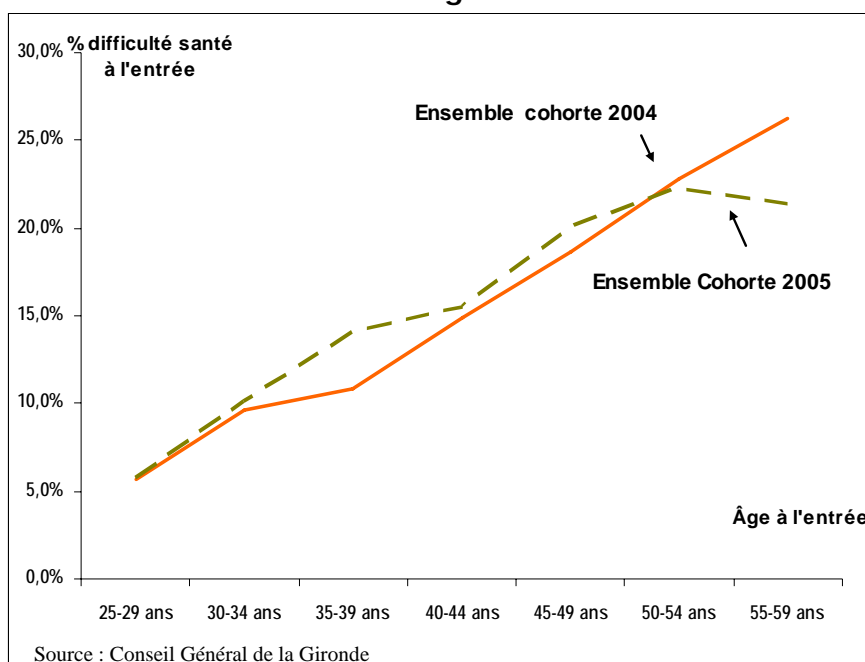
Chaque personne entrant au RMI remplit, avec l'aide d'un travailleur social, une feuille d'enregistrement de la demande. Ce bulletin est devenu plus complet au cours de l'année 2003 de manière à faciliter une prise en charge rapide des bénéficiaires du RMI. Ainsi, la personne

entrant au RMI, fournit des informations sur son état de santé : *Avez-vous des problèmes de santé ?* L'information disponible est à caractère déclaratif, mais permet de mesurer le nombre d'entrants au RMI en difficulté de santé ou qui perçoivent des problèmes de santé. Les entrants au RMI en 2004 et en 2005 constituent les cohortes étudiées ici.

11,4% des entrants au RMI dans ces deux cohortes déclarent avoir des problèmes de santé. Cette proportion est inférieure à celle observée lors d'une enquête réalisée par la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) en 1998 sur des allocataires touchant le RMI et présents au 31/12/1996 : 17% des allocataires déclaraient avoir des problèmes de santé (Blanpain N et al, 1999). Cette différence peut cependant s'expliquer, soit par une baisse des problèmes de santé chez les bénéficiaires du RMI (grâce à la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui offre à des personnes à faibles revenus une couverture de santé complémentaire aux remboursements de la sécurité sociale), soit par une augmentation importante de la part des moins de 30 ans entrants au RMI qui déclarent moins souvent des problèmes de santé, ou/et par une sous-déclaration des entrants au RMI en 2004 et en 2005.

La proportion d'entrants déclarant des problèmes de santé varie peu entre la cohorte 2004 et la cohorte 2005 (respectivement 11,1% et 11,7%). De la même manière, la part des hommes déclarant avoir des difficultés de santé est légèrement supérieure à celle des femmes (respectivement 11,7% et 11,1%).

Figure 1 : Part des entrants au RMI en 2004 et en 2005 déclarant des problèmes de santé selon l'âge



En revanche, la part des entrants rencontrant des problèmes de santé, selon l'âge à l'entrée, augmente d'autant plus que l'âge est élevé. Moins de 6% des 25-29 ans ont des problèmes de santé contre plus de 25% des 55-59 ans (Figure 1). Cette tendance selon l'âge est valable pour la cohorte 2004 et la cohorte 2005. Cependant, pour la cohorte 2005, la proportion diminue très légèrement à 50-59 ans.

La comparaison des proportions de bénéficiaires du RMI déclarant des problèmes de santé à l'entrée dans le dispositif selon l'âge et le sexe pour chacune des deux cohortes font apparaître

peu de différences. Pour les deux cohortes et que ce soit pour les femmes ou pour les hommes la part des entrants ayant des problèmes de santé augmente avec l'âge (Figures 2 et 3).

Figure 2 : Part des entrants au RMI en 2004 déclarant des problèmes de santé selon le sexe et l'âge

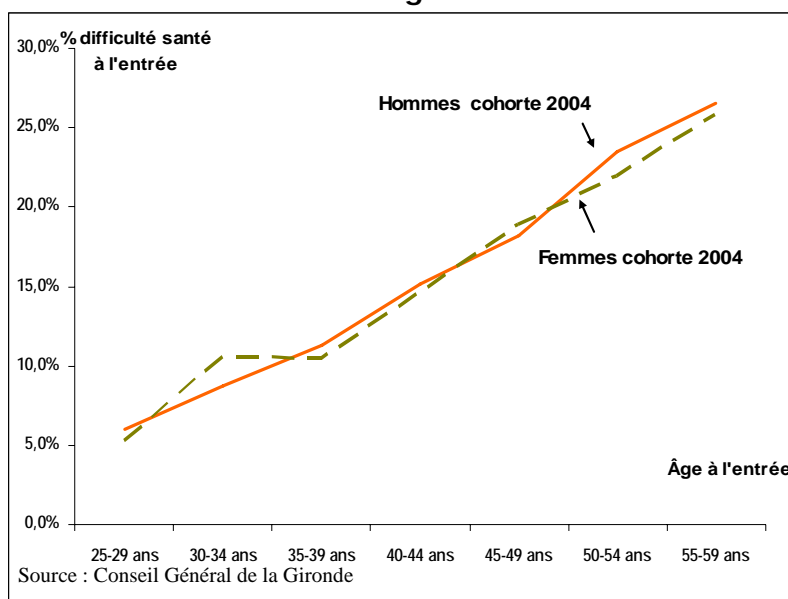
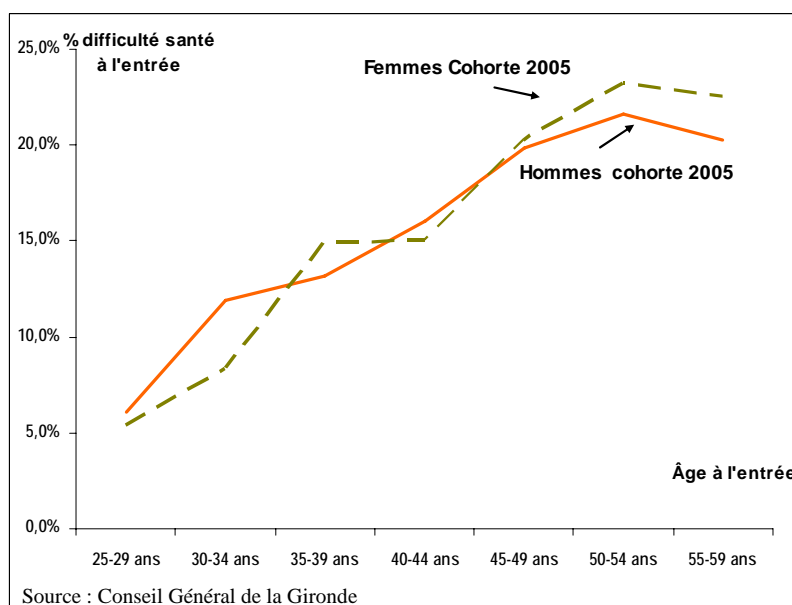
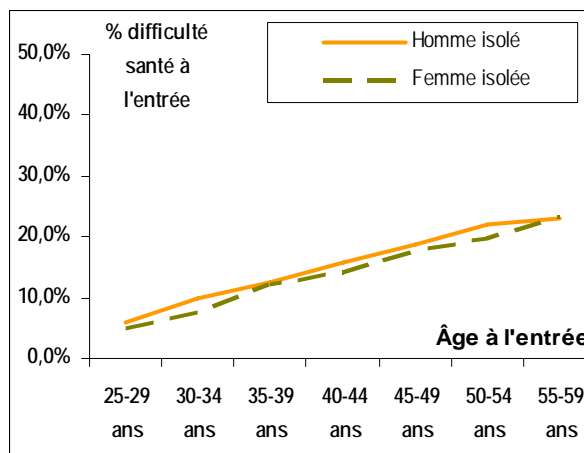
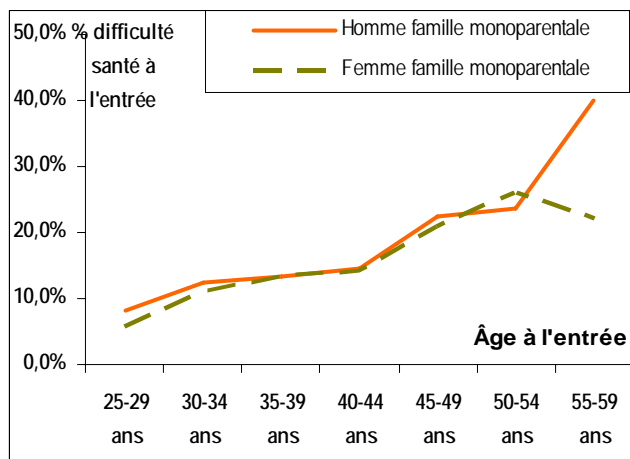
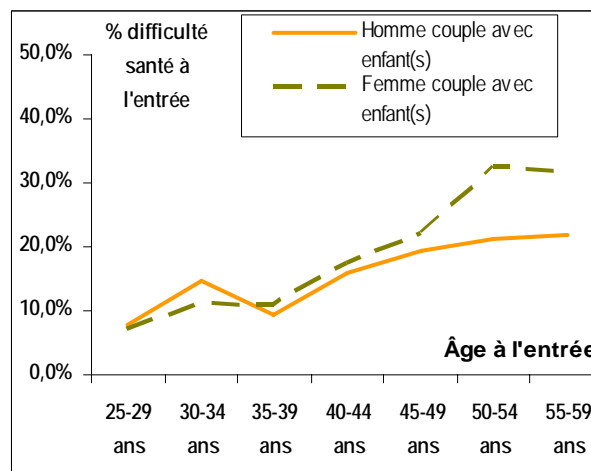
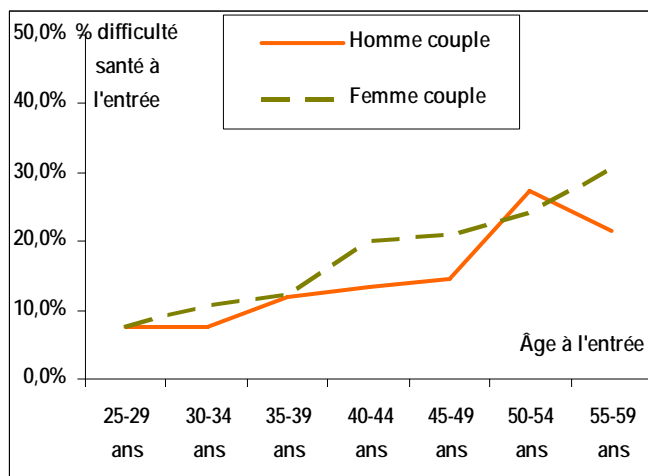


Figure 3 : Part des entrants au RMI en 2005 déclarant des problèmes de santé selon le sexe et l'âge



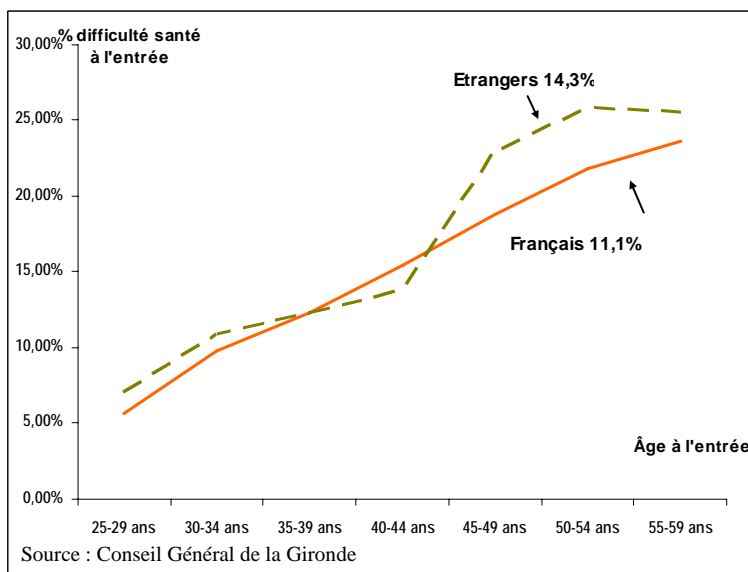
La comparaison des proportions de bénéficiaires du RMI déclarant des problèmes de santé à l'entrée dans le dispositif selon le sexe et la situation familiale pour chacune des deux cohortes font apparaître des différences. Les femmes déclarent un peu plus fréquemment des problèmes de santé à l'entrée quand elles sont en couple (Figure 4). En revanche, dans les familles monoparentales et pour les isolés les différences sont quasi inexistantes. Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, Les isolés déclarent moins fréquemment des problèmes de santé. Quelle que soit la situation familiale la proportion de personnes ayant des difficultés de santé augmente avec l'âge.

Figure 4 : Part des entrants au RMI en 2004-2005 déclarant des problèmes de santé selon le sexe et la situation familiale



Source : Conseil Général de la Gironde

Figure 5 : Part des entrants au RMI en 2004 déclarant des problèmes de santé selon le sexe et la nationalité

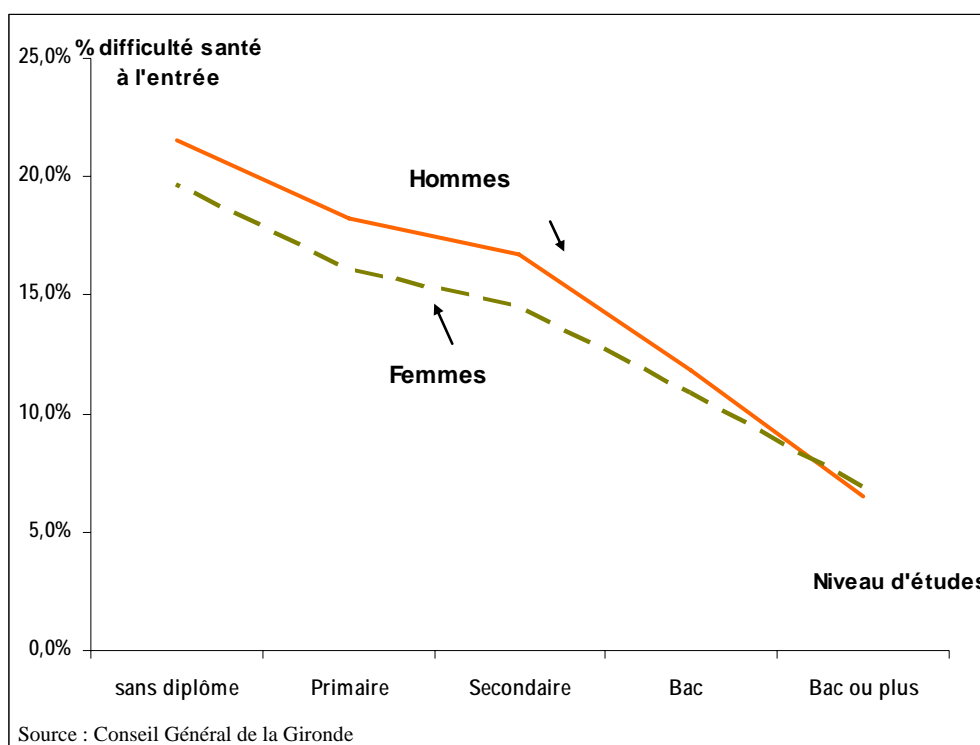


Source : Conseil Général de la Gironde

Les entrants au RMI de nationalité étrangère déclarent plus souvent avoir des problèmes de santé, 14,3% contre 11,1% (Figure 5). Cette différence est plus marquée après 40-49 ans.

Plus le niveau d'études est élevé et plus la proportion d'entrants déclarant des problèmes de santé à l'entrée est faible (Figure 6). Quel que soit le niveau d'études, les hommes sont plus touchés par les problèmes de santé. Mais cette différence selon le sexe se réduit fortement avec l'augmentation du niveau de diplôme pour s'effacer pour les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

Figure 6: Part des entrants au RMI en 2004-2005 déclarant des problèmes de santé selon le sexe et le niveau d'études



1.2 La fréquence du recours aux actions de santé selon la durée

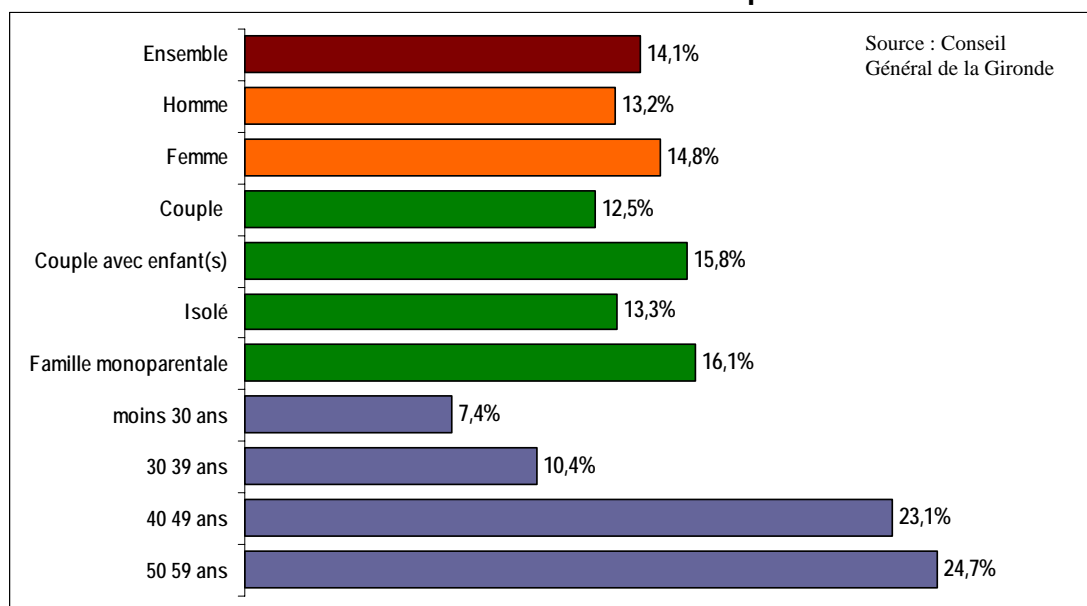
Les données disponibles pour cette partie concernent trois cohortes d'entrants au RMI en Gironde, pour les années 1999, 2000 et 2001, soit 22 239 bénéficiaires. Pour chacune des cohortes, les données sont exploitées sur 4 années de manière à homogénéiser les résultats. Les informations étaient présentées sous la forme de tableaux agrégés selon différentes caractéristiques (année entrée, âge, sexe, année d'arrivée de l'événement).

Chaque bénéficiaire du RMI doit au cours de son parcours dans le dispositif signer un contrat d'insertion. Celui-ci peut concerner différents types d'actions comme le logement, l'aide sociale, l'insertion professionnelle ou la santé par exemple. L'étude de la fréquence du recours aux actions de santé fait l'objet de cette partie.

Sur une période 4 ans, 14,1% des bénéficiaires du RMI entrés de 1999 à 2001 ont bénéficié d'une action de santé (Figure 7). Cette proportion est plus élevée pour les femmes (14,8%) que pour les hommes (13,2%), alors que les hommes ont tendance à déclarer plus fréquemment des problèmes de santé lors de leur entrée dans le dispositif RMI. Comme pour la proportion de personnes déclarant des problèmes de santé à l'entrée, la fréquence de recours aux actions de

santé augmente logiquement avec l'âge, tout en étant plus élevée chez les bénéficiaires vivant dans une famille monoparentale (16,1%) ou en couple avec des enfants (15,8%)

Figure 7 : Fréquence du recours aux actions de santé – cohorte 1999-2001- à 4 ans de suivi – selon différentes caractéristiques



Il est intéressant de se demander si l'état de santé des individus évolue selon la durée passée en situation de précarité. De manière globale, la fréquence de recours aux actions de santé augmente avec la durée passée dans le dispositif RMI (Figure 8). Ainsi semble-t-il, l'état de santé des bénéficiaires du RMI se dégrade avec le temps passé dans le dispositif. La précarité ou la vulnérabilité sociale qui se traduit par des passages répétés en situation de pauvreté joue alors un rôle sur l'état de santé et l'accès aux soins (Cambois E, 2004).

Ce phénomène touche aussi bien les hommes que les femmes sur la durée (Figure 9). Cependant les femmes ont recours plus fréquemment aux actions de santé que les hommes.

En ce qui concerne la situation familiale (Figure 10), Le recours aux actions de santé est globalement plus fréquent chez les familles monoparentales à chaque durée, mis à part à 2 ans révolus où les couples avec enfant(s) ont un quotient plus élevé.

Si le recours aux actions de santé selon l'âge du bénéficiaire du RMI augmente avec la durée écoulée dans le dispositif, les différences sont cependant plus marquées. Ainsi, les personnes âgées de moins de 30 ans et de 30-39 ans à l'entrée ont logiquement recours bien moins fréquemment aux actions de santé que les personnes plus âgées (figure 11). En ce qui concerne les personnes âgées de 40-49 ans à l'entrée, la fréquence maximum est atteinte à 3 ans révolus. En revanche, chez les bénéficiaires âgés de 50-59 ans à l'entrée, le recours aux actions de santé est plus élevé que pour les autres groupes d'âges à 0, 1 et 2 ans révolus puis diminue à 3 ans révolus. Il semble qu'à l'approche de la sortie du dispositif RMI à 60 ans, avec la prise en charge par un autre droit social (retraite, minimum vieillesse ou fonds national de solidarité) positionne les individus en situation « d'attente » et atténue le recours aux actions de santé.

Figure 8 : Fréquence du recours aux actions de santé – cohorte 1999-2001- selon la durée en année révolues

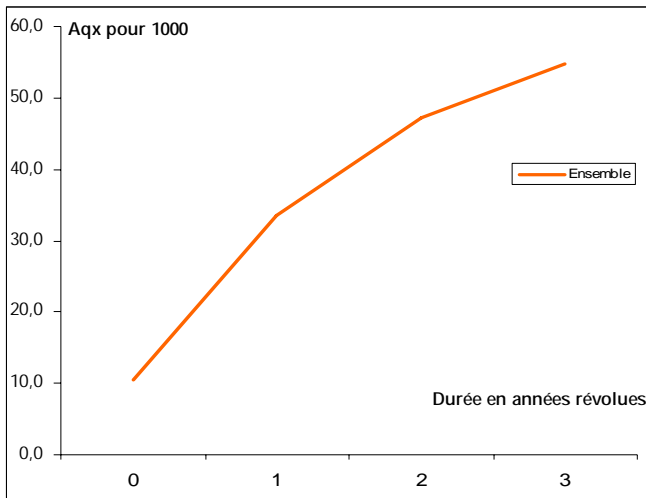


Figure 9 : Fréquence du recours aux actions de santé – cohorte 1999-2001- selon la durée en année révolues et le sexe

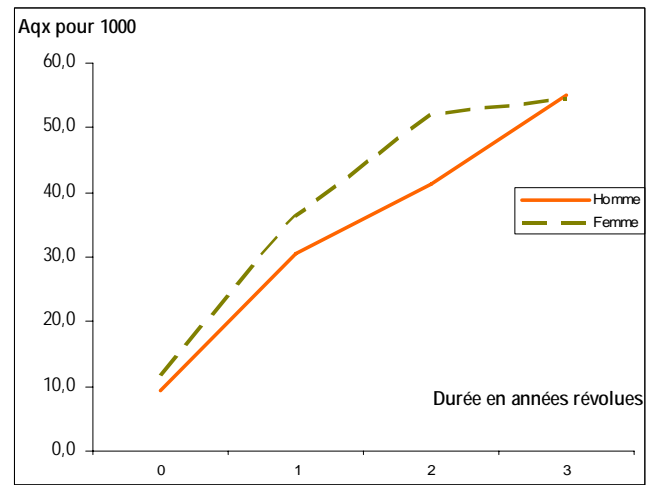


Figure 10 : Fréquence du recours aux actions de santé – cohorte 1999-2001- selon la durée en année révolues et la situation familiale

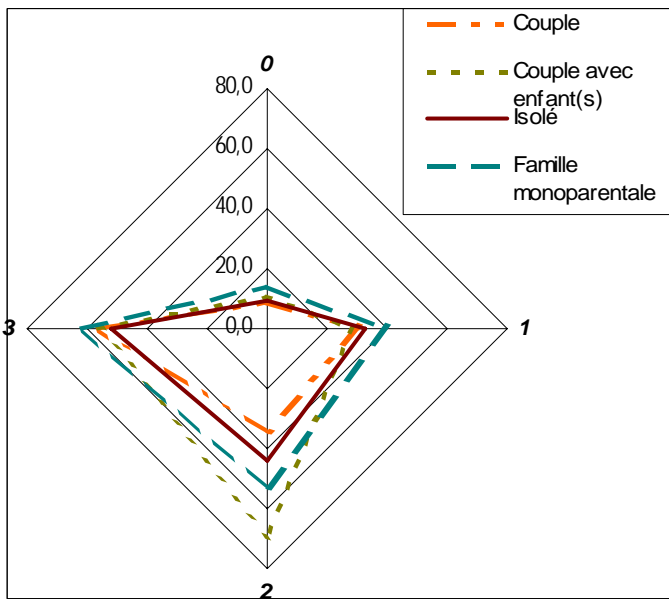
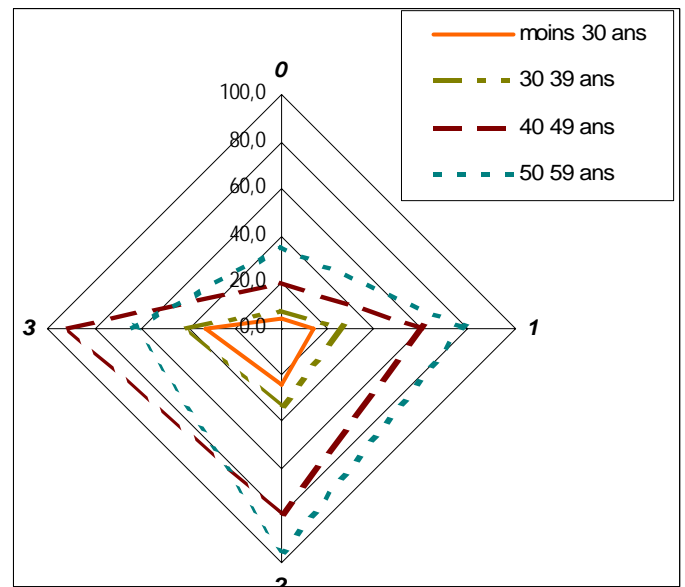


Figure 11 : Fréquence du recours aux actions de santé – cohorte 1999-2001- selon la durée en année révolues et l'âge à l'entrée



Source : Conseil Général de la Gironde

1.3- Le renouvellement des actions de santé

Après avoir étudié la fréquence du recours aux actions de santé, on se propose d'analyser la fréquence du renouvellement des actions de santé. Pour des raisons de taille des effectifs les probabilités d'agrandissement sont décomposées par groupe de risque seulement pour les hommes et pour les femmes.

La probabilité d'avoir recours une première fois aux actions de santé (a_0), est proche entre les hommes (0,13) et les femmes (0,15) (tableau 1). Pour les personnes ayant eu recours aux actions de santé la probabilité d'avoir recours une deuxième fois est largement supérieure et

proche de 0,5. C'est-à-dire que près de la moitié des personnes bénéficiant d'actions de santé une première fois en a bénéficié une deuxième fois. Cette probabilité est proche chez les hommes et les femmes. Elle est relativement stable à chaque rang (0,48 pour a₁ et 0,53 pour a₃). Ainsi, le renouvellement du recours aux actions de santé est relativement élevé.

Tableau 1 : Probabilités d'agrandissement du recours aux actions de santé et aux actions de démarches santé liées au handicap.

Probabilité d'agrandissement	Evénements santé			Handicap
	Ensemble	Homme	Femme	
a ₀	0,14	0,13	0,15	0,02
a ₁	0,48	0,46	0,49	0,56
a ₂	0,53	0,49	0,55	0,60
a ₃	0,53	0,54	0,52	0,82
a ₄	0,52	0,54	0,50	0,42

Source : Conseil Général de la Gironde

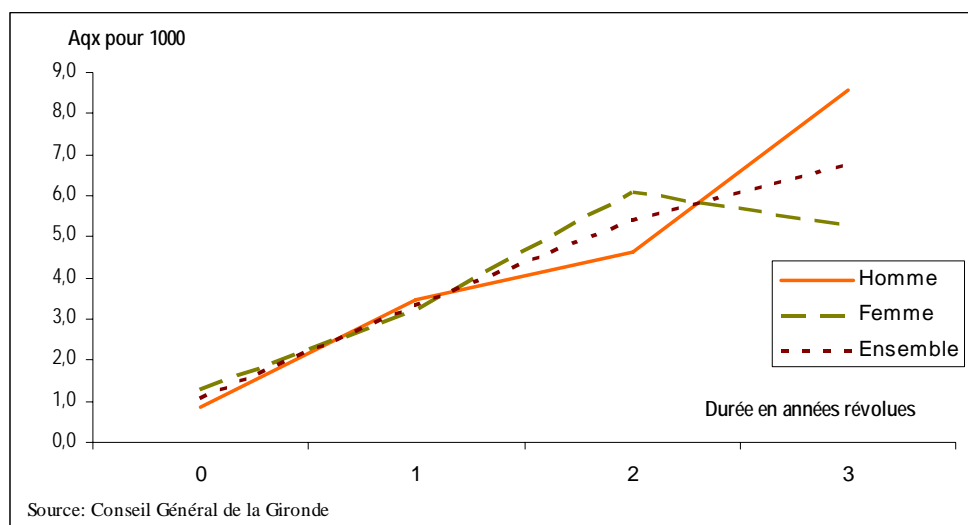
2 Le handicap

Le handicap sous la forme de démarches COTOREP¹, ou AAH fait partie des actions de santé. La fréquence du handicap sera mesurée par la fréquence du recours aux démarches COTOREP.

2.1 Fréquence des démarches de santé liées au handicap

Cette fréquence augmente avec la durée écoulée dans le dispositif RMI (Figure 12). Les valeurs sont sensiblement proches entre les hommes et les femmes. Cependant, la fréquence des femmes tend à diminuer à 3 ans révolus tandis que l'augmentation se poursuit chez les hommes.

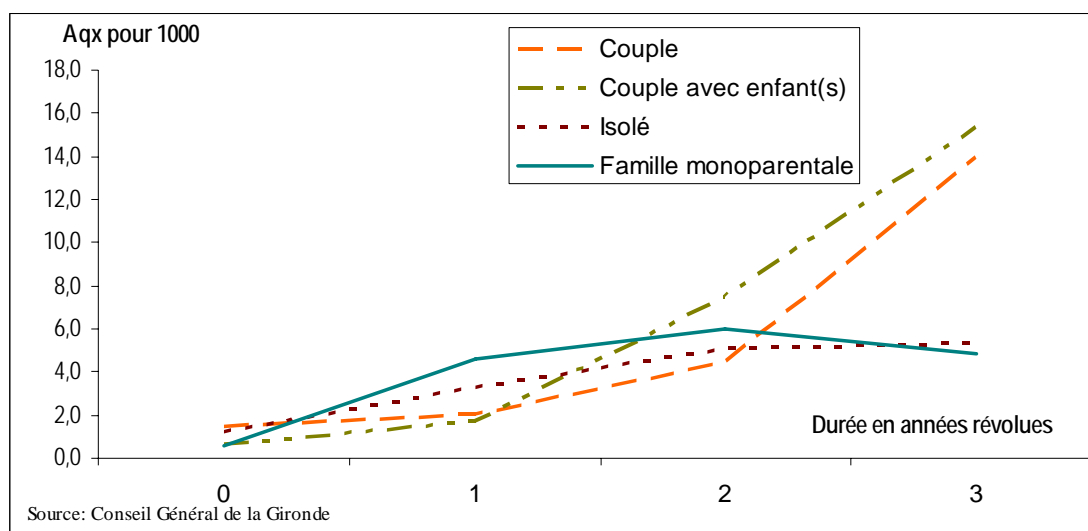
Figure 12 : Fréquence du recours aux actions de santé liées au handicap – cohorte 1999-2001- selon la durée en années révolues et le sexe



¹ La démarche COTOREP consiste à demander le statut de travailleur handicapé.

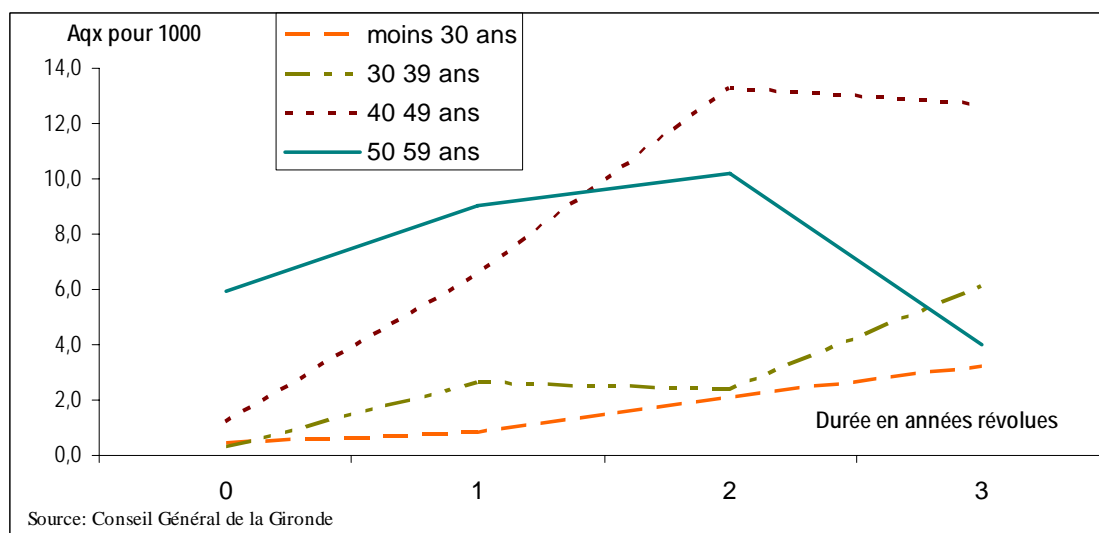
La fréquence du recours aux actions de santé liées au handicap varie fortement selon la situation familiale des bénéficiaires. Ainsi, pour les isolés et les familles monoparentales les quotients diminuent ou stagnent à partir de la deuxième année écoulee dans le dispositif. En revanche, pour les couples avec ou sans enfant(s) la fréquence augmente fortement à 3 ans révolus (Figure 13).

Figure 13 : Fréquence du recours aux actions de santé liées au handicap – cohorte 1999-2001- selon la durée en année révolues et la situation familiale



L'âge à l'entrée des bénéficiaires du RMI a une influence sur le recours aux actions de santé liées au handicap. Les quotients des bénéficiaires de moins de 30 ans et de 30-39 ans augmentent avec la durée écoulee dans le dispositif mais restent faibles. En revanche, la fréquence du recours pour les personnes de 40-49 ans augmente fortement jusqu'à 2 ans révolus puis se stabilise (Figure 14). Pour les personnes âgées de 50-59 ans cette fréquence est plus élevée que pour les autres groupes d'âges à 0 an révolu, puis augmente peu pour diminuer fortement à 3 ans révolus.

Figure 14 : Fréquence du recours aux actions de santé liées au handicap – cohorte 1999-2001- selon la durée en année révolues et l'âge à l'entrée



2.2 Renouveau des démarches de santé liées au handicap

La probabilité d'avoir recours une première fois aux actions de santé liées au handicap (a_0), est faible (0,02). Pour les personnes ayant eu recours aux actions de santé liées au handicap la probabilité d'avoir recours une deuxième fois est largement supérieure et proche de 0,6 (tableau 1). C'est-à-dire que plus de la moitié des personnes bénéficiant d'aides aux démarches COTOREP une première fois en a bénéficié une deuxième fois. Cela signifie que la probabilité de faire des démarches de santé liées au handicap est faible, mais qu'une fois ces démarches entamées elles vont s'enchaîner fréquemment. La probabilité d'agrandissement est stable à chaque rang pour augmenter à 0,82, pour les personnes ayant bénéficiées de 3 actions de santé liées au handicap et qui en bénéficient une quatrième fois, et diminuer ensuite. Le renouvellement du recours aux actions de santé liées au handicap est élevé. La diminution de la probabilité d'agrandissement peut être interprétée comme un indicateur du nombre d'actions à mettre en œuvre pour obtenir l'AAH.

3- La mortalité

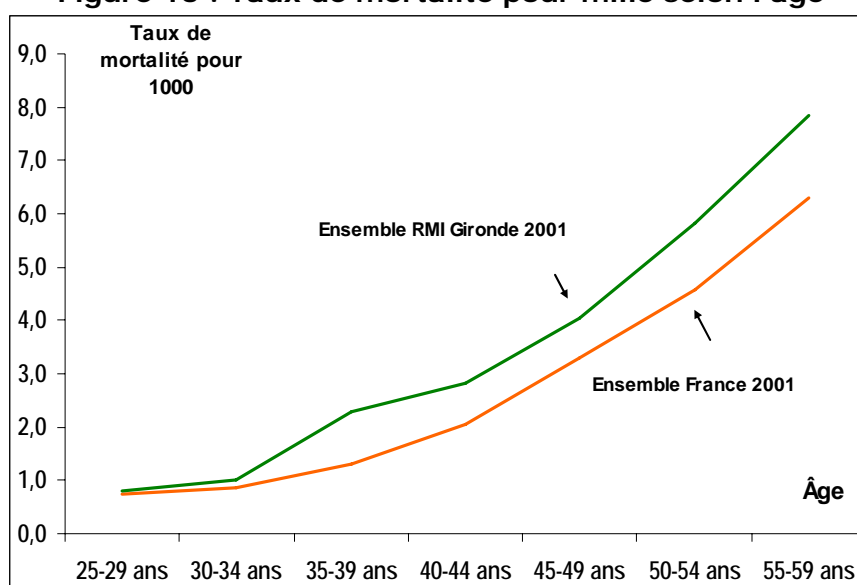
La surmortalité des chômeurs étant un fait avéré (Mesrine A, 2000), il apparaît important de mesurer si ce phénomène est aussi valable pour les bénéficiaires du RMI. Les données disponibles pour les bénéficiaires du RMI concernent l'année 2001 et les cohortes 1999, 2000 et 2001.

3.1 Comparaison avec la France

La mortalité des bénéficiaires du RMI de la Gironde âgés de 25-59 ans en 2001 est supérieure à celle observée au niveau national pour l'ensemble des habitants (3,5‰ contre 2,7‰). Les différences observées sont plus importantes entre les femmes (2,8‰ contre 1,7‰) qu'entre les hommes (4,3‰ contre 3,8‰).

Les taux de mortalité à chaque groupe d'âges sont supérieurs chez les bénéficiaires girondins du RMI par rapport à l'ensemble de la population française (Figure 15). Plus l'âge est élevé et plus l'écart entre les bénéficiaires du département et l'ensemble de la population française est important.

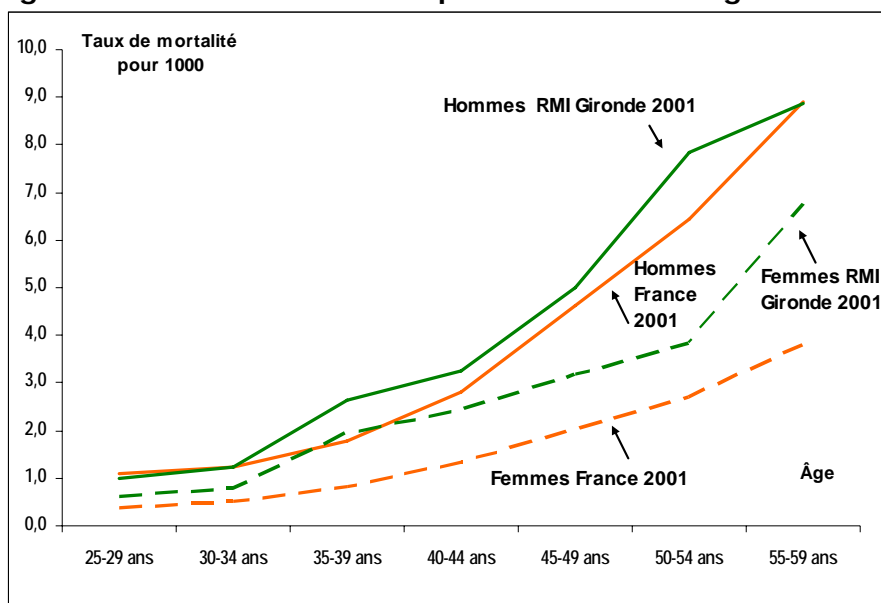
Figure 15 : Taux de mortalité pour mille selon l'âge



La surmortalité des bénéficiaires du RMI girondins semble avérée, même si les différences observées semblent plus faibles que celles observées entre l'ensemble des chômeurs et l'ensemble de la population française (Mesrine Annie, 2000). Cependant, il est fort probable que les décès soient sous renseignés au niveau du dispositif RMI, puisque la procédure est moins systématique que pour l'ensemble de la population.

Quel que soit l'âge, les taux de mortalité des hommes sont supérieurs à ceux des femmes (Figure 16). Les différences observées entre la Gironde et la France à chaque groupe d'âge sont plus importantes pour les femmes que pour les hommes.

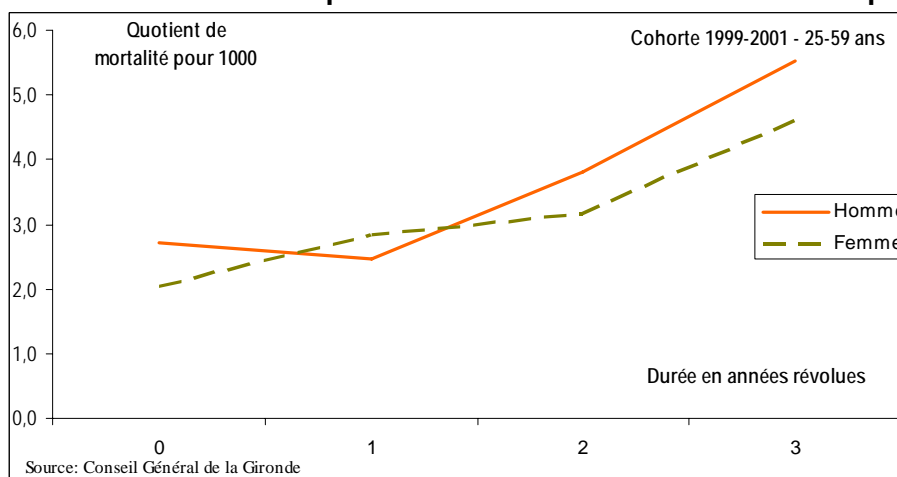
Figure 16 : Taux de mortalité pour mille selon l'âge et le sexe



3.2 Fréquence de la mortalité selon la durée

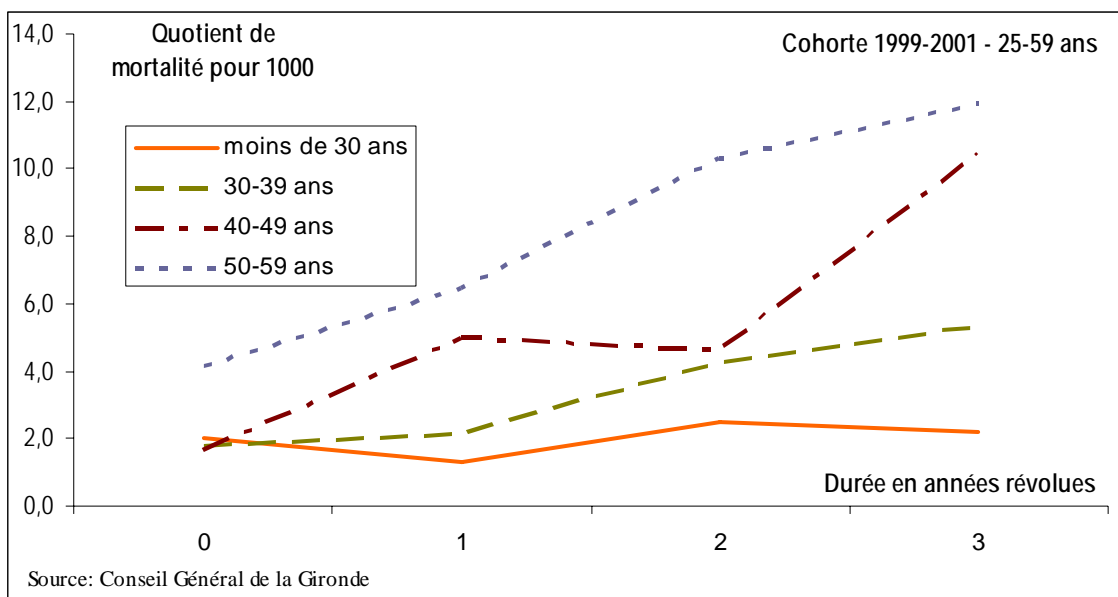
Les quotients de mortalité augmentent avec la durée dans le dispositif (Figure 17). Cela est valable pour les hommes et les femmes. Ce phénomène tend à montrer que non seulement la vulnérabilité sociale joue un rôle majeur sur l'état de santé mais aussi sur la mortalité. Quel que soit l'âge, les quotients de mortalité augmentent avec la durée écoulée dans le dispositif RMI (Figure 18). La fréquence de la mortalité est logiquement d'autant plus élevée que les bénéficiaires sont âgés.

Figure 17 : Quotients de mortalité pour mille selon la durée dans le dispositif et le sexe



Source: Conseil Général de la Gironde

Figure 18 : Quotients de mortalité pour mille selon la durée dans le dispositif et l'âge à l'entrée



Conclusion

L'analyse des données sur les bénéficiaires du RMI montre que la vulnérabilité sociale joue un rôle défavorable sur l'état de santé des individus. Non seulement les problèmes de santé sont fréquents dès l'entrée dans le dispositif RMI, mais plus la vulnérabilité perdure et plus la fréquence des difficultés de santé augmente. Les caractéristiques des individus liées à l'âge, au sexe, à la nationalité ou à la situation familiale vont renforcer ce phénomène. A l'extrême, cette situation, se traduit par une surmortalité des bénéficiaires du RMI.

BIBLIOGRAPHIE

Blanpain Nathalie et Eneau Denise, 1999, « Etat de santé et accès aux soins des allocataires du RMI », *Insee Première*, n°655, juin, INSEE, 4 pages.

Cambois Emmanuelle, 2004, « Les personnes en situation difficile et leur santé », *Travaux de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2003-2004*, ONPES, La documentation Française, pp 101-126.

Mesrine Annie, 2000, « La surmortalité des chômeurs : Un effet catalyseur du chômage ? », *Economie et Statistique*, n°334, pp 33-48.

Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, 2006, « *Le Rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale : 2005-2006* », La documentation Française, Paris, 163 pages

Saint Pol Thibault de, 2007, « La santé des plus pauvres », *Insee Première*, n°1161, Octobre, INSEE, 4 pages.