



LA SANTÉ DES FEMMES EN GUADELOUPE



Données disponibles en 2018





SOMMAIRE

Contexte	7
Méthodologie des enquêtes	7
I. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES	9
II. SANTÉ REPRODUCTIVE ET SEXUELLE	12
A- Fécondité	12
B- Contraception et interruptions de grossesse (IVG)	14
C- Rapports sexuels et comportements	15
D- Infections sexuellement transmissibles	16
E- VIH et Sida	17
III. ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ	18
A- Consommation de soins de ville	18
B- Consommation de soins hospitaliers	19
C- Nouvelles admissions en affections de longue durée	20
D- Mortalité	23
IV. LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ	26
A- Diabète	26
B- Maladies cardio-vasculaires	27
C- Surpoids - Obésité	28
D- Tumeurs malignes (cancers)	30
E- Santé mentale	32
V. MODE DE VIE ET COMPORTEMENTS	36
A- Alimentation et activité physique	36
B- Addictions	38
Synthèse générale	44
Références bibliographiques	47
Annexes	49



FIGURES

Figure 1 - Répartition de la population par sexe et par âge en Guadeloupe en 1990 et 2015	9
Figure 2 - Déclaration de limitation d'activité au cours des six derniers mois en Guadeloupe selon le sexe en 2014	9
Figure 3- État de santé perçue en Guadeloupe selon le sexe en 2014	10
Figure 4 - Répartition des principaux modes de cohabitation des femmes séniors en Guadeloupe selon l'âge en 2015	10
Figure 5 - Évolution du nombre de naissances vivantes domiciliées en Guadeloupe de 2006 à 2016	12
Figure 6 - Évolution de l'âge moyen des mères à la naissance en Guadeloupe de 1998 à 2016	13
Figure 7 - Proportion de personnes ayant déclaré un renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois selon le sexe en Guadeloupe en 2014	21
Figure 8 - Prévalence de la surcharge pondérale selon l'âge chez les femmes en Guadeloupe en 2013	29
Figure 9 - Perception des Guadeloupéennes âgées de 15 à 75 ans de leur corpulence selon leur IMC en 2014	30
Figure 10 - Proportion de Guadeloupéennes ayant eu des pensées suicidaires ou ayant déjà fait une tentative de suicide selon l'âge en 2014	32
Figure 11 - Pratique d'une activité physique chez les 15 -75 ans en Guadeloupe selon le sexe en 2014	37
Figure 12 - Niveau de consommation d'alcool des 15-75 ans selon le sexe en Guadeloupe en 2014	38
Figure 13 - Statut tabagique chez les 15 -75 ans en Guadeloupe selon le sexe en 2014	39
Figure 14 - Proportion des fumeurs (quotidiens et occasionnels) en Guadeloupe, selon le sexe et l'âge en 2014	40
Figure 15 - Consommation du cannabis chez les Guadeloupéens âgés de 15 à 64 ans selon le sexe en 2014	41
Figure 16 - Proportions des consommateurs de cannabis parmi les 15-64 ans selon le sexe en Guadeloupe en 2014	42

TABLEAUX

Tableau I - Part de la population guadeloupéenne âgée de 60 ans ou plus en perte d'autonomie selon le sexe en 2014	11
Tableau II - Répartition des séjours hospitaliers en court séjour MCO des femmes selon la maladie traitée en Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin sur la période 2013-2015	20
Tableau III - Taux de renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois selon le sexe en Guadeloupe en 2014	21
Tableau IV - Répartition des quatre principales causes de nouvelles admissions en ALD chez la femme guadeloupéenne sur la période 2012-2014, selon l'âge	22
Tableau V - Répartition des quatre principales causes de décès en Guadeloupe chez la femme selon l'âge sur la période 2008-2014	24
Tableau VI - Effectif et taux standardisés des prises en charge en Guadeloupe pour des traitements psychotropes selon le sexe en 2015	34
Tableau VII - Consommations alimentaires moyennes (g/j) chez les adultes de 16 ans ou plus en Guadeloupe et en Martinique selon le sexe en 2013	37
Tableau VIII - Part du tabagisme chez les jeunes de 17 ans en Guadeloupe, selon le sexe en 2011 et 2014	40





CONTEXTE

Préoccupation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) depuis plusieurs années, la santé des femmes est devenue aujourd'hui une priorité. Les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes. En France hexagonale, l'espérance de vie à la naissance est de 85,3 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour les hommes en 2016 [1]. Cet avantage féminin s'explique par le privilège biologique inhérent, mais également par leurs comportements de santé plus protecteurs. Cependant, vivre plus longtemps ne signifie pas être en bonne santé ou de « se sentir en bonne santé ». Les enquêtes menées indiquent qu'à âge égal, les femmes se perçoivent en moins bonne santé et déclarent, en moyenne, plus de limitations fonctionnelles ou de maladies que leurs homologues masculins [2]. Par ailleurs, elles sont plus fréquemment en situation d'isolement et vivent 4,2 années de plus que les hommes avec des limitations d'activité [3]. Il est certain que les femmes et les hommes sont confrontés à des problèmes de santé similaires, mais les différences sont telles qu'il convient d'accorder une attention particulière à la santé des femmes.

À l'instar des observations nationales, la population féminine de la Guadeloupe se distingue de la population masculine. Être une femme ou un homme induit d'avoir des comportements de santé différents, qui résultent à la fois des facteurs biologiques et de facteurs sociaux, pouvant être eux-mêmes propres à la région.

Utilisant les données disponibles en 2018, ce rapport vise à dresser un état des lieux de la santé des femmes en Guadeloupe. Dans ce document, sont décrites les principales différences entre les femmes et les hommes de la région ainsi que les évolutions constatées. Outre les indicateurs disponibles en routine, ce document est également enrichi d'indicateurs extraits de différentes enquêtes régionales ou nationales. Ces enquêtes ont été menées pour la plupart en population générale.

MÉTHODOLOGIE DES ENQUÊTES

Enquête Baromètre santé DOM 2014

Les enquêtes « Baromètre santé » réalisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) visent à décrire les comportements, attitudes et perceptions de santé des Français. Le Baromètre santé DOM 2014 constitue la première extension de cette enquête dans les DOM. Les questions abordent différentes thématiques de santé et notamment les addictions, la surcharge pondérale, le handicap et la santé mentale. Cette enquête déclarative est réalisée auprès de personnes âgées de 15 à 75 ans.

Enquête ESCAPAD

Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD) est une enquête réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) tous les 3 ans. Elle est menée auprès de jeunes âgés de 17 ans lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC). Elle permet de recueillir des informations, à l'aide d'un questionnaire autoadministré, sur leur état de santé ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis). En Guadeloupe, 403 jeunes ont été enquêtés en 2014.

Enquête KANNARI

« Kannari : Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles » est une enquête réalisée en partenariat entre l'InVS, l'Anses, les ARS, les observatoires de santé de Guadeloupe et de Martinique et l'Insee. Elle a été conduite en population générale résidant en Guadeloupe au moment de l'enquête. Le recueil des données a été réalisé de septembre 2013 à juin 2014. Un des objectifs de Kannari était d'évaluer l'état de santé de la population guadeloupéenne en abordant la prévalence du surpoids et de l'obésité et de certaines maladies d'intérêt.

Enquête KABP Antilles Guyane

L'enquête « Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels aux Antilles et en Guyane » a été réalisée en 2011 par l'ORS Ile-de-France et l'INPES. Elle vise à apporter des éléments de connaissances sur les risques sexuels et leur évolution dans le temps dans les trois départements français d'Amérique : Guadeloupe, Guyane et Martinique.



Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS)

Vie Quotidienne et Santé (VQS) est le premier volet d'un dispositif d'enquêtes dénommé CARE pour Capacités, Aides et REssources des seniors menées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'enquête VQS s'intéresse aux conditions de vie des personnes âgées de 60 ans ou plus résidentes à leur domicile, à leur capacité fonction-

nelle, leurs difficultés quotidiennes et à leur état de santé général. Afin d'identifier la perte d'autonomie de la population, un score a été construit à partir des réponses au questionnaire. Quatre groupes ont été construits, à partir des scores. Les individus obtenant un score élevé sont classés dans le groupe IV et considérés en situation de perte d'autonomie.



PARTIE 1

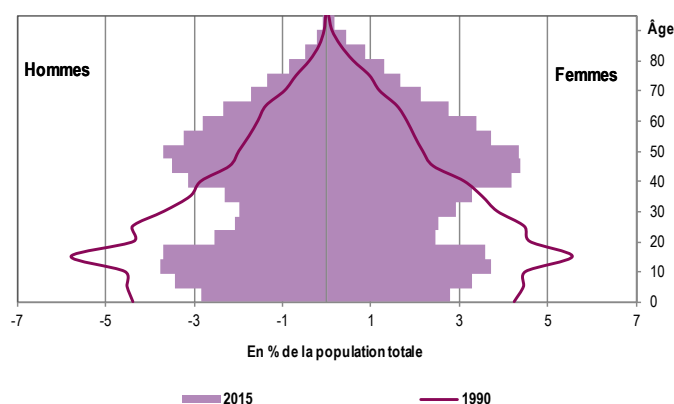
CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

LES GUADELOUPÉENNES : 54 % DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Au 1^{er} janvier 2015, la population féminine vivant en Guadeloupe est estimée à 214 511 habitantes. Elle représente un peu plus de la moitié de la population de la région (54 %). Comparativement à l'année 1990, la part de femmes dans la population a augmenté de trois points. La proportion croît avec l'avancée en âge. De la naissance à l'âge de 25 ans, les femmes sont moins nombreuses que les hommes. Ainsi, avant l'âge de 25 ans, le sex-ratio est de 0,97, soit 97 femmes pour 100 hommes. Au-delà de cet âge, la tendance s'inverse et s'accroît aux âges élevés. Le sex-ratio est de 1,35 dans la tranche d'âges des 25 à 44 ans contre 1,53 pour les individus âgés de 75 ans ou plus (153 femmes pour 100 hommes).

De 1990 à 2015, la structure par âge de la population régionale a sensiblement évolué. Représentant 9 % de la population féminine en 1990, la part des femmes âgées de 65 ans ou plus a quasiment doublé en 2015 (+ 17 %). À l'inverse, la proportion de femmes âgées de moins de 25 ans a diminué de 16 points. Ce même phénomène - accroissement de la part des personnes âgées de plus de 65 ans et baisse de la part des jeunes de moins de 25 ans - est observé au sein de la population masculine de la région. La pyramide des âges illustre, par ailleurs, du déficit des jeunes guadeloupéennes en particulier dans les tranches d'âges des 20-34 ans. Ce déficit résulte de la baisse de la natalité et de la migration de ces jeunes femmes désireuses de poursuivre des études ou de trouver un emploi hors de la région. De 1990 à 2015, la part des femmes âgées de 20 à 35 ans a diminué de 10 points [Figure 1].

Figure 1 - Répartition de la population par sexe et par âge en Guadeloupe en 1990 et 2015



Source : Insee (Recensement 1990 et 2015) Exploitation : ORSaG

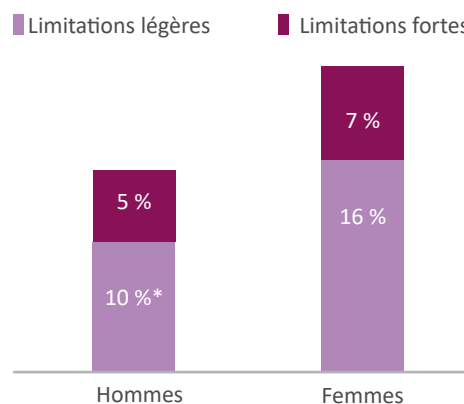
SEPT ANNÉES DE VIE EN PLUS, EN MOYENNE

Les femmes vivent généralement plus longtemps que les hommes et il en est de même en Guadeloupe. En 2016, l'espérance de vie à la naissance des femmes guadeloupéennes s'établit à 84,1 ans, soit sept années de vie supplémentaires par rapport aux hommes et 1,2 année de moins par rapport aux femmes de France hexagonale. À l'inverse de la tendance nationale où l'écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes se réduit, en Guadeloupe, cet écart reste stable et proche de sept ans (81,6 ans pour les femmes et 74,6 ans pour les hommes en 2000).

PLUS D'ANNÉES DE VIE, MAIS AVEC DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES

L'avantage octroyé aux femmes par ces années de vie supplémentaires doit être nuancé au regard des conditions de santé dans lesquelles elles sont vécues. D'après l'enquête Baromètre Santé DOM 2014 [4], plus de deux Guadeloupéennes sur dix âgées de 15 à 75 ans (23 %) déclarent être limitées (légèrement ou fortement) dans leurs activités habituelles depuis au moins six mois. Les hommes sont proportionnellement moins nombreux à déclarer cette limitation fonctionnelle (15 %) [Figure 2]. Cette différence s'accroît sensiblement au-delà de l'âge de 45 ans et est due essentiellement au sentiment d'être légèrement limité. Près de deux Guadeloupéennes sur dix (19 %) âgées de 45 ans ou plus déclarent être légèrement limitées contre un Guadeloupéen sur dix pour cette même tranche d'âges.

Figure 2 - Déclaration de limitation d'activité au cours des six derniers mois en Guadeloupe selon le sexe en 2014



Source : Baromètre Santé DOM 2014

Champ : Ensemble des individus enquêtés âgés de 15 à 75 ans (n=2 028)

* Différence significative avec les femmes

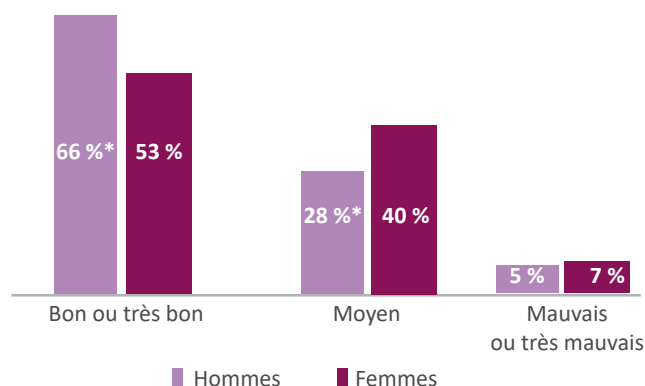


UNE SANTÉ PERÇUE COMME ÉTANT MOINS BONNE

En dépit de leur plus grande longévité, les femmes se perçoivent en moins bonne santé que les hommes. Elles déclarent, par ailleurs, avoir plus de problèmes de santé. Les résultats du Baromètre Santé DOM 2014 mettent en évidence qu'un peu plus de la moitié des Guadeloupéennes (53 %) perçoivent leur santé comme étant bonne ou très bonne, contre deux tiers des hommes de la région. Parmi les femmes interrogées, 7 % perçoivent leur santé comme étant mauvaise, proportion supérieure de deux points à celle de la population masculine [Figure 3]. Déclarer un problème de santé est également plus fréquent dans la population féminine. Près de deux Guadeloupéennes sur cinq (39 %) disent avoir des problèmes de santé contre 29 % des hommes de la région.

À caractéristiques sociales comparables, les Guadeloupéennes se sentent en moins bonne santé que leurs homologues résidant en France (68 %). Elles déclarent, par ailleurs, plus souvent des maladies chroniques que ces dernières (39 % contre 36 %).

Figure 3- État de santé perçue en Guadeloupe selon le sexe en 2014



Source : Baromètre Santé DOM 2014

Champ : Ensemble des individus enquêtés âgés de 15 à 75 ans (n=2 028)

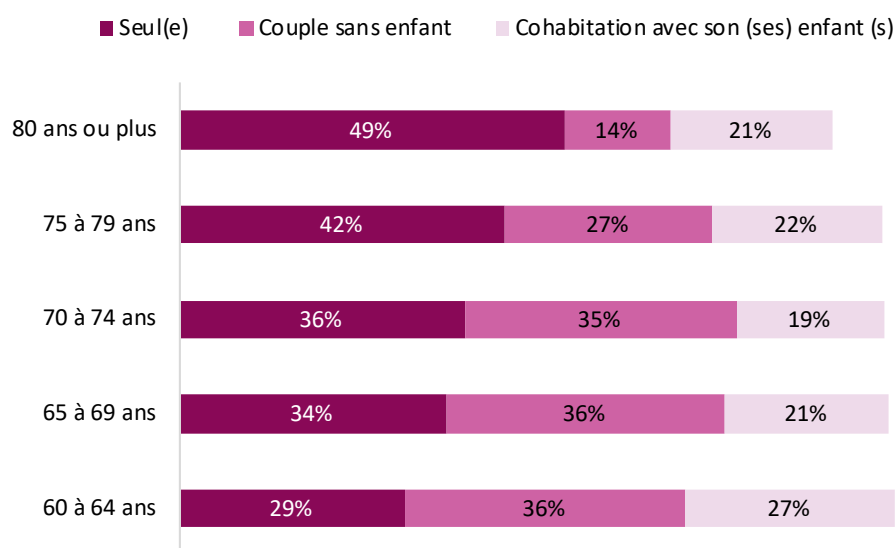
* Différence significative avec les femmes

DES SÉNIORES QUI RÉSIDENT SEULES ET SONT PLUS CONCERNÉES PAR LA DÉPENDANCE

Parallèlement au vieillissement de la population, l'isolement des personnes âgées s'est accentué au cours des dernières années. Cette situation touche davantage les femmes qui, vivant en moyenne plus longtemps, perdent plus souvent leurs conjoints (habituellement plus âgés) et se retrouvent de ce fait seules. En 2015, à partir de l'âge de 60 ans, près de quatre Guadeloupéennes sur dix

(38 %) vivent seules contre 27 % des hommes. Si dans la tranche d'âges des 60-69 ans, le mode de cohabitation majoritaire demeure la vie en couple sans enfant, au-delà de cet âge, pour les femmes séniors, la tendance s'inverse au profit de la solitude [Figure 4]. Indépendamment de la tranche d'âges, le principal mode de cohabitation des hommes séniors reste la vie en couple sans enfant.

Figure 4 - Répartition des principaux modes de cohabitation des femmes séniors en Guadeloupe selon l'âge en 2015



Source : Insee (Recensement 2015)

Exploitation : ORSaG



Caractéristique déjà observée chez les Guadeloupéennes âgées de 15 à 75 ans et interrogées lors de l'enquête Baromètre Santé DOM, les séniors vivant à domicile en Guadeloupe sont aussi plus nombreuses à se déclarer en moins bonne santé que leurs homologues masculins. Les données extraites de l'enquête Vie Quotidienne et Santé de 2014 (VQS 2014) et de l'analyse de l'Insee [5,6] montrent qu'un tiers des femmes âgées de 60 ans ou plus se déclarent en mauvais ou très mauvais état de santé. Elles sont également plus touchées par des problèmes fonctionnels et plus dépendantes. Plus d'une Guadeloupéenne sur cinq (22 %) âgées de 75 à 85 ans est en situation de perte d'autonomie. Cette situation concerne 18 % des hommes de cette même tranche d'âges. Cet écart s'accroît aux âges extrêmes. Près de la moitié des femmes âgées de 85 ans ou plus sont plus sujettes à la perte d'autonomie en Guadeloupe [Tableau I].

Prévenir le déclin fonctionnel et anticiper la prise en charge de personnes âgées à risque d'entrer dans une situation de dépendance est un enjeu important. Les femmes sont, à âge comparable, plus concernées que les hommes par des situations de fragilité.

Tableau I - Part de la population guadeloupéenne âgée de 60 ans ou plus en perte d'autonomie selon le sexe en 2014

	Part des individus en perte d'autonomie		
	60 à 74 ans	75 à 85 ans	85 ans ou plus
Hommes	4 %	18 %	29 %
Femmes	4 %	22 %	49 %

Source : Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, Insee

Ces situations nécessitent des accompagnements financiers et de professionnelles. En 2014, selon l'enquête VQS, 23 % des Guadeloupéennes âgées de 60 ans ou plus déclarent bénéficier d'aide professionnelle (infirmiers, aide-ménagères...) contre 16 % des hommes de cette même tranche d'âges. De plus, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Parmi les 7 261 séniors guadeloupéens bénéficiaires de l'APA à domicile en 2016, 70 % sont des femmes [7].

SYNTHÈSE

À l'instar de la population féminine résidant en France hexagonale ou dans le monde, en Guadeloupe, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Leur espérance de vie à la naissance est de 84,1 ans en 2016, ce qui correspond à sept années de vie supplémentaires par rapport aux hommes guadeloupéens.

En dépit des quelques années de vie en plus, les femmes ne se perçoivent pas en bonne santé. Elles déclarent une moins bonne qualité de vie notamment sur le plan fonctionnel que les hommes. En Guadeloupe, 7 % des femmes âgées de 15 à 75 ans se sentent en mauvaise ou en très mauvaise santé. Au-delà de 60 ans, elles sont un tiers à avoir cette perception de leur santé. En outre, les années supplémentaires vécues par les femmes sont associées à une santé dégradée, et plus particulièrement à des limitations fonctionnelles. Près de deux Guadeloupéennes sur dix âgées de 15 à 75 ans ont indiqué être touchées par des problèmes fonctionnels. Au-delà de 75 ans, cette part augmente, jusqu'à atteindre près de la moitié des femmes âgées de 85 ans ou plus.

Conjointement au phénomène de vieillissement, les femmes séniors vivant en Guadeloupe sont plus souvent confrontées à la solitude et à une situation de dépendance. Environ, quatre Guadeloupéennes sur dix âgées de 60 ans ou plus vivent seules. La perte d'autonomie - bien plus marquée en Guadeloupe selon les résultats de l'enquête VQS -, l'est d'autant plus dans la population féminine de la région. Les femmes bénéficient davantage d'aide professionnelle et de l'allocation personnalisée d'autonomie que les hommes.



PARTIE 2

SANTÉ REPRODUCTIVE ET SEXUELLE

A- FÉCONDITÉ

LE REcul DE LA NATALITÉ

En 2016, 4 653 enfants nés vivants ont été mis au monde par des femmes domiciliées en Guadeloupe. Cette dernière décennie (2006-2016) se caractérise par la baisse du nombre de naissances vivantes de 2,3 % en moyenne par an [Figure 5].

Le taux de natalité régional en 2016 est de 11,8 naissances vivantes pour 1 000 habitants, taux proche du taux national. En 2006, le taux de natalité régional était estimé à 16 %. La diminution de la natalité s'explique, en partie, par la réduction du nombre de Guadeloupéennes en âge de procréer (15-49 ans) durant cette période. La Guadeloupe reste, néanmoins, l'une des régions françaises où le taux de fécondité est le plus élevé. L'indice conjoncturel de fécondité (ICF) de la région s'élève à 2,12 enfants par femme en âge de procréer en 2016. Il est supérieur de 0,2 point à l'ICF national.

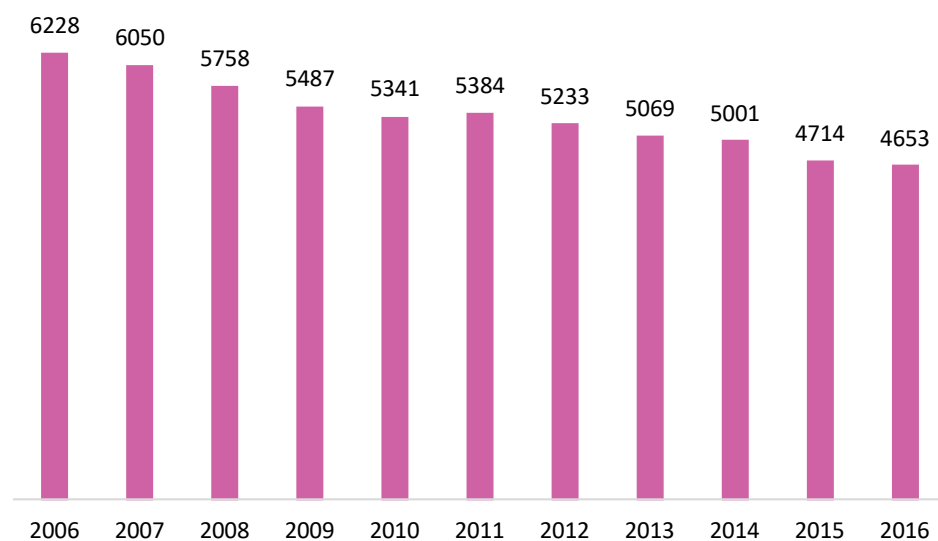
Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est la somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée. Il donne le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité observés à chaque âge l'année considérée demeuraient inchangés.

La mortinatalité est le rapport du nombre de décès fœtaux de l'année à l'ensemble des naissances (vivantes et mort-nés).

La mortalité infantile est le rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants décédés avant un an à l'ensemble des naissances vivantes

Figure 5 - Évolution du nombre de naissances vivantes domiciliées en Guadeloupe de 2006 à 2016



Source : Insee (État civil 2016)

Exploitation : ORSaG

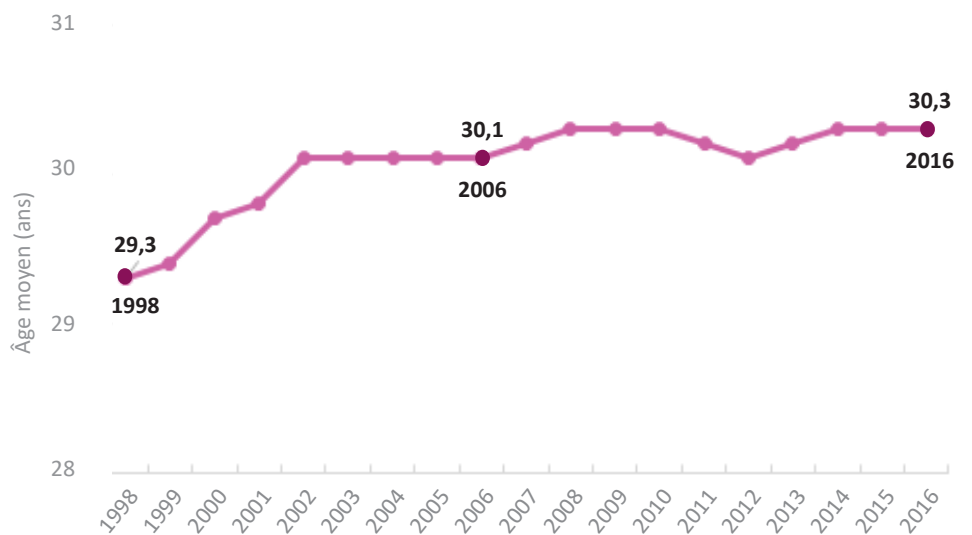
DES GROSSESSES PLUS TARDIVES

En Guadeloupe comme en France hexagonale, l'âge moyen à la maternité ne cesse d'augmenter et s'établit en 2016 à 30,3 ans pour les Guadeloupéennes (30,4 ans à l'échelle nationale) [Figure 6]. Une naissance sur quatre concerne des Guadeloupéennes âgées de 35 ans ou plus.

Le recul de l'âge à la maternité entraîne l'augmentation du nombre de grossesses à risque (cf : Encadré 1), mais aussi des difficultés à concevoir. Les femmes âgées de 35 ans ou plus représentent la moitié des prises en charge pour fécondation in vitro en 2015 en Guadeloupe.



Figure 6 - Évolution de l'âge moyen des mères à la naissance en Guadeloupe de 1998 à 2016



Source : Insee (État civil 2016)

Exploitation : ORSaG

ENCADRÉ 1

PÉRINATALITÉ

Pour la période 2010-2012, le nombre de décès maternels survenus sur l'ensemble des territoires français identifiés par l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) est de 256. Le taux de mortalité maternelle s'établit à 10,3 décès pour 100 000 naissances vivantes. En Guadeloupe, sur cette période, 10 décès maternels sont survenus, correspondant à un taux de mortalité maternelle de 62,7 décès pour 100 000 naissances vivantes. Du fait de la faiblesse de l'effectif, ce résultat doit être considéré avec prudence et toute comparaison est peu pertinente [8].

La mortalité infantile, définie à partir du nombre d'enfants nés vivants et qui meurent durant la première année de leur vie, est très élevée en Guadeloupe. De 2014 à 2016, le taux de mortalité infantile est, en moyenne de 8,3 décès pour 1 000 naissances vivantes [1]. La région se place au deuxième rang des régions ayant le plus fort taux de mortalité infantile après la Guyane (9,3 ‰). La mortalité infantile en Guadeloupe est 2,4 fois supérieure à celle de la France hexagonale. Au cours des dernières années, la mortalité infantile n'a cessé d'augmenter, passant de 7,5 ‰ en moyenne de 2004 à 2008 à 8,3 ‰ en moyenne de 2009 à 2014 en Guadeloupe.

Le taux de mortinatalité¹ en Guadeloupe a connu une évolution similaire à celle de la mortalité infantile. En 2015, le taux est de 22,8 décès fœtaux pour 1 000 naissances contre 16,4 décès pour 1 000 naissances en 2012 [9].

¹Mortinatalité : rapport du nombre annuel de décès fœtaux à l'ensemble des naissances vivantes et mort-nés



B- CONTRACEPTION ET INTERRUPTIONS DE GROSSESSE (IVG)

Depuis 1967, année de légalisation de la contraception en France, les méthodes contraceptives se sont largement diversifiées : implant, patch, anneau vaginal, stérilet, pilules...

UNE COUVERTURE CONTRACEPTIVE ÉLEVÉE, MAIS INSUFFISANTE

En Guadeloupe, le recours à la contraception reste relativement élevé. Selon l'enquête KAPB Antilles-Guyane 2011 [10], 9,6 % des Guadeloupéennes âgées de 18 à 54 ans sexuellement actives², ont répondu ne pas avoir utilisé de méthode contraceptive lors du dernier rapport sexuel. Les femmes âgées de 45 à 54 ans sont celles pour qui l'absence de protection est la plus élevée (18,9%), suivie des jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans (11,3%).

La pilule reste le mode de contraception le plus utilisé. Parmi les femmes ayant un recours à la contraception, 36,3 % des femmes de la région prennent la pilule lors du dernier rapport sexuel en 2011. Le recours à une méthode non médicalisée (préservatif, méthodes locales ou naturelles) concerne 42,9 % des femmes, il correspond à l'utilisation du préservatif dans deux cas sur trois. Un peu plus d'un quart des Guadeloupéennes (26,8 %) interrogées déclarent avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel.

Près de trois femmes sur dix âgées de 18 à 54 ans et sexuellement actives ont déjà eu recours à une contraception d'urgence au cours de leur vie (28,4 %). Environ une Guadeloupéenne sur dix interrogées (9,9 %) dit y avoir eu recours au cours des douze mois précédant l'enquête KAPB. Cette étude met également en évidence que le recours à la contraception d'urgence varie fortement avec l'âge. Il concerne moins d'un quart des femmes guadeloupéennes âgées de 18 à 24 ans (23,3%) contre 2,6 % des femmes âgées de 45 à 54 ans.

Malgré la diversité des moyens de contraception, la part de grossesses non prévues demeure importante. D'après l'enquête de 2011, 14 % des femmes âgées de 18 à 54 ans sexuellement actives ont fait face à une grossesse non prévue au cours des cinq années précédant l'enquête. Cette situation est plus fréquente avant l'âge de 35 ans : c'est le cas de plus d'une femme sur quatre (26,7 %) âgées de 25 à 34 ans contre 13,1 % des femmes âgées de 35 à 45 ans.

IVG : UN RECOURS TRÈS ÉLEVÉ EN GUADELOUPE

En 2011, un tiers des femmes âgées de 18 à 54 ans sexuellement actives et confrontées à une grossesse non prévue déclarent avoir interrompu leur grossesse (réalisation d'une IVG). L'analyse réalisée sur l'ensemble des trois départements (Guadeloupe, Guyane et Martinique) indique que l'issue de la grossesse varie avec l'âge. Ainsi, 41,9 % des femmes âgées de 18 à 24 ans ont interrompu leur grossesse. Cette décision est prise par 33,4 % des femmes âgées de 25 à 34 ans et par 28,1 % des femmes âgées de 35 à 54 ans.

En 2016, 3 104 IVG ont été réalisées au sein de la population féminine vivant en Guadeloupe. La région présente le taux de recours à l'IVG le plus élevé des régions françaises : 33,8 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Le recours à l'IVG chez les mineures âgées de 15 à 17 ans représente 4,6 % de l'ensemble des IVG réalisées en Guadeloupe. Ainsi, le taux régional de recours à l'IVG est de 14,7 IVG pour 1 000 mineures. Bien qu'étant très

élevé comparativement au taux national (6,6 IVG pour 1 000 mineures), le taux de recours à l'IVG chez les mineures de Guadeloupe reste inférieur aux taux observés dans les autres DROM [11].

Sur la période 2015-2017, en moyenne chaque année, 1 290 forfaits d'IVG médicamenteuses réalisées en médecine de ville ont été remboursés par l'Assurance maladie en Guadeloupe. Le taux d'IVG réalisées en médecine de ville est de 17 IVG pour 1 000 parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans.

Sur la période 2013-2015, en moyenne chaque année, 2 080 bulletins d'interruptions de grossesse (BIG) correspondant à des IVG ont été réceptionnés en Guadeloupe. Parmi les bulletins contenant une information relative à une IVG antérieure, plus de la moitié des bulletins correspondait à des femmes ayant déjà eu recours à au moins une IVG antérieurement : 32 % une IVG et 19 % deux IVG ou plus [12].

²Personnes de 18 à 54 ans qui ont eu leur dernier rapport sexuel avec un partenaire de sexe opposé dans les douze mois qui ont précédé l'enquête, qui sont non stériles, qui n'attendent pas et ne cherchent pas à avoir d'enfant.



C- RAPPORTS SEXUELS ET COMPORTEMENTS

Les résultats de l'enquête KABP Antilles-Guyane 2011 montrent que les déclarations des femmes âgées de 15 à 69 ans restent sensiblement différentes de celles des hommes d'âges similaires, pour la majorité des indicateurs considérés.

UN PREMIER RAPPORT SEXUEL CONTEXTUELLEMENT DIFFÉRENT CHEZ LA FEMME GUADELOUPÉENNE

En Guadeloupe, l'âge médian³ du premier rapport sexuel est de 17,6 ans chez les femmes et de 16,1 ans chez les hommes en 2011. L'âge médian³ au premier rapport sexuel a diminué au fil des générations, aussi bien celui des femmes que celui des hommes. Dans la population féminine âgée de 18 à 24 ans, l'âge médian au premier rapport sexuel est de 16,4 ans, soit 1,6 an de moins que

les femmes âgées de 55 à 69 ans au moment de l'enquête. À l'image des autres Territoires Français d'Amérique (Martinique et Guyane), la majorité des Guadeloupéennes (71 %) déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avec un partenaire plus âgé. Cette configuration ne concerne que 26 % des hommes.

DES VIOLENCES SEXUELLES PLUS FRÉQUENTES CHEZ LA FEMME, ET CE DÈS LE PREMIER RAPPORT SEXUEL

Dans l'enquête KAPB 2011, sous le qualificatif de « violences sexuelles » figuraient les attouchements sexuels, les rapports sexuels forcés et les tentatives de rapports sexuels forcés. Plus de deux femmes sexuellement actives⁴ sur dix déclarent avoir accepté leur premier rapport sexuel alors qu'elles ne le souhaitent pas vraiment et 4 % ont eu ce rapport sous la contrainte. Proportionnellement, elles sont trois fois plus nombreuses à avoir déjà subi des violences sexuelles au cours de leur vie que leurs homologues masculins (21 % contre 7 %). Ces actes de violence se sont produits, pour plus de deux tiers des femmes (69 %) avant l'âge de 18 ans et sont associés

aux conditions de vie précaire. Ces actes interviennent, en moyenne, cinq ans plus tôt chez les femmes (14,4 ans) que chez les hommes (19,3 ans).

En outre, comparée à 2004, la proportion de femmes ayant déclaré des attouchements sexuels a augmenté. De 8 % lors de la précédente enquête, elle passe à 14 % en 2011. Cette hausse peut certes traduire d'un accroissement des attouchements, mais également d'une plus grande facilité à dénoncer ces actes, et ce notamment chez les plus jeunes.

UNE REPRÉSENTATION SOCIALE DE LA SEXUALITÉ FÉMININE BIEN ANCRÉE

Les femmes déclarent moins de partenaires, au cours de leur vie, que les hommes. En 2011, les résultats de KAPB indiquent que moins de 10 % des Guadeloupéennes âgées de 15 à 69 ans (8,6 %) ont déclaré avoir eu au moins dix partenaires au cours de leur vie. Cette proportion est sept fois plus élevée dans la population masculine (58,8 %). De même, le multipartenariat⁵ reste sensiblement moins fréquent chez les femmes que chez les hommes. Moins de 5 % des Guadeloupéennes sexuellement actives disent avoir eu au moins deux partenaires

au cours des douze mois précédant l'enquête contre un quart des hommes interrogés.

La différence de déclarations relatives au nombre de partenaires ou au multipartenariat peut s'expliquer, selon que les individus soient des hommes ou des femmes, par des comportements différents, mais aussi par une tendance à la sous-déclaration des femmes et la sur-déclaration des hommes.

³ Correspond à l'âge auquel la moitié de la population a déjà eu un rapport sexuel

⁴ Femmes sexuellement actives au cours de leur vie c'est-à-dire ayant déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels

⁵ Déclaré avoir au moins deux partenaires durant la même période ou de façon successive



D- INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Du fait de leur fréquence, de leur transmissibilité et de leur complication, les infections sexuellement transmissibles (IST) constituent un problème de santé publique. Les données de surveillance montrent une progression des IST dans l'ensemble des régions françaises.

UNE PRÉDOMINANCE DES INFECTIONS CHEZ LES FEMMES

Le recueil d'informations sur les antécédents d'IST dans une enquête déclarative en population générale ne permet pas d'estimer la prévalence, néanmoins ces données restent un marqueur d'exposition au risque.

En 2011 selon l'enquête KABP, 3,8 % des Guadeloupéennes âgées de 18 à 69 ans sexuellement actives disent avoir eu une IST (hors mycose) dans les cinq ans. La fréquence la plus élevée est rapportée parmi les femmes âgées de 25 à 34 ans (7,2 %) suivies des jeunes femmes de 18 à 24 ans (6,5 %). De façon globale, les antécédents d'IST sont plus fréquents dans la population féminine.

L'enquête LaboIST conduite en 2017 auprès de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale publics et privés montre une prédominance de l'infection à *Chlamydia* et à gonocoque chez les femmes de Guadeloupe. Ainsi, les Guadeloupéennes présentent les taux de diagnostics parmi les plus élevés de France : plus de 1 000 infections à *Chlamydia* et plus de 300 infections à gonocoque pour 100 000 habitantes [13].

E- VIH ET SIDA

La situation épidémique de certaines infections sexuellement transmissibles dont notamment celle de l'épidémie à VIH est préoccupante en Guadeloupe. L'incidence des nouvelles infections, la proportion d'infections non diagnostiquées et la proportion de découvertes de l'infection à un stade tardif, trois indicateurs de l'insuffisance de la prévention et du dépistage sont supérieurs en Guadeloupe comparativement aux indicateurs nationaux.

En 2016, le taux de découvertes de séropositivité⁶ s'établit à 1,9 pour 1 000 habitants en Guadeloupe. L'infection par le VIH concerne minoritairement les femmes. Ainsi, 25,5 % des nouveaux patients guadeloupéens infectés par le VIH suivis à l'hôpital en 2016 sont des femmes.

TRANSMISSION ET PRÉVENTION DU VIH : PARADOXE DE LA CONNAISSANCE

Le risque de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel sans préservatif semble largement admis par l'ensemble des Guadeloupéens âgés de 15 à 69 ans interrogés au cours de l'enquête KAPB 2011 (98,2%). La connaissance des modes de transmission du VIH est meilleure dans la population féminine que masculine. Les Guadelou-

péennes enregistrent un score de 8,4 sur 10 (0 signifiant une absence de connaissance et 10 une bonne maîtrise) contre 8,0 pour les hommes. Cependant, la connaissance des moyens de prévention du VIH est moindre. Le score de connaissance des moyens de protection est de 5,9 sur 10 sans distinction selon le sexe.

UN NIVEAU ÉLEVÉ DE RECOURS AU DÉPISTAGE DU VIH DANS LA POPULATION FÉMININE, MAIS PAS À TOUS ÂGES

En 2016, le taux de sérologie VIH réalisé pour 1 000 habitants en Guadeloupe est de 182. Il s'agit d'un des taux les plus élevés de France pour l'année.

Selon les données KABP 2011, la proportion de Guadeloupéennes ayant déjà fait un test de dépistage du VIH au cours de leur vie est de 76 %, soit 11 points de plus que les femmes vivant en France hexagonale. Un quart des Guadeloupéennes a déclaré avoir réalisé un test de dépistage dans les 12 derniers mois. Avant l'âge de 55 ans, les femmes de la région sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir déjà fait un test de dépistage au cours de leur vie. Chez les 25-

39 ans, près de deux Guadeloupéennes sur cinq (37 %) ont fait un test dans l'année contre 28,5 % des hommes. À un âge plus avancé (55 à 69 ans), elles ne sont que 14,5 % à avoir réalisé le test dans l'année contre 27,5 % des hommes.

Le recours au dépistage qui avait baissé de 1992 à 2004 a sensiblement augmenté de 2004 à 2011 tant chez les femmes que chez les hommes.

⁶Données agrégées avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy



PRÉSERVATIF : PLUS DE QUATRE GUADELOUPÉENNES SUR DIX L'UTILISENT

Le préservatif est la méthode de référence afin de se protéger efficacement du VIH et de toutes autres IST. Il permet également d'éviter les grossesses non désirées.

En 2011, près de quatre Guadeloupéennes âgées de 18 à 69 ans sur cinq actives sexuellement déclarent avoir déjà utilisé un préservatif au cours de leur vie (81 %). La fréquence de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel est d'autant plus élevée que la date de ce dernier est récente. Avant 1985, 13,7 % des Guadeloupéennes déclarent l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel. Elles sont près de neuf femmes sur dix (86,4 %) à l'avoir utilisé pour un premier rapport entre 2005 et 2011.

En dépit de l'important usage du préservatif, à âge comparable, les femmes de Guadeloupe ont une utilisation

moindre du préservatif que les hommes. Cet écart s'accroît avec l'avancée en âge, pouvant atteindre plus de 34 points de différence.

La crainte pour soi-même d'une infection par le VIH/sida ne diffère pas selon le sexe. Parmi les 18-69 ans, 68 % des Guadeloupéennes disent craindre le VIH/sida pour elles-mêmes, en 2011.

Le recours au préservatif comme moyen de contraception concerne 26,8 % des femmes guadeloupéennes âgées de 18 à 54 ans. Chez les hommes, l'utilisation du préservatif est la principale méthode contraceptive.

SYNTHÈSE

Moins de 5 000 enfants nés vivants ont été mis au monde par des Guadeloupéennes, en 2016. Il s'agit de la deuxième année consécutive où le nombre de naissances vivantes est inférieur à 5 000 naissances. Les Guadeloupéennes présentent un indice conjoncturel de fécondité parmi les plus élevés de France (2,12 enfants), mais inférieur à ceux d'autres territoires d'Outre-mer : 2,46 à La Réunion, 3,54 en Guyane et 5,03 à Mayotte. Une naissance sur quatre concerne des Guadeloupéennes âgées de 35 ans ou plus. Le recul de l'âge moyen des mères augmente la probabilité de grossesses à risque, de prématurité, mais est aussi à l'origine d'un recours plus fréquent à l'assistance médicale à la procréation.

Les méthodes de contraception se sont largement diversifiées et les Guadeloupéennes y ont recours majoritairement. Plus de neuf femmes sur dix âgées de 18 à 54 ans actives sexuellement déclarent avoir utilisé une méthode contraceptive lors de leur dernier rapport sexuel en 2011. La pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée par les femmes de la région (36,3 %). En dépit d'un recul de son usage, la pilule reste la méthode de contraception la plus souvent utilisée devant le dispositif intra-utérin et le préservatif, en 2016 en France [14]. Malgré la diversité des méthodes contraceptives, le taux de recours à l'IVG est sensiblement élevé en Guadeloupe parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans : 33,8 recours pour 1 000 femmes.

Les Guadeloupéennes n'échappent pas à la recrudescence des IST observées ces dernières années, même si l'usage du préservatif reste massif selon les déclarations. En 2016, selon les données extraites de l'enquête LaboIST, les femmes guadeloupéennes ont les taux de diagnostics d'infection à *Chlamydia* et à gonocoque parmi les plus élevés de France. Ces deux infections sont majoritairement plus fréquentes dans la population féminine que masculine, à l'inverse de l'infection à VIH [13].

En dépit de certaines évolutions observées, des différences de comportements sexuels subsistent entre les femmes et les hommes. Les Guadeloupéennes déclarent nettement moins de partenaires au cours de la vie que les Guadeloupéens et elles sont proportionnellement moins nombreuses à être multipartenaires. Dans la population féminine de la région, l'âge au premier rapport reste supérieur à l'âge médian des hommes (17,6 ans contre 16,1 ans) et lors de ce premier rapport, le partenaire est souvent plus âgé. Ces écarts entre les deux sexes s'expliqueraient par les représentations qui reposent sur certaines idées reçues. En effet, la sexualité féminine renvoie majoritairement à un cadre affectif et conjugal tandis que la sexualité masculine est davantage considérée comme un « besoin naturel, physiologique » [15]. En 2011, 60 % des femmes guadeloupéennes adhèrent à l'idée selon laquelle « par nature, les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes ». Les représentations sociales de la sexualité semblent encore bien présentes dans la région. Enfin, les Guadeloupéennes sont plus exposées aux violences sexuelles, et ce dès le premier rapport sexuel.



PARTIE 3

ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ

Les indicateurs de morbidité et mortalité renseignent sur l'état de santé d'une population. L'indicateur retenu dans ce document pour décrire l'état de santé d'une population est le taux standardisé. Il est abordé selon le sexe, l'âge ou la maladie.

Pour tous les indicateurs (hospitalisation, admissions en ALD et mortalité), les données relatives à un territoire concernent les individus domiciliés sur ce territoire, indépendamment du lieu de survenue de l'évènement.

A- CONSOMMATION DE SOINS DE VILLE

Seules sont abordées les consommations de soins réalisées par des médecins gynécologues et les sages-femmes. Les données relatives à la consommation de soins de ville ne sont pas disponibles par sexe.

Fort recours aux sages-femmes

En 2017, la consommation de soins gynécologiques des femmes vivant en Guadeloupe est de 91 actes réalisés pour 100 habitantes âgées de 15 ans ou plus. Pour cette même année, le nombre d'actes réalisés par des sages-femmes s'établit à 468 actes pour 100 habitantes de Guadeloupe. De 2014 à 2017, le recours aux sages-femmes a été multiplié par plus de cinq (93 actes pour 100 habitantes en 2014). Les Guadeloupéennes ont, par ailleurs, une plus grande consommation en soins gynécologiques ou en soins réalisés par les sages-femmes que leurs homologues vivant en France hexagonale (67 actes pour 100 habitantes en soins gynécologiques et 195 actes pour 100 habitantes réalisés par des sages-femmes).

La consommation de soins de ville a été analysée à partir des données de remboursement des différents régimes d'assurance maladie obligatoire issue de la base de données Système National d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (Sniir-AM). Cette consommation a été évaluée par le nombre d'actes réalisés pour 100 habitants de la Guadeloupe, quel que soit le lieu de réalisation des actes. En considérant qu'une forte majorité de la population est couverte par un des régimes de l'assurance maladie – le régime général couvrant déjà à lui seul, 91 % de la population en 2015 – la consommation de soins est rapportée à l'ensemble des habitants.

ENCADRÉ 2

DENSITÉS DE GYNÉCOLOGUES ET DE SAGES-FEMMES EN GUADELOUPE

Au 1^{er} janvier 2017, 37 gynécologues-obstétriciens exercent en Guadeloupe (tous modes d'exercices). La densité médicale correspondante est de 21 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 ans ou plus. Précédée de la Guyane, de La Réunion et de l'Île-de-France, la Guadeloupe est classée au quatrième rang des régions françaises ayant la densité en médecins gynécologues la plus élevée. Il en est de même pour la densité de sages-femmes. L'effectif de sages-femmes installées dans la région est de 177, correspondant à une densité de 187 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Ces densités de sages-femmes et de médecins gynécologues sont supérieures aux densités mesurées en France hexagonale : 153 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans et 17 gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 ans ou plus.



B- CONSOMMATION DE SOINS HOSPITALIERS

Les données d'hospitalisation disponibles pour la Guadeloupe incluent les séjours des habitants de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin. En 2015⁷, les séjours des habitants de ces deux collectivités représentent 7 % de l'ensemble des séjours des habitants domiciliés dans les trois territoires.

60 000 SÉJOURS HOSPITALIERS EN SERVICE DE SOINS DE COURTE DURÉE CONCERNANT DES FEMMES

Sur la période 2013-2015, plus de 100 000 séjours hospitaliers en service de soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ont concerné des habitants de Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Plus de la moitié de ces séjours (59 %) a concerné des femmes. Ainsi, dans la population féminine, le taux d'hospitalisation s'établit à 252 séjours pour 1 000 habitantes contre 201 séjours pour 1 000 habitants dans la population masculine.

PREMIER MOTIF D'HOSPITALISONS : GROSSESSES ET ACCOUCHEMENT

Les grossesses et les accouchements constituent le premier motif de recours à l'hospitalisation des femmes de Guadeloupe et des collectivités territoriales de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin (20 %). Parmi ces séjours, près de la moitié sont liés à une grossesse ou un accouchement compliqué(e) (46 %), moins de trois sur dix à un accouchement unique et spontané (29 %) et un quart à une interruption de grossesse. Les maladies digestives sont le deuxième motif de séjours hospitaliers (10 % des séjours), suivies des maladies de l'œil et de ses annexes (8 %) puis des tumeurs (7 %) [Tableau III].

DES MOTIFS DE SÉJOURS HOSPITALIERS DIFFÉRENTS SELON L'ÂGE

Les principaux motifs d'hospitalisation diffèrent en fonction de l'âge. Dans la tranche d'âges des 15- 44 ans, les grossesses et accouchements constituent le premier motif d'hospitalisation (48 %), suivies des maladies de l'appareil uro-génital (7 %) et de l'appareil digestif (7 %). Chez les femmes âgées de 45 ans à 64 ans, les maladies de l'appareil digestif correspondent à la première cause d'hospitalisation (14 %). Les tumeurs et les maladies de l'œil représentent respectivement 11 % et 9 % des motifs d'hospitalisation. Au-delà de 65 ans, les femmes sont hospitalisées, en premier lieu, pour les maladies de l'œil et de ses annexes (21 %), suivies des maladies de l'appareil circulatoire (12 %) puis des maladies de l'appareil digestif (10 %). À l'autre extrémité, les jeunes filles âgées

La consommation de soins hospitaliers a été étudiée à partir des séjours hospitaliers effectués dans les unités de soins de courte durée en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) des établissements hospitaliers publics et privés de France. Elle a été appréciée notamment par le taux brut de recours aux soins, calculé en rapportant le nombre de séjours consommés sur une période à la population de la même période. Le motif de l'hospitalisation est déterminé en fonction du diagnostic principal, qui est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale. Il est codé selon la dixième classification internationale des maladies (CIM-10) (Annexe 1).

de moins de 15 ans sont hospitalisées pour les maladies respiratoires (18 %) suivies des lésions traumatiques et les empoisonnements (10 %) [Tableau III].

En France hexagonale, les premiers motifs d'hospitalisation des femmes selon l'âge restent identiques à ceux observés chez les Guadeloupéennes, excepté dans la tranche d'âges des 65 ans ou plus. En effet, au-delà de cet âge, les femmes vivant en France hexagonales sont, à proportions égales, hospitalisées pour les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'œil et de ses annexes (13 %).

⁷<https://www.scansante.fr/applications/analyse-activite-regionale>

**Tableau II - Répartition des séjours hospitaliers en court séjour MCO des femmes selon la maladie traitée en Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin sur la période 2013-2015**

	Répartition des séjours (en %)				
	Moins de 15 ans	15 à 44 ans	45 à 64 ans	65 ans ou plus	Tous âges
Grossesse et accouchement	1 %	48 %	0 %	0 %	20 %
Maladies de l'appareil digestif	7 %	7 %	14 %	10 %	10 %
Maladies de l'œil et de ses annexes	1 %	1 %	9 %	21 %	8 %
Tumeurs	2 %	4 %	11 %	7 %	7 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	3 %	7 %	6 %	3 %	6 %
Maladies de l'appareil circulatoire	1 %	1 %	5 %	12 %	5 %
Maladie du système ostéo-articulaire [...]	3 %	2 %	6 %	5 %	4 %
Lésions traumatiques et empoisonnements	11 %	2 %	3 %	3 %	3 %
Maladies de l'appareil respiratoire	21 %	1 %	2 %	3 %	3 %
Maladies endocriniennes (...)	2 %	2 %	4 %	3 %	3 %
Maladies du système nerveux	3 %	1 %	4 %	3 %	3 %
Autres motifs	46 %	24 %	36 %	29 %	30 %
Nombre moyen annuel de séjours hospitaliers	3 571	24 016	16 449	15 964	60 000

Sources : PMSI MCO – DREES

Exploitation : ORSaG

DES MOTIFS DE SÉJOURS HOSPITALIERS - HORS ACCOUCHEMENTS - SEMBLABLES

En excluant les séjours pour grossesses et accouchement, le taux d'hospitalisation féminin diminue et s'établit à 202 séjours pour 1 000 femmes. Il est proche du taux masculin (201 séjours pour 1 000 hommes). Les deux premiers motifs d'hospitalisations sont, par ail-

leurs, identiques : maladies de l'appareil digestif, suivies des maladies de l'œil et ses annexes. Dans la population féminine, les tumeurs constituent le troisième motif d'hospitalisation hors séjours liés à la maternité. Chez les hommes, il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire.

C- NOUVELLES ADMISSIONS EN AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Sur la période 2012-2014, en moyenne chaque année, 8 420 nouveaux bénéficiaires ont été pris en charge pour une affection de longue durée en Guadeloupe. Quatre motifs sont à l'origine de 78 % des nouvelles admissions dans la région : le diabète de type 1 ou 2, les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs malignes et les affections psychiatriques.

PLUS DE 4 000 NOUVELLES BÉNÉFICIAIRES EN ALD PAR AN, EN MOYENNE

Sur les 8 420 nouveaux bénéficiaires pris en charge, en moyenne chaque année, durant la période 2012-2014 en Guadeloupe, la moitié des bénéficiaires sont des femmes. Le taux standardisé d'admissions en ALD (toutes causes confondues) parmi les Guadeloupéennes s'établit à 1 956 admissions pour 100 000 habitantes. À structure d'âges identiques, les femmes sont moins concernées par les admissions en ALD que les hommes (2 485 admissions pour 100 000 habitants). Les Guadeloupéennes ont toutefois un taux de nouvelles admissions supérieur au taux des femmes de la France hexagonale (1 877 admissions pour 100 000 habitantes).

Les affections de longue durée (ALD) sont des maladies graves ou chroniques, nécessitant un traitement prolongé et coûteux. Elles ouvrent droit à une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des dépenses de santé liées à ces maladies. La liste des ALD est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. En raison de la suppression de l'hypertension artérielle sévère (ALD 12) de la liste des ALD 30 (décret n°2011-726), les analyses concernant l'ensemble des ALD excluent l'ALD 12 (Annexe 2).



Les nouvelles admissions en ALD avant l'âge de 65 ans représentent 57 % de l'ensemble des admissions féminines. Le taux standardisé d'admissions en ALD s'établit à 1 296 pour 100 000 Guadeloupéennes âgées de moins de 65 ans. À âge comparable, les femmes sont également moins concernées par ces admissions en ALD que les hommes de la région (1 478 pour 100 000 hommes). Par contre, le taux d'admissions en ALD des Guadeloupéennes âgées de moins de 65 ans est supérieur à celui des femmes de France hexagonale (1 101 admissions pour 100 000 habitantes).

Le taux standardisé sur l'âge est le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure par âge qu'une population de référence. Il permet donc de comparer la survenue d'événements en éliminant l'effet de l'âge. Dans ce document, la population de référence choisie est la France entière au recensement de 2006.

Les taux standardisés permettent la comparaison de périodes, de territoires et entre les hommes et les femmes. Un test statistique a été effectué afin de mettre en évidence les différences significatives (au seuil de 5 %)⁸.

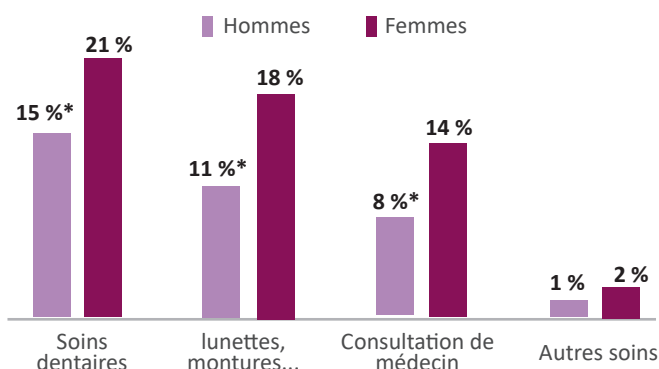
ENCADRÉ 3

RENONCEMENT AUX SOINS

Le renoncement aux soins pour des raisons financières est un bon indicateur pour apprécier l'accessibilité financière aux soins des systèmes de santé, mais également pour identifier les soins pour lesquels les barrières financières d'accès sont les plus marquées.

Plus trois Guadeloupéennes sur dix (34 %) interrogées lors du Baromètre Santé DOM de 2014 déclarent avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières, au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le renoncement à au moins un soin apparaît plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Le taux de renoncement des Guadeloupéennes varie selon les soins considérés [Figure 7]. Il est plus élevé pour les soins dentaires (21 %) et l'appareillage optique (18 %). Il varie également selon les classes d'âges : les femmes âgées de 25 à 44 ans sont proportionnellement les plus nombreuses à déclarer un renoncement aux soins pour des raisons financières (40 %) [Tableau III]. Comparativement aux femmes domiciliées en France hexagonale (respectivement 15 % et 9 %), les Guadeloupéennes déclarent davantage renoncer financièrement aux soins optiques ou une consultation de médecin.

Figure 7 – Proportion de personnes ayant déclaré un renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois selon le sexe en Guadeloupe en 2014



Source : Baromètre Santé DOM 2014 Exploitation : ORSaG
Champ : Ensemble des individus enquêtés âgés de 15 à 75 ans (n=2 028)

* Différence significative avec les femmes

Tableau III - Taux de renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois selon le sexe en Guadeloupe en 2014

	Hommes	Femmes
Moins de 25 ans	14 %	22 %
25 - 44 ans	22 %	40 %
45 - 64 ans	32 %	35 %
65 ans ou plus	20 %	26 %

Source : Baromètre Santé DOM 2014 Exploitation : ORSaG
Champ : Ensemble des individus enquêtés âgés de 15 à 75 ans (n=2 028)

⁸ Le test statistique prend en compte la taille des populations, ce qui explique que certaines unités géographiques peuvent avoir un test non significatif par rapport au territoire de comparaison alors que leurs taux sont plus ou moins élevés que ceux d'autres unités géographiques ayant un test significatif.



DIABÈTE : PREMIÈRE CAUSE DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD

À l'instar de ce qui s'observe en population générale, le diabète de type 1 ou 2 constitue le premier motif d'admissions des femmes de la région. Ce motif concerne un tiers des nouvelles admissions féminines sur la période 2012-2014. Un peu moins de deux admissions sur dix ont pour motif les maladies cardio-vasculaires (17 %) ou les tumeurs malignes (16 %). Les admissions pour une affection psychiatrique de longue durée concernent une femme sur dix [Tableau IV]. Dans la population masculine, ces principaux motifs d'admissions sont aussi observés avec des répartitions différentes : diabète

(28 %), maladies cardio-vasculaires (22 %), tumeurs malignes (21 %) et affections psychiatriques (9 %).

Comparativement aux femmes vivant en France hexagonale, les principaux motifs d'admissions chez les femmes de la région sont différents. En effet, les maladies cardio-vasculaires constituent le premier motif d'admissions en ALD chez les femmes au niveau national (26 %), suivies des tumeurs malignes (23 %) et du diabète de type 1 ou 2 (15 %).

LA NATURE DES MOTIFS EN ALD DIFFÉRENTE SELON L'ÂGE

Parmi les femmes âgées de plus de 25 ans, le diabète de type 1 ou 2 demeure le premier motif d'admissions en ALD. Son poids relatif comme premier motif augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans avant de diminuer. Entre 25 et 45 ans, les admissions pour une affection psychiatrique de longue durée constituent le deuxième motif d'admissions féminines sur la période, suivies des tumeurs malignes et des maladies cardio-vasculaires. Chez les femmes âgées de 45 à 65 ans, les tumeurs malignes constituent le deuxième motif d'admissions en ALD : 21 % des admissions des femmes âgées de 45 à 54 ans et 18 % chez les femmes âgées de 55 à 64 ans. Au-delà de 65 ans, les maladies cardio-vasculaires représentent un peu plus d'un quart des nouvelles admissions féminines en Guadeloupe (27 %) et sont suivies des tumeurs malignes (14 %). Les admissions pour maladie d'Alzheimer et autres démences concernent 12 % des femmes âgées de 65 ans ou plus. Avant l'âge de 25 ans, près de deux admissions en ALD sur dix ont pour motif une af-

fection psychiatrique de longue durée (21 %) constituant ainsi le premier motif d'admissions en ALD [Tableau IV].

Si le diabète de type 1 ou 2 est le premier motif d'admissions en ALD chez les femmes âgées de plus de 25 ans, chez les femmes vivant en France hexagonale ce motif constitue le deuxième ou troisième motif d'admissions en ALD au-delà de cet âge. Ainsi, chez les femmes âgées de 35 à 64 ans, les tumeurs malignes constituent le premier motif d'admissions en ALD : 28 % des admissions des femmes âgées de 35 à 44 ans, 34 % chez les femmes âgées de 45 à 54 ans et 35 % chez les femmes âgées de 55 à 64 ans. Au-delà de 65 ans, les maladies cardio-vasculaires sont le premier motif d'admissions en ALD (un tiers des admissions féminines pour la période 2012-2014). Avant l'âge de 25 ans, les admissions pour affections psychiatriques de longue durée constituent le premier motif d'admissions en ALD au niveau national.

Tableau IV - Répartition des quatre principales causes de nouvelles admissions en ALD chez la femme guadeloupéenne sur la période 2012-2014, selon l'âge

	Répartition des nouvelles admissions en ALD (en %)						Tous âges
	Moins de 25 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65 ans ou plus	
Diabète de type 1 et type 2	8 %	24 %	34 %	40 %	45 %	29 %	33 %
Maladies cardio-vasculaires ⁹	9 %	7 %	8 %	10 %	13 %	27 %	17 %
Tumeurs malignes (...)	6 %	10 %	16 %	21 %	18 %	14 %	16 %
Affections psychiatriques de longue durée	21 %	22 %	17 %	12 %	9 %	5 %	10 %
Nombre de nouvelles admissions (moyenne annuelle)	245	161	377	734	905	1 785	4 214

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Exploitation : ORSaG

⁹ Les maladies cardio-vasculaires regroupent quatre affections que sont l'accident vasculaire cérébral invalidant, l'artériopathie chronique avec manifestations ischémiques, l'insuffisance cardiaque grave et la maladie coronaire.



DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD EN AUGMENTATION

De la période 2006-2008 à celle de 2012-2014, le taux de nouvelles admissions pour l'ensemble des ALD chez les femmes a connu une hausse significative en Guadeloupe. Ainsi, le taux féminin de 1 735 admissions pour 100 000 habitantes pour la période 2006-2008 est passé

à 1 956 pour 100 000, soit une hausse de 13 %. Cette augmentation est inférieure à celle observée dans la population masculine de la région (+15 %) ou chez les femmes vivant en France hexagonale (+19 %).

D- MORTALITÉ

Sur la période 2008-2014, 2 938 individus sont décédés, en moyenne, chaque année en Guadeloupe. Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès de la population régionale, suivies des tumeurs.

46 % DES DÉCÈS CONCERNENT DES FEMMES

Sur la période 2008-2014, 1 353 habitantes de la Guadeloupe sont décédées, en moyenne chaque année, soit 46 % de l'ensemble des décès de la région. Établi à 613 décès pour 100 000 habitantes, le taux standardisé de mortalité dans la population féminine de la région est sensiblement inférieur au taux masculin (1 033 décès pour 100 000 habitants). À structure d'âge comparable, la mortalité régionale des femmes est supérieure de 6 % à la mortalité nationale (580 décès pour 100 000 habitantes).

Toujours durant la même période, sur la totalité des décès de femmes domiciliées en Guadeloupe, 276 décès sont survenus avant l'âge de 65 ans, en moyenne, par an. Ces décès qualifiés de prématurés représentent 20 % des décès féminins. Chez les hommes, ces décès prématurés représentent une part plus importante (34 % des décès masculins). À structure d'âge égale, les Guadeloupéennes sont deux fois moins touchées par la mortalité prématurée que les hommes : 147 décès pour 100 000 femmes âgées de moins de 65 ans contre 336 décès pour 100 000 hommes de la tranche d'âges. La mortalité prématurée des femmes guadeloupéennes est sensiblement supérieure à celle du niveau national (121 décès pour 100 000 femmes âgées de moins de 65 ans).

Les données de mortalité sont extraites des statistiques nationales de causes de décès publiées annuellement par le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) de l'Inserm. Pour chaque décès, la cause analysée est la cause principale, codée selon la dixième révision de la Classification Internationale des maladies (CIM-10).

Les causes externes de morbidité et de mortalité concernent toutes les causes externes responsables de lésions traumatiques, d'intoxication et d'autres effets indésirables. Les principaux groupes sont les suivants : les accidents, les lésions auto-infligées, les agressions, les événements dont l'intention n'est pas déterminée, les interventions de la force publique et faits de guerre, les complications de soins médicaux et chirurgicaux, les séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité, les facteurs supplémentaires.

Les symptômes et résultats anormaux d'examens non classés ailleurs comportent les états et symptômes non nettement définis qui, sans que le cas ait été suffisamment étudié pour permettre un diagnostic définitif, orientent vers deux maladies ou plus ou vers deux appareils ou plus du corps humain. Presque toutes les catégories de ce chapitre pourraient être désignées « sans autre indication », « d'étiologie inconnue » ou « transitoire ».

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE : PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ CHEZ LES FEMMES EN GUADELOUPE

Sur la période 2008-2014, avec 385 décès, en moyenne, par an, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès chez les femmes guadeloupéennes (28 % des décès féminins), suivies des tumeurs qui représentent 23 % des décès féminins. Les « décès non classés » constituent la troisième cause de décès (12 %). Les causes externes de morbidité et de mortalité sont à l'origine de 64 décès féminins en moyenne par an [Tableau V].

Parmi ces décès, 16 % sont la conséquence de chutes accidentelles. Les accidents de la circulation et les suicides représentent chacun 13 % de ces décès.

Dans la population masculine, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire demeurent les deux premières causes de décès (respectivement 25 % et 23 %) suivies des causes externes de morbidité et de mortalité (11 %).



Les premières causes de mortalité - maladies de l'appareil circulatoire et tumeurs- des femmes guadeloupéennes sont identiques à celles des femmes vivant en France hexagonale (respectivement 28 % et 25 % des décès féminins au niveau nationale). Les symptômes, signes et résultats anormaux sont la troisième cause de mortalité au niveau national (9 %).

DES CAUSES DE MORTALITÉ QUI VARIENT AVEC L'ÂGE

Le poids relatif des principales causes de décès varie fortement avec l'âge. Chez les femmes âgées de moins de 25 ans, les causes externes de morbidité et de mortalité représentent un décès sur cinq (21 %) sur la période 2008-2014. Les décès liés à certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale représentent près de trois cas sur dix (28 %). Entre 25 et 64 ans, les tumeurs représentent la première cause de décès parmi les femmes. Ainsi, elles sont responsables d'environ deux décès sur cinq (39 %) dans cette tranche d'âges. Au-delà de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès des Guadeloupéennes (33 %) [Tableau V].

Quelles que soient les tranches d'âges considérées, les principales causes de décès des femmes guadeloupéennes sont semblables à celles des femmes vivant en France hexagonale. Ainsi, avant l'âge de 25 ans, les décès liés à certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale représente 24 % des décès féminins au niveau national. Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire constituent respectivement, la première cause de décès parmi les femmes âgées entre 25 et 64 ans et celles âgées de 65 ans ou plus.

Une mortalité générale en diminution

De la période 2001-2007 à celle de 2008-2014, la mortalité générale a diminué de 9 % chez les femmes de Guadeloupe. Ainsi, le taux féminin régional de 676 décès pour 100 000 habitantes en 2001-2007 est passé à 613 pour 100 000 en 2008-2014. La mortalité diminue également parmi les hommes de la région (-6 %) que les femmes vivant en France hexagonale (-8 %).

Tableau V - Répartition des quatre principales causes de décès en Guadeloupe chez la femme selon l'âge sur la période 2008-2014

	Répartition des causes de décès (en %)				
	Moins de 25 ans	25-44 ans	44- 65 ans	65 ans ou plus	Tous âges
Maladies de l'appareil circulatoire	3 %	12 %	18 %	32 %	28 %
Tumeurs	8 %	26 %	42 %	18 %	22 %
Symptômes, signes et résultats anormaux (...)	15 %	11 %	8 %	13 %	12 %
Causes externes de morbidité et de mortalité	21 %	19 %	6 %	3 %	5 %
Nombre de décès (moyenne annuelle)	34	46	196	1 077	1 353

Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation : ORSaG

EN SAVOIR PLUS

ORSaG. La mortalité prématurée en Guadeloupe.
Dossiers thématiques. Baie Mahault, 2018 ; 15p.



SYNTHÈSE

À l'instar de leurs homologues de la France hexagonale, les femmes de Guadeloupe se déclarent plus souvent atteintes d'une maladie ou d'un problème de santé chronique que les hommes. Toutefois en considérant les maladies chroniques les plus fréquentes, particulièrement celles qui nécessitent des prises en charge de longue durée, les femmes restent moins affectées. Leurs indicateurs de morbidité et de mortalité sont sensiblement plus favorables. Sur la période 2012-2014, en Guadeloupe, le taux standardisé des nouvelles admissions pour l'ensemble des ALD (hors ALD 12) s'établit à 1 956 pour 100 000 habitantes contre 2 485 admissions pour 100 000 hommes de la région. À âge égal, le taux de mortalité générale et prématurée est respectivement 1,7 et 2,3 fois moins élevé parmi les Guadeloupéennes.

De la période 2006-2008 à celle de 2012-2014, le taux de nouvelles admissions pour l'ensemble des ALD chez les femmes croît de 13 %. L'augmentation du nombre de nouvelles admissions en ALD est probablement une conséquence directe de la simplification de l'établissement du protocole de soins de demande en ALD par le médecin traitant depuis 2007. Elle semble attester d'une meilleure prise en charge des patients de la région, et toutes choses égales par ailleurs, permet d'acquérir quelques années de vie supplémentaires.

Comparativement à la population masculine de la région, une sous-mortalité féminine s'observe pour la plupart des causes de décès. La mortalité appréhendée par l'étude du taux standardisé indique un recul de cette dernière aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, les Guadeloupéennes ont un taux de mortalité supérieur à celui des femmes de la France hexagonale.

La sexualité et la procréation jouent un rôle important dans la santé des femmes. Sur la période 2013-2015, en Guadeloupe, la majorité des séjours hospitaliers des femmes sont liés aux grossesses et aux accouchements : 11 694 séjours, en moyenne, par an. Au regard des tranches d'âges, les motifs d'hospitalisations évoluent néanmoins différemment. Enfin, les suivis spécifiquement liés à la santé sexuelles - suivis gynécologiques, suivis de grossesses, contraception...- contribuent en outre au rapprochement de la population féminine au système de santé.

PARTIE 4

LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ

Dans ce chapitre seront abordées les principales maladies touchant les femmes guadeloupéennes : les affections psychiatriques, les tumeurs malignes, l'obésité et les maladies chroniques que sont notamment le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

A- DIABÈTE

Depuis les trente dernières années, la prévalence du diabète est en constante augmentation. Cette progression résulte de la combinaison de plusieurs facteurs de risque associés tels que le vieillissement de la population, l'obésité et la sédentarité.

Le diabète est la première cause de nouvelles admissions en ALD en Guadeloupe. Sur la période 2012-2014, le nombre annuel d'admissions en ALD pour diabète est 2 579 en moyenne. Le taux standardisé est de 649 nouvelles admissions pour 100 000 habitants.



14 % DES GUADELOUPÉENNES SONT DIABÉTIQUES

Selon l'enquête KANNARI en 2013 [16], la prévalence du diabète -diagnostiqué par un professionnel de santé- parmi les Guadeloupéennes âgées de 16 ans ou plus est de 14 %. Ces dernières sont davantage concernées par cette maladie que leurs homologues masculins (8 %).

DIABÈTE : UN TIERS DES NOUVELLES ADMISSIONS FÉMININES

Sur la période 2012-2014, 1 402 nouvelles admissions en ALD pour diabète ont concerné des Guadeloupéennes, en moyenne, chaque année. Représentant un tiers des nouvelles admissions féminines, le diabète est le premier motif d'admissions. Le taux standardisé d'admissions pour ce motif chez les Guadeloupéennes est de 642 nouvelles admissions pour 100 000 habitantes. Il est proche du taux établi parmi les hommes (657 admissions pour 100 000 habitants).

Si dans l'ensemble régional, le taux d'admissions pour diabète des femmes ne diffère pas de celui des hommes, il faut toutefois noter une disparité à l'échelle infrarégionale. Les habitantes de Marie-Galante sont davantage concernées par de nouvelles admissions en ALD pour diabète que les hommes de Marie-Galante, et pré-

Cette prévalence augmente avec l'âge pour atteindre un pic à 40 % chez les femmes âgées de 65 à 74 ans. Au-delà de 75 ans, la prévalence du diabète est moindre (28 %).

sentent en outre, un taux significativement plus élevé que celui des femmes de la Guadeloupe (837 nouvelles admissions).

Les Guadeloupéennes se singularisent, par ailleurs, par un taux d'admissions pour ce motif 2,2 fois plus élevé que leurs homologues de la France hexagonale (294 admissions pour 100 000 habitantes).

De la période 2006-2008 à la période 2012-2014, les taux standardisés d'admissions en ALD pour diabète restent stables pour l'ensemble des Guadeloupéennes sauf parmi les Marie-Galantaises dont le taux augmente.

ENCADRÉ 4

DIABÈTE DE TYPE 2

Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente de diabète (90 % des cas). Il se manifeste généralement chez les adultes âgés de 40 ans ou plus. Néanmoins du fait de l'accroissement de l'obésité parmi les adolescents et les jeunes adultes, ce type de diabète est désormais de plus en plus fréquent dans ces jeunes populations.

Sur la période 2012-2014, 1 314 nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 2 ont concerné des Guadeloupéennes, en moyenne, chaque année, soit 93 % de l'ensemble des admissions féminines pour diabète. Le taux standardisé établi dans la population féminine reste proche de celui des hommes de la région (respectivement 600 et 609 nouvelles admissions pour 100 000 habitants) et 2,2 fois supérieur à celui des femmes vivant en France hexagonale (271 nouvelles admissions pour 100 000 habitantes).

DAVANTAGE DE FEMMES HOSPITALISÉES POUR DIABÈTE

Sur la période 2015-2017, en moyenne par an, 1 792 patientes domiciliées en Guadeloupe ont été hospitalisées pour diabète¹⁰ (type 1 et type 2), correspondant à un taux standardisé de 778 patientes hospitalisées pour 100 000 habitantes. À structure d'âges comparable, l'hospitalisation des femmes guadeloupéennes pour ce motif est plus fréquente que celles des hommes (670 patients hospitalisés pour 100 000 habitants) et des femmes de la France hexagonale (233 patientes hospitalisées pour 100 000 habitants).

DIABÈTE : 195 DÉCÈS DE FEMMES GUADELOUPÉENNES EN MOYENNE PAR AN

La mortalité liée au diabète est difficile à apprécier, car pour les décès liés à ses complications, l'étiologie diabétique n'est pas toujours mentionnée. Sur la période 2008-2014, en moyenne par an, 195 décès de femmes guadeloupéennes sont liés au diabète¹¹. Le taux de mortalité établi est de 91 décès pour 100 000 femmes. La mortalité liée au diabète des femmes est proche de celle des hommes de la région (98 décès pour 100 000 hommes). Les Guadeloupéennes sont en surmortalité par rapport aux femmes de la France hexagonale (36 décès pour 100 000 femmes).

¹⁰Hospitalisation pour diabète en diagnostic principal, relié ou associé.



B- MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Les maladies cardio-vasculaires constituent un ensemble d'affections souvent liées entre elles, affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Selon leur localisation, elles peuvent être graves et mettre en jeu le pronostic vital. Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde. Il est cependant possible de prévenir la plupart des maladies cardio-vasculaires en s'attaquant aux facteurs de risque comportementaux : tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation ...

Les admissions pour maladie cardio-vasculaire regroupent quatre motifs d'admissions : accident vasculaire cérébral invalidant, artériopathie chronique avec manifestations ischémiques, insuffisance cardiaque grave et maladie coronaire. Sur la période 2012-2014, 1 648 nouvelles admissions en ALD pour maladie cardio-vasculaire ont concerné des Guadeloupéens, en moyenne, chaque année. Il s'agit du deuxième motif d'admissions en ALD pour la région et la première cause de mortalité.

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES : PRÈS DE DEUX ADMISSIONS FÉMININES SUR DIX

Durant la période 2012-2014, moins d'une admission féminine sur cinq en ALD a pour motif les maladies cardio-vasculaires (17 %). Si de façon générale, les seniors sont davantage concernés par ce motif d'admissions, il faut noter, que la part d'admissions concernant les personnes âgées de 65 ans ou plus est plus élevée chez les femmes : 65 % des admissions féminines contre 57 % des admissions masculines.

À structure d'âges comparable, les admissions pour maladie cardio-vasculaire sont moins fréquentes dans la population féminine. Le taux standardisé féminin établi à 346 nouvelles admissions pour 100 000 habitantes est 1,6 fois inférieur au taux masculin (557 nouvelles admissions). Cette observation demeure valable dans tous les

EPCI, exception faite de Marie-Galante où les taux selon le sexe ne diffèrent pas significativement.

De plus, le taux de nouvelles admissions pour maladie cardio-vasculaire des Guadeloupéennes est sensiblement inférieur (-21 %) au taux des femmes vivant en France hexagonale (439 nouvelles admissions pour 100 000 habitantes).

De la période 2006-2008 à celle de 2012-2014, une hausse significative du taux standardisé d'admissions en ALD pour maladie cardio-vasculaire est constatée chez les femmes (+24 %). Il en est de même dans la population masculine de la région (+24 %) ou dans la population féminine vivant en France hexagonale (+29 %).

ENCADRÉ 5

LES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

Les cardiopathies ischémiques ou maladies coronaires constituent un sous-groupe des maladies cardio-vasculaires. Elles affectent les vaisseaux sanguins alimentant le cœur. En raison de leur localisation, elles sont graves et peuvent mettre en jeu le pronostic vital.

Les cardiopathies ischémiques sont la 7^e cause de nouvelles admissions en ALD en Guadeloupe et touchent surtout les sujets âgés (65 ans ou plus). Elles sont moins fréquentes parmi les Guadeloupéennes que parmi les Guadeloupéens : 48 admissions pour 100 000 femmes contre 99 admissions pour 100 hommes, sur la période 2012-2014. Standardisées sur l'âge, les femmes de la région sont moins souvent hospitalisées que les hommes. Le taux féminin de mortalité par cardiopathie ischémique est 1,7 fois inférieur au taux masculin sur la période 2008-2013. Par rapport à l'ensemble de la population féminine vivant en France hexagonale, les femmes guadeloupéennes présentent une sous-mortalité par cardiopathie ischémique de 39 %.

¹¹ La mortalité liée au diabète est déterminée à partir des décès ayant pour cause initiale le diabète et les décès pour lesquels cette dernière est une cause associée ou est identifiée comme comorbidité.



MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE : 385 DÉCÈS FÉMININS

Sur la période 2008-2014, les maladies de l'appareil circulatoire sont responsables de 385 décès féminins, en moyenne, par an. Sur dix décès féminins liés à cette cause, près de neuf concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus (89 %). Le taux de mortalité correspondant est de 173 décès pour 100 000 habitantes, et est 1,4 fois plus faible que celui des hommes. À l'échelle des EPCI, une sous-mortalité féminine par maladie de l'appareil circulatoire s'observe. Les habitantes du Nord Grand-Terre sont les seules à se distinguer avec un taux de mortalité supérieur au taux régional (195 décès pour

100 000 habitantes).

La mortalité féminine par maladie de l'appareil circulatoire en Guadeloupe est, cependant, supérieure à celle en France hexagonale (152 décès pour 100 000 habitantes).

De la période 2001-2007 à celle de 2008-2014, la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire a diminué de 25 % chez les femmes. Cette baisse est supérieure à celle observée dans la population masculine (-19 %), mais moindre que celle établie chez les femmes vivant en France hexagonale (-27 %).

EN SAVOIR PLUS

ORSaG. Les maladies cardio-vasculaires en Guadeloupe.

Dossiers thématiques. Baie-Mahault ; 2018 ; 33p.

ENCADRÉ 6

L'HYPERTENSION CHEZ LES GUADELOUPÉENNES

Plusieurs facteurs constitutionnels ou comportementaux favorisent la survenue des maladies cardio-vasculaires : diabète, surcharge pondérale, sédentarité... L'hypertension artérielle constitue également un facteur de risque dans la survenue de ces maladies.

En 2013, selon l'enquête Kannari et les conditions définies dans l'étude, la prévalence de l'hypertension artérielle chez les Guadeloupéennes est établie à 40 % et elle ne diffère pas de celle calculée dans la population masculine (37 %). L'étude montre, néanmoins, que l'hypertension artérielle est plus fréquente chez les femmes en situation de surcharge pondérale : 58 % chez les femmes obèses, 37 % chez celles en surpoids contre 27 % chez celles sans surcharge pondérale. Il a également été observé que les Guadeloupéennes se sachant hypertendues se traitent davantage que leurs homologues masculins (93 % contre 79 %).

C- SURPOIDS ET OBÉSITÉ

La surcharge pondérale plus particulièrement l'obésité sont des facteurs de risque majeurs des maladies cardio-vasculaires, du diabète, des troubles musculo-articulaires et de certains cancers. En 2016, l'OMS estime que 40 % des femmes âgées de 18 ans ou plus sont obèses dans le monde.

PRÈS DE DEUX GUADELOUPÉENNES SUR TROIS SONT EN SURCHARGE PONDÉRALE

La récente étude menée en Guadeloupe a mis en exergue la prévalence élevée de l'obésité dans la région et particulièrement au sein de la population féminine [17]. Selon l'enquête Kannari 2013, près de deux tiers des Guadeloupéennes (63 %) sont en surcharge pondérale contre près d'un homme sur deux (49 %). Cette différence résulte essentiellement de la fréquence de l'obésité plus élevée parmi les femmes (31 % versus 12 %). La prévalence de la surcharge pondérale augmente, par ailleurs, avec l'âge et est inversement associée au niveau d'études. De 36 % chez les femmes âgées de 16 à 24 ans, elle est de 70 % chez celles âgées de plus de 45 ans [Figure 8].

Chez les femmes non diplômées, cette prévalence s'établit à 80 % contre 43 % parmi les femmes titulaires d'un diplôme supérieur au bac.

Menée en 2015 en France hexagonale, l'enquête Esteban, montre que 44 % des femmes sont en surcharge pondérale : 27 % sont en surpoids et 17 % sont obèses [18]. La comparaison de Kannari à Esteban met en évidence des prévalences de surpoids et de l'obésité sensiblement supérieures chez les femmes de Guadeloupe. En 2014, un constat analogue est retrouvé dans l'enquête Baromètre Santé DOM et particulièrement vis-vis de l'obésité. En ef-



fet, les femmes guadeloupéennes apparaissent presque deux fois plus souvent concernées par l'obésité que leurs homologues demeurant en France hexagonale : 22 % versus 12 %.

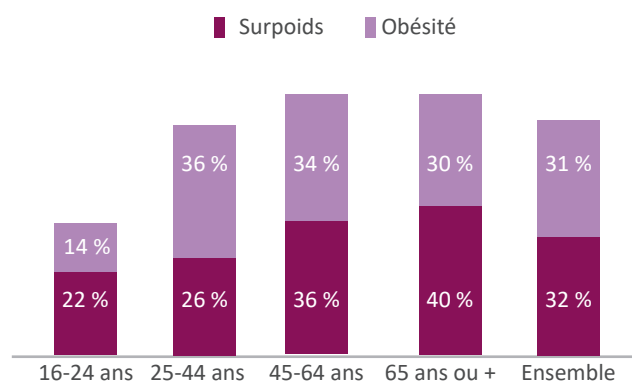
L'obésité abdominale, autre indicateur d'évaluation de l'excès de masse grasse, mesurée durant l'étude Kannari est également plus élevée chez les femmes et augmente

avec l'âge. Ainsi, en 2013, près de huit Guadeloupéennes sur dix (79 %) présentent une obésité abdominale contre 37 % des hommes. Plus d'un tiers (35 %) de la population féminine âgée de moins de 25 ans présente une obésité abdominale, alors que parmi les femmes âgées de 65 ans ou plus, cette proportion atteint 98 %.

DES GUADELOUPÉENNES CONSCIENTES DE LEUR IMAGE CORPORELLE

Compte tenu des déclarations, les Guadeloupéennes ont une perception de leur corpulence en adéquation avec leur indice de masse corporelle (IMC). Selon les données du Baromètre Santé DOM 2014, près de trois quarts (72 %) des femmes de la région âgées de 15 à 75 ans de corpulence normale estiment être à peu près du bon poids. Les femmes présentant une surcharge pondérale s'autoévaluent davantage comme étant un peu ou beaucoup trop grosses. Elles sont 58 % en surpoids (25 kg/m² ≤ IMC < 30 kg/m²) à déclarer être un peu trop grosses. Un peu plus de quatre Guadeloupéennes sur dix obèses (42 %) s'autoévaluent comme étant beaucoup trop grosses [Figure 9].

Figure 8 - Prévalence de la surcharge pondérale selon l'âge chez les femmes en Guadeloupe en 2013

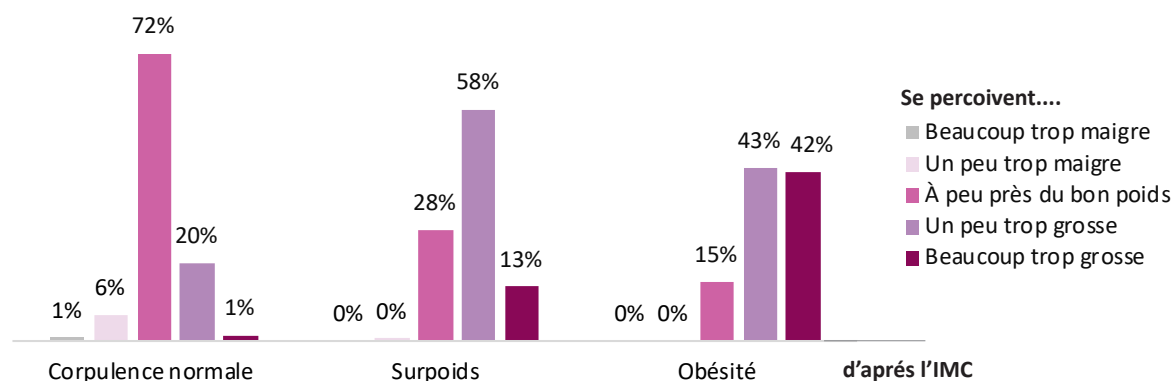


Source : Kannari 2013

Exploitation : ORSaG

Champ : Femmes âgées de 16 ou plus (n= 481)

Figure 9 - Perception des Guadeloupéennes âgées de 15 à 75 ans de leur corpulence selon leur IMC en 2014



Source : Baromètre Santé DOM 2014

Champ : Ensemble des femmes enquêtées âgées de 15 à 75 ans (n=1 204)

Exploitation : ORSaG

AUGMENTATION DE L'OBÉSITÉ FÉMININE DANS LA RÉGION

Les enquêtes Baromètre Santé Nutrition et Baromètre Santé DOM déclinées en Guadeloupe respectivement en 2010 et 2014, mettent en évidence une l'augmentation significative de la prévalence de l'obésité dans la population féminine de la région. En quatre ans, la prévalence de l'obésité est passée de 17 % à 22 %. Les autres in-

dicateurs ne semblent pas connaître d'évolution significative. Ces résultats permettent de juger de l'évolution des prévalences de surpoids et d'obésité, toutefois, elles reposent sur des données déclaratives qui ont pour biais une sous-déclaration du poids et une sur-déclaration de la taille.



D- TUMEURS MALIGNES (CANCERS)

Les tumeurs résultent de la prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe. Il faut distinguer les tumeurs bénignes dont le développement est local et l'évolution généralement favorable, des tumeurs malignes dites cancers. Ces derniers ont habituellement une croissance rapide et se disséminent en créant des foyers secondaires dans d'autres organes.

Sur la période 2009-2013, en moyenne chaque année, le registre des cancers de Guadeloupe a enregistré 1 523 nouveaux cas de cancers tous confondus. Sur la période 2012-2014, le nombre annuel d'admissions en ALD pour tumeur maligne est de 1 559, représentant 18,5 % des nouvelles admissions en Guadeloupe. Les tumeurs malignes sont le troisième motif de nouvelles admissions et la deuxième cause de décès dans la région.

PLUS DE 600 NOUVELLES ADMISSIONS POUR TUMEURS MALIGNES

Durant la période 2012-2014, moins de deux nouvelles admissions féminines sur dix (16 %) ont pour motif les tumeurs malignes. Ainsi, 660 femmes, en moyenne, par an ont bénéficié d'une prise en charge en ALD pour tumeurs malignes en Guadeloupe. Cette prise en charge intervient majoritairement chez les Guadeloupéennes âgées de 45 à 64 ans. Chez les hommes, la prise en charge est faite principalement chez les seniors âgés de 65 ans ou plus.

Sur la période considérée, le taux d'admissions en ALD des Guadeloupéennes pour tumeurs malignes est inférieur à celui des hommes : 302 nouvelles admissions pour 100 000 Guadeloupéennes versus 536 admissions pour 100 000 habitants. Cette différence se maintient à l'échelle des EPCI.

Toutes localisations cancéreuses confondues, les femmes guadeloupéennes apparaissent moins concernées par les admissions en ALD pour tumeurs malignes que les femmes de la France hexagonale (451 nouvelles admissions pour 100 000 habitantes).

De la période 2006-2008 à celle de 2012-2014, en Guadeloupe, une augmentation de 29 % des taux d'admissions en ALD pour tumeurs malignes est observée chez les femmes. Il en est de même pour la majorité des EPCI, exception faite pour les habitantes de Marie-Galante et de Cap Excellence, dont les taux d'admissions restent stables. Une hausse significative, bien que moindre, des taux d'admissions pour tumeurs malignes est également constatée parmi les hommes de la région (+7 %) et les femmes vivant en France hexagonale (+8%).

UN TAUX DE PATIENTES HOSPITALISÉES POUR CANCERS PLUS FAIBLE EN GUADELOUPE

Sur la période 2013-2015, 5 903 patientes domiciliées en Guadeloupe ont été hospitalisées pour cancer, en moyenne, chaque année, soit un taux standardisé de 2 607 patientes hospitalisées pour 100 000 habitantes. Les comparaisons de taux standardisés indiquent que les femmes guadeloupéennes sont moins fréquemment

hospitalisées que les hommes guadeloupéens pour cancer. Il en est de même comparativement aux femmes résidant en France hexagonale (7 794 patientes hospitalisées pour 100 000 habitantes).

CANCERS : DEUXIÈME CAUSE DE DÉCÈS FÉMININ

Sur la période 2008-2014, 293 décès annuels par cancer ont été recensés en moyenne dans la population féminine de Guadeloupe. Le cancer du sein est la première cause de décès féminin par cancer (18 %) devant les cancers de l'utérus (11 %) et le cancer du côlon-rectum (11 %).

Le taux standardisé de mortalité par cancers des Guadeloupéennes est près de deux fois inférieur à celui des hommes : 136 décès pour 100 000 femmes contre 256 décès pour 100 000 hommes.

À l'échelle des EPCI, le taux de mortalité par cancer des femmes est 1,6 à 2,4 fois inférieur à celui des hommes. Les habitantes de la Riviera du Levant et du Nord Grand-Terre se distinguent de l'ensemble régional par un

taux de mortalité par cancer significativement différent. Les premières avec un taux plus élevé (152 décès pour 100 000 habitantes) et les secondes avec un taux inférieur (121 décès pour 100 000 habitantes).

Tous cancers confondus, les femmes guadeloupéennes décèdent moins de cancers que leurs homologues de la France hexagonale (165 décès pour 100 000 habitantes).

De 2001-2007 à 2008-2014, la mortalité par cancer a diminué de 7 % chez les habitantes de Guadeloupe. Il en est de même chez les hommes de la région (-12%) et les femmes au niveau national (-6 %).



ENCADRÉ 7

LE CANCER DU SEIN ET LES CANCERS DE L'UTÉRUS CHEZ LES GUADELOUPÉENNES

Cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes. Il représente 38 % des nouveaux cas féminins de cancers en Guadeloupe. Avec une incidence de 65 nouveaux cas pour 100 000 femmes durant la période 2009-2013, la Guadeloupe a le deuxième taux d'incidence pour cancer du sein le plus bas des régions de France après la Martinique. Sur la période 2012 -2014, près de 300 nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein ont concerné des Guadeloupéennes, en moyenne, chaque année. De 2006-2008 à 2012-2014, une hausse significative du taux d'admissions pour ce motif est observée passant alors de 87 admissions (2006-2008) à 126 admissions (2012-2014) pour 100 000 femmes. Devançant les cancers de l'utérus et le cancer du côlon-rectum, le cancer du sein est la première cause de décès féminin par cancer. Sur la période 2008-2014, le cancer du sein a été responsable du décès de 52 Guadeloupéennes, en moyenne par an, soit un taux standardisé de 23 décès pour 100 000 femmes. Plus de quatre Guadeloupéennes sur dix hospitalisées pour tumeur maligne le sont pour cancer du sein. Le taux standardisé de personnes hospitalisées pour cancer du sein est de 1 087 pour 100 000 femmes résidant en Guadeloupe, taux significativement inférieur à celui de la France hexagonale (3 465 pour 100 000 femmes).

EN SAVOIR PLUS

ORSaG. Le cancer du sein en Guadeloupe.

Dossiers thématiques. Baie-Mahault ; 2018 ; 15p.

Cancers de l'utérus

Les cancers de l'utérus regroupent les cancers du col et du corps de l'utérus. Avec plus de 60 nouveaux cas, en moyenne par an, sur la période 2009-2013, les cancers de l'utérus constituent le deuxième type de cancers les plus fréquents après le cancer du sein. Le taux d'incidence standardisé des cancers du col et du corps de l'utérus s'établit respectivement, pour 100 000 femmes, à 8,7 cas et 9,5 cas (période 2009-2013). Selon les données des registres des cancers, la Guadeloupe a le taux d'incidence régional pour cancer du col de l'utérus le plus élevé. Sur la période 2012 -2014, le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancers de l'utérus est de 22 nouvelles admissions pour 100 000 Guadeloupéennes. En moyenne par an, les cancers de l'utérus ont été responsables du décès de 31 Guadeloupéennes sur la période 2008 -2014. La Guadeloupe est la deuxième région de France ayant le taux de mortalité par cancer de l'utérus le plus élevé : 14 décès pour 100 000 habitantes (8 décès pour 100 000 habitantes de la France hexagonale).

EN SAVOIR PLUS

ORSaG. Les cancers de l'utérus en Guadeloupe.

Dossiers thématiques. Baie-Mahault ; 2018 ; 10p



E- SANTÉ MENTALE

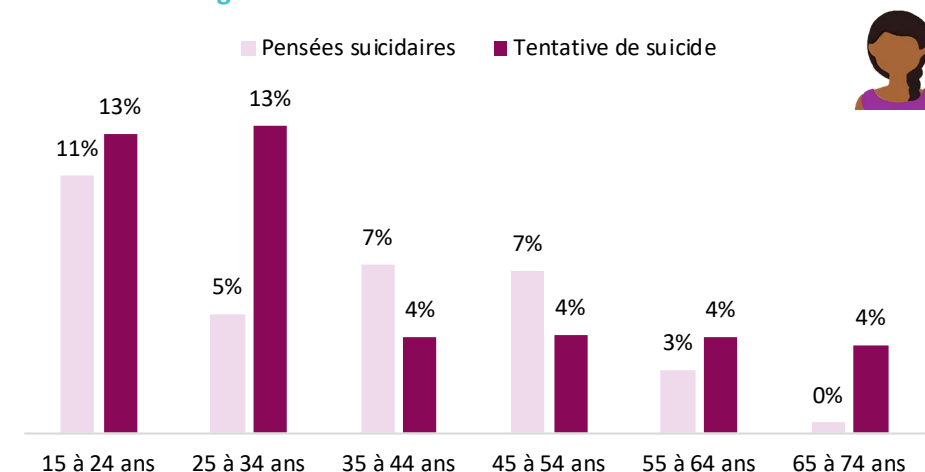
Les troubles mentaux s'expriment différemment selon le sexe. La souffrance psychologique des femmes se manifeste plus fréquemment par des troubles d'anxiété, dépressifs ou des pensées suicidaires. Chez les hommes, cette souffrance se matérialise plus par des comportements à risque, des actes de violence contre autrui ou le suicide.

DES GUADELOUPÉENNES PLUS SUJETTES AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

L'enquête Baromètre Santé DOM 2014 met en évidence que les femmes de la région – de façon générale – sont plus sujettes aux problèmes de santé mentale comparée aux hommes. En effet, trois Guadeloupéennes sur dix ont présenté une détresse psychologique au cours des quatre semaines précédant l'enquête et environ une sur dix a déclaré avoir eu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze mois précédant l'enquête (9 %). Les hommes sont respectivement deux et trois fois moins touchés par une détresse psychologique et un épisode dépressif. Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide sont également plus fréquentes au sein de la popula-

tion féminine. Les pensées suicidaires au cours de la vie concernent 6 % des femmes contre 2 % des hommes. Parmi les femmes interrogées, 7 % ont déclaré avoir déjà tenté de se suicider. Il s'avère par ailleurs que ces pensées ou tentatives de suicide sont fortement corrélées à l'âge. Les jeunes femmes ont été plus nombreuses à penser au suicide que les plus âgées (8 % parmi les femmes âgées de 15 à 34 ans et 4 % parmi les femmes âgées de 45 à 74 ans). Il en est de même au regard des tentatives de suicide : respectivement 13 % et 4 % chez les femmes âgées de 15 à 34 ans et de 45 à 74 ans [Figure 10].

Figure 10 - Proportion de Guadeloupéennes ayant eu des pensées suicidaires *ou ayant déjà fait une tentative de suicideselon l'âge en 2014**



Source : Baromètre Santé DOM 2014

Exploitation : ORSaG

Champ : Femmes enquêtées âgées de 15 à 74 ans ayant eu une pensée suicidaire (n=1 202) ou ayant fait une tentative de suicide (n=1 201)

* Au cours des douze derniers mois ; ** Au cours de sa vie

ENCADRÉ 8

TENTATIVES DE SUICIDE ET SUICIDES

Sur la période 2013-2015, le nombre de patients hospitalisés en Guadeloupe pour tentative de suicide est estimé à 119, en moyenne par an. Environ deux tiers des patients hospitalisés pour ce motif sont des femmes (63 %). Ramenées à leur population respective, les femmes sont plus fréquemment hospitalisées pour tentative de suicide : respectivement 35 patientes pour 100 000 habitantes contre 25 pour 100 000 hommes.

Sur la période 2008-2014, en Guadeloupe, 39 décès par suicide sont survenus, en moyenne, par an. À l'inverse des caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide, la mortalité par suicide des femmes de la Guadeloupe est 4,5 fois inférieure à celle des hommes : 4 décès pour 100 000 femmes contre 17 décès pour 100 000 hommes.



AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES : UNE ADMISSION FÉMININE SUR DIX.

Les affections psychiatriques de longue durée les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur, la schizophrénie, le trouble schizotypique et les troubles délirants, les troubles de la personnalité et du comportement et le retard mental. Ces affections constituent la quatrième cause de nouvelles admissions en ALD en Guadeloupe pour la période 2012-2014.

Les admissions en ALD pour affections psychiatriques représentent 10 % de l'ensemble des admissions féminines de la région, pour la période 2012-2014. La prise en charge en ALD pour ce motif concerne surtout les femmes âgées de 45 ans ou plus : 63 % des admissions (37 % des admissions masculines de la même tranche d'âges). Le taux standardisé d'admissions en ALD pour ce motif chez les Guadeloupéennes est de 193 nouvelles admissions pour 100 000 habitantes. Ce dernier reste significativement en deçà du taux masculin (227 admissions pour 100 000) et de celui des femmes vivant en France hexagonale (214 admissions pour 100 000 habitantes).

Cependant, l'analyse des données par maladie psychiatrique met en évidence que les Guadeloupéennes sont plus concernées que les hommes par les troubles de

l'humeur à âge égal (105 admissions contre 48 admissions pour 100 000). Au regard des autres maladies - la schizophrénie, le trouble schizotypique et les troubles délirants, les troubles de la personnalité et du comportement et le retard mental- les admissions féminines restent inférieures à celles des hommes de la région.

De 2006-2008 à 2012-2014, une hausse sensible des taux d'admissions en ALD pour affections psychiatriques est observée dans la population féminine de la région, en particulier pour troubles de l'humeur, dont le taux d'admissions a été multiplié par deux. Sur la période considérée, chaque EPCI -excepté Marie-Galante- a connu une progression significative de son taux d'admissions pour affections psychiatriques, et ce quel que soit le sexe. La hausse la plus importante est mesurée parmi les habitantes du Grand Sud Caraïbe.

UNE CONSOMMATION EN MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES PLUS IMPORTANTE CHEZ LES FEMMES

Les médicaments psychotropes non opiacés ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale regroupent plusieurs catégories de produits : les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques, les régulateurs de l'humeur et les psychostimulants. En 2014, un peu plus d'un Guadeloupéen sur cinq a déjà consommé au cours de sa vie des médicaments pour les nerfs ou pour dormir (tranquillisant, somnifère, antidépresseurs...).

La consommation de médicaments psychotropes des femmes de la région est très différente de celle des hommes. Les données extraites du Baromètre Santé DOM 2014 montrent que les Guadeloupéennes sont plus nombreuses que les hommes à avoir déjà consommé au cours de leur vie ce type de médicaments : respectivement 29 % et 12 %. Il en est de même concernant la consommation au cours des douze derniers mois (8 % contre 3 %).

Selon les données SNIIRAM de l'année 2015, à âge comparable, l'usage des médicaments psychotropes non prescrits en raison d'une maladie psychiatrique demeure plus fréquent chez les femmes. Les anxiolytiques

et les antidépresseurs sont les psychotropes les plus consommés, et ce quel que soit le sexe en Guadeloupe [Tableau VI].

En outre, le recours à la psychothérapie concerne davantage la population féminine. En 2014, les femmes interrogées lors du Baromètre Santé DOM sont approximativement deux fois plus nombreuses que les hommes à avoir déjà eu recours à une psychothérapie (13 % contre 7 %). Au cours des douze mois précédant l'enquête, 3% des Guadeloupéennes déclarent avoir eu recours à une psychothérapie dans l'année. Un pour cent des hommes interrogés déclare cette prise en charge.

**Tableau VI - Effectif et taux standardisés des prises en charge en Guadeloupe pour des traitements psychotropes selon le sexe en 2015**

	Hommes		Femmes	
	Effectif	Taux standardisé (pour 1 000 hab)	Effectif	Taux standardisé (pour 1 000 hab)
Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	1900	12	4500	22
Traitements neuroleptiques	900	6	1000	6
Traitements anxiolytiques	2700	17	6600	32
Traitements hypnotiques	1200	8	2100	10

Source : Cartographie des pathologies et des dépenses – SNIIRAM - Régime Général et Sections Locales Mutualistes

Note : Personnes ayant eu au moins trois délivrances de médicaments psychotropes dans l'année, mais qui n'ont pas de code diagnostic de maladie psychiatrique repéré dans le Sniiram.



SYNTHÈSE

Au regard des grandes maladies abordées dans ce chapitre, la santé des femmes guadeloupéennes diffère de celle des hommes. De façon générale, les Guadeloupéennes sont moins souvent affectées que les hommes, exception faite du diabète et de l'obésité. Les données de prévalence pour ces deux maladies montrent que 63 % des femmes de la région sont en surcharge pondérale et 14 % sont diabétiques en 2013. Ces prévalences (surcharge pondérale et diabète) sont d'autant plus élevées que le niveau de diplôme est faible et que l'âge augmente. Les enquêtes déclaratives, Baromètre Santé Nutrition et Baromètre Santé DOM, montrent, par ailleurs, une évolution péjorative de la prévalence de l'obésité dans la population féminine de la région en quatre ans.

S'il est certain que la prévalence du diabète est plus élevée dans la population féminine, à structure d'âge comparable, les admissions en ALD et la mortalité liée au diabète concernent autant de femmes que d'hommes. Les femmes de la région sont toutefois plus fréquemment hospitalisées pour diabète que leurs homologues masculins.

Plus la population guadeloupéenne vieillit, plus les maladies cardio-vasculaires constituent un des problèmes majeurs de santé. Les femmes sont toutefois moins concernées par les maladies cardio-vasculaires que les hommes. L'ensemble des indicateurs de morbidité et de mortalité souligne cet écart en faveur de la population féminine. Il en est de même au regard des données relatives aux cancers. À structure d'âges comparable, le taux féminin d'admissions en ALD pour cancers est près de deux fois inférieur au taux masculin et un constat analogue est fait en ce qui concerne la mortalité.

Dans un contexte de transformation profonde du paysage social, le bien-être mental est une composante importante de santé. Comme le définit l'Organisation mondiale de la Santé, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». De façon générale, les problèmes de santé mentale ont un poids important dans la population féminine. Les Guadeloupéennes interrogées en 2014 sont respectivement trois et deux fois plus touchées par un épisode dépressif et des détresses psychologiques comparées aux hommes. Les données régionales d'admissions en ALD pour affections psychiatriques s'opposent plus ou moins avec les indicateurs issus des enquêtes déclaratives. Néanmoins, l'analyse par maladies psychiatriques montre des disparités au sein de cette famille de maladies. En effet, la souffrance psychologique des femmes se manifeste plus fréquemment par un mal-être, des troubles dépressifs plus ou moins caractérisés. À titre illustratif, les femmes guadeloupéennes sont deux fois plus affectées par les troubles de l'humeur que leurs homologues masculins. En lien avec ces différences de morbidité psychiatrique, les femmes recourent davantage au système de soins dans le cadre thérapeutique soit par l'usage de médicaments psychotropes ou par la psychothérapie. Enfin, si la mortalité par suicide concerne majoritairement les hommes, les femmes de région rapportent plus fréquemment des pensées suicidaires et font plus de tentatives de suicide. Sur la période 2013-2015, environ deux tiers des patients hospitalisés pour tentative de suicide sont des femmes. Toute chose égale par ailleurs, toutes les tentatives de suicide ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale notamment à un recours à l'hospitalisation.

Les caractéristiques de santé de la population féminine de Guadeloupe diffèrent de celles des habitantes de la France hexagonale en termes de morbidité et mortalité. Les Guadeloupéennes sont moins fréquemment admises en ALD pour tumeurs malignes ou affections psychiatriques et présentent une sous-mortalité par cancer. À l'inverse, la surcharge pondérale, le diabète et les maladies cardio-vasculaires touchent de façon plus préoccupante les Guadeloupéennes. À noter, la différence de taux d'admissions en ALD pour les maladies cardio-vasculaires (un faible taux d'admissions en ALD pour ce motif parmi les femmes de Guadeloupe) résulte du retrait de l'hypertension artérielle sévère dans la liste des ALD, atténuant ainsi le poids des admissions en ALD pour maladie cardio-vasculaire. En effet, en ajoutant le nombre des admissions pour hypertension artérielle sévère, le nombre d'admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires est multiplié par quatre dans la population féminine de la région. Avant 2011, l'hypertension artérielle sévère constituait la première cause d'admission en ALD en Guadeloupe.



PARTIE 5

MODE DE VIE ET COMPORTEMENTS

L'état de santé est associé à divers facteurs. Outre les facteurs génétiques, l'environnement social, les habitudes de vie et les comportements sont reconnus comme étant des déterminants qui influencent l'état de santé de chaque individu. La littérature dans ce domaine fait mention des disparités entre hommes et femmes, bien que la tendance se veuille à l'homogénéisation des comportements de santé.

A- ALIMENTATION ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

Le rôle des facteurs alimentaires dans l'augmentation ou la diminution de survenue de certaines maladies est établi. Il est reconnu qu'une alimentation dite équilibrée diminue le risque de maladies chroniques : diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers... La pratique régulière d'une activité physique joue également un rôle dans la prévention de ces dernières et diminue le risque de surpoids, d'obésité, d'anxiété et de troubles dépressifs.

FEMMES - HOMMES : DES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES DIFFÉRENTS

En matière de comportements alimentaires, des écarts sont observés entre les femmes et les hommes. Selon les résultats du volet nutrition de l'enquête Kanna-ri 2013, en Guadeloupe et en Martinique, les femmes âgées de 16 ans ou plus consomment davantage de fruits et de légumes que les hommes. En effet, elles sont moins fréquemment de petits consommateurs de fruits (<1,5 portion par jour) et de légumes (< 2 portions par jour) que leurs homologues masculins. Deux tiers des femmes sont des petits consommateurs de fruits et de légumes (respectivement 65 % et 66 %) contre trois quarts des hommes (respectivement 5 % et 76 %). Les apports journaliers moyens en fruits et légumes chez ces dernières sont par jour de 101,4 g et 132,3 g contre 80,0 g et 104,3 g chez les hommes. À l'inverse, elles consomment moins de jus 100 % fruits, « viande, poisson, oeuf », féculents, matières grasses ajoutées et boissons sucrées ou non. La consommation moyenne par jour pour le groupe « viande, poisson, oeuf » est de 133,5 g chez la femme adulte, soit 39 g en moyenne de moins que les hommes. Les apports énergétiques totaux en alcool et en glucides sont également plus faibles que ceux des hommes contrairement aux apports en calcium qui sont supérieurs [Tableau VII] [20].

Un comportement de santé correspond à tout comportement ou toute activité de la vie quotidienne qui influe sur l'état de santé d'un individu. Un comportement peut avoir une action bénéfique ou délétère sur l'état de santé du sujet. Du fait que tous comportements ou activités peuvent avoir une influence sur la santé, il est utile de considérer les comportements liés à la santé comme faisant partie intégrante des modes de vie d'un individu ou d'un groupe d'individus [19].



Tableau VII - Consommations alimentaires moyennes (g/j) chez les adultes de 16 ans ou plus en Guadeloupe et en Martinique selon le sexe en 2013

	Femmes	Hommes
Fruits et légumes, dont	300,7	278,2
Fruits	101,4	80,0*
Légumes	132,3	104,3*
Jus 100%	67	93,9*
Viande, poissons, œufs, dont	133,5	172,3*
Viande	33	50,8*
Volaille, jambon	42,3	57,5*
Produit de la pêche	45,5	48,7
Œufs	9,7	11,4
Produits laitiers, dont	117	108,2
Lait	80,5	73,8
Fromage	11,9	14,2
Yaourts, fromage blancs	24,6	20,3
Féculents, dont	285,7	414,6*
Pommes de terre, tubercules ^a	75,1	89
Légumes secs	24,8	46,2*
Pâtes, riz, semoule	119,7	192,6*
Pain	60,2	83,0*
Aliments gras salés, dont	17,1	19,5
Charcuterie	14,1	17,9
Aliments gras sucrés, dont	72,2	66,2
Desserts lactés	34,2	27,4
Céréales sucrées du petit-déjeuner	3	3,5
Biscuits, gateaux, viennoiseries	2,05	24,9
Chocolat, glaces...	9,6	10,4
Sucres, miel, confitures, sorbets...	9,6	13
Boissons non sucrées	1288,6	1 551,0*
Boissons sucrées	92,1	169,7*
Matières grasses ajoutées	31,2	39,5*

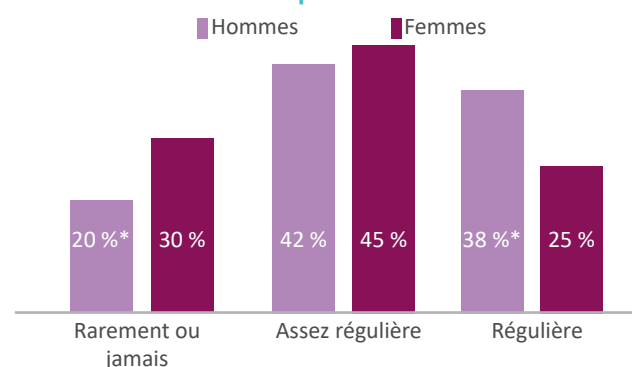
Source : Enquête Kannari 2013 Exploitation : Usen, ORSaG
 a Madère, ignames, patates douces
 Champ : Individus âgés de 16 ans ou plus ayant répondu au volet nutrition (n=1 313)

* Différence significative avec les femmes

TROIS GUADELOUPÉENNES SUR DIX PRATIQUENT UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE

L'évaluation de l'activité physique en Guadeloupe dans le Baromètre santé DOM 2014 indique que les femmes de la région pratiquent moins d'activité physique que leurs homologues masculins. Trois Guadeloupéennes sur dix déclarent n'en pratiquer que rarement ou jamais contre deux Guadeloupéens sur dix. La pratique régulière (≥ 5 fois par semaine) est également moins fréquente chez ces dernières (25 % contre 38 %) [Figure 11]. Le niveau de pratique des Guadeloupéennes restent inférieurs à celui des femmes de la France hexagonale.

Figure 11 - Pratique d'une activité physique chez les 15-75 ans en Guadeloupe selon le sexe en 2014



Source : Baromètre Santé DOM 2014
 Exploitation : ORSaG
 Champ : Ensemble des individus enquêtés âgés de 15 à 75 ans (n=2 028)
 * Différence significative avec les femmes



B- ADDICTIONS

➡ USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

L'usage de substances psychoactives diffère selon le sexe. Cet usage concerne plus les hommes et ce d'autant plus que les consommations sont élevées. Certaines caractéristiques sociodémographiques - notamment l'âge, la situation professionnelle – sont également associées à ces modes de consommation. Les médicaments psychotropes sont les seuls produits psychoactifs davantage consommés par les femmes. Néanmoins, ces caractéristiques de consommation ont tendance à évoluer vers une réduction des écarts entre les femmes et les hommes en particulier parmi les jeunes générations.

Consommation d'alcool

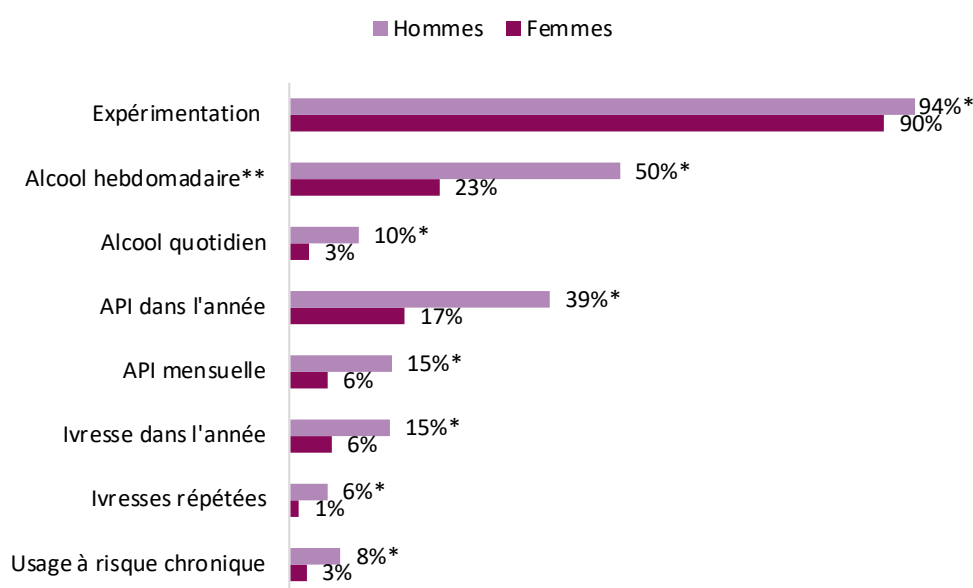
L'alcool demeure la substance psychoactive la plus consommée. En 2014, d'après l'enquête Baromètre santé DOM, plus d'un tiers des Guadeloupéens déclarent avoir une consommation d'alcool hebdomadaire et 6 % une consommation quotidienne. La population régionale se caractérise par des consommations d'alcool globalement inférieures à celles déclarées en France hexagonale. Les conséquences de la consommation d'alcool sur la santé chez l'adulte ou le fœtus sont importantes : cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhose du foie, psychose alcoolique, syndrome d'alcoolisation fœtale (Encadré 9) ...

DES NIVEAUX DE CONSOMMATIONS D'ALCOOL 2 À 4 FOIS PLUS FAIBLES CHEZ LES GUADELOUPÉENNES

D'après les différents indicateurs de consommation d'alcool extraits du Baromètre santé DOM 2014, les Guadeloupéennes âgées de 15 à 75 ans déclarent des niveaux de consommations deux à quatre fois plus faibles que ceux des hommes. Ainsi, 23 % des femmes de la région déclarent une consommation d'alcool hebdomadaire contre 50 % des hommes. La consommation quotidienne, l'ivresse ou l'alcoolisation ponctuelle importante (API) sont également moins élevées chez les femmes [Figure 12]. À l'instar de ce qui s'observe parmi la popu-

lation masculine, les épisodes d'ivresse ou API sont plus fréquents parmi les femmes les plus jeunes. Plus d'une Guadeloupéenne sur dix âgées de 15 à 24 ans déclare avoir été ivre au cours de l'année. Parmi les femmes âgées de 35 ans ou plus, moins de 5 % déclarent ce comportement. Les femmes de la région consomment, par ailleurs, moins d'alcool que les femmes de la France hexagonale.

Figure 12 - Niveau de consommation d'alcool des 15-75 ans selon le sexe en Guadeloupe en 2014



Source : Baromètre Santé DOM 2014

Exploitation : ORSaG

Champ : Ensemble des individus enquêtés âgés de 15 à 75 ans (n=2 028)

* Différence significative avec les femmes ** Inklus les consommateurs quotidiens



LA CONSOMMATION D'ALCOOL DES JEUNES GUADELOUPÉENNES PROCHE DE CELLE DE LEURS HOMOLOGUES MASCULINS

L'enquête ESCAPAD 2014 réalisée auprès de jeunes âgés de 17 ans montre une modification des comportements des jeunes filles guadeloupéennes vis-à-vis de l'alcool. Hormis pour les épisodes d'ivresse, les adolescentes consomment autant que leurs homologues masculins.

Ainsi, 21 % des filles déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année et 5 % au moins trois fois. Dans la population masculine, ces proportions sont respectivement supérieures de 14 et 8 points [21].

LES PRINCIPALES MALADIES LIÉES À L'ALCOOL : MORBIDITÉ ET MORTALITÉ

Les indicateurs de morbidité et de mortalité liées à l'alcool sont cohérents avec les données sur les consommations d'alcool recueillies au cours des enquêtes déclaratives : consommation moindre des femmes de la région. Sur les 1 296 patients Guadeloupéens hospitalisés, en moyenne, par an pour trouble lié à l'alcool, sur la période 2013-2015, 13 % sont des femmes. Le taux standardisé d'hospitalisation pour ce motif des femmes guadeloupéennes (72 pour 100 000 patientes) est plus de huit fois inférieur à celui des hommes (624 pour 100 000 hommes) et trois fois inférieur au taux mesuré chez les femmes domiciliées en France hexagonale (207 pour 100 000 hommes).

Durant la période de 2012-2014, environ 2 % des nouvelles admissions en ALD en Guadeloupe ont comme motifs des maladies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque. Près d'une personne sur quatre prises en charge pour ce motif est une femme

(23 %). Les cancers des VADS, constituent le premier motif de prise en charge aussi bien chez les Guadeloupéennes que leurs homologues masculins. À structure d'âge égale, le taux standardisé s'établit à 14 admissions liées à l'alcool pour 100 000 femmes. Il est quatre fois inférieur au taux mesuré dans la population masculine de la région (56 nouvelles admissions pour 100 000 hommes). Ce taux demeure également inférieur à celui des habitantes de la France hexagonale (29 nouvelles admissions).

Enfin, les décès liés à l'alcool représentent 1,4 % de l'ensemble des décès chez la femme sur la période 2008-2014. Les Guadeloupéennes présentent une sous-mortalité liée à l'alcool par rapport aux hommes (9 décès pour 100 000 contre 51 décès pour 100 000), mais également par rapport aux femmes de la France hexagonale (12 décès pour 100 000 habitantes).

EN SAVOIR PLUS

ORSaG L'alcool et ses conséquences sur la santé en Guadeloupe. Dossiers thématiques. Baie-Mahault ; 2018 ; 15p.

Consommation de tabac

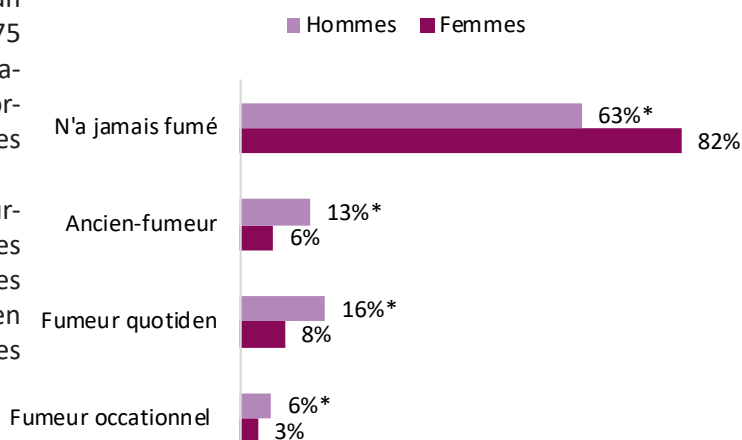
En 2014, la prévalence du tabagisme actuel (quotidien ou occasionnel) s'élève à 16 % en Guadeloupe [4]. Cette prévalence demeure sensiblement inférieure à celle mesurée en France hexagonale. En dépit de la faible part de fumeurs dans la région, sur la période 2009-2013, 162 décès en moyenne par an sont imputables au tabac, soit 6 % des décès totaux en Guadeloupe. Les trois principales causes de décès liées au tabagisme sont les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives et les cardiopathies ischémiques.

UNE GUADELOUPÉENNE SUR DIX DÉCLARE FUMER RÉGULIÈREMENT OU OCCASIONNELLEMENT

Selon les résultats du Baromètre santé DOM 2014, un peu plus d'une Guadeloupéenne sur dix âgée de 15 à 75 ans déclare fumer au moment de l'enquête : 3 % occasionnellement et 8 % quotidiennement. Cette proportion est significativement inférieure à celle des hommes de la région (22 %).

Quel que soit le statut – ancien ou actuel fumeur [Figure 13], ou la tranche d'âges [Figure 14], les femmes fument moins que les hommes. La part de fumeuses en Guadeloupe est sensiblement inférieure à celle en France hexagonale (prévalence du tabagisme chez les femmes de la France hexagonale : 30%).

Figure 13- Statut tabagique chez les 15 -75 ans en Guadeloupe selon le sexe en 2014



Champ : Ensemble des individus enquêtés âgés de 15 à 75 ans (n=2 028)

* Différence significative avec les femmes

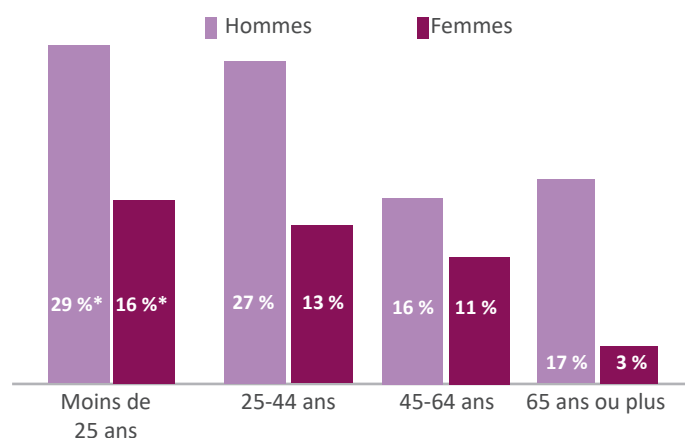


DES ADOLESCENTES DE 17 ANS QUI FUMENT DU TABAC AUTANT QUE LEURS HOMOLOGUES MASCULINS

En 2011, 51 % des jeunes filles de 17 ans interrogées lors de l'enquête ESCAPAD déclarent avoir déjà essayé de fumer du tabac. En 2014, 53 % déclarent cette expérimentation [21]. Si lors des précédentes années, l'expérimentation au tabac est moins fréquente chez les jeunes filles de Guadeloupe que chez les jeunes hommes, en 2014, cette différence ne s'observe plus. Ce résultat est principalement dû au fait que l'expérimentation au tabac des jeunes gens a diminué (- 8 points) contrairement à celle des jeunes filles qui stagne. Les autres indicateurs de consommations -tabagisme occasionnel (< 1 cigarette par jour) ou quotidien- restent proches selon le sexe d'une année à l'autre [Tableau VIII].

Enfin, comme observé chez les femmes plus âgées, le tabagisme des jeunes filles de Guadeloupe est inférieur à celui des jeunes filles de France hexagonale.

Figure 14- Proportion des fumeurs (quotidiens et occasionnels) en Guadeloupe, selon le sexe et l'âge en 2014



Source : Baromètre Santé DOM 2014

Exploitation : ORSaG

Champ : Ensemble des individus enquêtés âgés de 15 à 75 ans (n=2 028)

* Différence significative avec les femmes

Tableau VIII - Part du tabagisme chez les jeunes de 17 ans en Guadeloupe, selon le sexe en 2011 et 2014

	Hommes		Femmes		Test*	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014
Expérimentation	61 %	53 %	51 %	51 %	<0,05	ns
Occasionnel	10 %	12 %	10 %	10 %	ns	ns
Quotidien	13 %	14 %	15 %	9 %	ns	ns

Source : Enquêtes ESCAPAD 2011 et 2014

Champ : Jeunes âgés de 17 ans en 2011 (n=499) et en (n=403)

*Test du Khi2 entre les femmes et les hommes ; ns : non significatif

LES PRINCIPALES MALADIES LIÉES AU TABAC : MORBIDITÉ ET MORTALITÉ

La population guadeloupéenne se caractérise par une consommation de tabac sensiblement inférieure à celle déclarée en France hexagonale. L'analyse de la morbidité et de la mortalité liées aux principales maladies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important est cohérente avec les indicateurs de la consommation de tabac. Durant la période 2012 - 2014, en moyenne, par an, 126 Guadeloupéennes ont bénéficié d'une nouvelle prise en charge pour une ALD dont le motif est une des principales maladies liées au tabac. Le taux standardisé s'établit à 59 admissions pour

100 000 femmes, soit un taux un peu plus de deux fois inférieur à celui estimé chez les hommes de la région (124 pour 100 000) ou parmi les femmes de la France hexagonale (135 pour 100 000). Sur la période 2009-2013, le taux standardisé de mortalité lié au tabac chez les femmes est de 30 décès pour 100 000 habitantes (contre 62 décès pour 100 000 chez les hommes). Les Guadeloupéennes présentent une sous-mortalité liée au tabac de 51 % par rapport à leurs homologues de la France hexagonale

EN SAVOIR PLUS

ORSaG. Le tabagisme en Guadeloupe.

Dossiers thématiques. Baie-Mahault ; 2016 ; 7p



Consommation de cannabis et autres drogues illicites

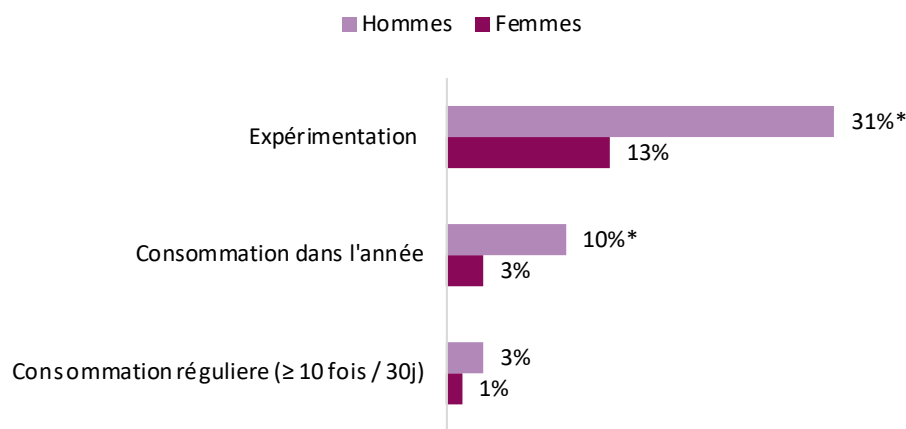
Parmi les drogues illicites, le cannabis reste de loin la substance psychoactive la plus consommée, particulièrement par les jeunes générations. En Guadeloupe, une personne sur cinq (21 %) âgée de 15 à 64 ans a déjà consommé du cannabis au cours de sa vie en 2014. Concernant les autres drogues illicites, ces proportions sont nettement moindres : moins de 1 %. La population guadeloupéenne apparaît, comparativement au niveau national, moins concernée par l'usage de drogues illicites [4].

DES GUADELOUPÉENNES PEU CONSOMMATRICES DE DROGUES

L'usage de drogues illicites reste faible dans la population féminine. En 2014, 12 % des femmes de la région âgées de 15 à 64 ans déclarent avoir déjà expérimenté au cours de sa vie au moins une drogue illicite sans distinction. Près de trois hommes sur dix (27 %) déclarent cette expérimentation. Quel que soit l'indicateur de consommation de cannabis, les femmes ont des niveaux de consommation deux à trois fois inférieurs à ceux des hommes [Figure 15]. L'usage de cannabis est principalement le fait des jeunes générations. À partir de 35 ans, la consommation de cannabis (expérimentation ou usage régulier) décroît et devient rapidement négligeable au-delà de 45 ans [Figure 16].

Les indicateurs de l'enquête ESCAPAD 2014 sur la consommation de cannabis confirment que les jeunes filles consomment moins que les jeunes hommes. Près d'un quart des jeunes filles âgées de 17 ans (23 %) déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie contre 41 % des hommes du même âge. L'usage dans l'année et l'usage régulier (≥ 10 fois par mois) du cannabis concernent respectivement 17 % des jeunes filles et 31 % des jeunes hommes et 1 % des jeunes filles et 8 % des hommes [20].

Figure 15 - Consommation du cannabis chez les Guadeloupéens âgés de 15 à 64^a ans selon le sexe en 2014



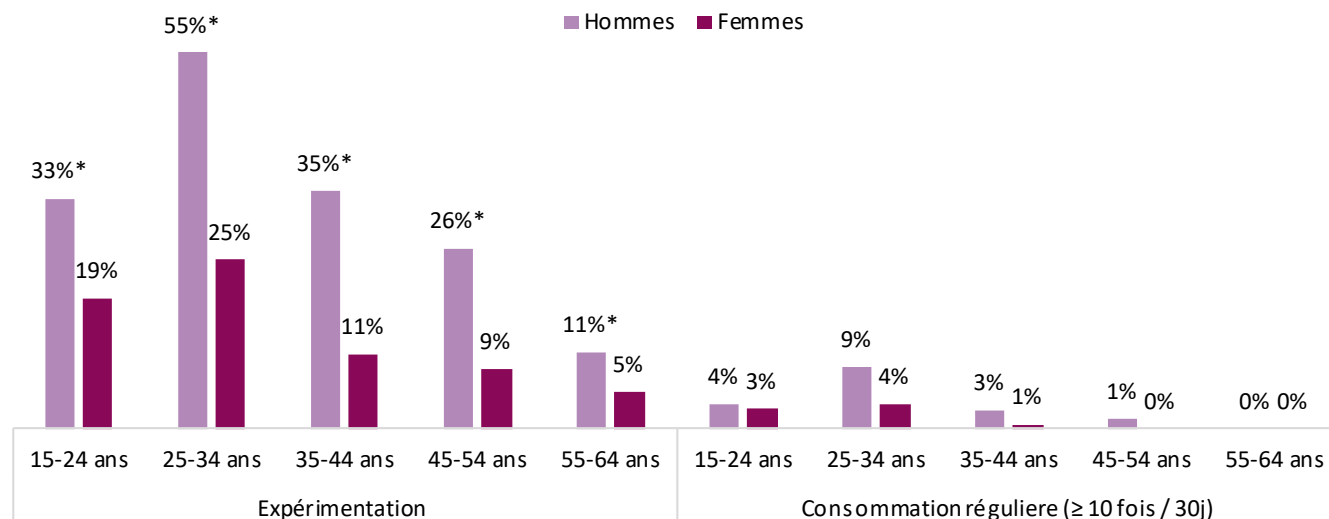
Source : Baromètre Santé DOM 2014

Exploitation : ORSaG

Champ : Ensemble des individus enquêtés âgés de 15 à 64 ans (n=1 782)

* Différence significative avec les femmes

^a Les questions relatives aux consommations de cannabis et des autres drogues illicites n'ont été posées qu'aux 15-64 ans, ces usages étant extrêmement rares parmi les personnes plus âgées.

Figure 16 - Proportions des consommateurs de cannabis parmi les 15-64 ans^a selon le sexe en Guadeloupe en 2014

Source : Baromètre Santé DOM 2014

Exploitation : ORSaG

Champ : Ensemble des individus enquêtés âgés de 15 à 64 ans (n=1 782)

* Différence significative avec les femmes

^a Les questions relatives aux consommations de cannabis et des autres drogues illicites n'ont été posées qu'aux 15-64 ans, ces usages étant extrêmement rares parmi les personnes plus âgées.

17,5 ANS : L'ÂGE D'EXPÉRIMENTATION AU CANNABIS POUR LES GUADELOUPÉENNES

Les niveaux d'expérimentations et de consommation du cannabis des femmes sont inférieurs à ceux des hommes de la Guadeloupe. Toutefois, au regard de l'âge à l'initiation, les Guadeloupéennes expérimentent le cannabis plus tôt que leurs homologues masculins. Selon l'enquête Baromètre santé DOM 2014, l'âge moyen d'ex-

périmentation est de 17,5 ans pour les femmes âgées de 40 ans ou moins contre 18,2 ans chez les hommes. La Guadeloupe est le seul DROM (Martinique, Guyane et La Réunion), où l'expérimentation au cannabis se produit en moyenne plus tôt dans la population féminine que masculine [22].

➡ PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Toute personne en difficulté avec leur consommation de substances addictives peut être prise en charge, soit en s'orientant vers le dispositif général de soins - médecins de ville et hôpitaux ayant développé une offre de soins en addictologie- ou vers les structures médico-sociales spécialisées en addictologie. Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont des structures pluridisciplinaires dont la mission est d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addictions (produits ou comportements). Depuis 2011, les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ont la même dénomination et sont tous devenus des CSAPA.

Tous les CSAPA peuvent recevoir des personnes aux addictions diverses. Toutefois, les structures restent encore fortement marquées par leur spécialisation « historique ». Quatre CSAPA sont en activité en Guadeloupe dont deux ont une spécialisation « historique » dans la prise en charge des problèmes de consommation d'alcool et un pour la consommation de drogues illicites. Le dernier CSAPA de la région était historiquement un centre généraliste.

251 GUADELOUPÉENNES, EN MOYENNE, PAR AN PRISES EN CHARGE DANS LES CSAPA

En moyenne, chaque année, 251 femmes ont bénéficié d'au moins une consultation au sein d'un CSAPA en Guadeloupe sur la période 2015-2017, soit 13 % de l'ensemble des consultations au cours de la période. Un peu

plus de la moitié des femmes (55 %) ayant bénéficié d'au moins une consultation a été accueillie dans les CSAPA « historiquement » spécialisés dans la prise en charge de l'alcool.

NB : Les rapports d'activité fournis par les CSAPA ne permettent pas de faire d'analyses complémentaires selon le sexe.



ENCADRÉ 9

GROSSESSE ET CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN FRANCE

L'usage de substances psychoactives durant la grossesse s'avère délétère pour le fœtus. Ces pratiques addictives entraînent un risque accru de fausses couches, de diminution du poids de naissance, mais également, dans le cas de l'alcool, un retard psychomoteur : le syndrome d'alcoolisation fœtal.

Mieux sensibilisées à ces risques, les femmes enceintes réduisent leur consommation. Selon l'enquête Baromètre santé 2017 en France, parmi les mères d'enfants de 5 ans ou moins qui fumaient lorsqu'elles ont appris être enceintes, 30 % déclarent avoir arrêté de fumer dès qu'elles l'ont appris, 20 % durant leur grossesse, 44 % ont diminué la quantité fumée et 6 % n'ont rien changé. Vis-à-vis de la consommation d'alcool, 11,7 % des mères interrogées disent avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse. Parmi les femmes ayant déclaré une consommation moins de 1 % déclarent avoir consommé plus d'une fois par mois, mais moins d'une fois par semaine [23].

La baisse des consommations de substances psychoactives durant la grossesse est, par ailleurs, associée à l'âge et au niveau de revenu. Ainsi, les jeunes femmes et les femmes qui disposent de faibles revenus réduisent plus faiblement leurs consommations [24].

SYNTHÈSE

L'état de santé de chaque individu se caractérise par l'interaction entre différents facteurs : biologiques, socio-économiques, environnementaux et comportementaux. La combinaison de leurs effets influe sur l'état de santé. Compte tenu des évolutions observées dans la société, les comportements des femmes tendent à se rapprocher de ceux des hommes, néanmoins des différences subsistent.

La nutrition est l'équilibre en les apports alimentaires et les dépenses énergétiques dûes à l'activité physique. Au vu des résultats de l'enquête Kannari 2013, les habitudes alimentaires des femmes pour certains groupes d'aliments apparaissent plus en adéquation avec les repères du Plan national nutrition santé (consommation plus fréquente en fruits et légumes) que ceux des hommes (consommation plus fréquente en matières grasses ajoutées et boissons sucrées ou non, viande...). En effet, la pratique d'une activité physique, considérée comme bénéfique à la santé, est moins fréquente chez les femmes de la région. Trois Guadeloupéennes sur dix déclarent pratiquer une activité physique que rarement ou jamais. Si les femmes sont avantagées par une alimentation plus équilibrées que celle des hommes, elles ont une activité physique moindre.

Les données des enquêtes sur les pratiques addictives montrent que les consommations de substances psychoactives sont principalement liées au sexe. En 2014, moins d'un quart des femmes guadeloupéennes déclarent consommer de l'alcool quotidiennement. Elles sont un peu plus d'une sur dix à déclarer fumer du tabac (quotidiennement ou occasionnellement). La consommation de ces produits par les Guadeloupéennes reste sensiblement inférieure à celle des hommes de la région ou celle des femmes vivant en France hexagonale. Toutefois, chez les jeunes générations, les données montrent une convergence des comportements vis-à-vis notamment de l'expérimentation et de la consommation de substances psychoactives.



SYNTHÈSE GÉNÉRALE

En 2009, le rapport de l'OMS intitulé *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain* met en évidence d'importantes disparités entre les femmes et hommes dans le domaine de la santé. Les différences entre eux sont telles qu'il faut accorder une attention toute particulière à la santé des femmes.

En moyenne, les femmes vivent, plus longtemps que les hommes en raison de l'avantage biologique qui leur est inhérent, mais également par leurs comportements plus protecteurs vis-à-vis de leur santé. Les Guadeloupéennes peuvent espérer vivre en moyenne 84,1 ans. Cette espérance de vie à la naissance est supérieure de sept années à celle des hommes de la région. Cependant, l'avantage octroyé par ces quelques années supplémentaires est à nuancer au regard des conditions de santé dans lesquelles elles sont vécues et ressenties. Les femmes guadeloupéennes perçoivent leur santé de manière plus négative que les hommes et déclarent plus fréquemment des problèmes de santé. En 2014, un peu plus de la moitié des Guadeloupéennes âgées de 15 à 75 ans s'estiment en bonne ou très bonne santé (53 %), alors que cette proportion est de 66 % dans la population masculine. Elles sont 39 % à déclarer avoir des problèmes de santé contre 29 % des hommes. Elles annoncent par ailleurs plus de limitations fonctionnelles. Un constat analogue est retrouvé auprès des séniors guadeloupéennes âgées de 60 ans ou plus, lors de l'enquête Vie Quotidiennes et Santé en 2014. Cette dernière met en outre en évidence que la perte d'autonomie est plus fréquente chez les femmes. La part d'individus en perte d'autonomie s'élève à 22 % chez les femmes âgées de 75 à 84 ans et 49 % chez celles âgées de 85 ans ou plus contre respectivement 18 % et 29 % chez les hommes de ces tranches d'âges. Les femmes ont une perception relativement négative de leur état de santé, toutefois, les indicateurs généraux de santé livrent un tableau contrasté, qui plus est, en faveur de la femme. En effet, en Guadeloupe, les femmes sont moins concernées par de nouvelles admissions en ALD toutes causes (hors ALD 12) que leurs homologues masculins : 1 956 admissions pour 100 000 femmes contre 2 485 admissions pour 100 000 hommes. À âge comparable, les Guadeloupéennes sont en sous-mortalité générale et prématurée. Leur taux de mortalité sont respectivement 1,7 à 2,3 fois moins élevés. Ces indicateurs de santé favorables aux femmes peuvent en partie s'expliquer par leurs proximités vis-à-vis du système de santé. Toutes choses égales par ailleurs, le renoncement à des soins pour raisons financières reste plus élevé chez les femmes guadeloupéennes (34 %) que chez les hommes (24 %). Ces renoncements concernent davantage les soins dentaires et optiques.

En dépit d'une situation sanitaire plus propice, les femmes guadeloupéennes restent confrontées aux problématiques de santé prioritaires de la région : les maladies chroniques que sont notamment la surcharge pondérale et le diabète. Selon les prévalences de l'enquête Kannari en 2013, elles touchent davantage les femmes. Ainsi, 63 % des femmes de la région sont en surcharge pondérale dont 33 % sont obèses. Dans la population masculine, ces prévalences sont respectivement de 49 % et 12 %. L'obésité abdominale, autre indicateur d'évaluation de l'excès de masse grasse, est également plus élevée dans la population féminine de Guadeloupe. Enfin, si à âge comparable les Guadeloupéennes sont autant concernées par le diabète du point de vue des nouvelles admissions en ALD et de mortalité, il n'en demeure pas moins que la prévalence du diabète dans la population féminine est près de deux fois supérieure à celle estimée chez les hommes : 14 % contre 8 %.

Les femmes sont plus touchées par le diabète et l'obésité. La nutrition est un des facteurs favorisant ces deux maladies. Toutefois la situation des femmes au regard des deux composantes principales de la nutrition est contrastée. Au vu des données, les femmes maintiennent des comportements alimentaires bénéfiques pour leur santé. D'après l'enquête Kannari, les femmes consomment plus de fruits et légumes que leurs homologues masculins et moins de boissons sucrées ou non. En revanche, elles pratiquent moins d'activité physique. Bien que les Guadeloupéennes soient moins touchées par les maladies cardio-vasculaires ou les tumeurs que les hommes de la région, il n'en reste pas moins qu'une attention doit être apportée. En effet, les maladies cardio-vasculaires, représentant 29 % des décès féminins, sont la première cause de mortalité. Il s'ensuit la mortalité par tumeur (22 % des décès). Le cancer du sein et les cancers de l'utérus constituent les types de cancers féminins les plus fréquents, en Guadeloupe.



Avec la transformation du paysage social, le bien-être mental est une composante intrinsèque de la santé. Les problèmes de santé mentale représentent une part importante dans l'état de santé de la population féminine de la région et se manifestent différemment de ceux des hommes. L'enquête Baromètre Santé DOM 2014 illustre ces faits. En effet, les Guadeloupéennes sont respectivement deux et trois fois plus touchées par un épisode dépressif et des détresses psychologiques que les hommes. À âge comparable, elles sont plus concernées par les troubles de l'humeur que les hommes : 105 nouvelles admissions contre 48 admissions pour 100 000 habitants. Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide sont également plus fréquentes au sein de la population féminine. En outre, les femmes recourent davantage au système de soins dans le cadre thérapeutique soit par l'usage de médicaments psychotropes ou par le recours de psychothérapie. À noter, les inégalités face aux souffrances psychologiques sont dues en parties à des situations économiques et sociales plus précaires aux quelles dont les femmes sont davantage exposées.

Les indicateurs de mortalité abordés dans ce document attestent de la sous mortalité générale et prématurée des femmes guadeloupéennes par rapport à leurs homologues masculins. Cependant, il n'en demeure pas moins qu'environ un décès féminin prématuré sur dix (13 %) sont évitables notamment par la réduction des comportements à risque, tabagisme et alcoolisme. L'enquête Baromètre Santé DOM 2014 montre que 23 % des femmes de la région âgées de 15 à 75 ans consomment de l'alcool de manière hebdomadaire, et un peu plus d'une sur dix (11 %) déclare fumer au moment de l'enquête. La consommation de ces produits par la population féminine reste sensiblement inférieure à celle des hommes. Les modes de consommations apparaissent fortement liés au sexe, toutefois, dans les jeunes générations, la tendance est autre. En effet, le comportement des jeunes filles vis-à-vis de ces substances tend à se rapprocher des jeunes gens, et ce particulièrement du point de vue de l'expérimentation.

La sexualité et la procréation demande une attention particulière dans la santé des femmes. Comme le définit l'OMS, « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité ». La santé sexuelle englobe le développement sexuel et la santé reproductive. Les études menées en Guadeloupe sur cette thématique – vie sexuelle et reproductive- indiquent une vulnérabilité des femmes dans cette composante de leur vie. En effet, bien qu'elles rentrent dans la vie sexuelle plus tardivement que leurs homologues masculins, les Guadeloupéennes sont plus fréquemment confrontées à des violences sexuelles et sont plus exposées aux infections sexuellement transmissibles. En 2016, les femmes de la Guadeloupe ont les taux de diagnostic d'infection à gonocoque et *Chlamydia* parmi les plus élevés de France. Ces résultats témoignent de l'insuffisance de l'usage du préservatif comme moyen de protection même si ce dernier reste important selon les déclarations. Malgré l'accessibilité aux moyens contraceptifs, les Guadeloupéennes sont souvent confrontées à des grossesses non désirées. Cette situation se matérialise quantitativement par un taux d'interruption volontaire de grossesses élevé et un recours répété de l'acte au cours de la vie. En 2016, le taux de recours est de 33,8 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. La situation est d'autant plus préoccupante chez les mineures âgées de 15 à 17 ans (taux régional de recours à l'IVG est de 14,7 IVG pour 1 000 mineures). Au cours de la période 2013-2015, plus de la moitié des femmes ayant eu recours à une IVG avaient déjà eu une telle intervention au cours de leur vie en Guadeloupe. La région Guadeloupe est l'une de région de France qui présente le taux de recours à l'IVG le plus élevé. Selon les données extraites de la DREES, le ratio IVG-naissances, en Guadeloupe, est établie pour l'année 2016 à 0,66 soit 66 IVG pour 100 naissances.

Les femmes guadeloupéennes, outre le fait de se distinguer de leurs homologues masculins, se singularisent également des femmes vivant en France hexagonale. En effet, à caractéristiques sociales comparables, les Guadeloupéennes se sentent en moins bonne santé que leurs homologues résidant en France Hexagonale et déclarent souffrir plus souvent de maladies chroniques, en 2014. La part de Guadeloupéennes se sentant en bonne ou très bonne santé est inférieure de 16 points à celles des femmes vivant en France hexagonale. Dans la population féminine de la région, les taux des nouvelles admissions en ALD et de mortalité -générale ou prématurée toutes causes- sont sensiblement supérieurs aux taux établis dans la population féminine vivant en France hexagonale. Le constat est identique lorsqu'on analyse trois des principales problématiques de santé en Guadeloupe que constituent l'obésité, le diabète et les maladies cardio-vasculaires. L'écart de points entre les Guadeloupéennes et les femmes vivant en France hexagonale est important : 10 à 16 points de femmes en obésité en Guadeloupe selon l'enquête considérée. La surcharge pondérale implique une lutte contre la sédentarité et une meilleure alimentation. Or, l'activité physique des Guadeloupéennes est moindre comme l'indique le Baromètre Santé DOM 2014. Trois Guadeloupéennes sur dix déclarent pratiquer une activité physique moins d'une fois par semaine, contre un quart des femmes vivant en France



hexagonale. Les Guadeloupéennes présentent toutefois de meilleurs indicateurs de morbidité et de mortalité au regard des cancers. Le rapport au système de soins des femmes guadeloupéennes diffère de celui des femmes vivant en France hexagonale. Ainsi, les Guadeloupéennes déclarent davantage renoncer financièrement aux soins optiques ou une consultation de médecin. Enfin, au regard des consommations de substances psychoactives, les Guadeloupéennes sont moins concernées que leurs homologues vivant en France hexagonale.

Le présent document utilise les données disponibles, pour faire le bilan de la santé des femmes en Guadeloupe. Malgré l'avantage octroyé par les années de vie supplémentaire, les Guadeloupéennes perçoivent leur santé de manière plus négative que les hommes. Il est certain qu'au regard des indicateurs de santé généraux -ALD, mortalité-, elles restent globalement moins affectées que les hommes. Toutefois, ce rapport met l'accent sur deux problématiques de santé prioritaires de la Guadeloupe et qui concernent davantage la population féminine : le diabète et l'obésité. Il confirme en outre, la vulnérabilité des femmes guadeloupéennes dans leur vie sexuelle et reproductive, mais également leur fragilité au regard de la santé mentale.

Les résultats illustrent l'intérêt des approches populationnelles en santé publique, car les maladies, les comportements de santé diffèrent sensiblement selon le sexe. La population féminine, plus captive, plus proche du système de soins, reste plus sensible aux actions menées dans le champ de la santé. Outre son but de livrer des données sur l'état de santé des femmes de la région, ce rapport est un outil d'aide à la décision en vue d'améliorer la santé des femmes sur toutes ses composantes : physique, mentale, sociale et sexuelle.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Insee <https://www.insee.fr>
2. Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité in L'état de santé de la population en France, rapport 2011, DREES.
3. Robine JM, Cambois E. (2017). Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 2015 et évolution depuis 2004 : impact de la diminution de l'espérance de vie en 2015. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. InVS. no 16-17.pp. 294-300.
4. Richard J.-B. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe. Saint-Maurice : Santé publique France, 2015 : 32 p.
5. Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 - Résultats départementaux d'une enquête auprès des seniors. Dress, 2014
6. La Guadeloupe, région où la perte d'autonomie des seniors est la plus précoce. Insee Flash n° 91, juin 2018.
7. DREES. Enquêtes Aide sociale 2016
8. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), 2010-2012. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 230 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
9. Dress <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
10. Halfen S, Fénies K, Ung B, Grémy I. Les connaissances, attitudes croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Rapport ORS Ile-de-France ; avril 2006. 290 p.
11. Vilain A. (2017). 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Études et Résultats. Drees. no 1013. 6 p.
12. ORSaG. Facteurs associés au recours répété à une IVG- Analyse des bulletins statistiques d'IVG - Mai 2018. Disponible sur https://www.orsag.fr/facteurs_associes_recours_repete_ivg_analyse_bulletins_statistiques_ivg_guadeloupe_mai2018/
13. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. 6 p.
14. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. (2017). Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé publique France. 8 p.
15. Nathalie Bajos et al., Enquête sur la sexualité en France, La Découverte « Hors Collection Social », 2008, p. 1-5. DOI 10.3917/dec.bajos.2008.01.0001
16. ORSaG. Le diabète en Guadeloupe en 2013. KANNARI, Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe ; 2016. 16 p. Disponible sur : < <http://www.orsag.fr/actualite-orsag/360-le-diabete-en-guadeloupe-en-2013-enquete-kannari.html> >
17. ORSaG. Surcharge pondérale et obésité abdominale en Guadeloupe en 2013. KANNARI, Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe; 2016. 24 p. Disponible sur <http://www.orsag.fr/cat/travaux-orsag/pathologies/surpoids-obesite.htm>
18. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(13):234-41. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/2017_13
19. Glossaire BDSP <http://www.bdsp.ehesp.fr/>
20. Castetbon K, Ramalli L, Vaidie A, Yacou C, Merle S, Ducros V, Deschamps V, Bateau A. Consommations alimentaires et biomarqueurs nutritionnels chez les adultes de 16 ans et plus en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari 2013-2014. Bull Epidémiol Hebd. 2016; 4:52-62.
21. Le Nézet O., Gauduchon T., Spilka S. Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2014. Tendances, 2015, 102, 1-4.
22. Spilka S., Cogordan C., Beck F., Richard J.-B. Baromètre santé DOM 2014. Les usages de drogues illicites.



Saint-Maurice : Santé publique France, 2017 : 11 p.

23. Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018. 10 p.

24. F. Beck, J-B. Richard, A. Dumas, L. Simmat-Durant, S. Vandentorren Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes. La Santé en action, 2013, n°423, pp.5-7.



ANNEXES

Annexe 1 : Liste des maladies selon la classification internationale des maladies (CIM 10)

Chapitre	Libellé
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires
II	Tumeurs
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
V	Troubles mentaux et du comportement
VI	Maladies du système nerveux
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
IX	Maladies de l'appareil circulatoire
X	Maladies de l'appareil respiratoire
XI	Maladies de l'appareil digestif
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire
XV	Grossesse, accouchement et puerpéralité
XVI	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
XX	Causes externes de morbidité et de mortalité
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
XXII	Codes d'utilisation particulière

**Annexe 2 : Liste des affections de longue durée (ALD) ¹³**

N° de l'ALD	Libellé
1	Accident vasculaire cérébral invalidant
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4	Bilharziose compliquée
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
10	Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase grave
12	Hypertension artérielle sévère
13	Maladie coronaire
14	Insuffisance respiratoire chronique grave
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences
16	Maladie de Parkinson
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé et spécialisé
18	Mucoviscidose
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
20	Paraplégie
21	Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive
23	Affections psychiatriques de longue durée
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
25	Sclérose en plaques
26	Scoliose idiopathique structurale évolutive
27	Spondylarthrite grave
28	Suite de transplantation d'organe
29	Tuberculose active, lèpre
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

¹³Le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 (JO du 26 juin 2011) a retiré l'hypertension artérielle sévère (ALD 12) de la liste des ALD 30 à compter du 27 juin 2011.

Publication : Décembre 2018



www.orsag.fr

