

Avril 2025

RAPPORT D'ETUDE

Actions Région Guadeloupe n°1 : Accessibilité aux soins

Enquête sur les besoins et les attentes des
Guadeloupéens concernant l'accessibilité au
système de soins en Guadeloupe

ORSaG

Observatoire Régional de la Santé
de Guadeloupe



Table des matières

Abréviations.....	3
Liste des figures	4
Contexte.....	6
Objectifs de l'étude	7
Méthodologie	7
Définitions des populations vulnérables.....	8
Points clés	8
Résultats	9
1. Enquête téléphonique	9
1.1 Profil des répondants.....	9
1.2 Etat de santé des répondants	11
1.3 Soins de proximité	13
1.4 Soins hospitaliers	27
1.5 Recours aux services des urgences	30
1.6 Recours aux autres professionnels de santé	31
1.7 Renoncement aux soins	34
1.8 Actions pour améliorer l'accès aux soins	37
2. Enquête en face-à-face dans les CCAS.....	40
2.1 Description de la population interrogée	40
2.2 L'accès aux soins pour les usagers des CCAS	43
2.3 Le renoncement aux soins pour les usagers des CCAS.....	56
2.4 Les actions prioritaires pour l'amélioration de l'accès aux soins	57
Discussion.....	60
Conclusion	62
Bibliographie.....	63

Abréviations

CES : Complémentaire Santé Solidaire

CAGSC : Communauté d'Agglomération Grand Sud Caraïbes

CANBT : Communauté d'Agglomération Nord Basse-Terre

CANGT : Communauté d'agglomération Nord Grande-Terre

CAPEX : Communauté d'Agglomération Cap Excellence

CARL : Communauté d'Agglomération de la Riviera du Levant

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCMG : Communauté de Communes de Marie-Galante

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPCI : Etablissements Publics de Coopération Intercommunale

FHF : Fédération Hospitalière Française

Liste des figures

Figure 1 : Répartition de l'état de santé physique des répondants selon le sexe	11
Figure 2 : Répartition de l'état de santé physique selon la sous-population	11
Figure 3 : Répartition de la santé psychologique des répondants selon le sexe	12
Figure 4 : Répartition de l'état de santé psychologique selon la sous-populations	12
Figure 5 : Répartition des répondants selon la fréquence de rendez-vous chez un généraliste	13
Figure 6 : Répartition de la fréquence de rendez-vous selon les sous populations	13
Figure 7 : Type de généraliste consulté pour la dernière fois	14
Figure 8 : Répartition des modalités de prises de rendez-vous	14
Figure 9 : Répartition de la prise de rendez-vous pour se rendre chez le médecin généraliste	15
Figure 10 : Répartition du délai d'obtention du rendez-vous chez le généraliste	15
Figure 11 : Jugement d'obtention du délai d'obtention du rendez-vous chez le généraliste	16
Figure 12 : Répartition du délai passé dans la salle d'attente	16
Figure 13 : Jugement du délai passé en salle d'attente	16
Figure 14 : Moyens de transport pour se rendre chez le généraliste	17
Figure 15 : Répartition des moyens de transport utilisés selon les sous-populations	17
Figure 16 : Répartition des moyens de transports utilisés pour se rendre chez le médecin généraliste selon l'EPCI	18
Figure 17 : Durée moyenne du trajet selon la sous population	18
Figure 18 : Lieu de visite selon la sous-population	19
Figure 19 : Lieu de visite selon l'EPCI de résidence	19
Figure 20 : Jugement des soins reçus par le médecin généraliste (n=399)	19
Figure 21 : Répartition de consultation d'un spécialiste selon la sous-population	20
Figure 22 : Les raisons de la non-consultation d'un médecin spécialiste	20
Figure 23 : Répartition du délai d'obtention du rendez-vous chez le spécialiste	21
Figure 24 : Moyens de transport utilisés pour se rendre chez le médecin spécialiste	21
Figure 25 : Répartition des moyens de transports utilisés selon la sous-population	22
Figure 27 : Répartition de la durée moyenne du trajet vers le médecin spécialiste selon les sous-populations	23
Figure 28 : Lieu de visite du médecin spécialiste selon les sous-populations	23
Figure 29 : Lieu de visite selon l'EPCI de résidence	24
Figure 29 : Répartition des spécialités médicales consultées	24
Figure 30 : Répartitions des principales spécialités consultées selon les sous-populations	25
Figure 31 : Jugement des soins reçus par le médecin spécialiste (N=369)	25
Figure 32 : Modalité de prise de rendez-vous privilégiée	26
Figure 33 : Répartition de l'avis favorable pour la téléconsultation selon la profession	27
Figure 34 : Répartition des répondants hospitalisés selon le type d'établissement	27
Figure 35 : Répartition des hospitalisations selon la sous-population	28
Figure 36 : Moyens de transport utilisés pour se rendre l'hôpital	28
Figure 37 : Répartitions des raisons de la non-utilisation des transports urbains collectifs et médicalisés vers l'hôpital	28
Figure 38 : Durée moyenne du trajet vers l'hôpital et vers une clinique	29
Figure 39 : Répartition de la durée moyenne du trajet vers l'hôpital selon les EPCI de résidence	29
Figure 40 : Jugement du service de soins selon le type d'établissement	29
Figure 41 : Proportions de personnes ayant eu recours au service des urgences selon le nombre de passage	30
Figure 42 : Répartition des proportions des répondants ayant eu recours au service des urgences selon la sous-population	30
Figure 43 : Délai de prise en charge au service des urgences	31
Figure 44 : Jugement de l'accueil et de la prise en charge au service des urgences	31
Figure 45 : Répartition du taux de recours à un autre professionnel de santé selon les sous-populations	32
Figure 46 : Répartition du taux de recours selon le type de professionnel de santé consulté pour la dernière fois	32
Figure 47 : Répartition des cinq premiers professionnels consultés selon les populations vulnérables	33
Figure 48 : Moyens de transport pour se rendre chez un autre professionnel de santé	33
Figure 49 : Raisons de la non-utilisation des transports urbains collectifs et/ou médicalisés	34
Figure 50 : Répartition de la durée moyenne du trajet vers un autre professionnel de santé selon les sous-populations	34

<i>Figure 51 : Proportion des répondants ayant renoncé ou non à des soins médicaux selon la sous-population</i>	34
<i>Figure 52 : Répartition du type de soins renoncés au cours des douze derniers mois</i>	35
<i>Figure 53 : Répartition des soins renoncés selon les sous-populations</i>	35
<i>Figure 54 : Répartition des motifs de renoncement aux soins</i>	36
<i>Figure 55 : Répartition des motifs de renoncement aux soins selon la sous-population</i>	36
<i>Figure 56 : Renoncement aux soins selon l'activité professionnelle</i>	37
<i>Figure 57 : Taux de renoncement aux soins selon la couverture médicale</i>	37
<i>Figure 58 : Répartition des actions prioritaires sur l'ensemble de l'échantillon</i>	38
<i>Figure 59 : Répartition des actions prioritaires selon les sous-populations</i>	38
<i>Figure 60 : Répartition des actions prioritaires selon les EPCI de résidence</i>	39
<i>Figure 61 : Cartographie des usagers des CCAS interrogés</i>	40
<i>Figure 62 : Profil des usagers des CCAS interrogés</i>	41
<i>Figure 63 : Répartition de la perception de l'état de santé physique des usagers selon les sous-populations</i>	42
<i>Figure 64 : Etat de santé psychologique des usagers des CCAS</i>	42
<i>Figure 65 : Répartition de l'état de santé psychologique selon les sous-populations</i>	43
<i>Figure 66: Répartition de la fréquence de consultation du médecin généraliste au cours des douze derniers mois selon les sous-populations</i>	44
<i>Figure 66 : Répartition du type de médecin généraliste consulté lors de la dernière consultation</i>	44
<i>Figure 67 : Répartition des modalités de prise de rendez-vous</i>	45
<i>Figure 68 : Moyens de transport utilisés pour se rendre chez le médecin généraliste</i>	45
<i>Figure 69 : Motifs de non-utilisation des transports urbains collectifs et/ou médicalisés</i>	46
<i>Figure 70 : Durée moyenne de trajet vers le médecin généraliste selon les sous-populations</i>	46
<i>Figure 71 : Répartition du lieu de visite selon les sous-populations</i>	46
<i>Figure 72 : Répartition de la consultation d'un médecin spécialiste au cours des douze derniers mois selon les sous-populations</i>	47
<i>Figure 73 : Répartition des motifs de non-consultation d'un médecin spécialiste</i>	47
<i>Figure 74 : Délai d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste</i>	48
<i>Figure 75 : Moyens de transport utilisés pour se rendre chez le médecin spécialiste</i>	48
<i>Figure 76 : Motifs de la non-utilisation des transports urbains collectifs et/ou médicalisés</i>	49
<i>Figure 77 : Lieu de visite selon les sous-populations</i>	49
<i>Figure 78 : Répartition des spécialités consultées</i>	50
<i>Figure 79 : Répartition des usagers qui ont eu recours ou non à des soins hospitaliers selon le type d'établissement</i>	50
<i>Figure 80 : Répartition des moyens de transport utilisés par les usagers des CCAS pour se rendre à l'hôpital</i>	51
<i>Figure 81 : Répartition de la durée moyenne du trajet pour une hospitalisation selon le type d'établissement</i>	51
<i>Figure 82 : Répartition des usagers ayant eu recours aux urgences selon la fréquence</i>	51
<i>Figure 83 : Répartition du délai de prise en charge au service des urgences</i>	52
<i>Figure 84 : Répartition du suivi post-urgences des usagers concernés</i>	52
<i>Figure 85 : Jugement de l'accueil et de la prise en charge médicale aux services des urgences</i>	53
<i>Figure 86 : Répartition de la proportion des usagers selon les sous-populations</i>	53
<i>Figure 87 : Répartition du professionnel de santé consulté au cours des douze derniers mois par les usagers du CCAS</i>	54
<i>Figure 88 : Moyens de transport utilisés pour se rendre chez le professionnel de santé par les usagers du CCAS</i>	54
<i>Figure 89 : Répartition des motifs de non-utilisation des transports urbains collectifs et médicalisés pour se rendre chez le professionnel de santé</i>	55
<i>Figure 90 : Répartition de la durée moyenne du trajet vers le professionnel de santé selon les sous-populations</i>	55
<i>Figure 91 : Répartition de délai d'obtention du rendez-vous auprès du professionnel de santé</i>	55
<i>Figure 92 : Répartition des usagers ayant renoncé ou non à des soins médicaux selon les sous-populations</i>	56
<i>Figure 93 : Répartition des soins renoncés au cours des douze derniers mois par les usagers des CCAS</i>	56
<i>Figure 94 : Répartition des motifs de renoncement aux soins</i>	57
<i>Figure 95 : Répartition des actions sur l'ensemble des usagers des CCAS</i>	58
<i>Figure 96 : Répartition des trois actions prioritaires selon les sous-populations</i>	58

Contexte

La réduction des inégalités d'accès aux soins demeure un enjeu majeur des politiques menées par les collectivités territoriales en matière d'aménagement territorial et de soutien à l'attractivité dans les territoires.

En 2021, la Collectivité Régionale de Guadeloupe a mis en place une consultation citoyenne en ligne, afin de recueillir les avis des Guadeloupéens sur les conditions d'accessibilité au système de soins. Les résultats de la consultation indiquent que, l'accès au système de soins en Guadeloupe est difficile, en raison de la faible densité médicale sur notre territoire et de la répartition inégale de l'offre de soins. En effet, bien que l'obtention d'un rendez-vous chez un médecin généraliste soit plutôt rapide (moins de 48 heures pour 60% des répondants), l'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste est beaucoup plus longue (1 à 3 mois pour 29 % des participants, 6 mois pour 10% d'entre eux). Les données montrent également une insatisfaction des personnes interrogées concernant le temps passé dans la salle d'attente, ainsi près d'une personne sur deux a passé plus 30 minutes dans la salle d'attente et a été insatisfaite de cette durée¹.

Par ailleurs, les transports collectifs pour se rendre chez le médecin sont très peu utilisés par les Guadeloupéens. L'absence ou la mauvaise organisation des moyens de transport en Guadeloupe pour se déplacer peut représenter, pour certaines personnes, un obstacle à la consultation médicale.

Cette consultation citoyenne de 2021 présente cependant quelques limites en termes de représentativité, en effet la consultation étant exclusivement en ligne, les personnes qui ne maîtrisent pas l'outil informatique ou qui n'ont pas accès à internet en sont d'emblée écartées. De plus, la méthode d'échantillonnage était non-aléatoire, basée sur le volontariat, près de 280 personnes ont répondu à l'enquête en ligne.

Dans l'objectif d'améliorer les connaissances sur l'accessibilité au système de santé sur notre territoire, il semble opportun d'interroger un échantillon représentatif de la population Guadeloupéenne, sur leurs conditions d'accès aux soins et sur leurs besoins en santé. C'est dans ce contexte, que la Collectivité Régionale de Guadeloupe a décidé de renouveler cette consultation, en interrogeant, d'une part, un nombre de personnes reflétant le plus fidèlement la population Guadeloupéenne et d'autre part, en allant à la rencontre des Guadeloupéens, notamment auprès de ceux qui sont éloignés des systèmes de soins. L'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSaG) a été missionné pour gérer l'enquête et analyser les données.

¹ORSaG - L'accessibilité aux soins en Guadeloupe : Un enjeu majeur des politiques publiques, 2021

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude sera d'actualiser les connaissances sur l'accessibilité au système de santé en Guadeloupe. Il s'agira notamment :

- *D'obtenir l'avis des guadeloupéens éloignés du système de soins*
- *D'identifier les déterminants des inégalités d'accès aux soins*

Méthodologie

1. Type d'étude

C'est une étude descriptive transversale. Elle a été réalisée en deux parties :

- Une enquête téléphonique sur un échantillon représentatif de la population. La représentativité de l'échantillon sera assurée par la méthode des quotas prenant en compte les principales caractéristiques socio-démographiques de la population de Guadeloupe (le sexe, l'âge, le lieu de résidence et la catégorie professionnelle) ;
- Une enquête en face à face sur un échantillon non représentatif de personnes volontaires, interrogées en face à face dans les Centres Communaux d'Action Sociale de la Guadeloupe et des dépendances.

2. Population d'étude

Seront inclus dans l'étude, les personnes résidant en Guadeloupe au moment de l'enquête âgés de 18 ans ou plus, un accent sera mis sur les personnes vulnérables éloignées du système de soins.

3. Durée de l'étude

L'étude téléphonique s'est déroulée entre novembre et décembre 2023. L'étude en face-à-face dans les CCAS s'est déroulée du 15 novembre 2023 au 10 janvier 2024

4. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire de la consultation citoyenne en 2021 a été repris et complété. Il permettra d'obtenir des informations sur les profils des interrogés et d'obtenir leur avis sur leurs accès aux soins.

5. Déroulement de l'enquête

- Entretiens téléphoniques : l'administration du questionnaire a été assurée par un prestataire.
- Entretiens en face à face : l'administration du questionnaire a été assurée par une chargée d'étude de l'ORSaG dans 5 CCAS tirés au sort sur la Guadeloupe continentale (1 par EPCI) et dans les CCAS de Grand-Bourg de Marie-Galante, de Terre de haut et de la Désirade.

6. Taille de l'échantillon

Ainsi, pour une marge d'erreur de 5% et un intervalle de confiance de 95 %, la taille de l'échantillon a été estimée à 384 personnes minimum. Ainsi, 400 personnes ont été interrogées par téléphone et 80 personnes en face-à-face (environ 10 personnes par CCAS).

7. Analyse des données

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata9 (Stata Corporation College Station, Texas, Etats-Unis). Les comparaisons des proportions et des moyennes ont été réalisées à l'aide du test Chi2 ou du test de Student avec un seuil de significativité de 5%. Les informations manquantes sont signalées.

Définitions des populations vulnérables

L'analyse a été réalisée pour quatre populations vulnérables :

- *Les personnes ayant déclaré avoir un problème de santé chronique*
- *Les personnes en situation de handicap ou étant limitées depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé*
- *Les personnes âgées de 60 ans ou plus*
- *Les personnes ayant moins de 1000 € de revenus nets mensuels*

Points clés

En population générale

- *Un échantillon représentatif de la population guadeloupéenne.*
- *Une perception de l'état de santé physique et psychologique qui s'est dégradée depuis 2021.*
- *Une part importante des répondants a consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois.*
- *Une part plus faible a consulté un médecin spécialiste, 8% des répondants déclarent n'avoir jamais consulté de médecin spécialiste.*
- *10% de la population déclarent avoir renoncé à des soins. Ce taux est bien plus élevé chez les personnes en situation de handicap (32%).*
- *Le renoncement aux soins concerne davantage la consultation auprès d'un médecin spécialiste, les délais trop longs sont souvent évoqués.*
- *Pour les personnes à faibles revenus, le renoncement aux soins concerne autant le médecin généraliste que le spécialiste.*
- *Pour les personnes en situation de handicap, des problèmes d'accessibilité aux structures de soins sont mis en avant.*
- *Le moyen de transport privilégié est le moyen de déplacement personnel, principalement pour convenance personnelle.*
- *Les personnes en situation de handicap ou malades chroniques effectuent des trajets plus longs pour aller se faire soigner*
- *Une durée de trajet pour se rendre chez son médecin différente selon les EPCI.*

Parmi les usagers des CCAS

- *La majorité des usagers des CCAS sont couverts par le C2S.*
- *Une perception de l'état de santé physique et psychologique plus médiocre qu'en population générale.*

- *Les transports urbains collectifs sont plus souvent utilisés qu'en population générale.*
- *35 % des usagers des CCAS déclarent avoir dû renoncer à des soins. Ce taux est bien plus élevé qu'en population générale.*
- *Le renoncement aux soins concerne le plus souvent la consultation auprès d'un médecin spécialiste, les délais trop longs sont souvent évoqués ou des difficultés financières.*
- *Pour les personnes en situation de handicap, la raison de renoncement aux soins est liée à des problèmes d'accessibilité aux structures de soin et à des difficultés financières.*

Résultats

1. Enquête téléphonique

1.1 Profil des répondants

L'enquête téléphonique a permis d'interroger 400 personnes âgées de 18 ans ou plus. La part des femmes est la plus importante, représentant 56% de l'échantillon.

Les personnes âgées représentent la majorité des répondants soit 35% des personnes âgées de 60 ans ou plus. Tandis que les personnes entre 30 et 39 ans représentent que 13% des répondants, la part la plus faible.

Plus de la moitié des répondants possède au moins le baccalauréat avec 28% d'entre eux qui ont un diplôme d'études supérieures. Ils sont 19% à n'avoir aucun diplôme.

Les retraités représentent la catégorie socio-professionnelle la plus représentée avec 25% des répondants qui sont à la retraite. Les personnes sans emploi et qui n'ont jamais travaillé représentent 20% de l'échantillon. Les employés représentent 13% alors que les cadres ne représentent que 4,5%, les agriculteurs et les étudiants ne représentant chacun qu'un pourcent des répondants.

La quasi-totalité des répondants a une couverture médicale que ce soit l'assurance maladie seule, l'assurance maladie avec mutuelle, la complémentaire solidarité santé ou l'Aide Médicale d'Etat. Les répondants ayant l'assurance maladie et une mutuelle représentent 64% de l'échantillon tandis que les affiliés à la complémentaire solidarité santé représentent 26%.

Sur les 400 répondants, 119 (30%) n'ont pas souhaité indiquer la tranche de leur revenu. Les personnes qui possèdent moins de 1000€ de revenus mensuels représentent 27% des répondants. Les personnes touchant entre 1000€ et 2000€ représentent 24% de l'échantillon et les personnes touchant plus de 2000€ représentent 20% de l'échantillon.

	N	%
Base	400	100%
Sexe		
Femme	224	56%
Homme	176	44%
Age		
<30 ans	56	14%
30-39 ans	51	13%
40-49 ans	68	17%
50-59 ans	84	21%
60 ans ou plus	141	35%
Niveau d'étude		
Aucun diplôme	76	19%
Brevet des collèges	36	9%
BEP/CAP	75	19%
Bac/Bac pro	90	23%
Etudes supérieures	113	28%
NSP	10	3%
Profession		
Agriculteur/Etudiant/Autre	9	3%
Artisan/Commerçant	23	6%
Cadre	18	5%
Profession intermédiaire	49	12%
Employé	77	19%
Ouvrier	44	11%
Retraité	101	25%
Sans emploi	79	20%
Couverture médicale		
Assurance maladie seule	34	8%
Assurance maladie + mutuelle	256	64%
C2S	103	26%
AME	4	1%
Aucune	1	0,3%
Ne sait pas	2	0,5%
Revenus mensuels		
Moins de 1000 €	106	27%
De 1000 € à 2000 €	95	24%
Plus de 2000 €	80	20%
NSP	119	30%
Lieu de résidence		
CAPEX	107	27%
CANGT	64	16%
CANBT	75	19%
CAGSC	76	19%
CARL	73	18%
CCMG	5	1%
Malades chroniques	124	31%
Personnes en situation de handicap	25	6%

Tableau 1 : Profil des répondants

1.2 Etat de santé des répondants

1.2.1 Santé physique

Globalement, il y a 56% des répondants qui se sentent en très bonne ou bonne santé physique le jour de l'appel téléphonique. Les femmes sont plus nombreuses à se sentir en très bonne ou en bonne santé que les hommes (Figure 1).

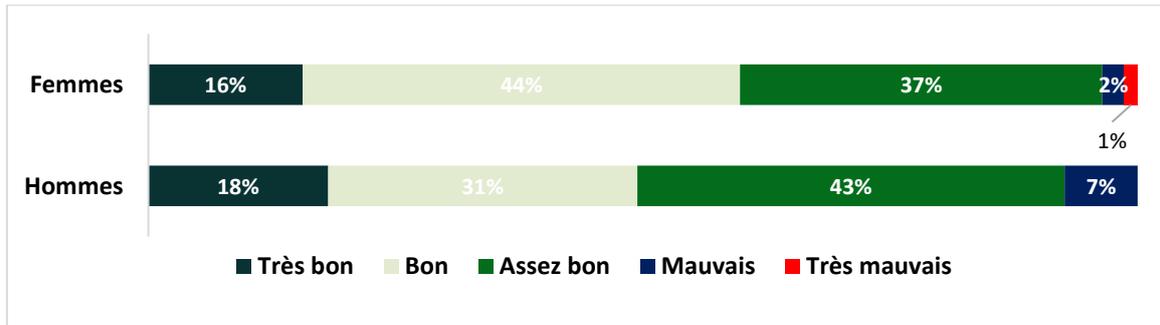


Figure 1 : Répartition de l'état de santé physique des répondants selon le sexe

La perception d'une bonne santé diminue dans les populations vulnérables. Ainsi, les personnes atteintes d'un problème de santé chronique sont seulement 25% à se sentir en très bonne ou en bonne santé. Les personnes en situation de handicap sont 24% à se sentir en bonne santé, aucune d'entre elles ne sent en très bonne santé. Chez les personnes âgées et les personnes ayant de faibles revenus, elles sont respectivement 35% et 38% à se sentir en très bonne ou en bonne santé au moment de l'enquête.

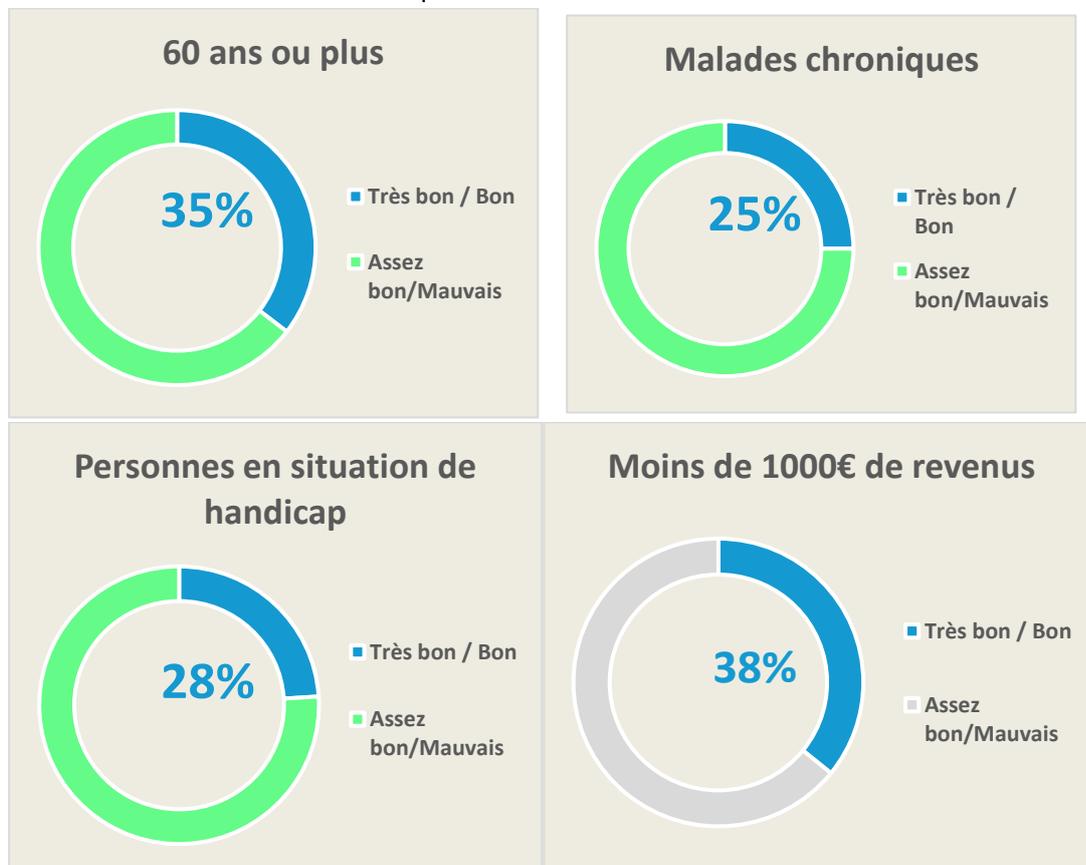


Figure 2 : Répartition de l'état de santé physique selon la sous-population

1.2.2 Santé psychologique

Les répondants qui se sentent en très bonne ou bonne santé psychologique représentent 59% de l'échantillon. Les femmes se sentent en meilleure santé psychologique avec 24% des femmes qui ont une très bonne santé psychologique pour 19% des hommes. (Figure 3).

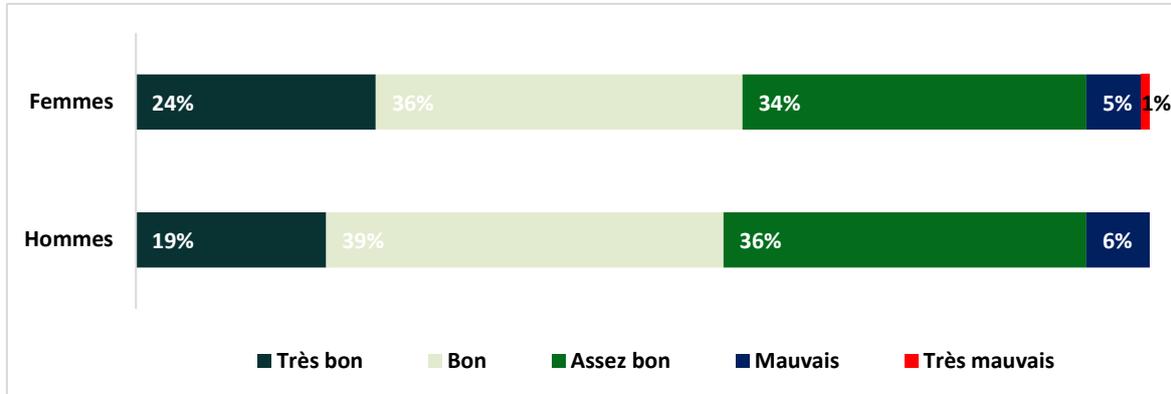


Figure 3 : Répartition de la santé psychologique des répondants selon le sexe

La perception de l'état de santé des populations vulnérables est moins bonne par rapport à l'ensemble de la population. Un peu moins de la moitié (44%) des personnes atteintes d'un problème de santé chronique déclare se sentir en très bonne ou en bonne santé psychologique. Un tiers des personnes en situation de handicap se sentent en bonne santé psychologique. Chez les personnes âgées, 46 % d'entre elles se sentent en très bonne ou en bonne santé et chez les personnes ayant moins de faibles revenus, 35% d'entre elles se sentent en très bonne ou bonne santé au moment de l'enquête.

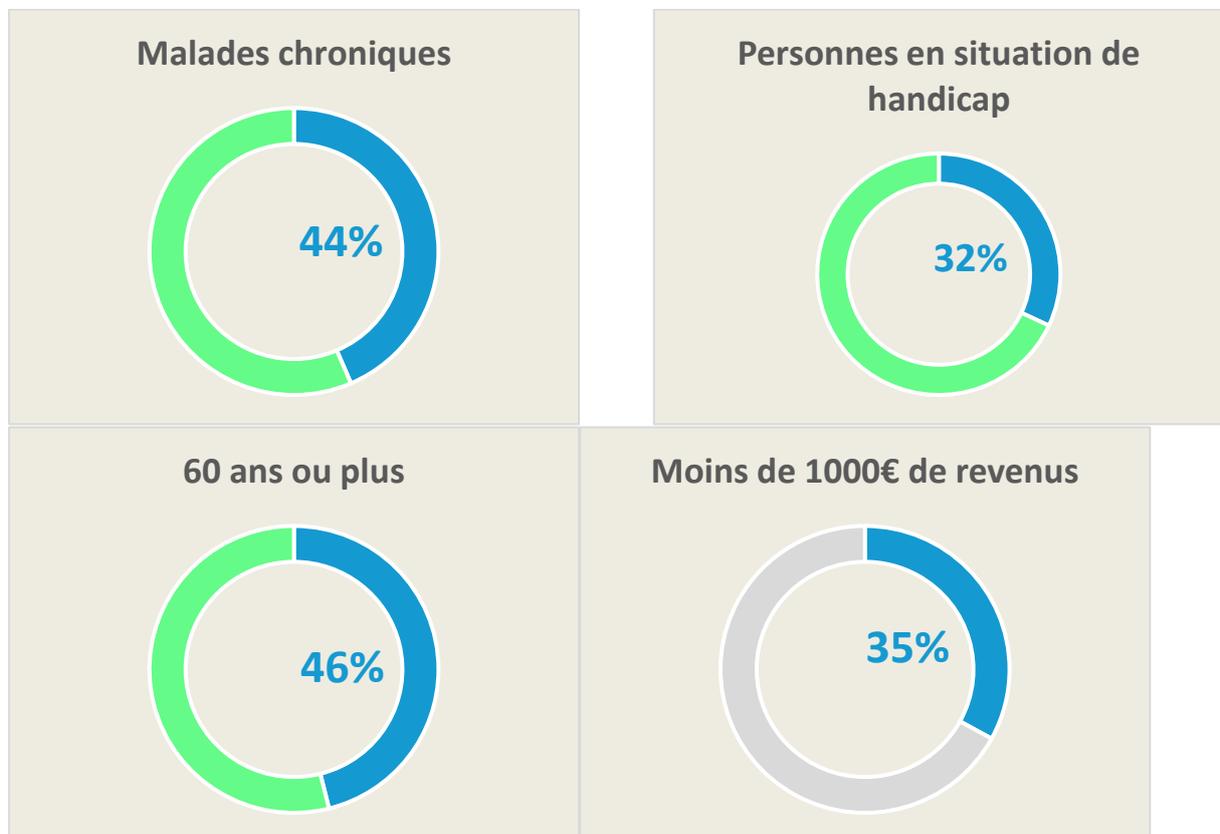


Figure 4 : Répartition de l'état de santé psychologique selon les sous-populations

1.3 Soins de proximité

1.3.1 Accès aux soins chez le généraliste

1.3.1.1 Consultation d'un généraliste

Sur la totalité des répondants, 97% d'entre eux ont un médecin généraliste habituel et donc seuls 3% ont déclaré ne pas en avoir. Pour ces derniers, les principales raisons évoquées sont : leur médecin habituel a cessé son activité ou est décédé (N=6) ; six autres estiment ne pas avoir le besoin d'en avoir un car ils ne sont pas souvent malades et une personne a déménagé récemment.

Au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, 85% des répondants ont consulté un médecin généraliste pour eux même dont 60% plusieurs fois. Les Guadeloupéens sont nombreux, tout comme les Français, à consulter le médecin généraliste.

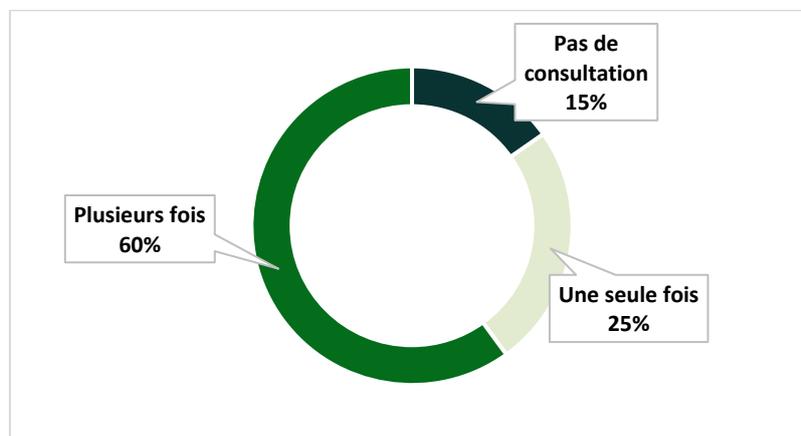


Figure 5 : Répartition des répondants selon la fréquence de rendez-vous chez un généraliste

La fréquence de consultation varie en fonction des sous-populations. Il n'y a pas de différence entre homme et femme. Les personnes atteintes d'un problème de santé chronique, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et les personnes à faible revenus consultent plus fréquemment qu'en population générale. Cela est corrélé avec l'état de santé de ces populations, elles se sentent en moins bonne santé, de fait elles consultent plus fréquemment le médecin.

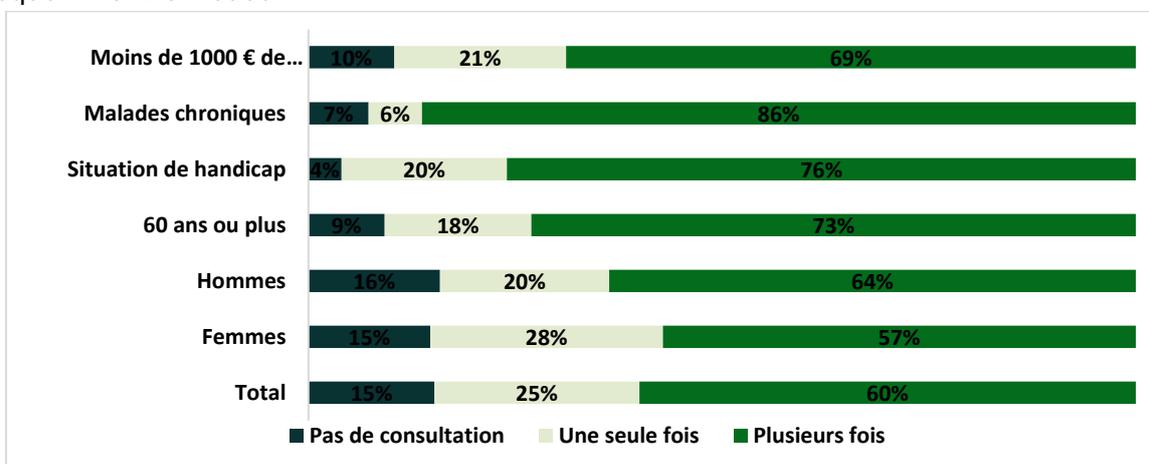


Figure 6 : Répartition de la fréquence de rendez-vous selon les sous populations

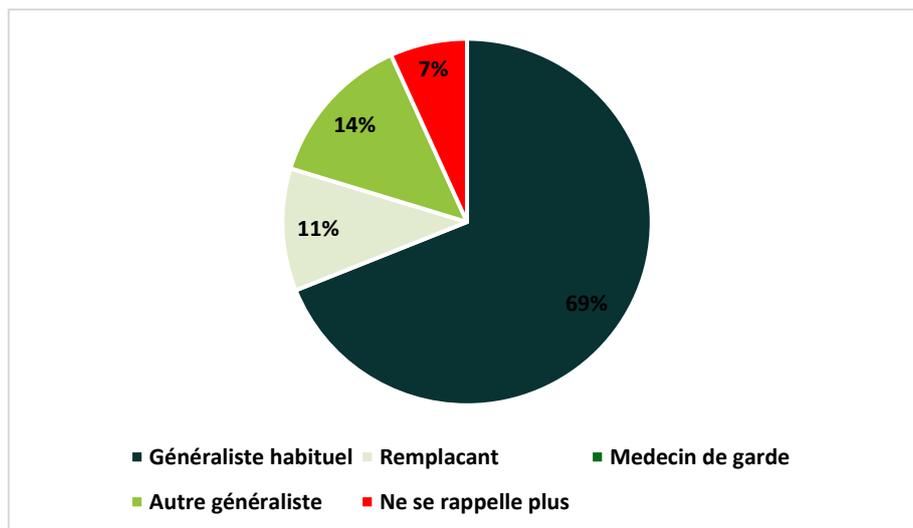


Figure 7 : Type de généraliste consulté pour la dernière fois

1.3.1.2 Modalité de prise de rendez-vous chez un généraliste

En ce qui concerne la prise de rendez-vous auprès du médecin généraliste, les répondants indiquent, à part égale, se rendre directement au cabinet sans prendre de rendez-vous ou prendre leur rendez-vous par téléphone (respectivement 37%). Les plateformes de rendez-vous médicaux en ligne, ne semblent pas susciter d'engouement, à peine 6% des répondants ont utilisé internet pour prendre rendez-vous avec le médecin généraliste (Figure 8).

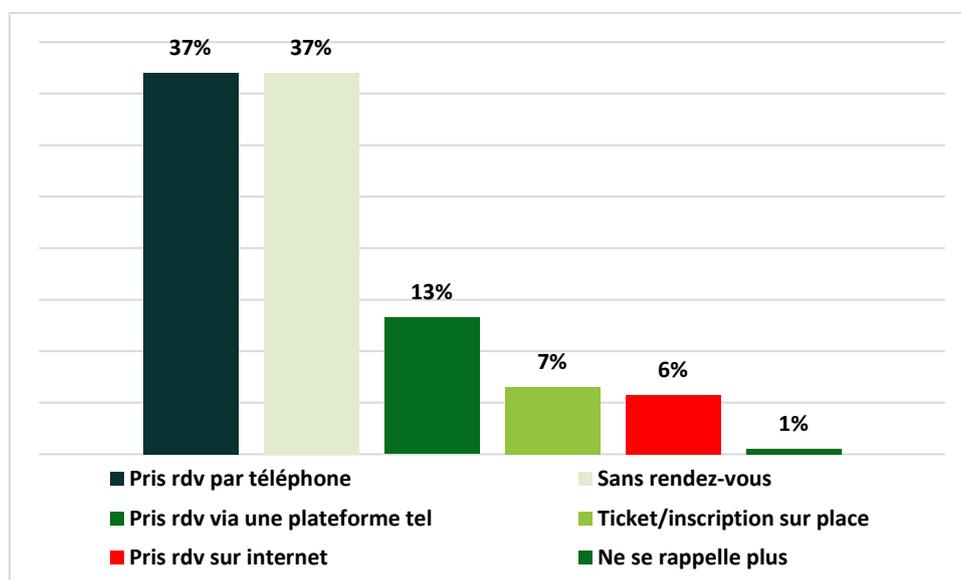


Figure 8 : Répartition des modalités de prises de rendez-vous

Les données indiquent que près de 37% des répondants se rendent chez leur médecin sans avoir pris un rendez-vous. L'analyse par sous-population montre que les personnes aux revenus mensuels faibles sont plus nombreuses à ne pas prendre de rendez-vous au préalable. Ces dernières sont probablement plus limitées en termes d'outils téléphoniques et informatiques pour prendre rendez-vous autrement. A contrario, les personnes âgées, avec une maladie chronique ou en situation de handicap sont plus enclines à prendre rendez-vous pour se rendre chez leur médecin généraliste.

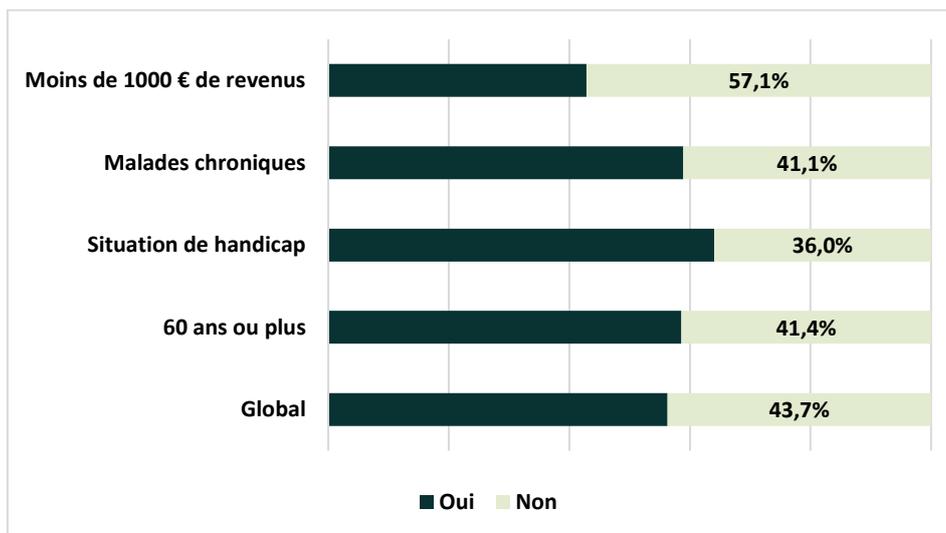


Figure 9 : Répartition de la prise de rendez-vous pour se rendre chez le médecin généraliste

Majoritairement, le délai d'obtention d'un rendez-vous avec le médecin généraliste se situe entre 1 et 3 jours. Un répondant sur six a pu obtenir son rendez-vous dans la journée et plus rarement, 1% des répondants a attendu plus d'un mois pour avoir sa consultation (Figure 10). Six personnes sur sept ont été satisfaites du délai entre la prise de rendez-vous et la consultation (Figure 11). Le délai pour obtenir un rendez-vous pour consulter un médecin généraliste n'est donc pas considéré long pour les participants.

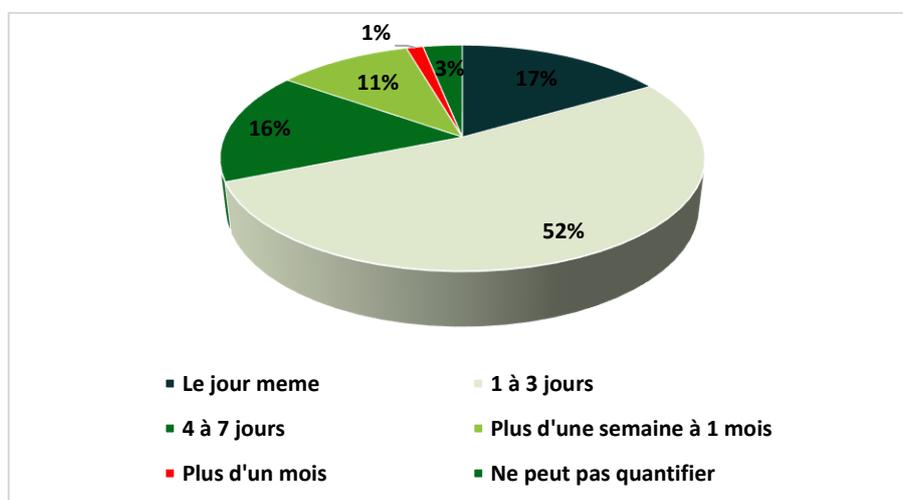


Figure 10 : Répartition du délai d'obtention du rendez-vous chez le généraliste

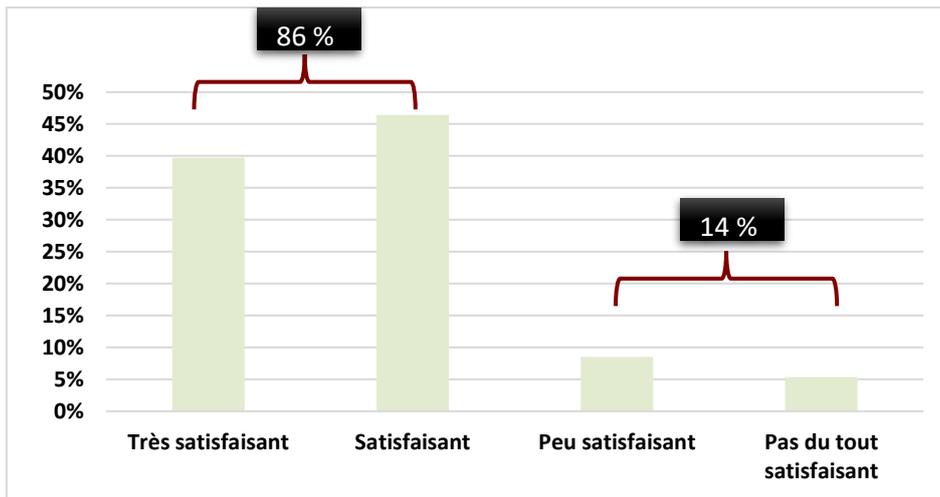


Figure 11 : Jugement d'obtention du délai d'obtention du rendez-vous chez le généraliste

1.3.1.3 Le délai passé en salle d'attente

Trois répondants sur quatre estiment avoir passé moins d'une heure en salle d'attente (Figure 12). Cinq personnes sur huit ont été satisfaites de l'attente. Pour d'autres, le temps d'attente est jugé trop long, une personne sur trois a été peu ou pas du tout satisfaite du temps passé en salle d'attente (Figure 13).

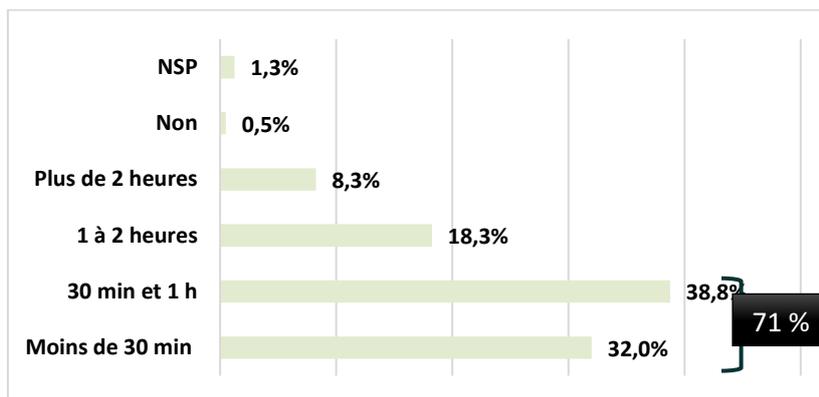


Figure 12 : Répartition du délai passé dans la salle d'attente

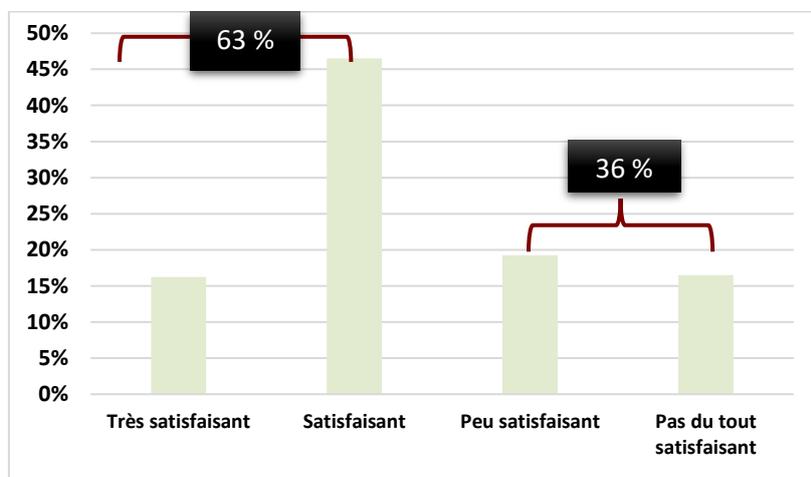


Figure 13 : Jugement du délai passé en salle d'attente

1.3.1.4 Les moyens de transports pour se rendre chez le médecin généraliste

Le moyen de déplacement personnel est le moyen de transport le plus utilisé pour se rendre chez le médecin généraliste (Figure 14). Cette observation est commune aux populations vulnérables (Figure 15). Les personnes en situation de handicap sont les plus nombreuses à utiliser les transports médicalisés et les moins nombreuses à utiliser les transports urbains collectifs. En cause, sans doute l'absence d'équipements (palette rétractable, dispositifs sonores et visuels) facilitant la mobilité de ces personnes. Les personnes à faibles revenus, qui sont quant à elle plus limitées en ressources matérielles pour se déplacer, sont les plus nombreuses à utiliser les transports urbains collectifs.

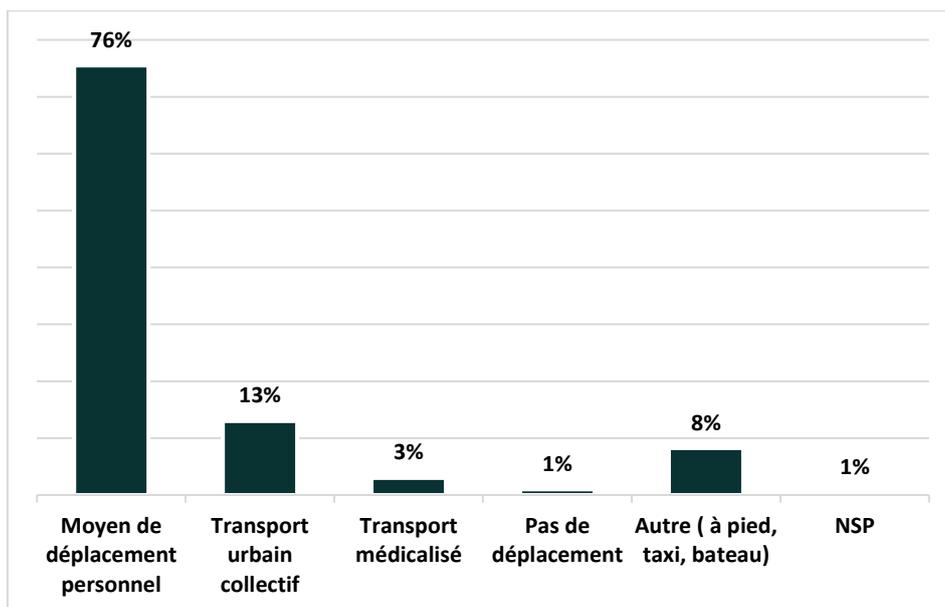


Figure 14 : Moyens de transport pour se rendre chez le généraliste

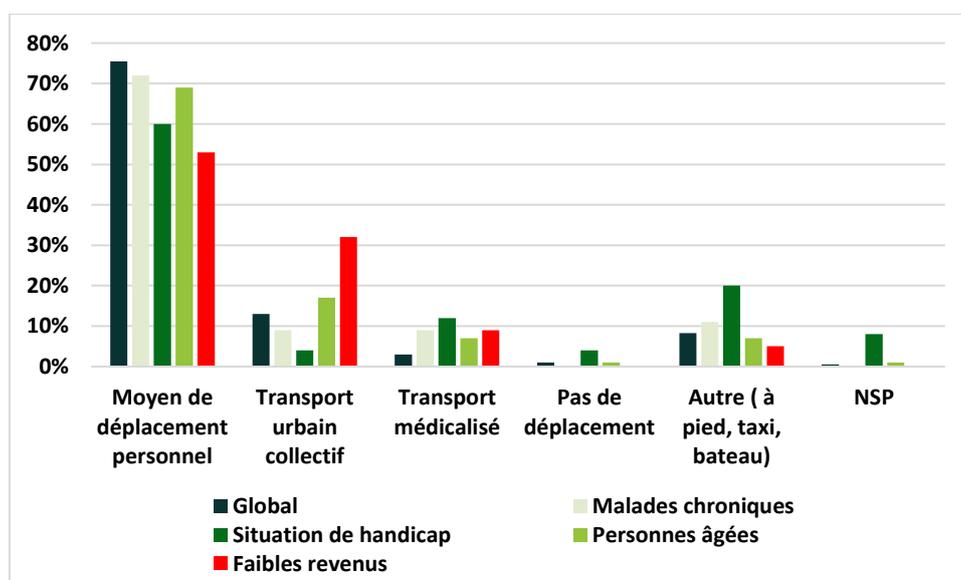


Figure 15 : Répartition des moyens de transport utilisés selon les sous-populations

Les données montrent une répartition différente des moyens de transport utilisés selon les EPCI. A CAPEX, 19% des habitants utilisent les transports urbains collectifs contre 7% des habitants de la CANBT pour se rendre chez le médecin généraliste.

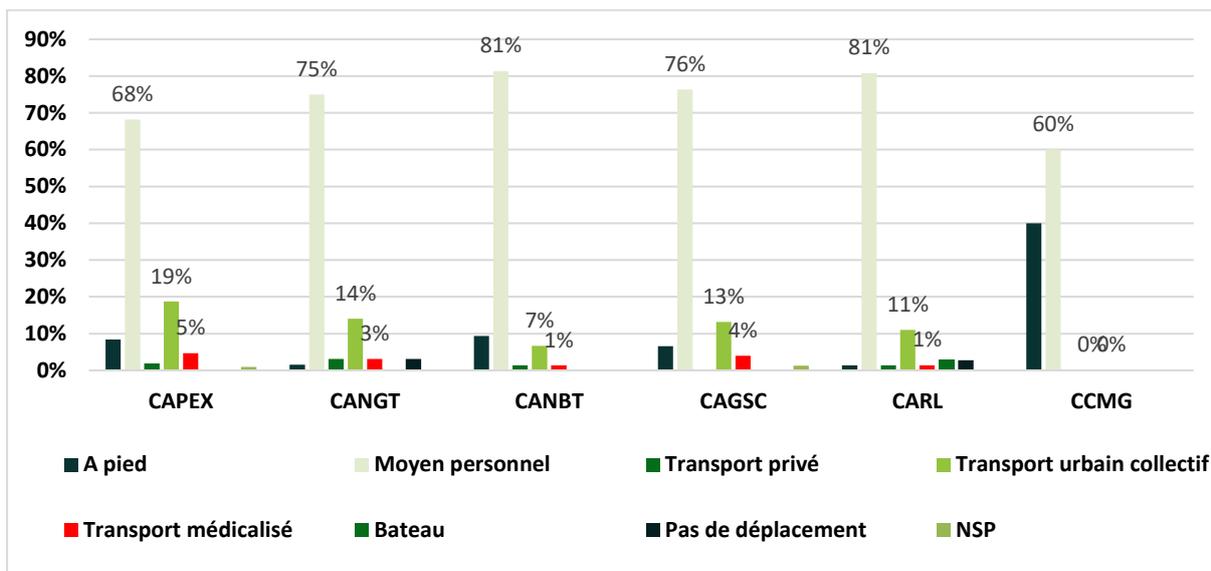


Figure 16 : Répartition des moyens de transports utilisés pour se rendre chez le médecin généraliste selon l'EPCI

La durée moyenne du trajet vers le médecin généraliste est de 16 minutes. On note des différences minimales entre les différentes sous-population. Les personnes âgées et les personnes atteintes d'un problème de santé chronique effectuent des trajets en moyenne une minute plus longue, alors que les personnes en situation de handicap et les personnes à faibles revenus effectuent en moyenne des trajets une minute en moins.

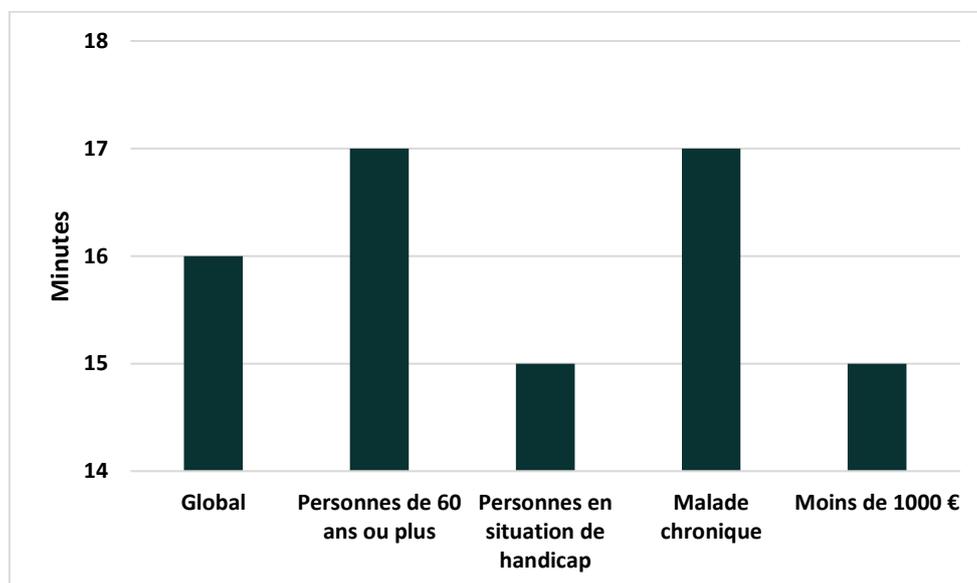


Figure 17 : Durée moyenne du trajet selon la sous population

Lors de leur dernière consultation médicale, 27% des répondants ont consulté hors de leur commune de résidence. Les personnes en situation de handicap et les personnes atteintes d'un problème de santé chronique sont plus nombreuses à consulter en dehors de leur commune de résidence que les autres. Les personnes à faibles revenus quant à elles sont peu nombreuses à consulter en dehors de leur commune de résidence.

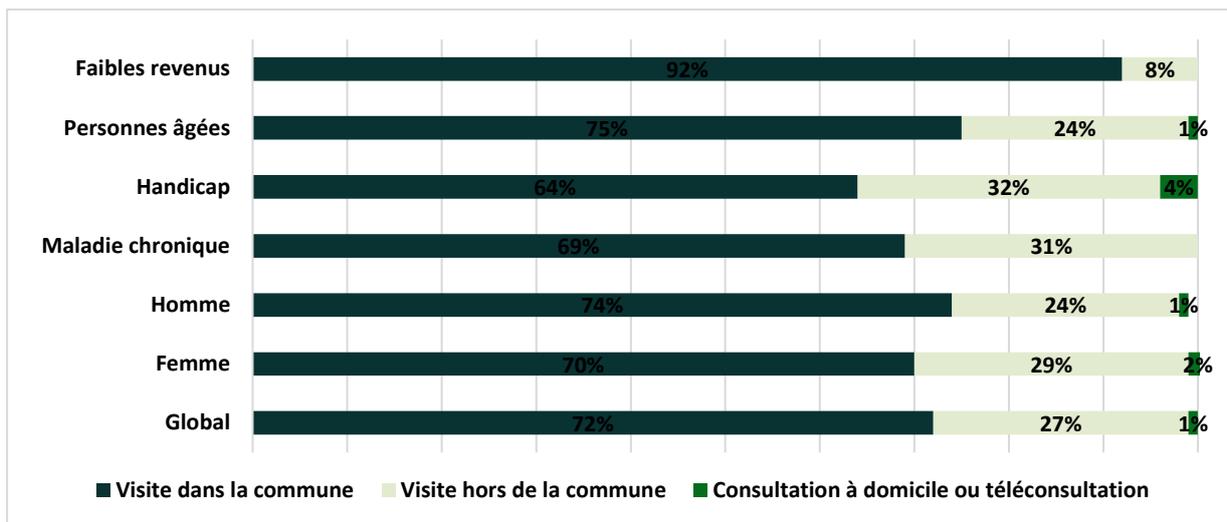


Figure 18 : Lieu de visite selon la sous-population

A l'échelle des EPCI, ce sont les habitants de la CARL et de la CANBT qui ont été les plus enclins à consulter en dehors de leur EPCI de résidence. Les habitants de la CCMG n'ont pas quitté l'île pour consulter un médecin généraliste.

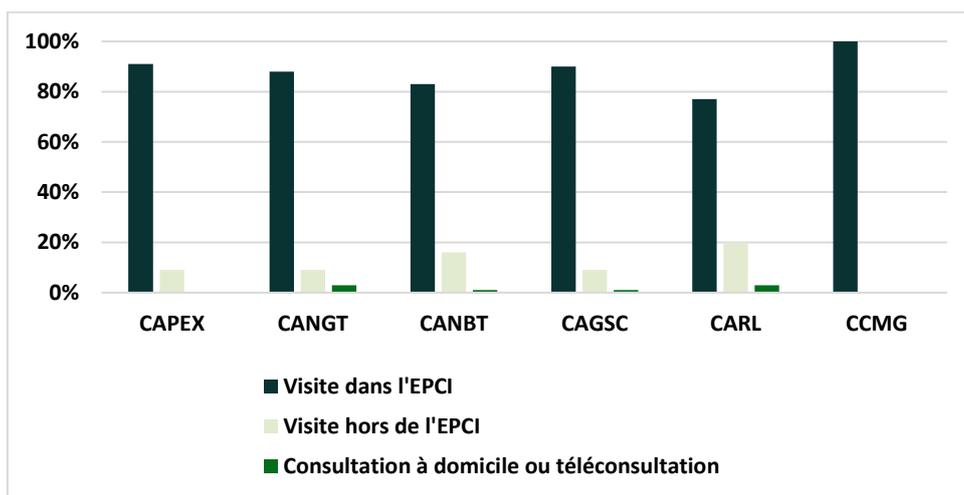


Figure 19 : Lieu de visite selon l'EPCI de résidence

Plus de neuf personnes sur dix sont satisfaites des soins reçus par le médecin généraliste.

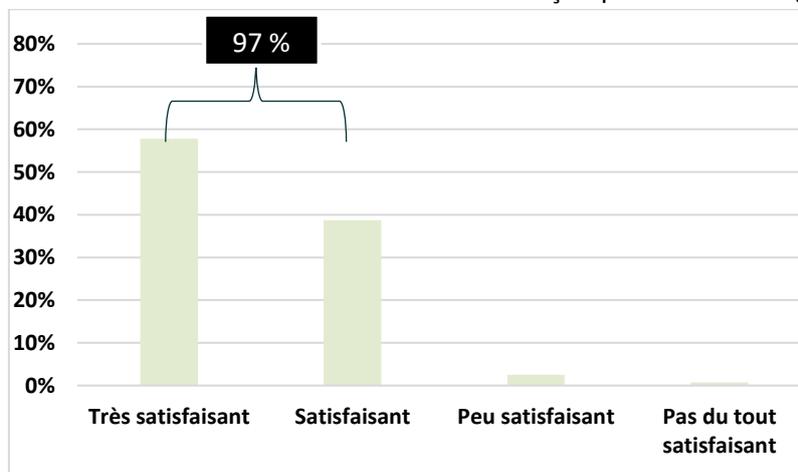


Figure 20 : Jugement des soins reçus par le médecin généraliste (n=399)

1.3.2 Accès aux soins chez le spécialiste

Au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, 43% des répondants ont consulté un médecin spécialiste pour eux même, 50% n'ont pas consulté et 8% des répondants déclarent n'avoir jamais consulté de médecin spécialiste. Les personnes en situation de handicap sont les plus nombreuses à avoir consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois. Les personnes à faibles ressources sont les moins nombreuses à avoir consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois.

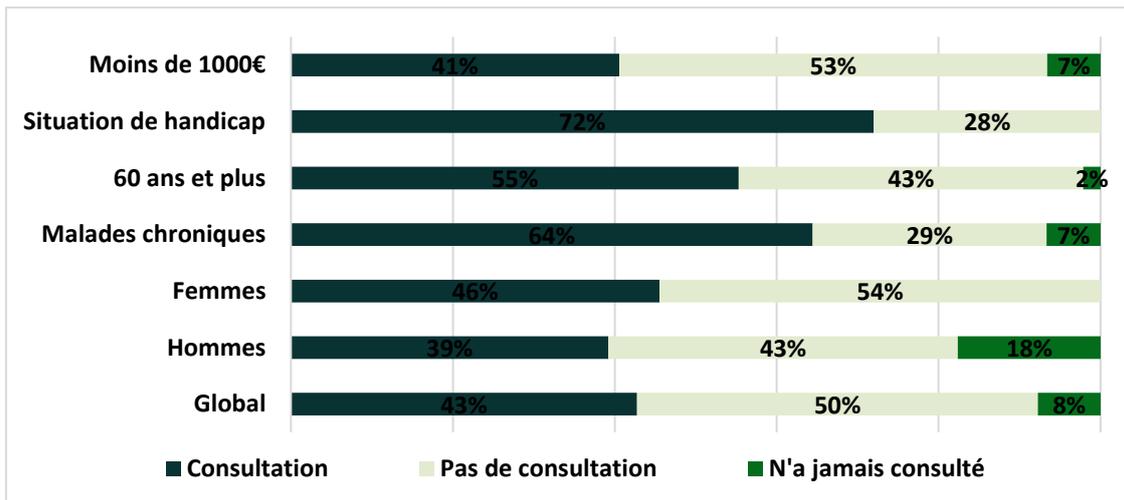


Figure 19 : Répartition de consultation d'un spécialiste selon la sous-population

Les répondants qui n'ont pas consulté de médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois indiquent majoritairement qu'ils n'avaient pas besoin de ce type de consultation (94%). Ils sont peu nombreux à évoquer des raisons financières.

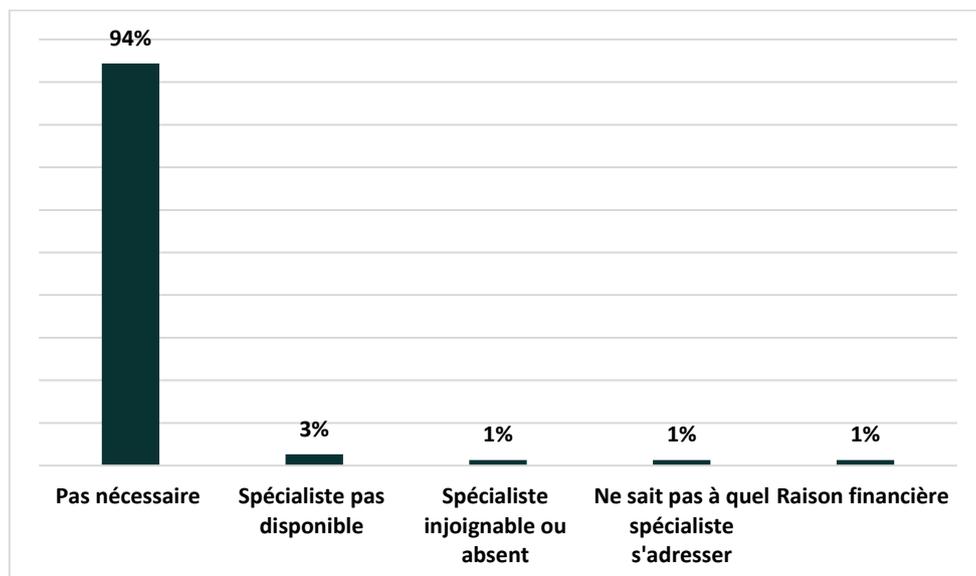


Figure 22 : Les raisons de la non-consultation d'un médecin spécialiste

1.3.2.1 Le délai de rendez-vous chez un médecin spécialiste

La part la plus importante des répondants a obtenu sa consultation entre 1 et 3 mois après la prise de rendez-vous.

Plus d'un tiers a obtenu son rendez-vous en moins de 4 semaines et 29 % de répondants qui ont obtenu leur rendez-vous après de 3 mois (Figure 22).

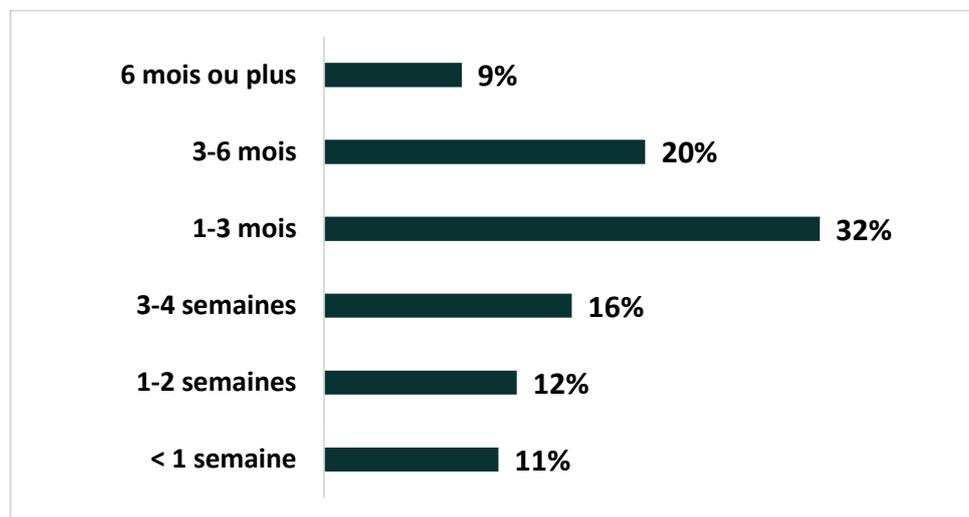


Figure 20 : Répartition du délai d'obtention du rendez-vous chez le spécialiste

1.3.2.2 Les moyens de transports pour se rendre chez le médecin spécialiste

Le moyen de déplacement personnel est le moyen de transport le plus utilisé pour se rendre chez le médecin spécialiste comme pour le médecin généraliste (Figure 23). Cette observation est aussi commune aux populations vulnérables (Figure 24). Les personnes en situation de handicap sont les plus nombreuses à utiliser les transports médicalisés et les moins nombreuses à utiliser les transports urbains collectifs. Les personnes à faibles revenus quant à elles sont les plus nombreuses à utiliser les transports urbains collectifs.

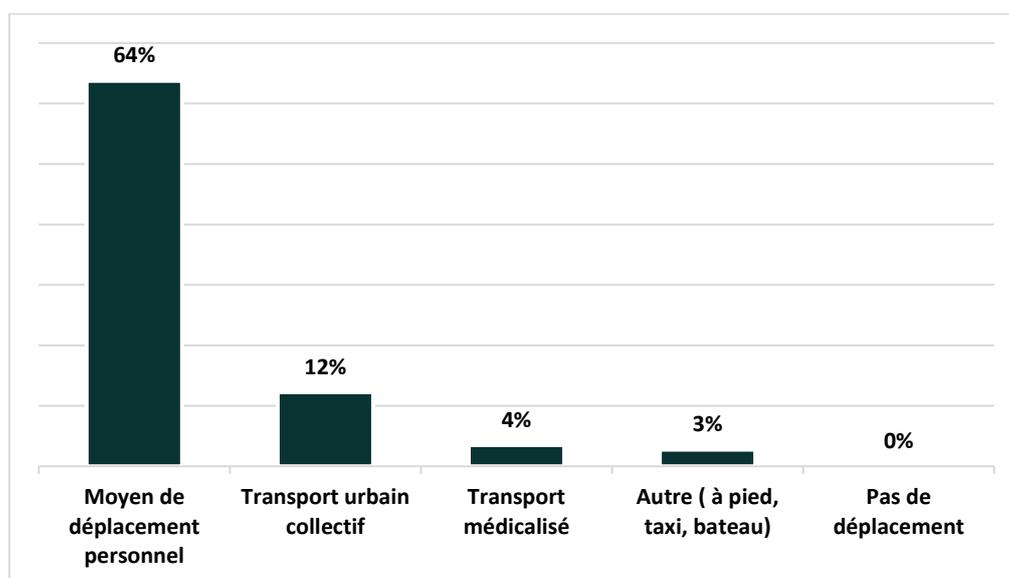


Figure 21 : Moyens de transport utilisés pour se rendre chez le médecin spécialiste

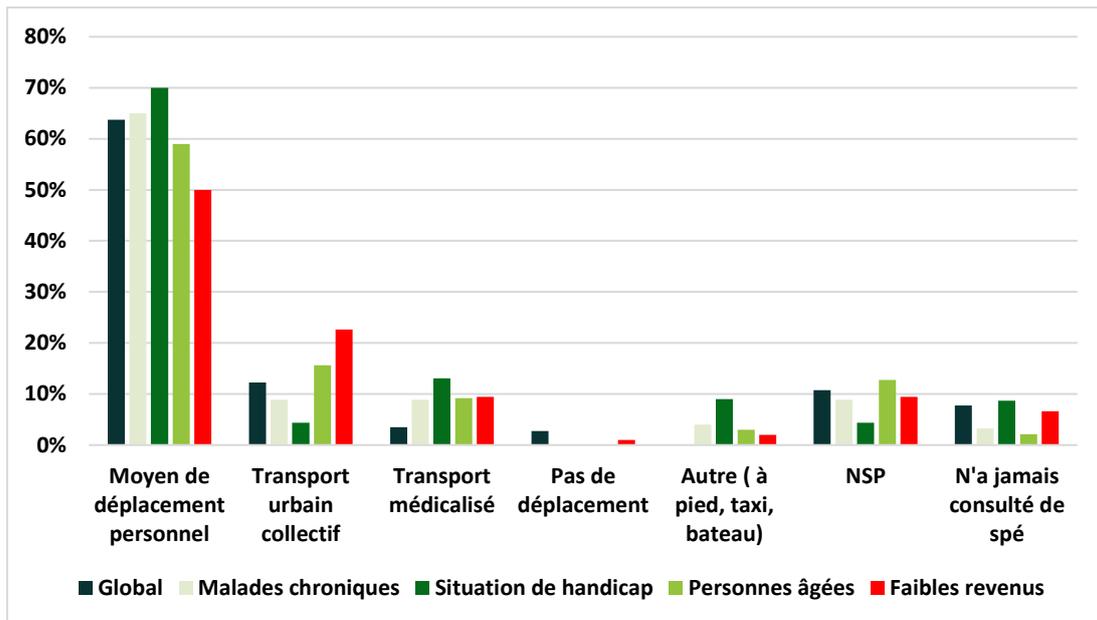


Figure 22 : Répartition des moyens de transports utilisés selon la sous-population

Tout comme le médecin généraliste, la répartition des moyens de transports utilisés pour se rendre chez le médecin spécialiste diffère selon l'EPCI.

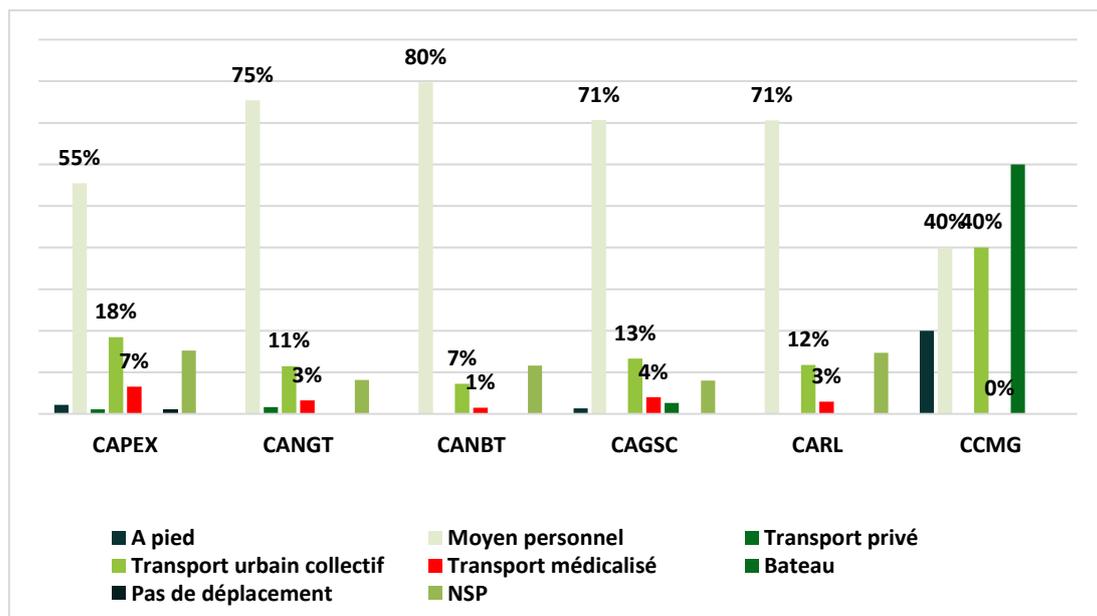


Figure 23 : Répartition des moyens de transports utilisés pour se rendre chez le médecin spécialiste selon l'EPCI

La durée moyenne du trajet vers le médecin spécialiste est de 30 minutes, elle est quasiment le double de la durée moyenne pour se rendre chez un généraliste. Les personnes en situation de handicap prennent 35 minutes en moyenne pour se rendre chez le médecin spécialiste, ce qui peut également traduire une distance parcourue plus longue. Les personnes à faibles revenus effectuent des trajets moins longs avec une durée moyenne du trajet de 28 minutes.

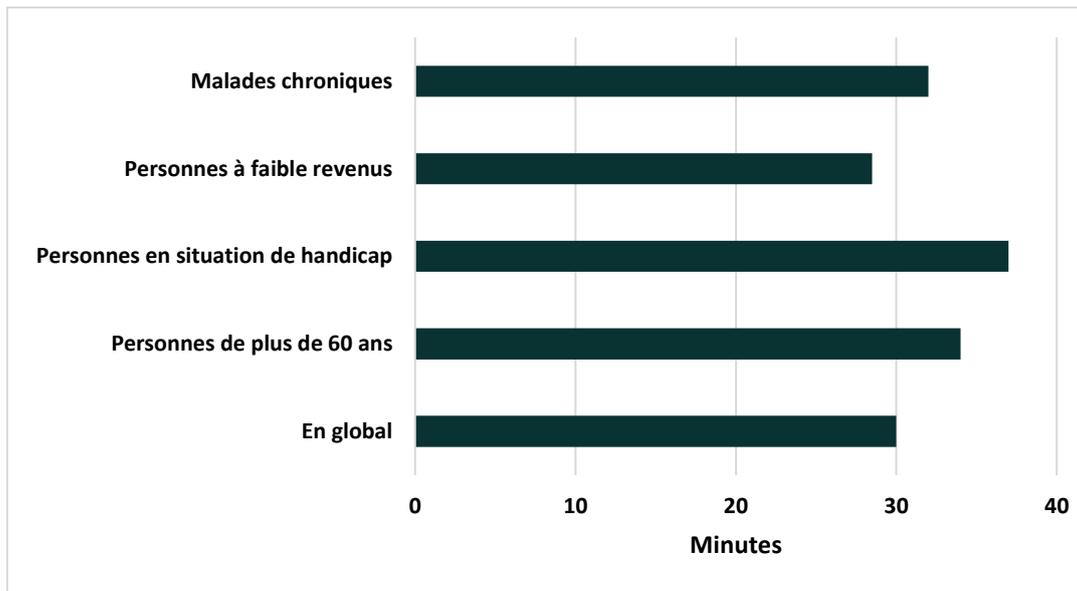


Figure 24 : Répartition de la durée moyenne du trajet vers le médecin spécialiste selon les sous-populations

Lors de leur dernière consultation médicale, 53% des répondants ont consulté hors de leur commune de résidence. Quelle que soit la sous-population, la majorité des personnes ont consulté un médecin spécialiste en dehors de leurs communes de résidence, d'où des durées moyennes de trajet plus longues que celles enregistrées pour consulter un médecin généraliste.

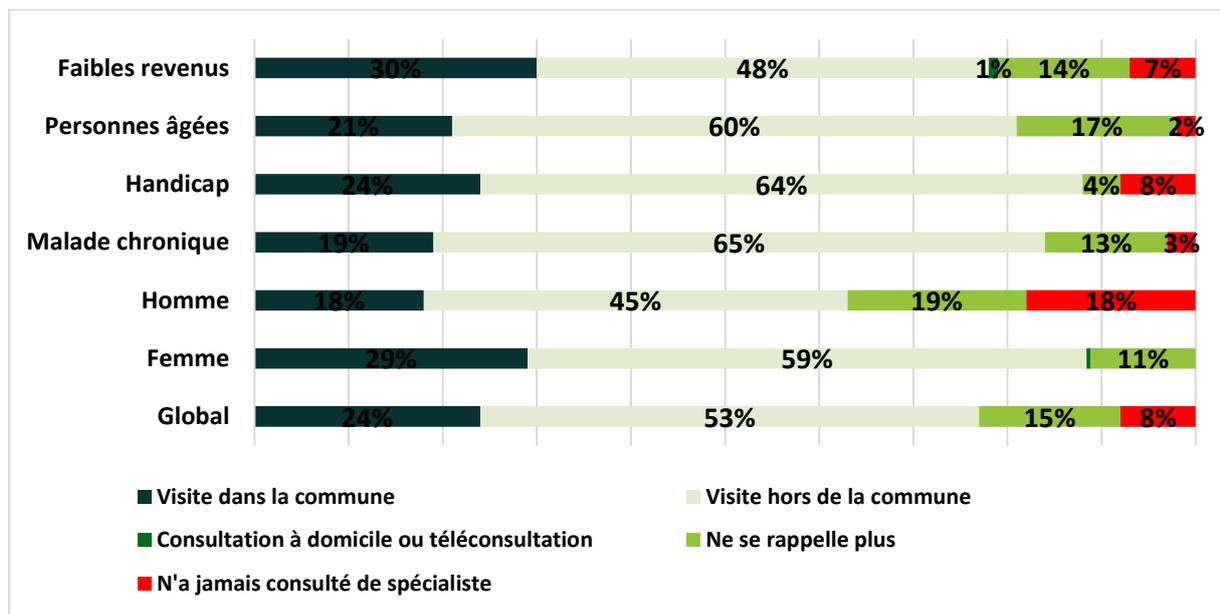


Figure 25 : Lieu de visite du médecin spécialiste selon les sous-populations

A l'échelle des EPCI, ce sont les habitants de la CCMG et de la CANBT qui ont été les plus enclins à consulter en dehors de leur EPCI de résidence. Ce sont également des EPCI où la densité médicale concernant les médecins spécialistes est faible, respectivement 19 et 10 médecins spécialistes pour 100 000 habitants. Seuls 6% des résidents de CAPEX ont consulté en dehors de l'EPCI. Rappelons ici que CAPEX est l'EPCI qui possède la plus forte densité de spécialistes pour 100 000 habitants [Cf Démographie des professionnels de santé en Guadeloupe/ www.orsag.fr].

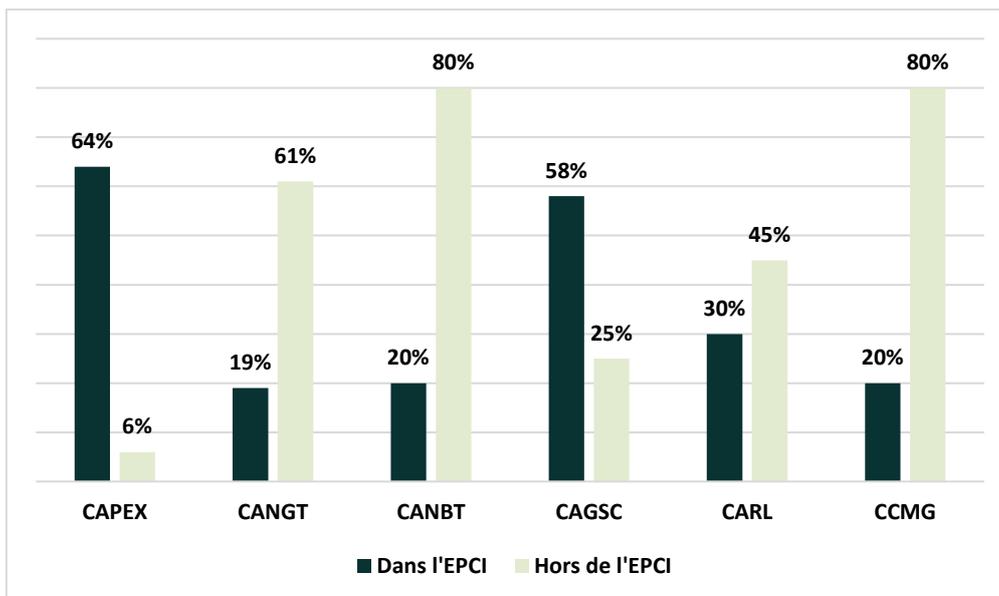


Figure 26 : Lieu de visite selon l'EPCI de résidence

1.3.2.3 Les spécialités médicales consultées

Les trois principales spécialités médicales consultées sont la gynécologie, l'ophtalmologie et la cardiologie.

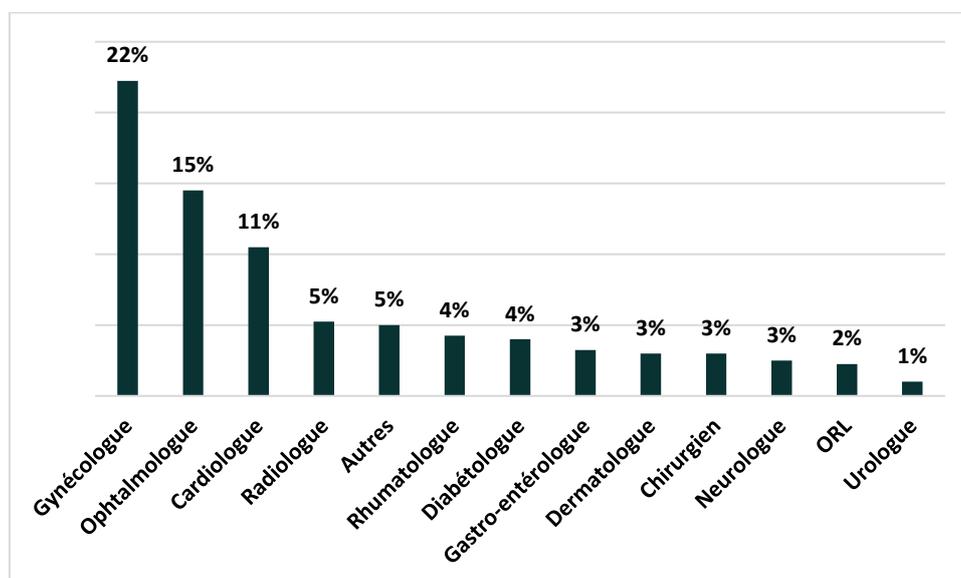


Figure 27 : Répartition des spécialités médicales consultées

Pour les personnes atteintes d'un problème de santé chronique, en situation de handicap et les personnes âgées, le cardiologue est le médecin principalement consulté. Pour les personnes à faibles revenus, il s'agit, comme en population générale, du gynécologue. Pour les personnes atteintes d'un problème de santé chronique, le diabétologue est le deuxième médecin spécialiste consulté.

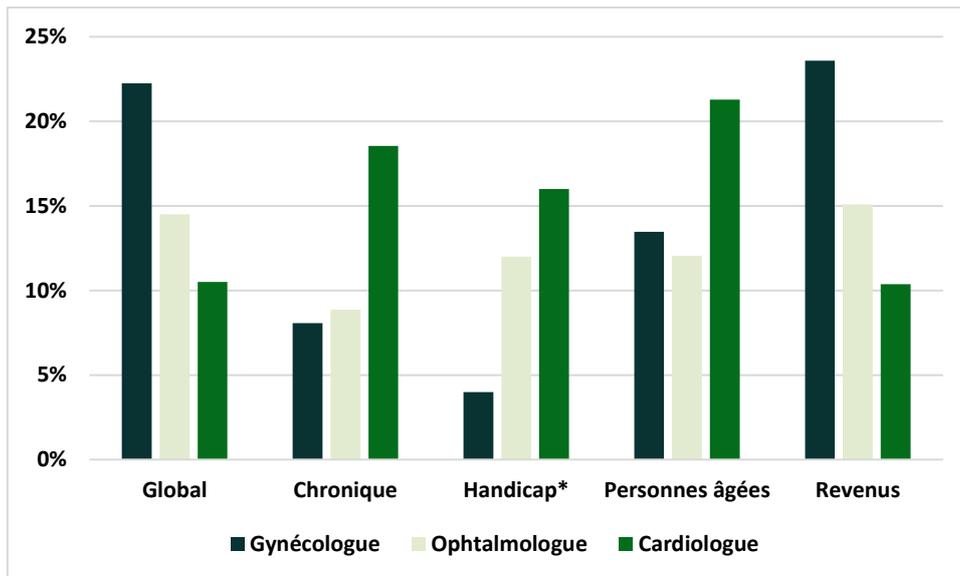


Figure 28 : Répartitions des principales spécialités consultées selon les sous-populations

Interrogées sur la qualité des soins reçus, plus de sept personnes sur dix sont satisfaites de leur médecin spécialiste.

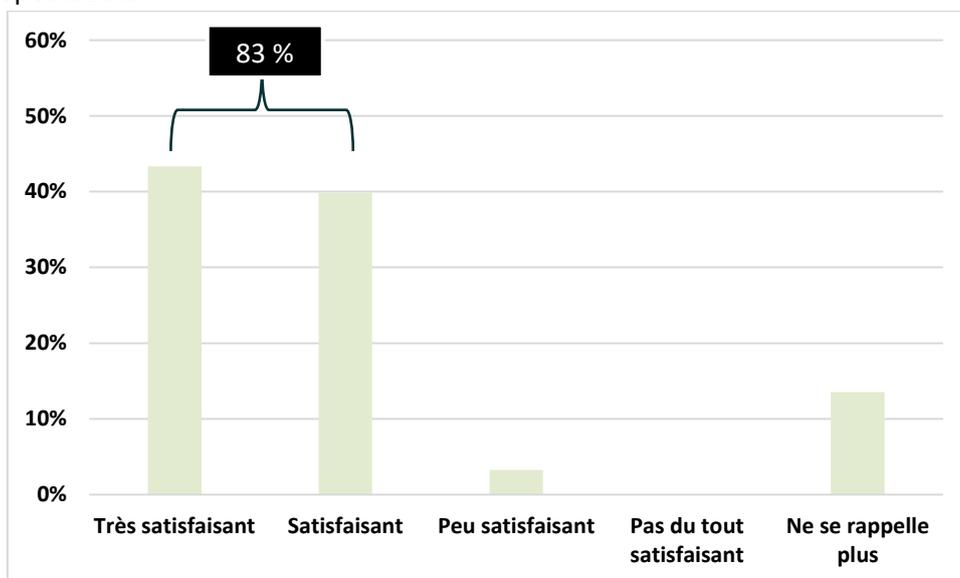


Figure 29 : Jugement des soins reçus par le médecin spécialiste (N=369)

1.3.3 Préférences des répondants

La prise de rendez-vous par téléphone est la modalité privilégiée pour 80% des répondants dont 48% directement avec le professionnel de santé. Seuls 8% préfèrent prendre rendez-vous par internet.

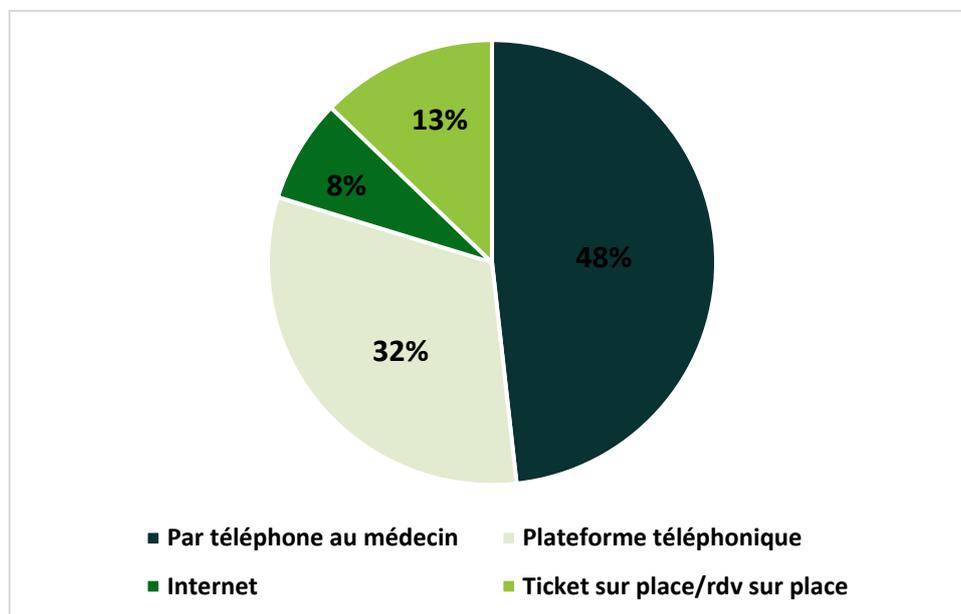


Figure 30 : Modalité de prise de rendez-vous privilégiée

Les données de l'enquête montrent également que plus de la moitié des répondants ne sont pas favorables à la téléconsultation. En répartissant selon la catégorie socio-professionnelle, les retraités sont les moins favorables à la téléconsultation tandis que les cadres, les employés et les ouvriers sont les plus favorables. Les personnes sont plus favorables au contact humain pour établir un diagnostic et ne font pas toujours « confiance » à la télémédecine.

On retrouve ainsi ce ressenti dans les verbatims notifiés dans le cadre de l'enquête :

- « Je trouve que ce n'est pas une bonne chose, il faut que le médecin voie le patient pour de vrai » ;
- « C'est étrange de ne pas voir physiquement le professionnel de santé pour une consultation, comment il peut faire un diagnostic correct ? » ;
- « Je veux voir le médecin face à face, pas à travers un écran. » ;
- « Être près du médecin est mieux pour parler directement, c'est plus chaleureux et moins expéditif » ;
- « Je ne suis pas rassuré » ;
- « Je ne fais pas confiance, je préfère voir directement le médecin » ;
- « Je préfère que le médecin m'examine en personne, je n'ai pas confiance sinon ».

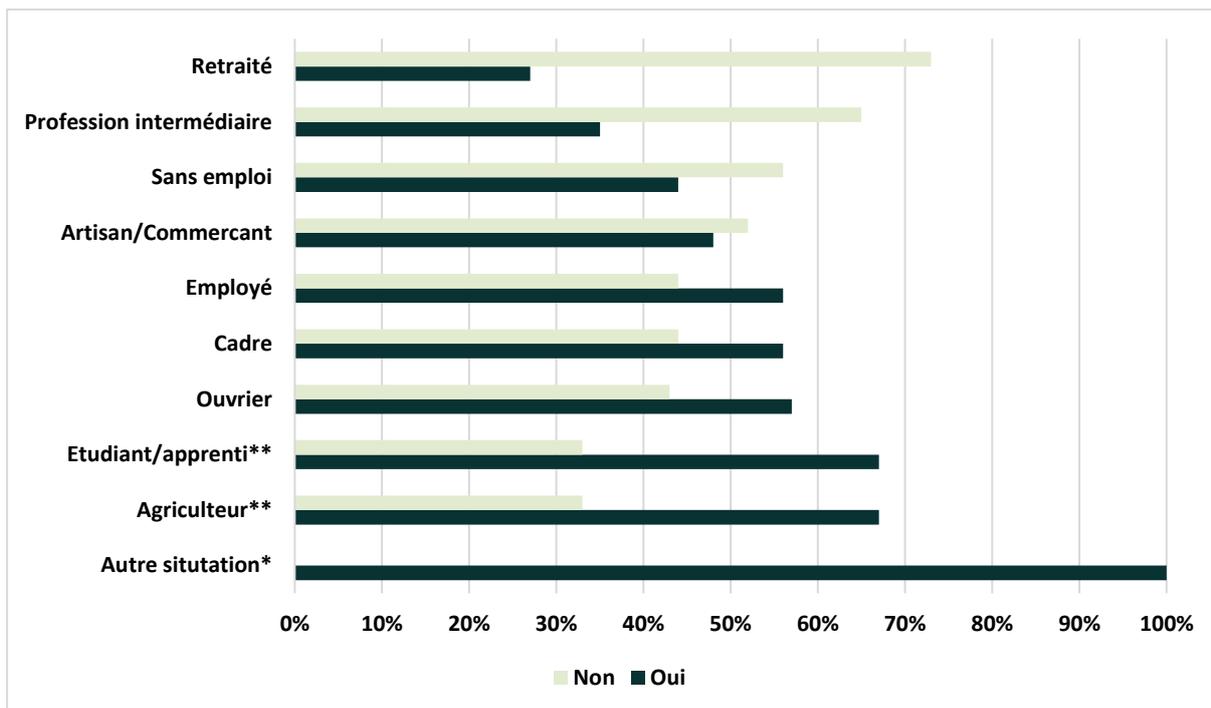


Figure 31 : Répartition de l'avis favorable pour la téléconsultation selon la profession

*Profession libérale/**Moins de 10 personnes

1.4 Soins hospitaliers

1.4.1 Les caractéristiques des personnes hospitalisées

Près d'une personne sur dix a été hospitalisée au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. La proportion de personnes hospitalisées à l'hôpital et la proportion de personnes hospitalisées à la clinique sont équivalentes.

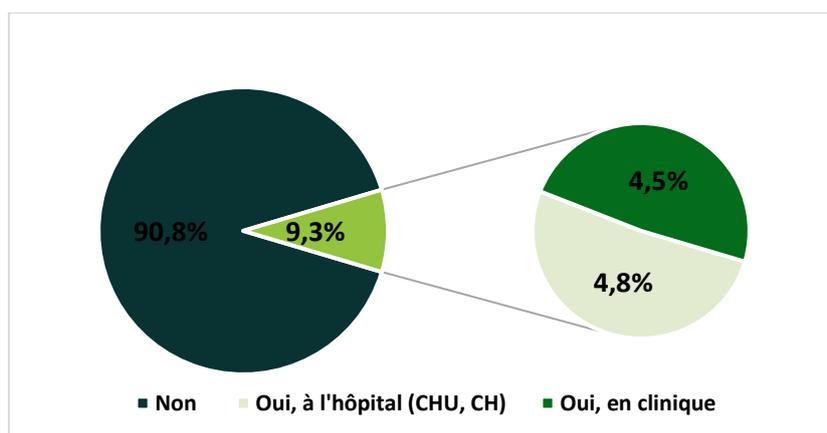


Figure 32 : Répartition des répondants hospitalisés selon le type d'établissement

Les personnes en situation de handicap et les personnes atteintes d'un problème de santé chronique ont eu plus souvent recours à l'hospitalisation que les autres sous-populations.

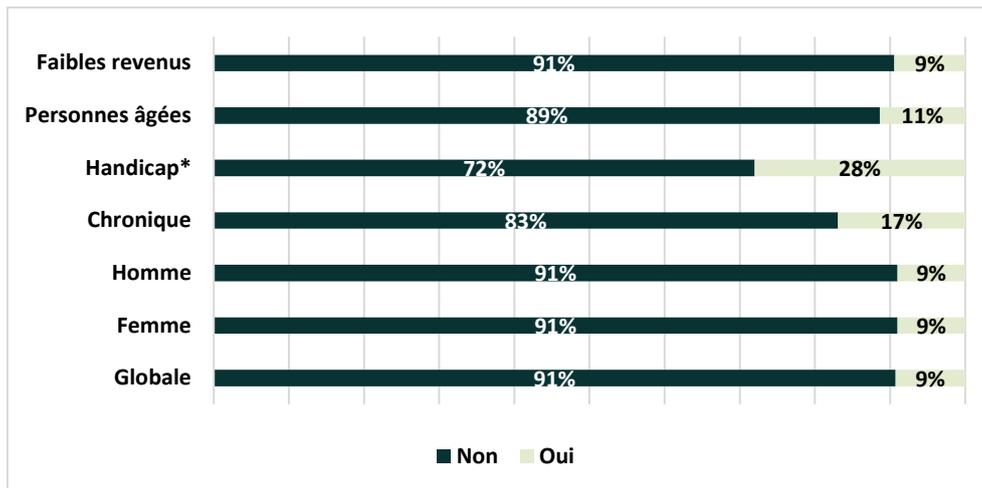


Figure 35 : Répartition des hospitalisations selon la sous-population
*Effectif faible <10

1.4.2 Les moyens de transport utilisés pour se rendre à l'hôpital

Les deux principaux moyens utilisés pour se rendre à l'hôpital ou en clinique sont le moyen de déplacement personnel et le transport médicalisé.

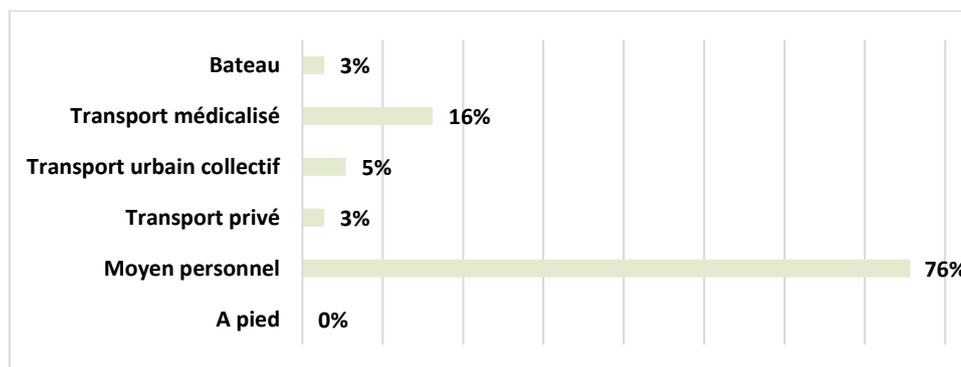


Figure 33 : Moyens de transport utilisés pour se rendre à l'hôpital

La convenance personnelle est le motif principal de la non-utilisation des transports urbains collectifs et des transports médicalisés.

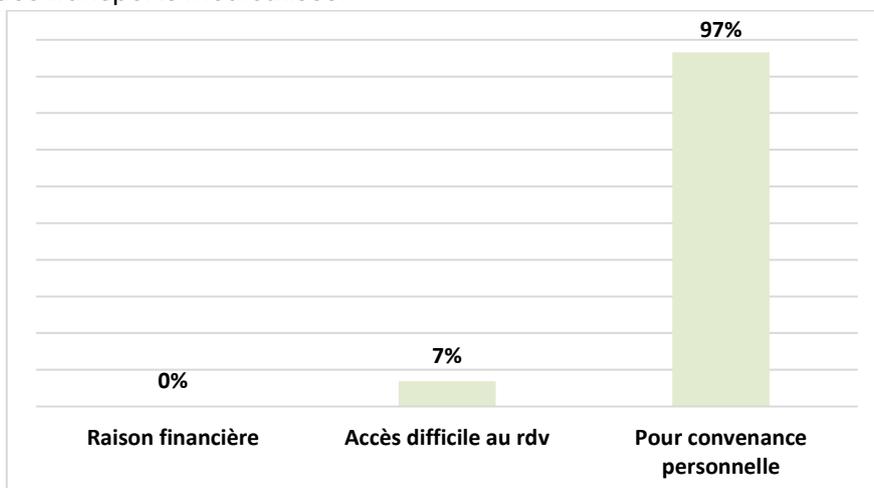


Figure 34 : Répartitions des raisons de la non-utilisation des transports urbains collectifs et médicalisés vers l'hôpital

La durée moyenne du trajet pour se rendre à l'hôpital est de 35 minutes. Elle est de 38 minutes pour se rendre en clinique. A l'échelle des EPCI, les habitants de CAPEX, de CAGSC et de la CARL effectuent des durées moyennes de trajet inférieures à trente minutes. A l'inverse, les habitants de la CANGT et de la CANBT voient leurs durées moyennes s'allonger et dépasser quarante minutes. Ces deux EPCI sont dépourvus d'établissement pluridisciplinaires, quand il s'agit de se faire opérer ou soigner pour une pathologie spécifique, les habitants effectuent des trajets plus longs. Les habitants de la CCMG prennent en moyenne deux heures pour se rendre à l'hôpital, ils ont été obligés de quitter l'île pour se faire hospitaliser.

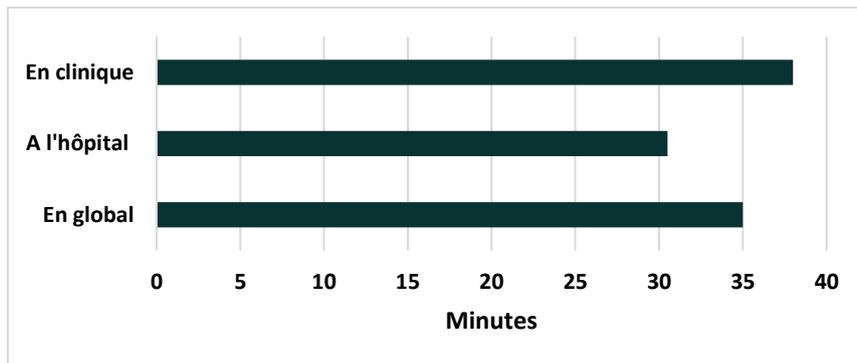


Figure 35 : Durée moyenne du trajet vers l'hôpital et vers une clinique

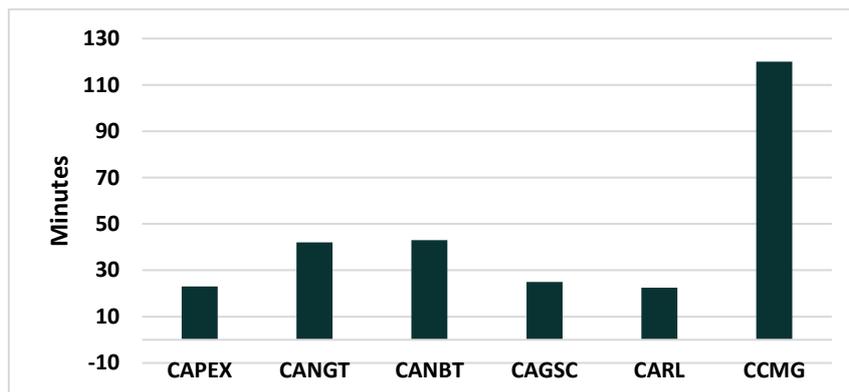


Figure 36 : Répartition de la durée moyenne du trajet vers l'hôpital selon les EPCI de résidence

Les répondants sont majoritairement satisfaits des soins reçus lors de leur dernière hospitalisation mais les personnes hospitalisées au CHU ou dans un CH sont plus insatisfaites que celles hospitalisées dans une clinique.

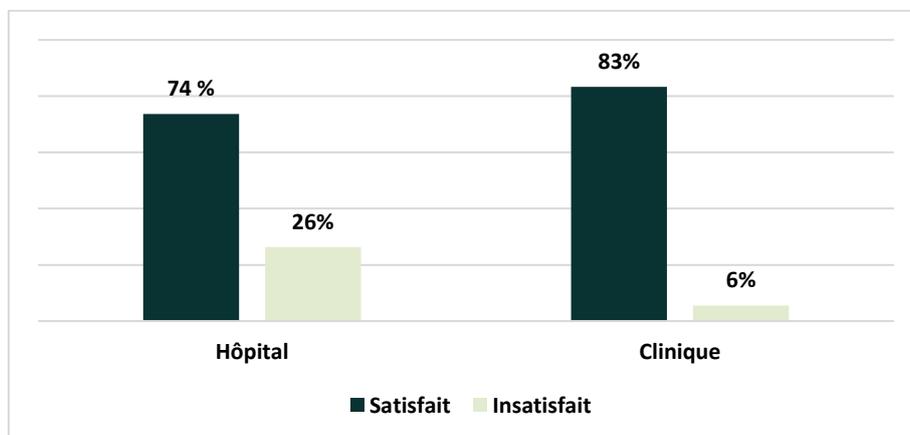


Figure 40 : Jugement du service de soins selon le type d'établissement

1.5 Recours aux services des urgences

Ce sont 8% des répondants qui ont eu recours aux services des urgences d'un hôpital au cours des douze derniers mois. Ils sont peu nombreux à avoir eu recours aux services des urgences plus d'une fois, ils représentent 1% de l'échantillon. Les personnes en situation de handicap sont plus nombreuses à avoir eu recours aux services des urgences. Cependant, en raison des effectifs faibles sur cette population, les taux sont difficilement interprétables.

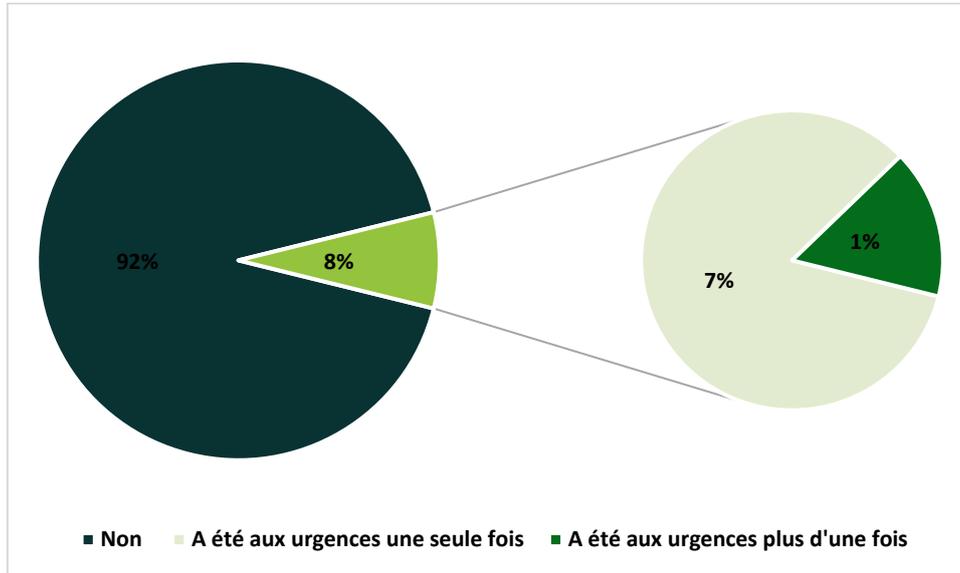


Figure 37 : Proportions de personnes ayant eu recours au service des urgences selon le nombre de passage

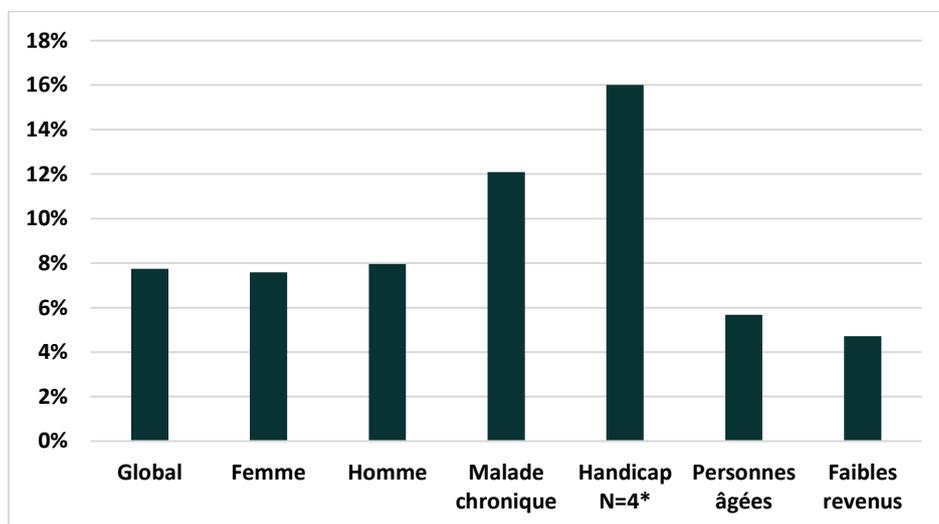


Figure 38 : Répartition des proportions des répondants ayant eu recours au service des urgences selon la sous-population

Les répondants sont plus nombreux à déclarer avoir été pris en charge entre une et deux heures après leur arrivée aux urgences. Près d'un tiers des répondants a été pris en charge après cinq heures d'attente. Selon une enquête de la DREES en 2014, 48 % des patients indiquaient attendre moins de heures avant d'être pris en charge aux urgences. Dans notre enquête, ce sont 68 % des guadeloupéens qui sont pris en charge en moins de deux heures.

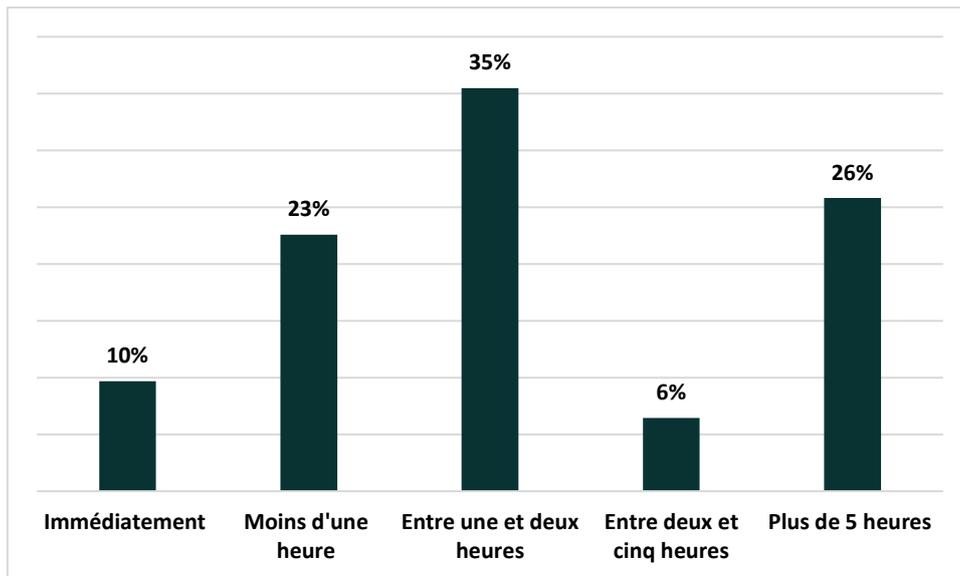


Figure 39 : Délai de prise en charge au service des urgences

Les répondants sont nombreux à avoir été insatisfait de l'accueil aux urgences. Toutefois, une fois pris en charge, ils sont globalement satisfaits des soins reçus par l'équipe soignante. Après le passage aux urgences, neuf personnes sur dix sont retournées chez elle. Il aurait été intéressant d'identifier les raisons de ces passages. Un taux élevé de retour à domicile peut indiquer un sur-recours aux urgences alors que la situation médicale ne l'exigeait pas.

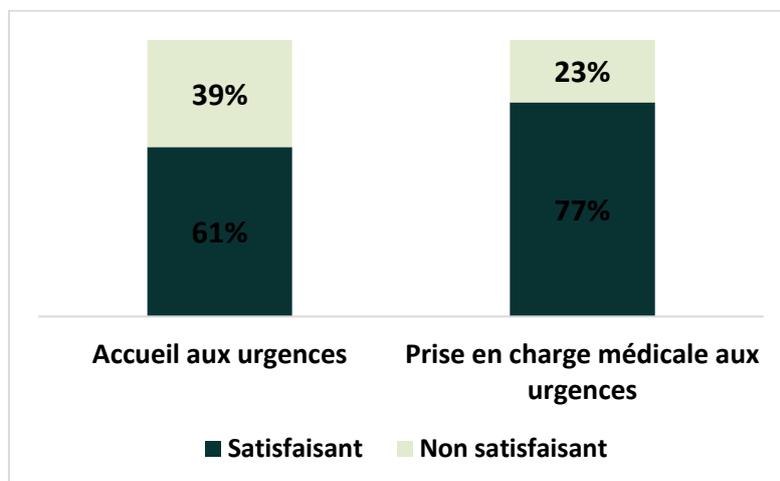


Figure 40 : Jugement de l'accueil et de la prise en charge au service des urgences

1.6 Recours aux autres professionnels de santé

Un peu plus d'un tiers des répondants ont eu recours à un professionnel de santé non-médecin au cours des douze derniers mois. Ce taux augmente pour les personnes en situation de handicap ou chez les personnes atteintes d'un problème de santé chronique.

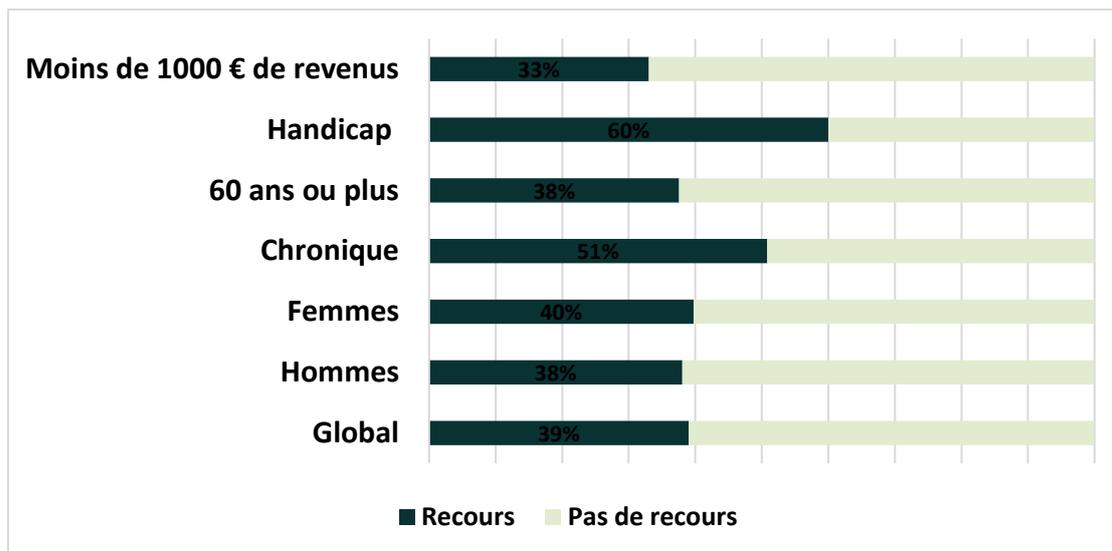


Figure 41 : Répartition du taux de recours à un autre professionnel de santé selon les sous-populations

Les quatre principaux professionnels de santé non-médecin consultés pour la dernière fois sont : le dentiste, le kinésithérapeute, l'ostéopathe et l'infirmier.

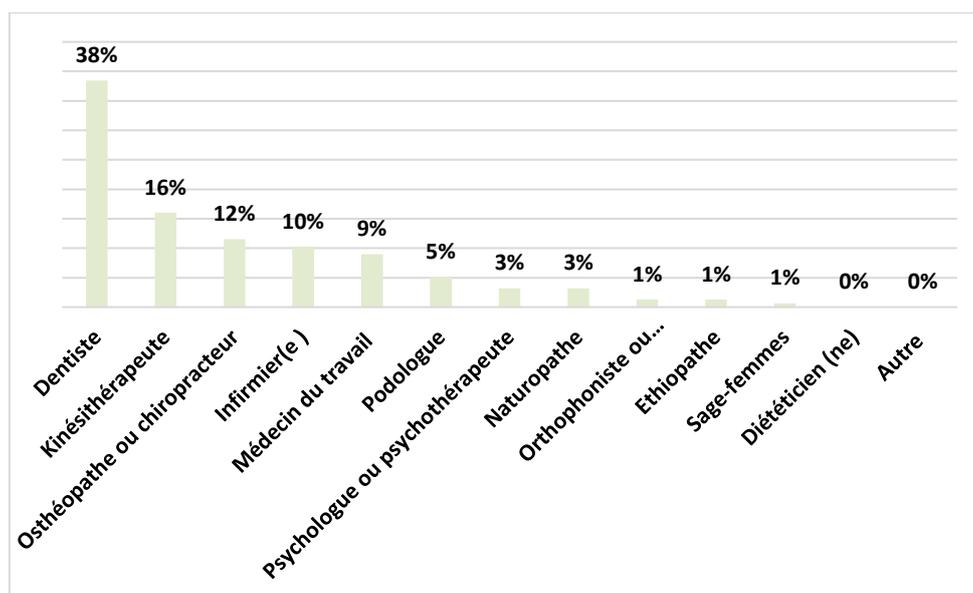


Figure 42 : Répartition du taux de recours selon le type de professionnel de santé consulté pour la dernière fois

Pour les personnes en situation de handicap, l'infirmier et le dentiste sont les deux principaux professionnels consultés. On observe que les personnes en situation de handicap sont plus nombreuses à avoir consulté le médecin du travail que l'ensemble des répondants ou les autres sous-populations. Les personnes aux revenus faibles aussi sont plus nombreuses à consulter un(e) infirmier(e), deux fois plus que l'ensemble des répondants.

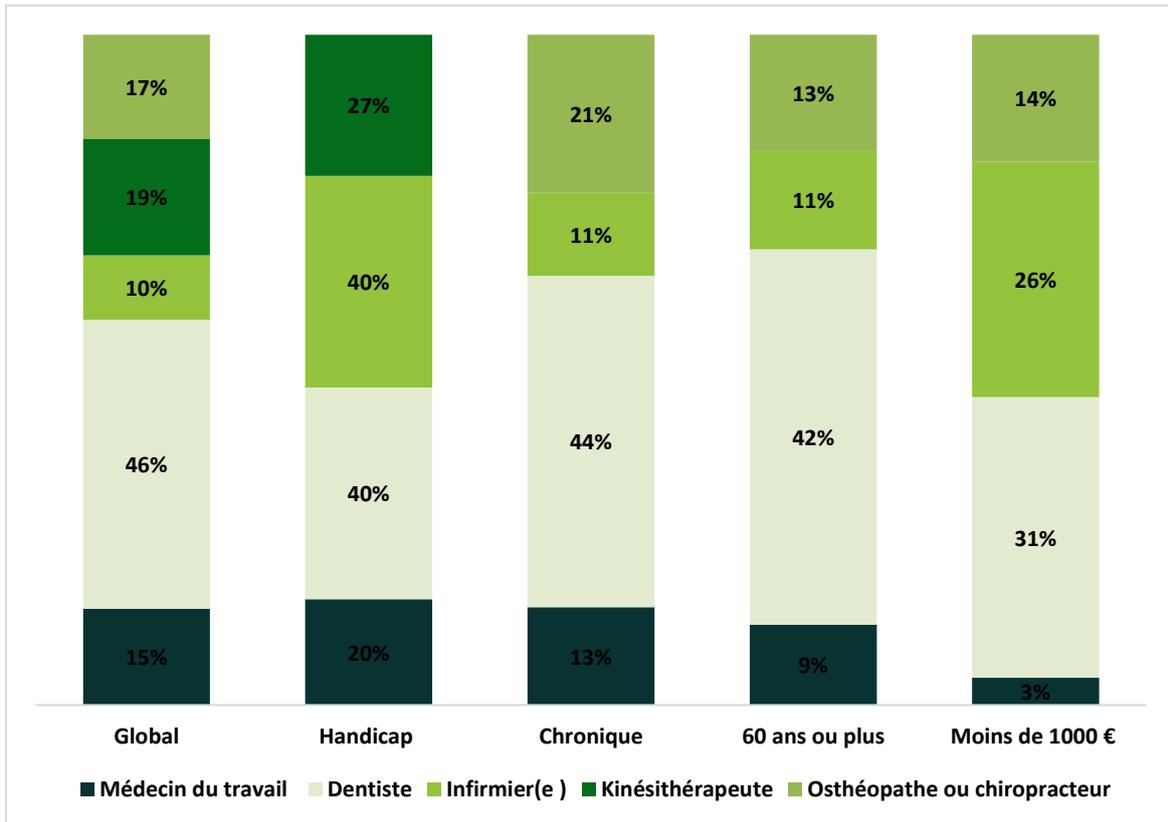


Figure 43 : Répartition des cinq premiers professionnels consultés selon les populations vulnérables

Les répondants ont majoritairement utilisé leur moyen de déplacement personnel pour se rendre chez un professionnel de santé autre que le médecin. On observe qu’une personne sur dix a eu sa visite à domicile. Les transports urbains collectifs et médicalisés sont peu utilisés.

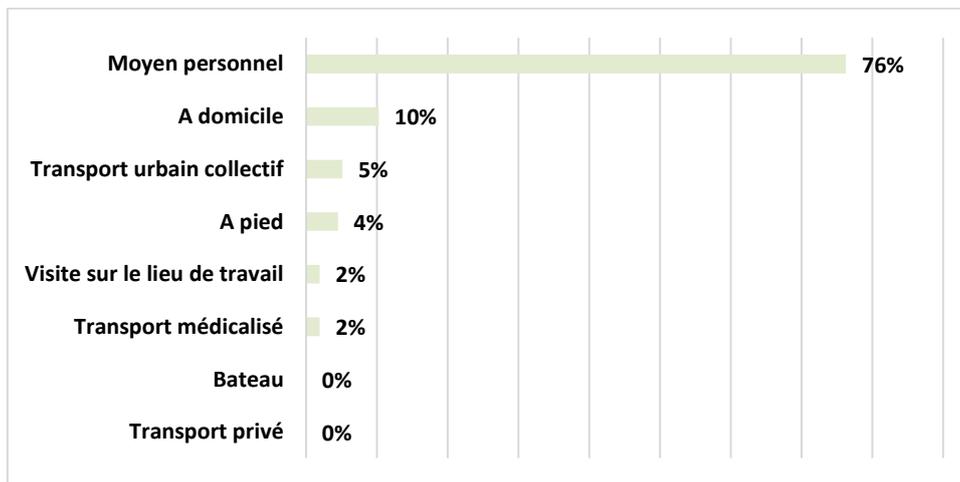


Figure 44 : Moyens de transport pour se rendre chez un autre professionnel de santé

Seulement 4% des répondants qui ont utilisé d’autres moyens de transport ont évoqué un accès difficile au rendez-vous par transports urbains collectifs ou transports médicalisés. La majorité des répondants ont choisi de ne pas utiliser de transports collectifs par convenance personnelle.

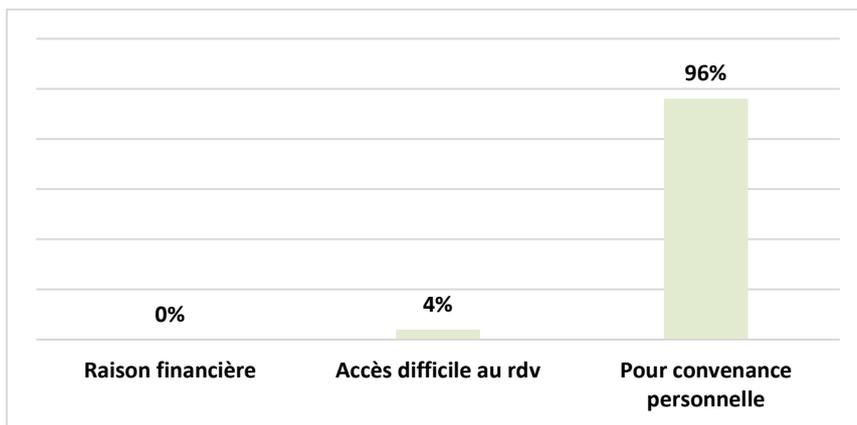


Figure 45 : Raisons de la non-utilisation des transports urbains collectifs et/ou médicalisés

La durée moyenne pour se rendre chez un professionnel paramédical est de 22 minutes. On observe que pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes aux faibles revenus, cette durée diminue largement. Elle est de 13,5 et de 15 minutes respectivement pour les deux sous-populations.

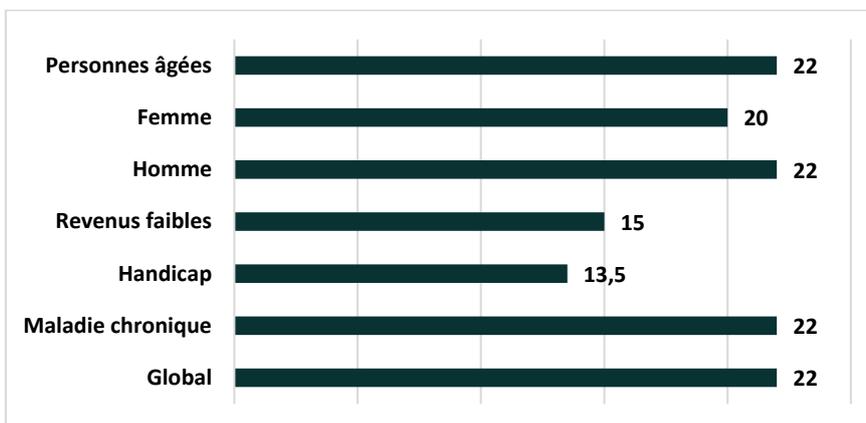


Figure 50 : Répartition de la durée moyenne du trajet vers un autre professionnel de santé selon les sous-populations

1.7 Renoncement aux soins

Une personne sur dix a renoncé à un soin (médical ou non) pour elle-même au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Les femmes sont significativement plus nombreuses à renoncer à un soin que les hommes. Les personnes en situation de handicap sont celles qui ont le plus renoncé à un soin que les autres sous-populations.

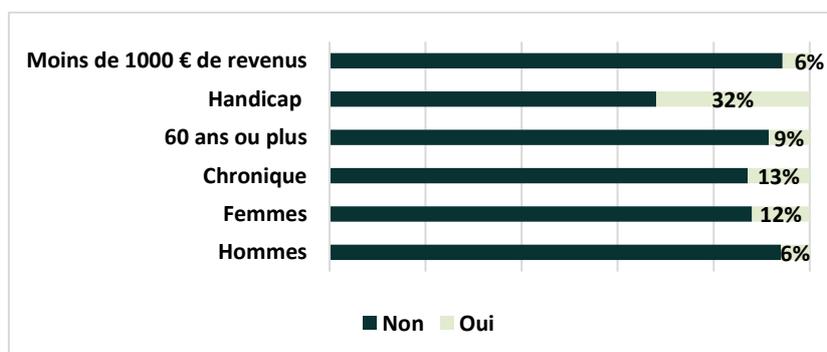


Figure 51 : Proportion des répondants ayant renoncé ou non à des soins médicaux selon la sous-population

Le soin auquel les personnes renoncent le plus souvent est la consultation auprès d'un médecin spécialiste (Figure 51). C'est une observation commune à toutes les sous-populations (Figure 52). Les personnes âgées sont les plus concernées par le renoncement à ce type de soins (67 %). Les personnes aux faibles revenus renoncent autant à une consultation avec le médecin spécialiste qu'avec le médecin généraliste (Figure 51).

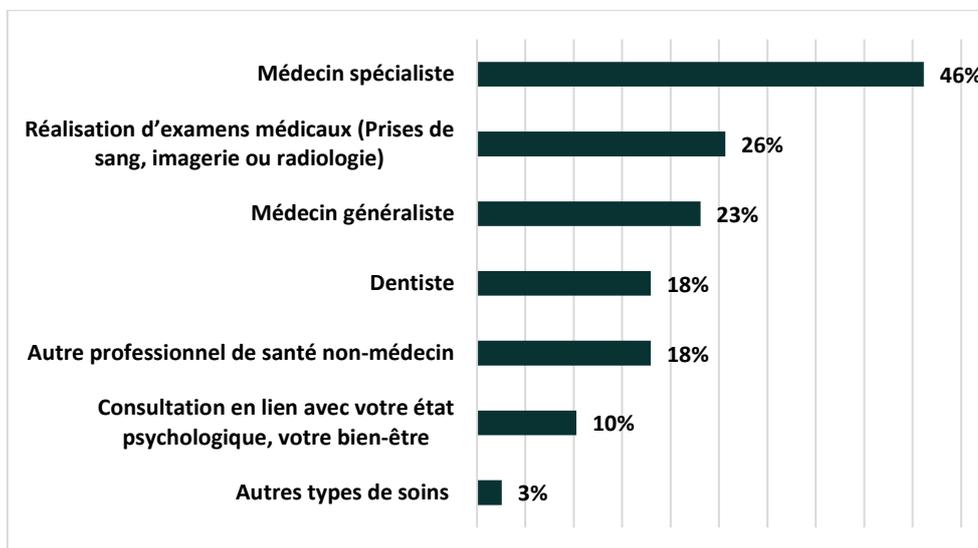


Figure 46 : Répartition du type de soins renoncés au cours des douze derniers mois

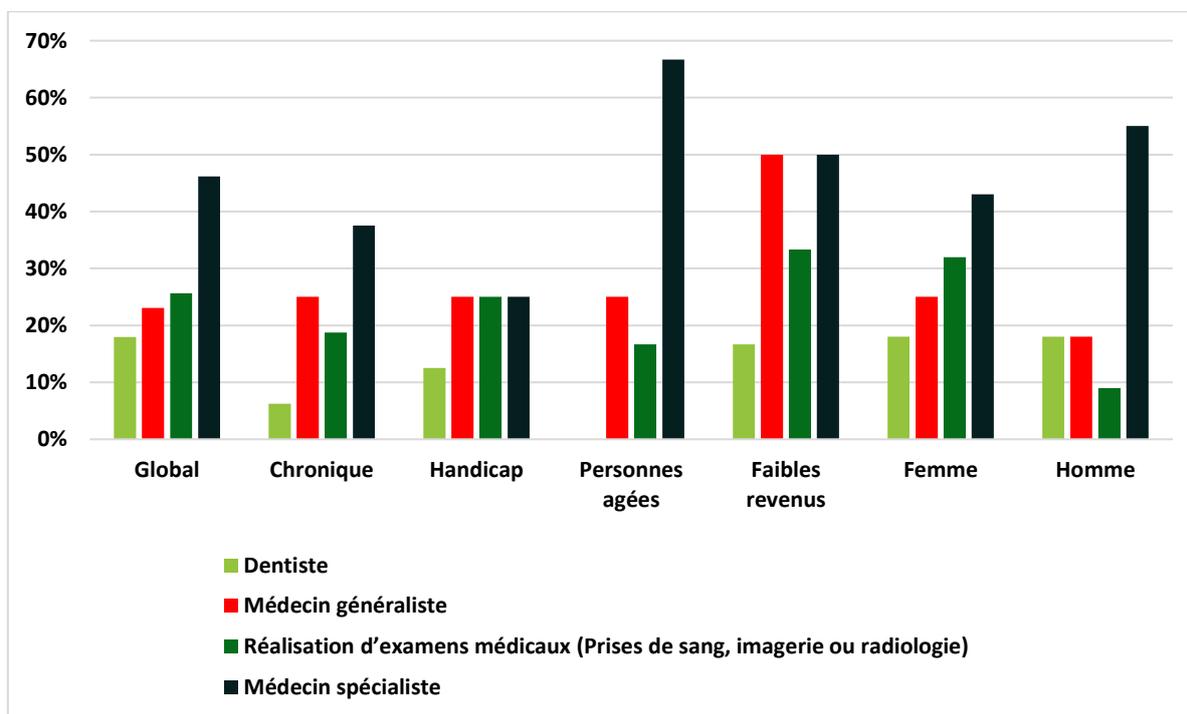


Figure 47 : Répartition des soins renoncés selon les sous-populations

Pour deux personnes sur cinq (41%), les délais trop longs pour obtenir un rendez-vous et les problèmes d'accessibilité sont les principaux motifs de renoncement aux soins. Le troisième motif est lié à des difficultés financières pour 21 % des répondants ayant renoncé à un soin. Pour 18 % des répondants, l'indisponibilité liée à leur emploi était également un motif de renoncement. Enfin, pour 15 % d'entre eux, le professionnel était indisponible.

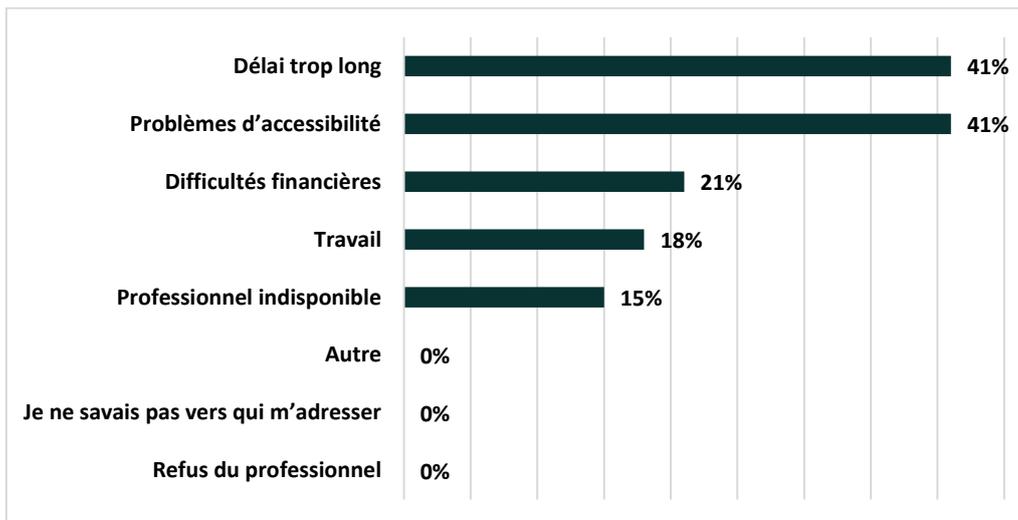


Figure 48 : Répartition des motifs de renoncement aux soins

Nos données montrent que la répartition des motifs de renoncement aux soins diffère selon les sous-populations. Pour les femmes et les personnes atteintes d'un problème de santé chronique, les problèmes d'accessibilité sont les premiers motifs de renoncement. Pour les personnes en situation de handicap, les problèmes d'accessibilité sont mis en avant pour la moitié d'entre elles. Tandis qu'un délai jugé trop long devient leur quatrième motif de renoncement après les indisponibilités liées au travail et les difficultés financières. Pour les personnes à faibles revenus, le délai trop long est le principal motif pour 80% d'entre elles et les indisponibilités liées au travail ne sont pas évoquées. Pour les hommes, les trois principaux motifs de renoncement aux soins sont : le délai trop long, les difficultés financières et les professionnels indisponibles. Pour les personnes âgées, les difficultés financières ne sont pas évoquées.

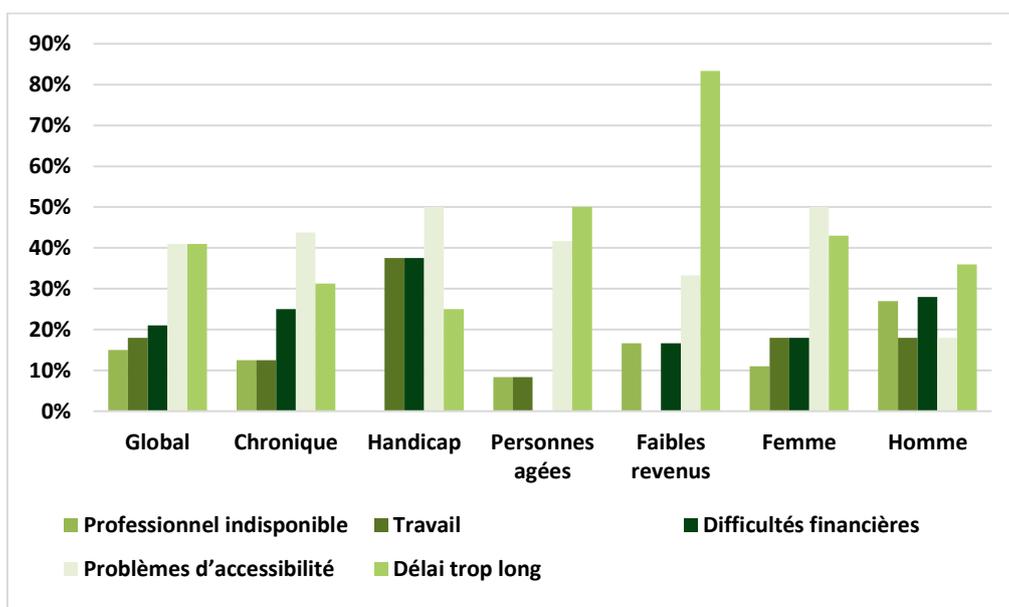


Figure 49 : Répartition des motifs de renoncement aux soins selon la sous-population

Plusieurs facteurs influent sur le renoncement aux soins. Les personnes en activité professionnelle sont plus nombreuses à renoncer à un soin médical que les personnes sans activité professionnelle : 14 % des personnes en activité ont renoncé à un soin au cours des douze derniers mois contre 5 % des personnes sans activité professionnelle.

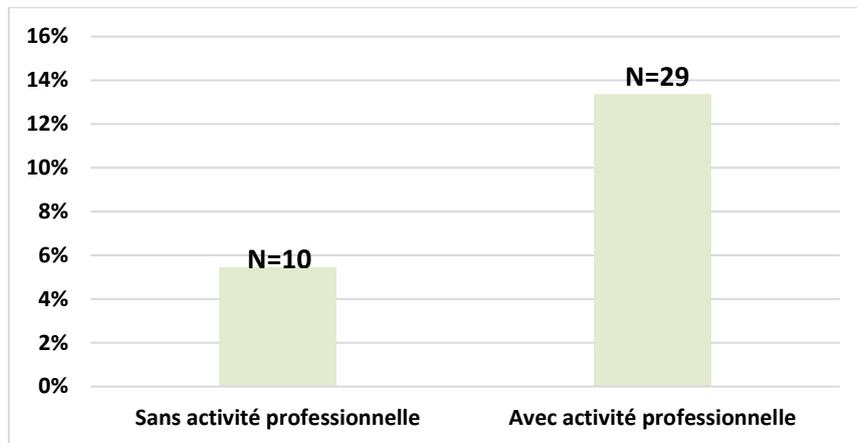


Figure 50 : Renoncement aux soins selon l'activité professionnelle

Bien que la différence ne soit pas significative, les personnes qui sont couvertes par l'assurance maladie et une mutuelle sont plus nombreuses à renoncer à un soin que les personnes qui ont la C2S. On remarque également que les personnes couvertes par l'AME ou non couvertes par l'Assurance maladie ne déclarent pas avoir dû renoncer à des soins. Ces dernières n'ont sans doute pas eu besoin de recourir aux soins.

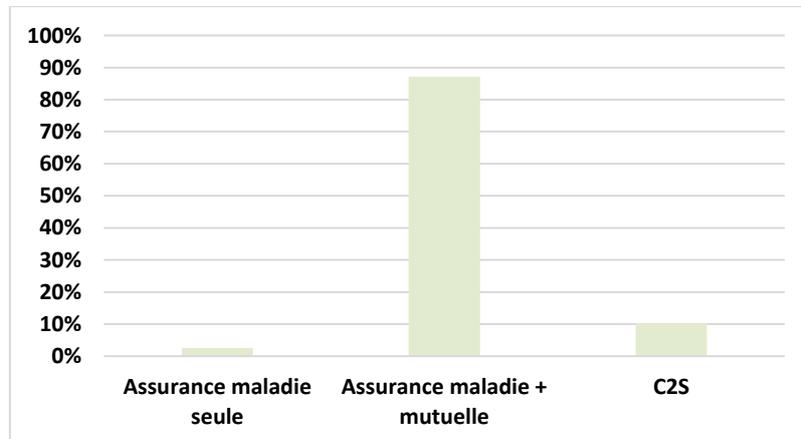


Figure 51 : Taux de renoncement aux soins selon la couverture médicale

1.8 Actions pour améliorer l'accès aux soins

Les Guadeloupéens ont été interrogés sur les trois actions prioritaires, selon eux, à mettre en place pour l'amélioration de l'accès aux soins dans leur commune. Parmi une liste de plusieurs actions, les actions majoritairement citées sont :

- L'action 3 : soutenir l'installation de professionnels de santé
- L'action 2 : accompagner les habitants pour l'accès à leurs droits de santé
- L'action 5 : accompagner les habitants pour l'accès aux différents types d'aides à domicile en cas de dépendance



Action 1	Développer des actions de dépistage
Action 2	Accompagner les habitants pour l'accès à leurs droits de santé
Action 3	Soutenir l'installation de professionnels de santé
Action 4	Améliorer l'information sur l'aide pouvant être apportée pour des problèmes d'addiction, de violences, de souffrance psychique
Action 5	Accompagner les habitants pour l'accès aux différents types d'aides à domicile en cas de dépendance
Action 6	Faciliter les déplacements vers les services et dispositifs de santé

Figure 52 : Répartition des actions prioritaires sur l'ensemble de l'échantillon

Le classement des actions prioritaires à mettre en œuvre pour améliorer l'accès aux soins dans la commune diffère selon les sous-populations. Excepté pour les femmes, l'action 6 (faciliter les déplacements vers les services et dispositifs de santé) est la 3^e action prioritaire pour les autres sous-populations. Pour 64 % des personnes à faibles ressources, la première action prioritaire est l'action 5 (un accompagnement pour accéder aux dispositifs d'aide).

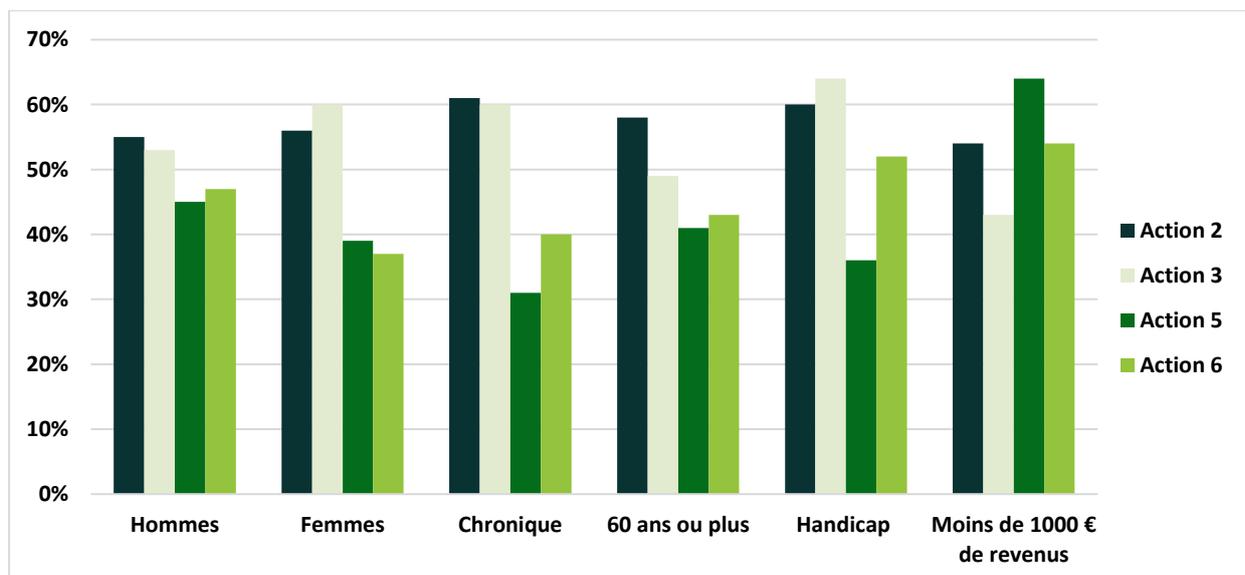


Figure 59 : Répartition des actions prioritaires selon les sous-populations

A l'échelle des EPCI, la répartition des actions prioritaires est quasiment identique excepté pour la CAGSC et la CARL. Pour 59 % des habitants de la CAGSC, l'action 2 (Accompagner les usagers dans l'exercice de leurs droits) est ainsi en première position comme action prioritaire, puis l'action 3 pour 55% d'entre eux et enfin 47 % d'entre eux placent l'action 6 (faciliter les déplacements vers les services et dispositifs de santé) en troisième position. Pour 70 % des habitants de la CARL, l'action 3 (Soutenir l'installation de professionnels de santé) est en première position comme action prioritaire puis l'action 2 pour 59% d'entre eux et enfin 44 % d'entre eux placent l'action 1 (Développer des actions de dépistage) en troisième position. Pour les habitants de la CCMG, l'action 3 est la première action prioritaire à mettre en place.

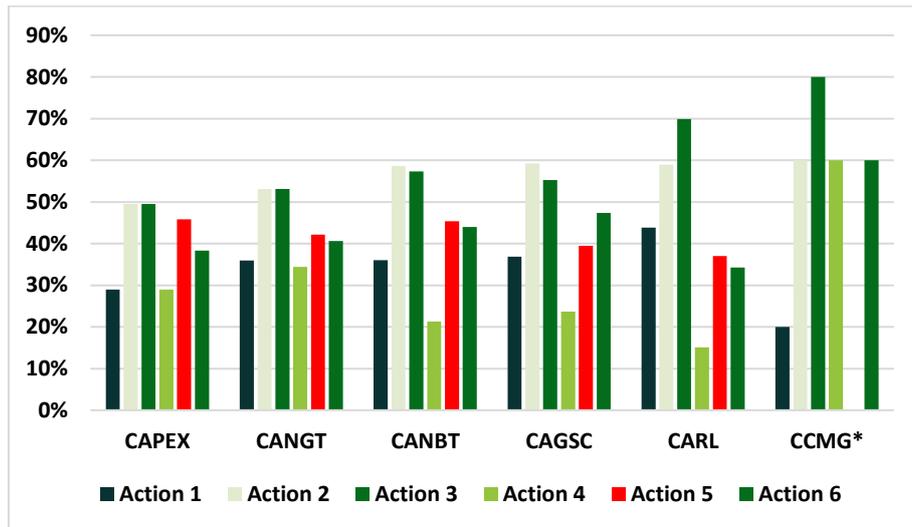


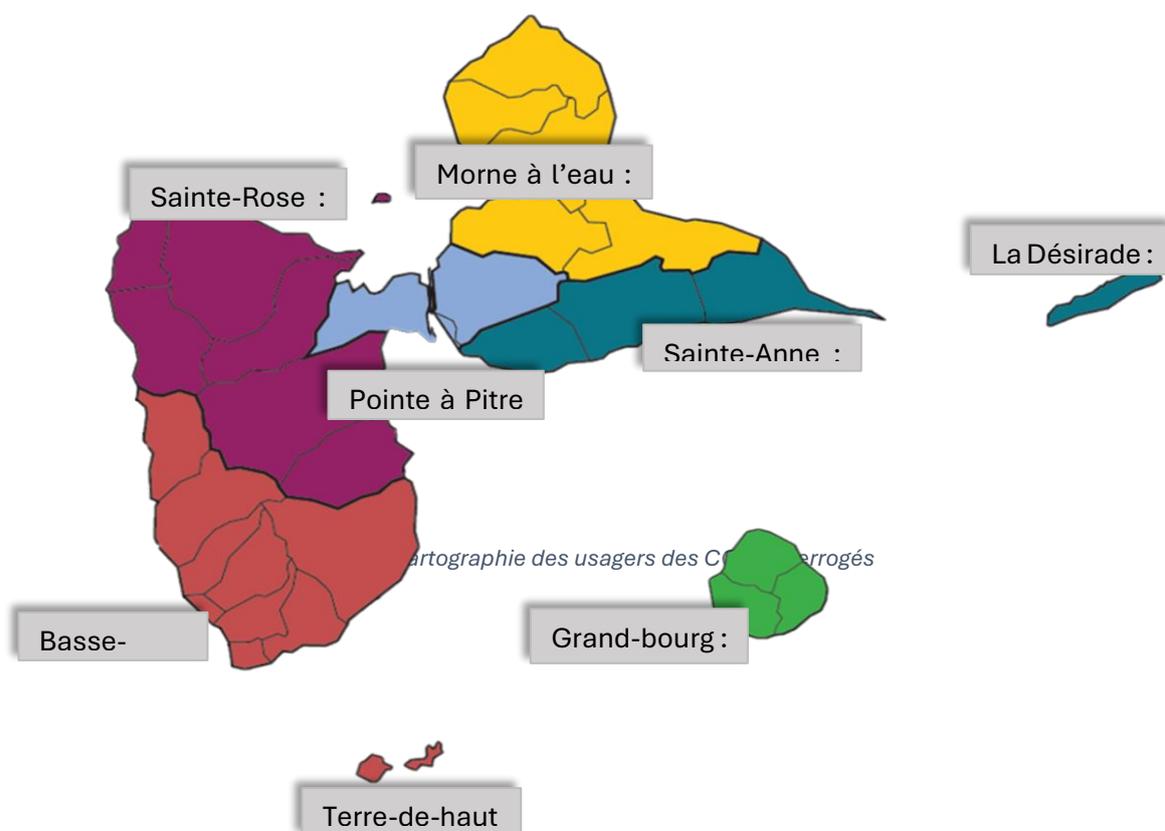
Figure 60 : Répartition des actions prioritaires selon les EPCI de résidence
*CCMG : 5 répondants

2. Enquête en face-à-face dans les CCAS

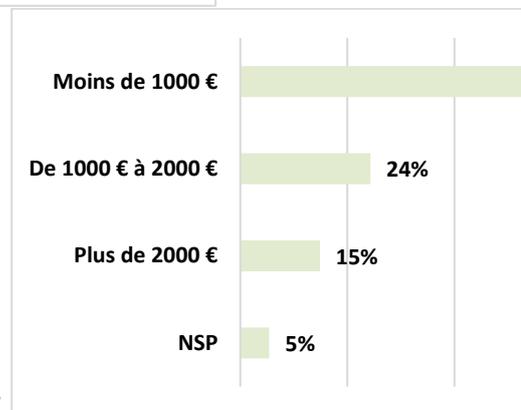
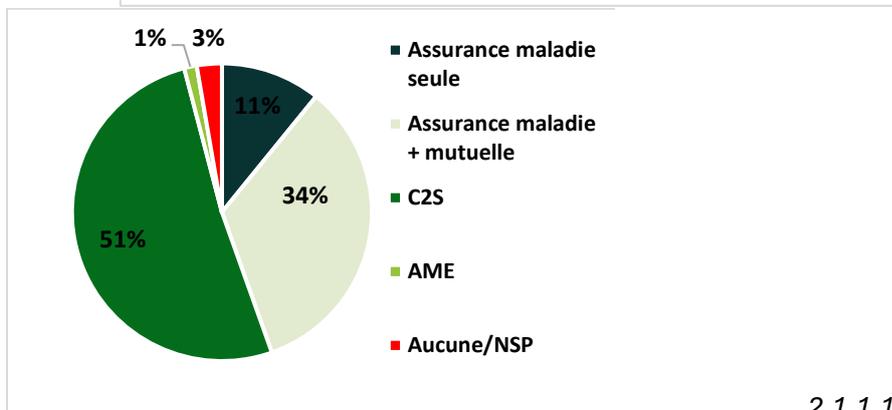
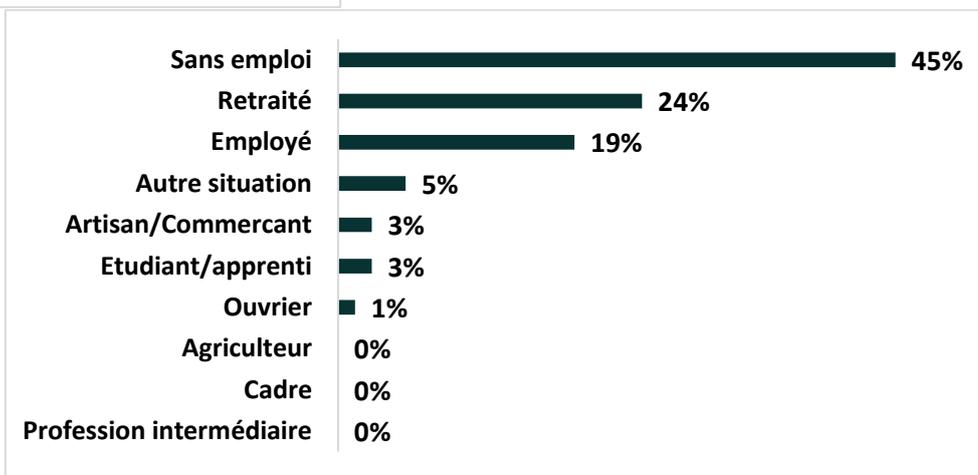
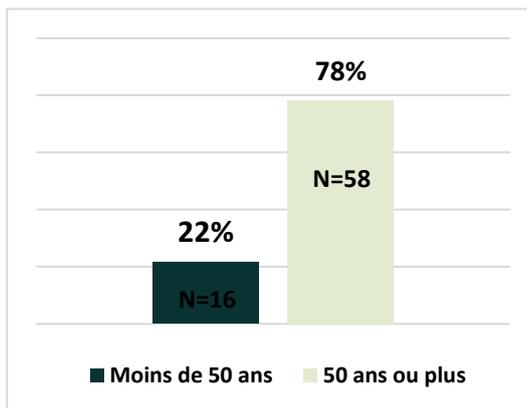
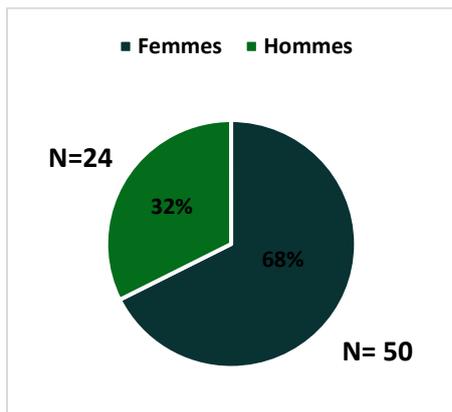
2.1 Description de la population interrogée

2.1.1 Profil

L'enquête en face-à-face dans les huit CCAS tirés au sort sur l'ensemble de la Guadeloupe a permis d'interroger 74 usagers.



Les femmes représentent la part la plus importante des personnes interrogées car 68 % de l'échantillon sont des femmes. La majorité des personnes interrogées sont âgées de 50 ans ou plus. Les usagers des CCAS sont majoritairement inactifs avec 45 % de l'échantillon sans emploi et 24 % à la retraite. Il n'y a pas de cadres et de personnes à profession intermédiaire interrogés. La moitié des usagers interrogés sont couverts de la complémentaire santé solidaire, un tiers est couvert de l'assurance maladie et d'une mutuelle, 11% sont couverts uniquement de l'assurance maladie. Seulement une personne interrogée était couverte par l'Aide Médicale d'Etat et deux autres n'avaient pas de couverture médicale ou ne savaient pas. Plus de la moitié des personnes interrogées possèdent moins de 1000 € de revenus mensuels, un quart des répondants possèdent entre 1000€ et 2000€ et 15 % possèdent plus de 2000€ de revenus mensuels.



2.1.1.1

Figure 53 : Profil des usagers des CCAS interrogés

2.1.2 L'état de santé des usagers des CCAS

L'état de santé physique des usagers interrogés est plus médiocre qu'en population générale où un tiers de l'ensemble des répondants se sent en bonne santé physique. Les femmes se sentent en moins bonne santé que les hommes. Parmi elle, 4 % et 21% se sentent respectivement en très bonne santé et en bonne santé alors que parmi les hommes, 16 % se sentent en très bonne santé et 22% se sentent en bonne santé.

Les personnes âgées, 60 ans ou plus, se sentent en meilleure santé que les autres populations vulnérables. Près de la moitié des personnes âgées interrogées se sent en très bonne ou en bonne santé physique.

Les personnes atteintes d'un problème de santé chronique et les personnes en situation de handicap sont celles qui se sentent le moins en bonne santé que les autres. Un quart des personnes malades chroniques se sentent en très bonne ou en bonne santé physique alors qu'elles sont plus d'un tiers à se sentir en mauvaise ou très mauvaise santé. Pour les personnes en situation de handicap, 16 % se sentent en très bonne ou bonne santé tandis que près de la moitié d'entre elles se sent en très mauvaise santé physique.

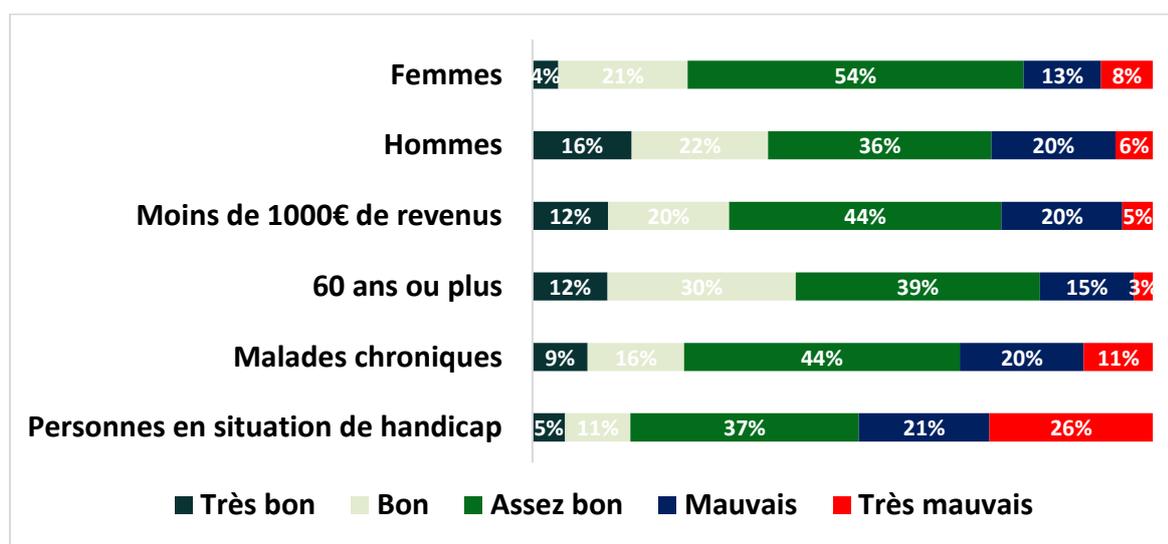


Figure 54 : Répartition de la perception de l'état de santé physique des usagers selon les sous-populations

L'état de santé psychologique des usagers interrogés est plutôt meilleur que l'état de santé physique. Des différences s'observent entre les sous-populations.

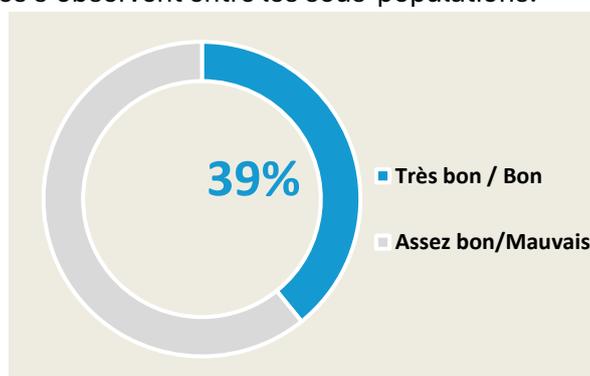


Figure 64 : Etat de santé psychologique des usagers des CCAS

Les femmes se sentent en meilleure santé psychologique que les hommes. La moitié des femmes se sentent en très bonne ou en bonne santé psychologique alors qu'un peu plus d'un tiers des hommes le ressent.

Près de la moitié des personnes âgées se sent en très bonne ou en bonne santé psychologique. Un tiers des personnes atteintes d'un problème de santé chronique se sent en très bonne ou en bonne santé, elles sont un quart à se sentir en mauvaise santé.

Près de la moitié des personnes en situation de handicap (42%) se sent en très bonne ou en bonne santé psychologique mais un tiers d'entre elles se sent en mauvaise santé (31%).

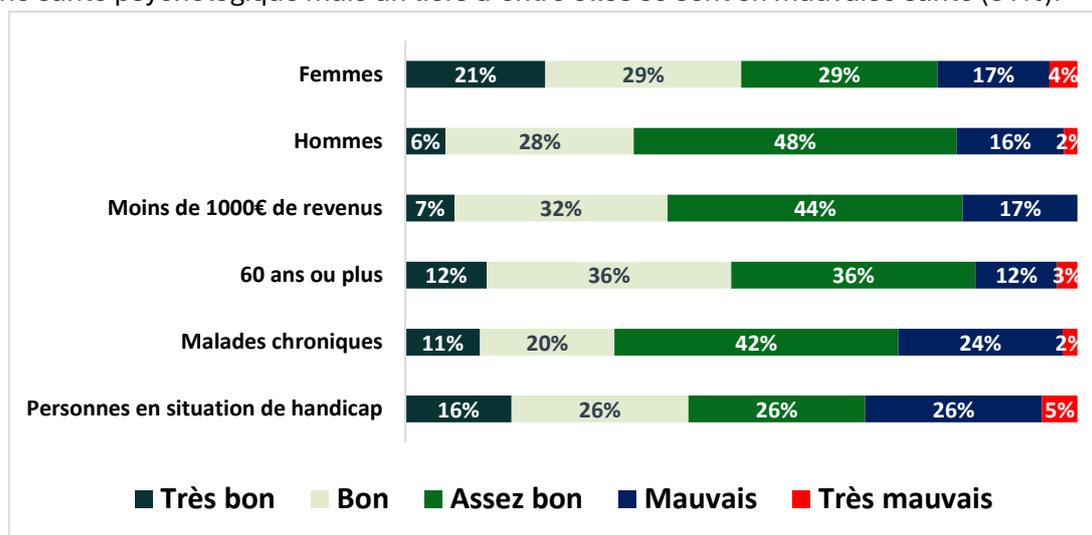


Figure 65 : Répartition de l'état de santé psychologique selon les sous-populations

2.2 L'accès aux soins pour les usagers des CCAS

2.2.1 Chez le médecin généraliste

Sur l'ensemble de l'échantillon, 82% des usagers indiquent avoir un médecin généraliste habituel. Les 18 % d'usagers qui indiquent ne pas avoir de médecin généraliste habituel sont répartis par CCAS dans le tableau 2. Tous les interrogés du CCAS de la Désirade ont indiqué ne pas avoir de médecin généraliste habituel : le seul motif pour l'ensemble est l'absence de médecin sur l'île.

Pour les autres usagers, deux ont évoqué des problèmes de droits de santé, deux autres ont évoqué ne pas avoir de préférence et se rendent chez le médecin le plus disponible et le cinquième usager indique ne pas avoir besoin d'aller chez le médecin.

	Oui	Non
Sainte-Anne	80%	20%
Morne-À-L'eau	90%	10%
Grand-bourg	80%	20%
Basse-Terre	100%	0%
Pointe-à-Pitre	100%	0%
Terre-de-haut	100%	0%
La Désirade	0%	100%
Sainte-Rose	100%	0%
Total	82 %	18 %

Tableau 2 : Répartition des répondants ayant un médecin généraliste habituel par CCAS

	N	%
Problème de droits de santé	2	15%
Cela n'est pas nécessaire	1	8%
N'a pas de préférence	2	15%
Il n'y a pas de médecin sur l'île	8	62%
	13	

Tableau 3 : Motifs des répondants n'ayant de médecin généraliste habituel

Plus de huit usagers sur dix ont consulté au moins une fois le médecin généraliste au cours des douze derniers mois précédents l'enquête. Les femmes ont consulté plus fréquemment le médecin généraliste que les hommes, elles sont 84% à l'avoir consulté plusieurs fois tandis que plus d'un tiers des hommes n'a pas consulté de médecin généraliste.

Pour les populations vulnérables, les proportions de personnes ayant eu recours au médecin généraliste sont comprises entre 83 et 93 %. Les personnes atteintes d'un problème de santé chronique ont consulté plus fréquemment le médecin généraliste au cours des douze derniers mois.

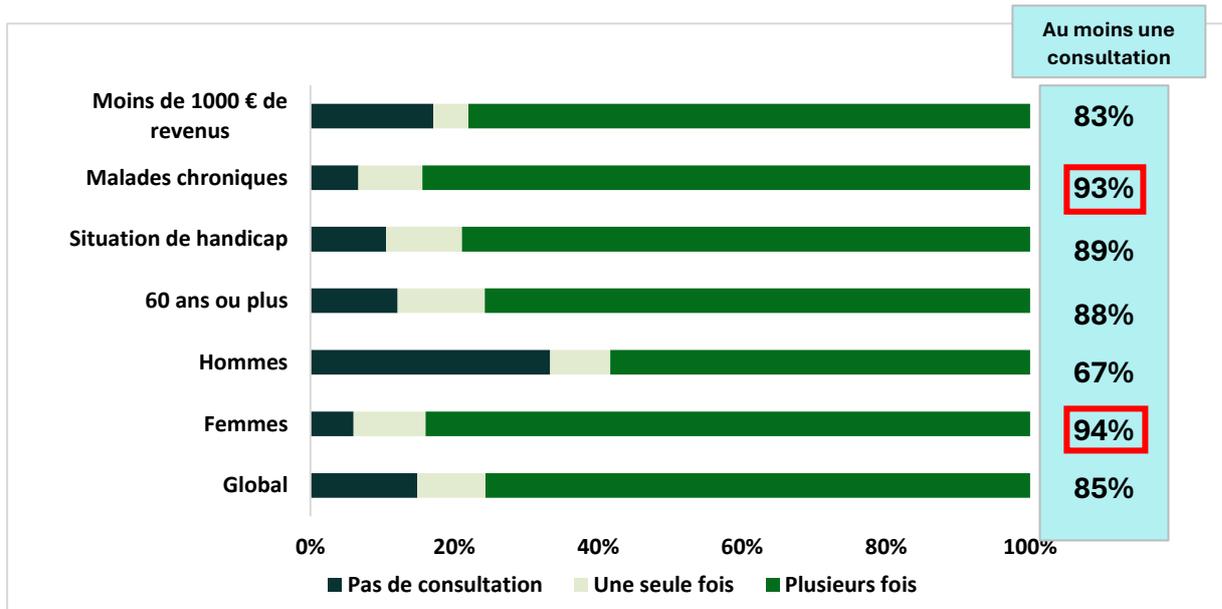


Figure 66 : Répartition de la fréquence de consultation du médecin généraliste au cours des douze derniers mois selon les sous-populations

Pour la majorité des usagers, le médecin généraliste habituel a été consulté pour la dernière fois (69 %). Le médecin remplaçant a été vu pour 11% des usagers et 14% ont vu un autre médecin généraliste. Le médecin de garde n'a pas été consulté au cours des douze derniers mois.

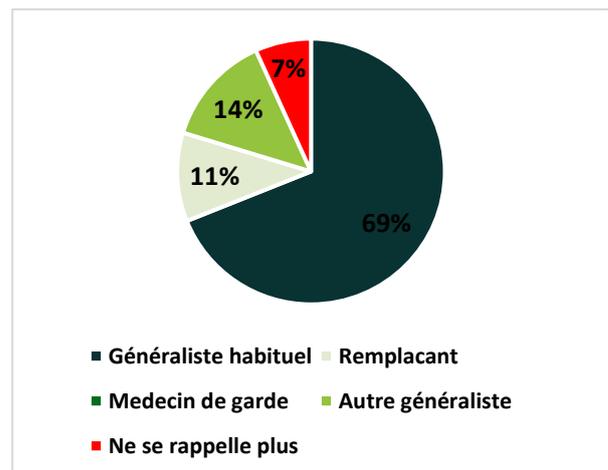


Figure 55 : Répartition du type de médecin généraliste consulté lors de la dernière consultation

Les usagers ont privilégié la prise de rendez-vous via une plateforme téléphonique ou via la secrétaire et la consultation sans rendez-vous.

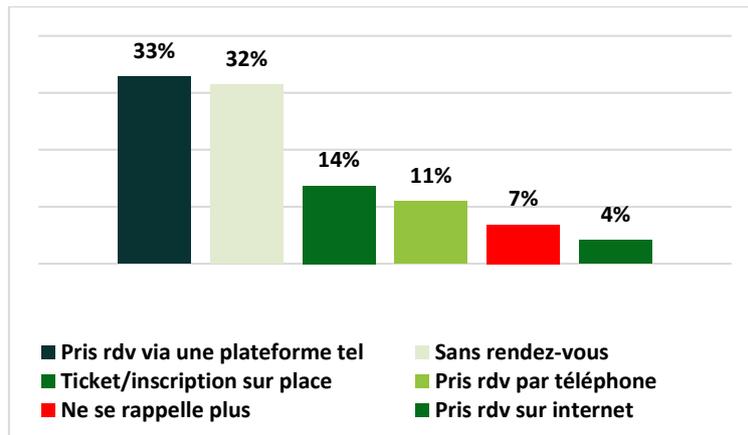


Figure 56 : Répartition des modalités de prise de rendez-vous

Le premier moyen de transport utilisé pour se rendre chez le médecin généraliste est le moyen de déplacement personnel pour 42% des usagers puis un quart se sont déplacés à pied et autant ont utilisé les transports urbains collectifs. Les transports médicalisés ont été utilisés par 9% des usagers et le bateau par 3% d'entre eux.

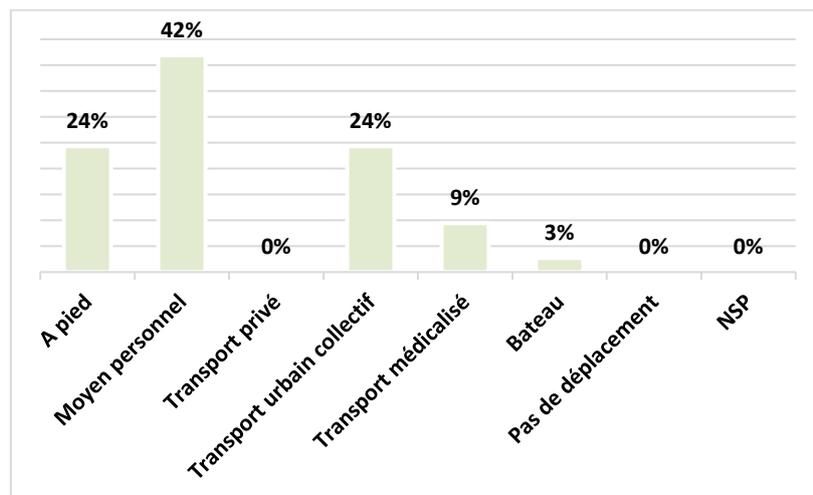


Figure 57 : Moyens de transport utilisés pour se rendre chez le médecin généraliste

Pour la moitié des interrogés, la convenance personnelle est le motif de non-utilisation des transports urbains collectifs et médicalisés. Un quart d'entre eux ont évoqué d'autres raisons : pour les personnes s'étant déplacés à pied, elles indiquent habiter à proximité du cabinet médical, d'autres ont évoqué des raisons médicales ou de handicap, une personne a mentionné la peur des véhicules et enfin deux personnes ont indiqué l'absence de transports collectifs ou médicalisés dans leur zone. Près d'un quart des interrogés ont indiqué un accès difficile aux rendez-vous en utilisant les transports urbains collectifs ou médicalisés. Très peu ont évoqué des difficultés financières (2%).

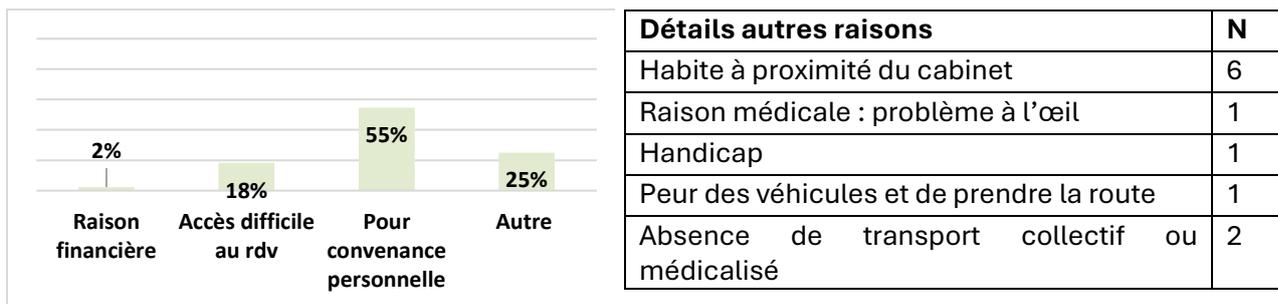


Figure 69 : Motifs de non-utilisation des transports urbains collectifs et/ou médicalisés

La durée moyenne pour se rendre chez le médecin généraliste pour les usagers du CCAS est de 29 minutes. Cette durée s'allonge pour les personnes âgées (30 minutes), les personnes en situation de handicap (32 minutes) et les personnes atteintes d'un problème de santé chronique (31 minutes). La durée moyenne du trajet diminue pour les personnes à faibles revenus, elle est de 27 minutes.

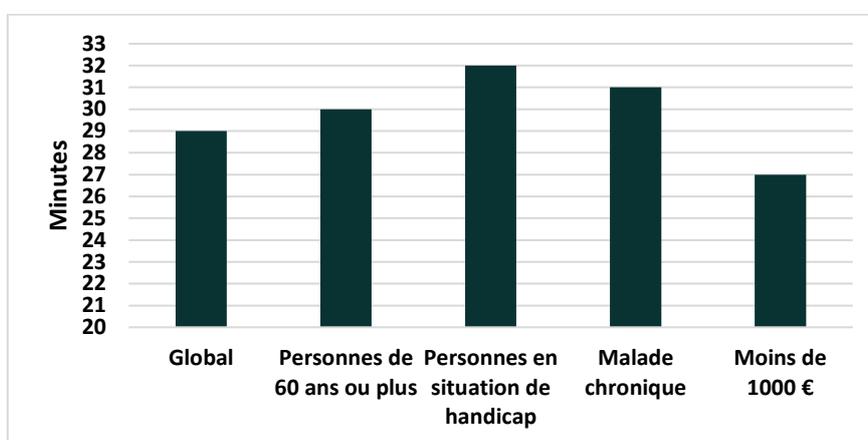


Figure 70 : Durée moyenne de trajet vers le médecin généraliste selon les sous-populations

La majorité des usagers a réalisé leur consultation dans leur commune de résidence. Un nombre assez important, plus d'un tiers, a réalisé sa visite en dehors de sa commune. Cette répartition diffère de très peu pour les autres sous-populations, la majorité a réalisé leur visite dans leur commune de résidence excepté pour les hommes où 50% ont réalisé leur visite dans leur commune et 50% ont réalisé leur visite en dehors de leur commune.

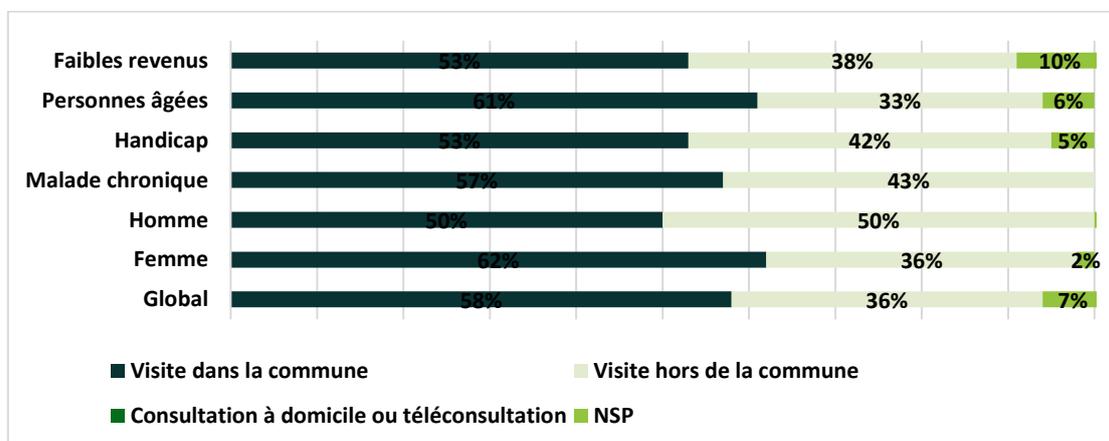


Figure 58 : Répartition du lieu de visite selon les sous-populations

2.2.2 Chez le médecin spécialiste

Plus de la moitié des usagers interrogés a consulté un médecin spécialiste au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. Les hommes sont moins nombreux que les femmes à avoir eu recours au médecin spécialiste, 50 % d'entre eux n'ont pas eu recours à un médecin spécialiste au cours des douze derniers mois et 17 % n'ont jamais consulté de médecin spécialiste. Les personnes en situation de handicap sont plus nombreuses à avoir eu recours au médecin spécialiste que les autres sous-populations où 76% d'entre elles ont consulté.

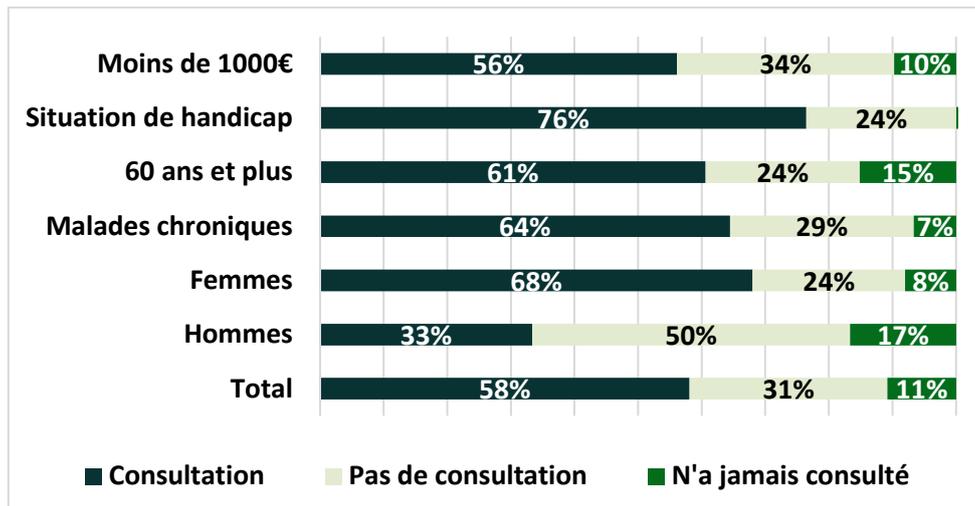


Figure 59 : Répartition de la consultation d'un médecin spécialiste au cours des douze derniers mois selon les sous-populations

Pour 7 personnes sur dix qui n'ont pas consulté de médecins spécialistes au cours des douze derniers mois, cela n'était pas nécessaire pour eux. Pour un quart d'entre eux, diverses autres raisons ont été évoquées comme des problèmes d'accessibilité, l'appareil du médecin spécialiste en panne ou un nonaccès aux droits de sécurité sociale (Tableau 5).

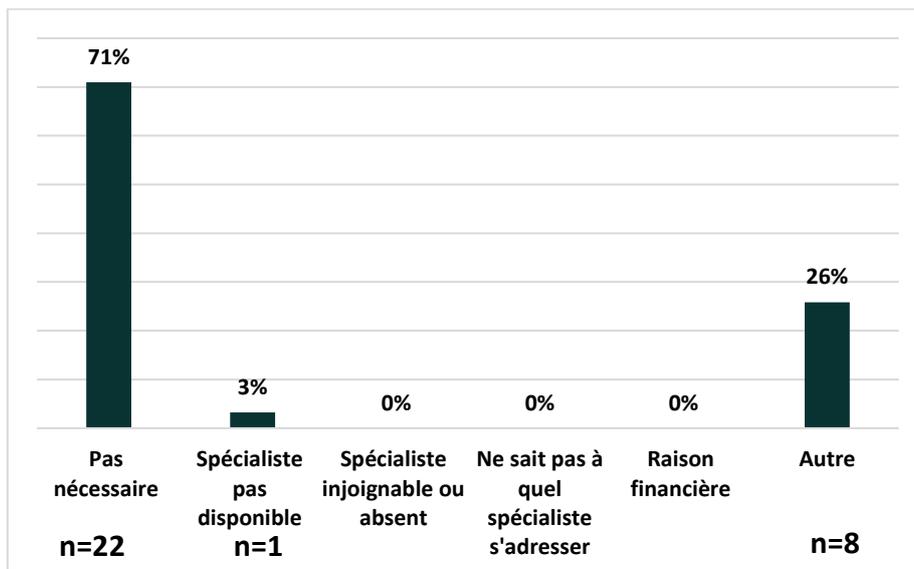


Figure 60 : Répartition des motifs de non-consultation d'un médecin spécialiste

Professionnel a annulé le rendez-vous pour raison personnelle
Usager n'a pas le temps
Usager ne s'est pas rendu au rendez-vous, délai trop long
L'appareil de l'ophtalmologue ne fonctionne plus
A pris rdv pour ses contrôles en France Hexagonale, délai trop long en Guadeloupe
Problèmes d'accessibilité, problème de santé pour marcher
N'a pas accès à la CGSS
N'a pas de réseau à son domicile, ne peut pas appeler le cardiologue

Tableau 4 : Détails des autres motifs de non-consultation du médecin spécialiste

Un tiers des usagers qui a eu recours à un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois a obtenu son rendez-vous entre 3 et 6 mois. Presqu'un quart d'entre eux a obtenu son rendez-vous entre 1 et 3 mois et 19% d'entre eux ont obtenu leur consultation plus de 6 mois après la prise de rendez-vous. Peu d'usagers ont obtenu leur rendez-vous en moins d'un mois, une personne sur six.

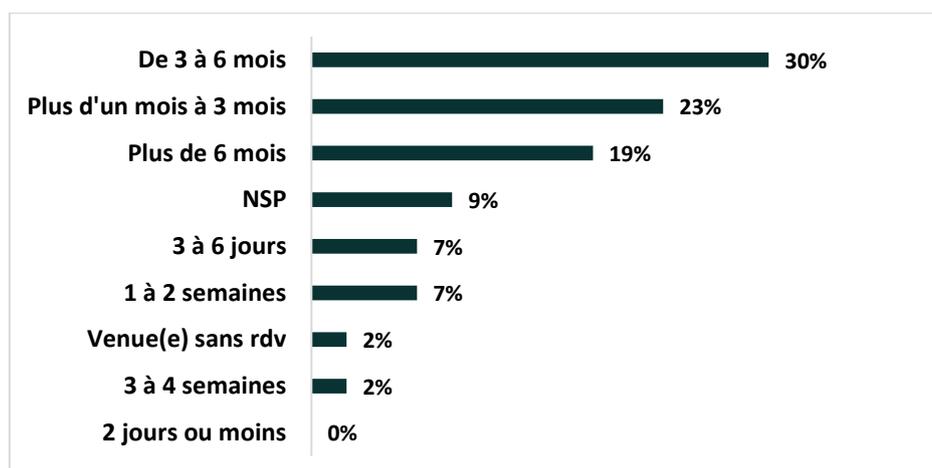


Figure 61 : Délai d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin spécialiste

Le moyen de transport principalement utilisé pour se rendre chez le médecin spécialiste est le moyen de déplacement personnel où plus d'un tiers des usagers l'ont utilisé. Le transport urbain collectif a été utilisé par 20 % des usagers et le transport médicalisé par 17 %.

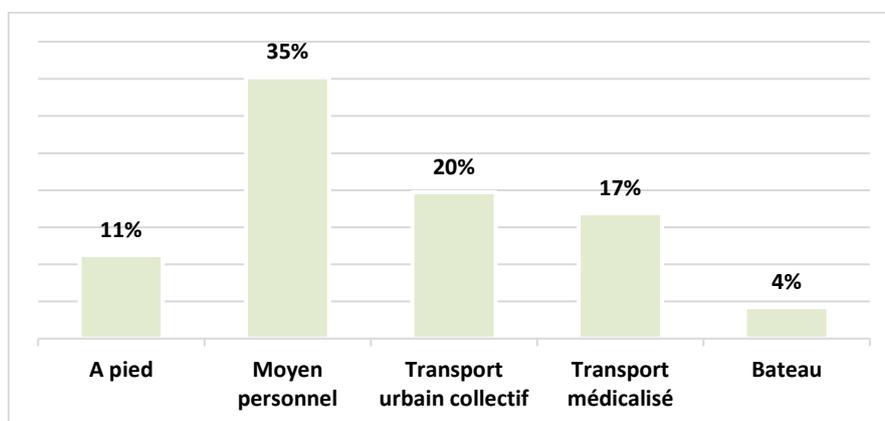


Figure 62 : Moyens de transport utilisés pour se rendre chez le médecin spécialiste

La convenance personnelle est le 1^{er} motif de non-utilisation des transports urbains collectifs et médicalisés, pour plus de la moitié des interrogés. Ensuite près d'un quart d'entre eux ont évoqué un accès difficile au médecin spécialiste via les transports urbains collectifs et/ou médicalisés. Les principales autres raisons évoquées sont la résidence à proximité du lieu de la visite. Une personne a répondu que les transports médicalisés étaient indisponibles pour se rendre à la dernière consultation (Tableau 6).

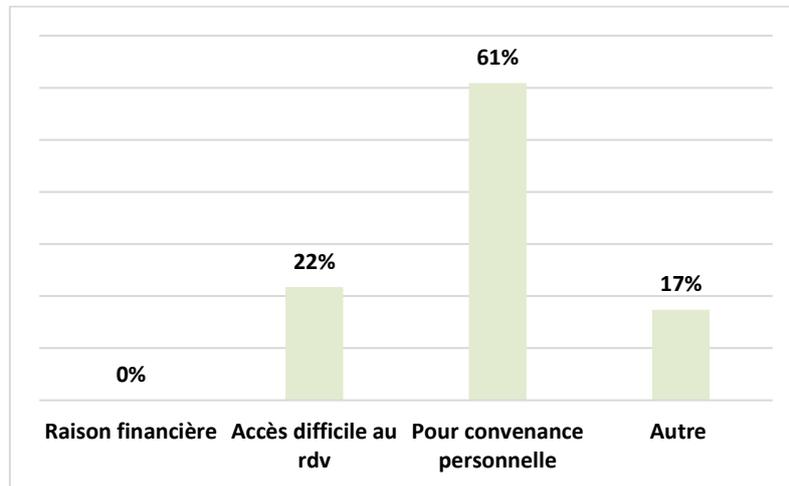


Figure 63 : Motifs de la non-utilisation des transports urbains collectifs et/ou médicalisés

	N
Raison médicale : problème à l'œil	1
A proximité du lieu de visite	4
Indisponibilité des transports médicalisés	1
J'avais la possibilité d'aller par mes propres moyens	1

Tableau 5 : Détails autres motifs de non-utilisation des transports urbains collectifs et/ou médicalisés

La majorité des usagers a réalisé leur visite chez le médecin spécialiste en dehors de leur commune de résidence. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à consulter en dehors de leur commune, 75 % des hommes contre 66 % des femmes. Les proportions sont équivalentes entre les populations vulnérables où environ 6 personnes sur dix consultent le médecin spécialiste en dehors de leur commune de résidence.

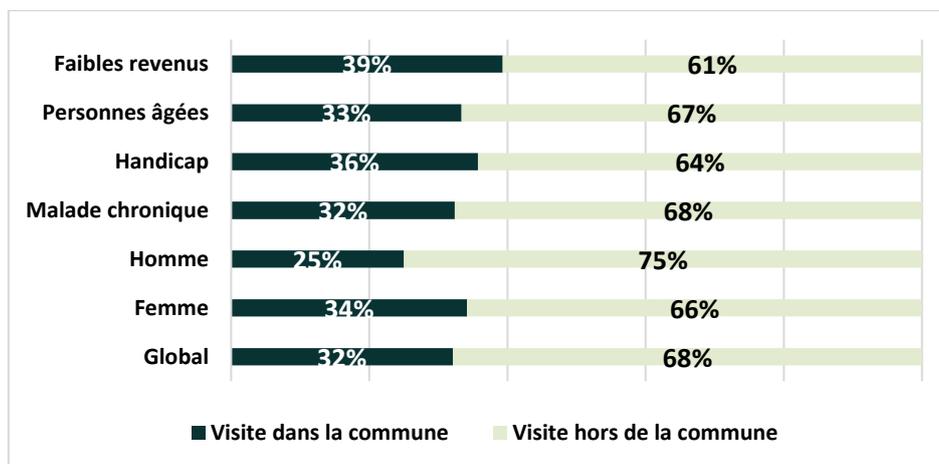


Figure 64 : Lieu de visite selon les sous-populations

Deux principales spécialités ont été consultées par les usagers du CCAS : l'ophtalmologue (19 % des usagers) et le cardiologue (15 %).

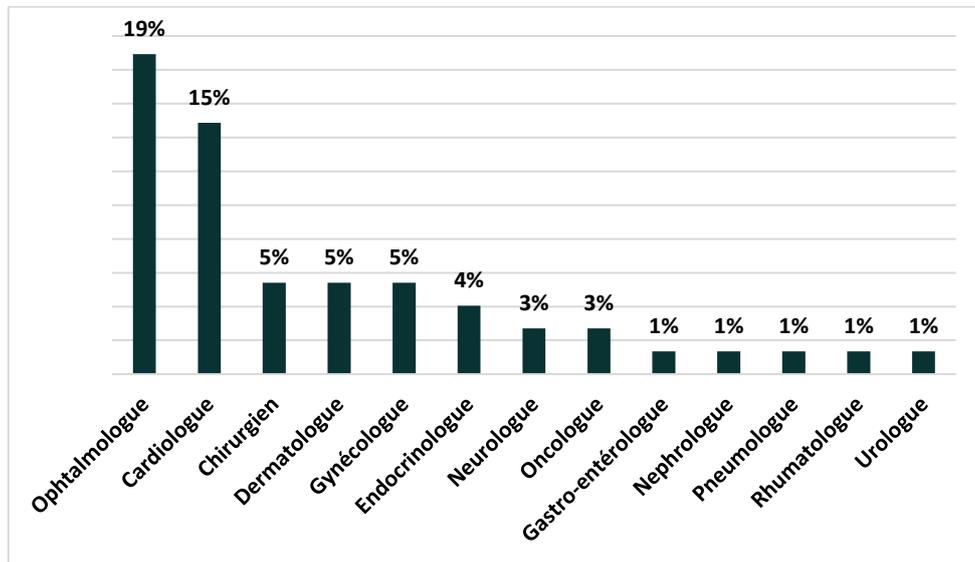


Figure 78 : Répartition des spécialités consultées

2.2.3 Les soins hospitaliers

Au cours des douze derniers mois, 15 % des usagers ont été hospitalisés ou opérés dans un centre hospitalier ou dans une clinique. Ils ont été 8% à avoir été hospitalisés dans un CH/CHU et 7% dans une clinique.

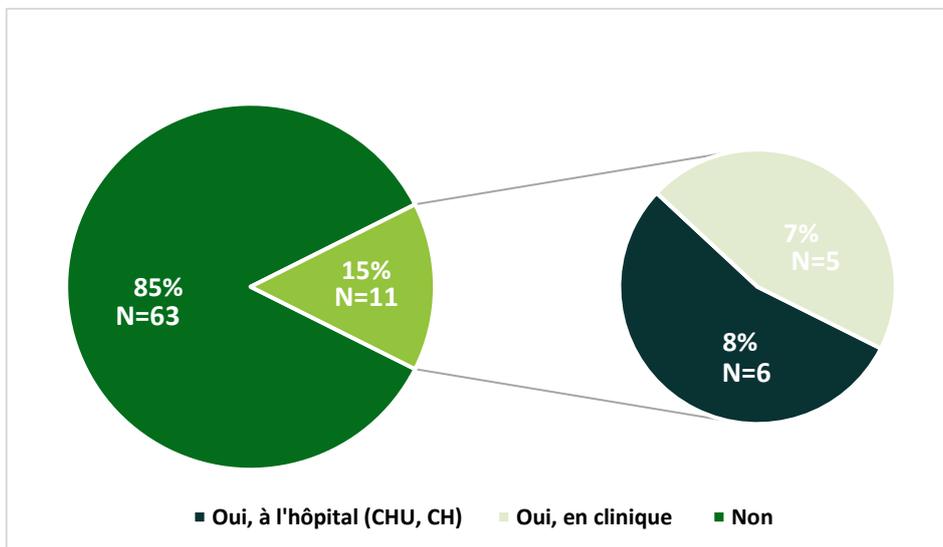


Figure 65 : Répartition des usagers qui ont eu recours ou non à des soins hospitaliers selon le type d'établissement

Le moyen de déplacement personnel est le moyen de transport le plus utilisé par les usagers des CCAS qui ont été hospitalisés pour 5 d'entre eux, puis le bateau a été le plus utilisé pour les quatre usagers concernés qui résident à Grand-Bourg, Terre-de-haut et la Désirade. Le transport urbain collectif a été utilisé par 3 usagers et les transports médicalisés par deux. Un usager s'est rendu à pied pour son hospitalisation.

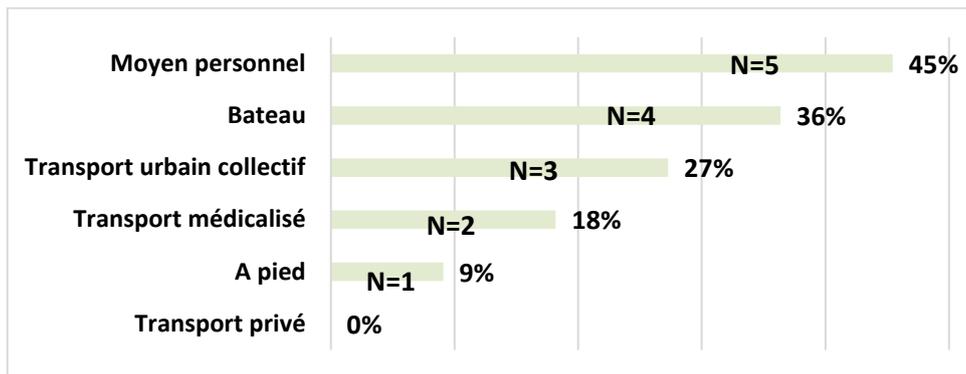


Figure 66 : Répartition des moyens de transport utilisés par les usagers des CCAS pour se rendre à l'hôpital

La durée moyenne pour se rendre à l'hôpital pour les usagers des CCAS est de 54 minutes. Cette durée s'allonge lorsque les usagers se rendent dans une clinique, elle est de 81 minutes et elle se réduit lorsque les usagers se rendent à l'hôpital.

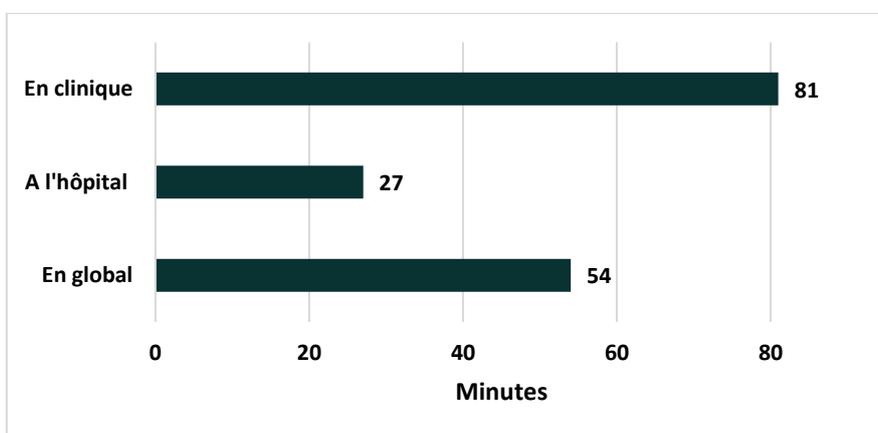


Figure 67 : Répartition de la durée moyenne du trajet pour une hospitalisation selon le type d'établissement

2.2.4 Recours au service des urgences

Parmi les usagers des CCAS, dix d'entre eux soit 14% des interrogés ont eu recours au moins une fois au service des urgences d'un hôpital au cours des douze derniers mois. Parmi eux, trois personnes ont eu recours aux urgences plus d'une fois.

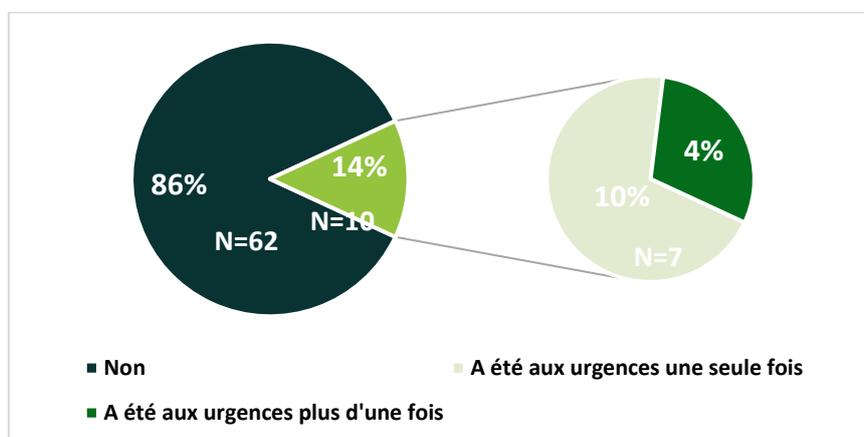


Figure 68 : Répartition des usagers ayant eu recours aux urgences selon la fréquence

Les usagers qui ont eu recours aux services des urgences sont plus nombreux à avoir attendu plus de 5 heures avant leur prise en charge médicale, ils sont un tiers des concernés.

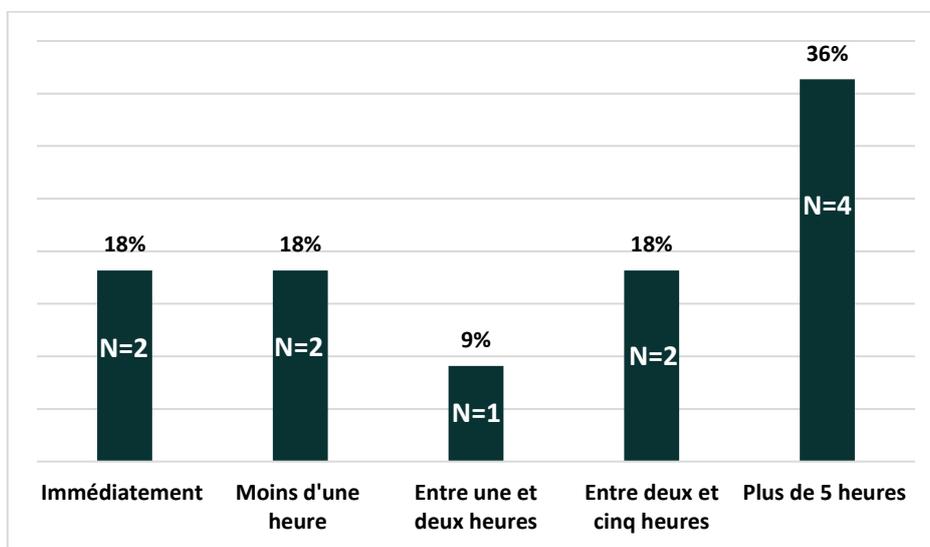


Figure 693 : Répartition du délai de prise en charge au service des urgences

Sur l'ensemble des usagers qui ont eu recours au service des urgences, neuf d'entre eux sont retournés à domicile à la suite de leur prise en charge soit 82 % de l'échantillon et deux ont été hospitalisé dans un service interne de l'hôpital.

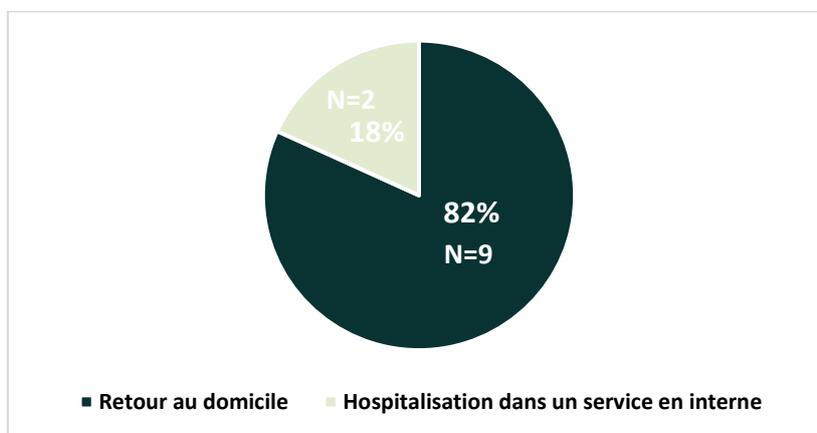


Figure 70 : Répartition du suivi post-urgences des usagers concernés

Le jugement de l'accueil était partagé entre les usagers concernés, 50 % ont été satisfaits de leur accueil et 50 % ont été insatisfaits. A l'inverse, les usagers sont plus nombreux à avoir été satisfaits de leur prise en charge médicale où ils sont 70% à être satisfaits.

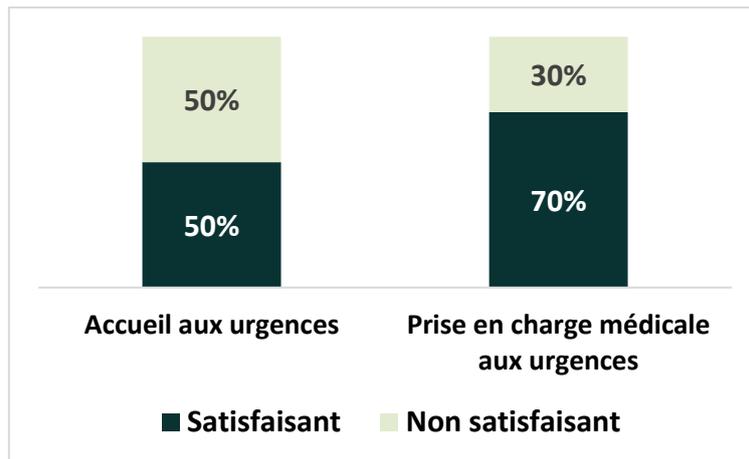


Figure 71 : Jugement de l'accueil et de la prise en charge médicale aux services des urgences

2.2.5 Recours aux autres professionnels de santé

Plus de la moitié des usagers ont eu recours à au moins un professionnel de santé autre qu'un médecin au cours des douze derniers mois. Cette proportion d'usagers diffère selon la sous-population. Les femmes sont plus nombreuses à avoir eu recours à un autre professionnel de santé que les hommes. Les personnes en situation de handicap sont les plus nombreuses à avoir eu recours à un autre professionnel de santé où 74% d'entre elle ont eu recours. Les personnes âgées sont celles qui ont le moins recours où 52% d'entre elles ont eu recours.

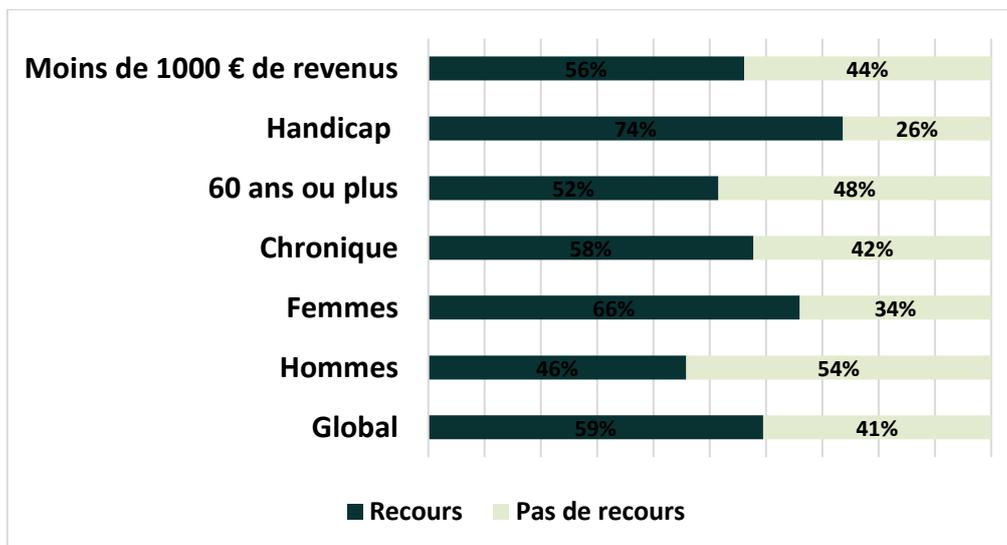


Figure 72 : Répartition de la proportion des usagers selon les sous-populations

Le professionnel le plus souvent consulté par les usagers au cours des douze derniers mois est le dentiste pour 55% des usagers. Le kinésithérapeute a été consulté par 43% des usagers et l'infirmier par 30 % d'entre eux.

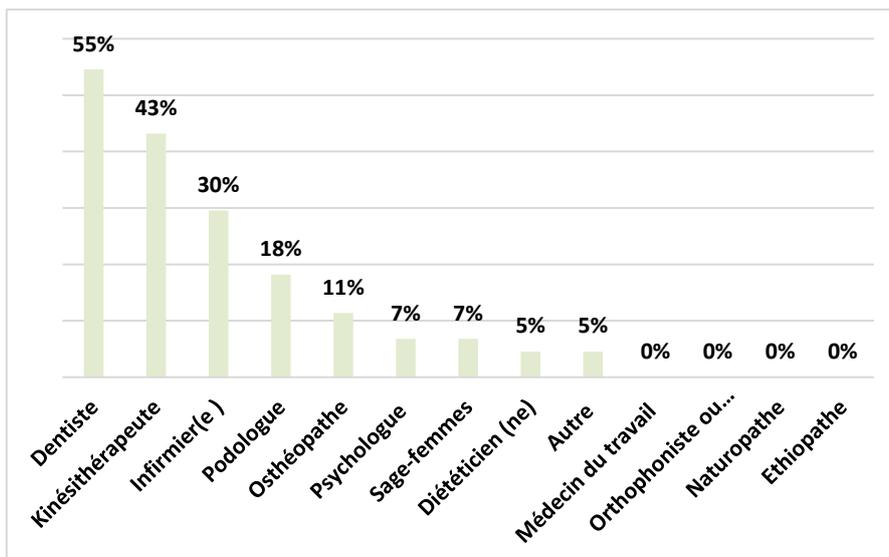


Figure 87 : Répartition du professionnel de santé consulté au cours des douze derniers mois par les usagers du CCAS

Un tiers des usagers s'est rendu à pied chez le professionnel de santé, un quart s'est rendu par son moyen de déplacement personnel, 21% ont utilisé les transports urbains collectifs, 17% ont eu leur visite à domicile et 5% ont utilisé le bateau.

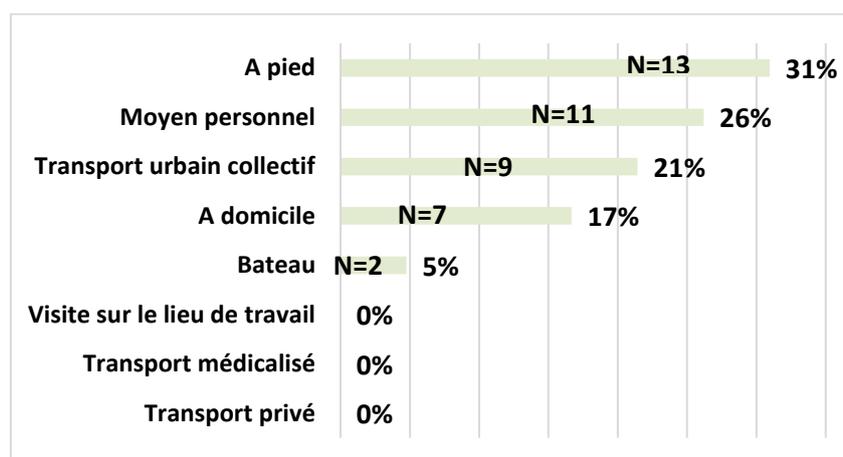


Figure 88 : Moyens de transport utilisés pour se rendre chez le professionnel de santé par les usagers du CCAS

Pour la majorité des usagers qui n'ont pas utilisé les transports urbains collectifs et médicalisés, le principal motif était la résidence à proximité du lieu d'exercice du professionnel. Pour un tiers d'entre eux, la convenance personnelle a été le motif et pour près d'un quart, l'accès au rendez-vous était difficile par les transports urbains collectifs et/ou médicalisés.

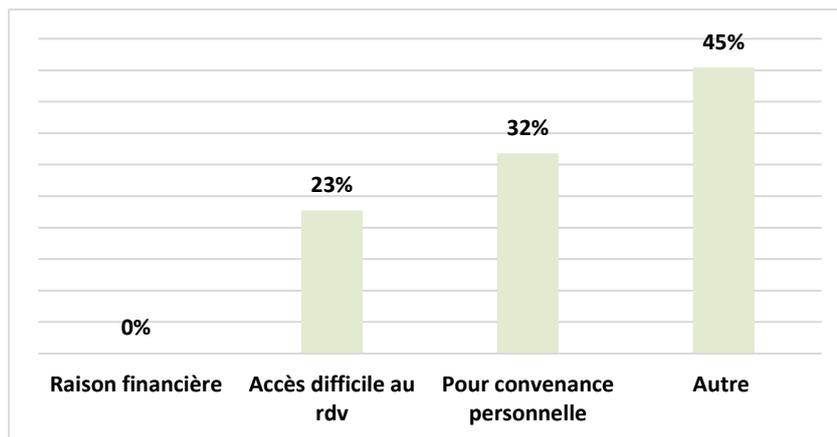


Figure 73 : Répartition des motifs de non-utilisation des transports urbains collectifs et médicalisés pour se rendre chez le professionnel de santé

La durée moyenne du trajet pour se rendre le professionnel de santé est de 16 minutes. Les femmes prennent plus de temps en moyenne pour se rendre chez le professionnel que les hommes, 17 minutes contre 14 minutes pour les hommes. Les personnes âgées, les personnes aux revenus faibles et les personnes atteintes d'un problème de santé chronique prennent respectivement, 14, 16 et 19 minutes pour se rendre chez le professionnel de santé. Les usagers en situation de handicap ont une durée moyenne de trajet de 36 minutes, soit le double de la moyenne de l'ensemble des usagers. Une personne en situation de handicap a indiqué une durée de trajet de deux heures pour se rendre chez le professionnel, cette visite s'est réalisée en dehors de sa commune.

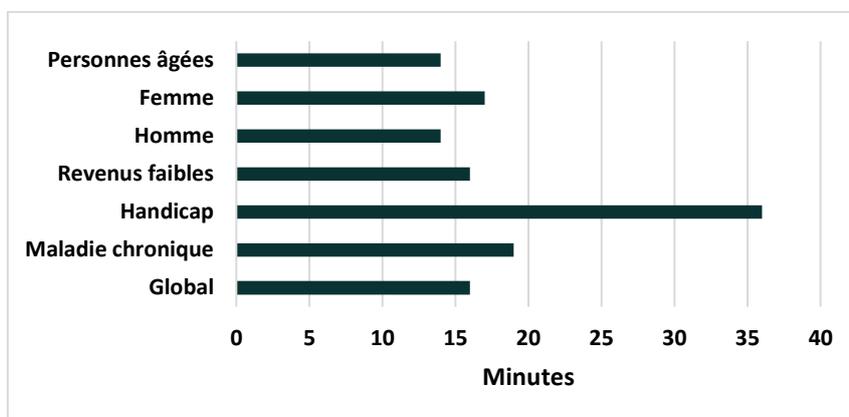


Figure 74 : Répartition de la durée moyenne du trajet vers le professionnel de santé selon les sous-populations

Un quart des usagers a obtenu le rendez-vous auprès du professionnel de santé entre 4 et 7 jours. Ils ont majoritairement obtenu leur rendez-vous entre 1 et 7 jours.

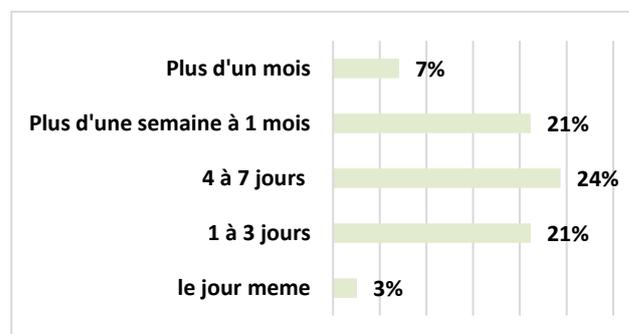


Figure 75 : Répartition de délai d'obtention du rendez-vous auprès du professionnel de santé

2.3 Le renoncement aux soins pour les usagers des CCAS

Plus d'un tiers des usagers ont renoncé à un soin pour eux-mêmes au cours des douze derniers mois. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à renoncer à un soin, 46 % contre 29 %. Les personnes aux revenus faibles sont plus nombreuses que les autres populations vulnérables à avoir renoncé à un soin. Le soin le plus renoncé par les usagers est la consultation auprès du médecin spécialiste.

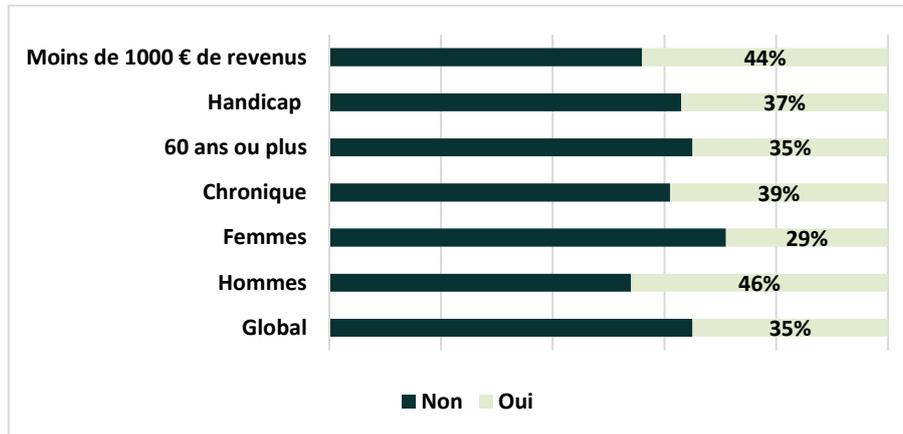


Figure 76 : Répartition des usagers ayant renoncé ou non à des soins médicaux selon les sous-populations

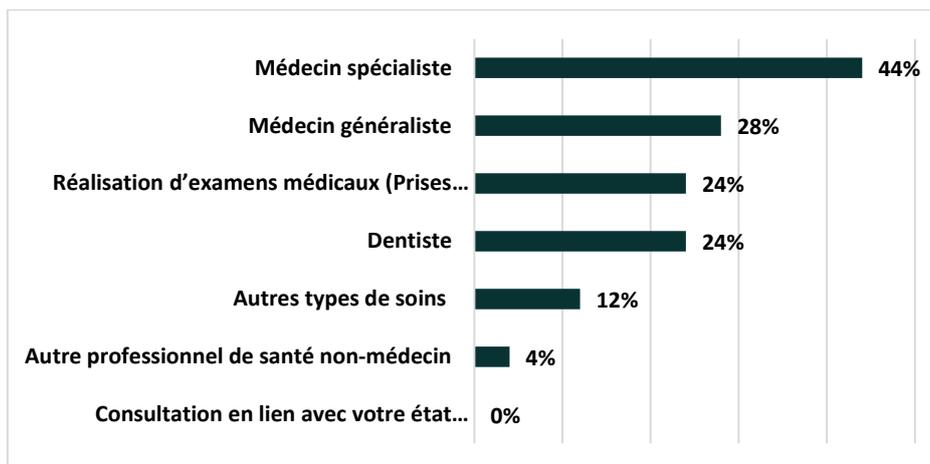


Figure 77 : Répartition des soins renoncés au cours des douze derniers mois par les usagers des CCAS

Pour plus de la moitié des usagers, les motifs de renoncement aux soins sont divers et d'ordre personnel (Tableau 7). Pour six personnes, le renoncement était lié à des problèmes d'accessibilité, cinq personnes ont jugé les délais trop longs et cinq autres ont évoqué des difficultés financières. Deux usagers ont été refusés par le professionnel. Un usager a renoncé car il ne savait pas vers quel professionnel s'adresser et un autre usager a renoncé car le professionnel était indisponible.

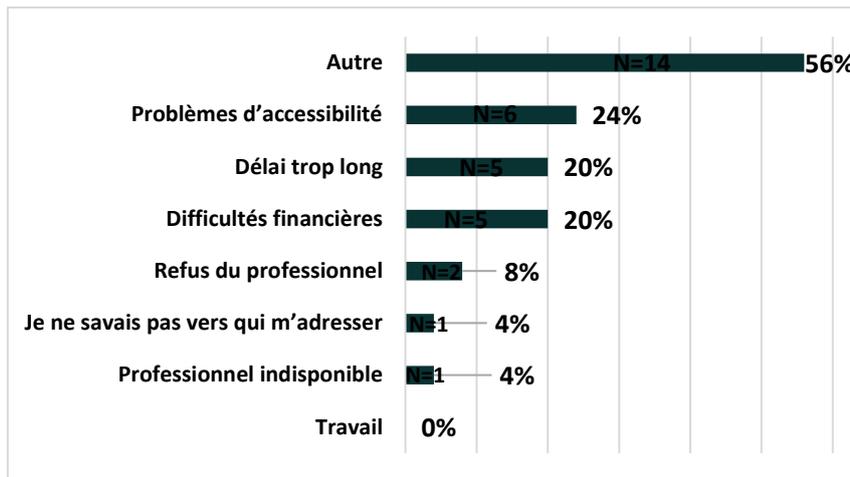


Figure 78 : Répartition des motifs de renoncement aux soins

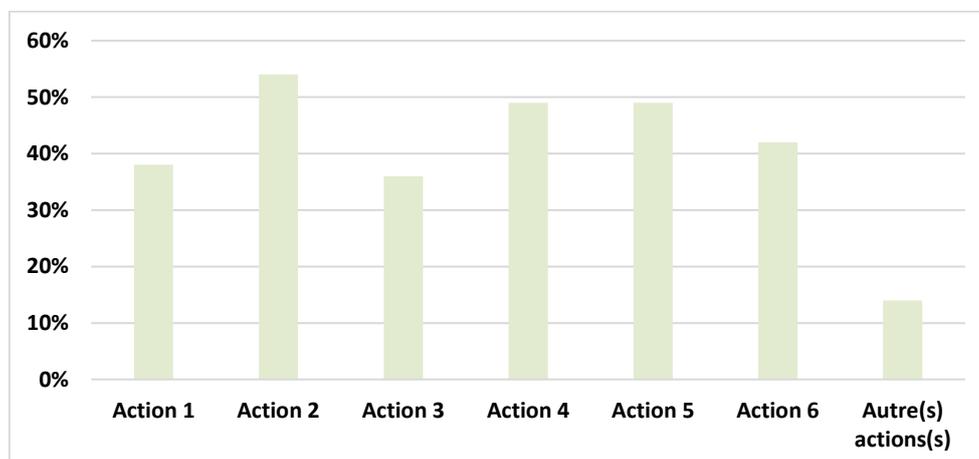
	N
Pas de médecin sur l'île	5
Raisons personnelles rendant impossible le déplacement (îles)	2
Problème de santé s'est aggravé	1
Manque de disponibilité	2
Professionnel désagréable	1
Manque de confiance	1
Professionnel a annulé rdv	1
Défaut de droits CGSS	1

Tableau 6 : Détails des autres motifs de renoncement aux soins par les usagers des CCAS

2.4 Les actions prioritaires pour l'amélioration de l'accès aux soins

Pour l'ensemble des usagers, les trois actions prioritaires à mettre en place pour l'amélioration sont :

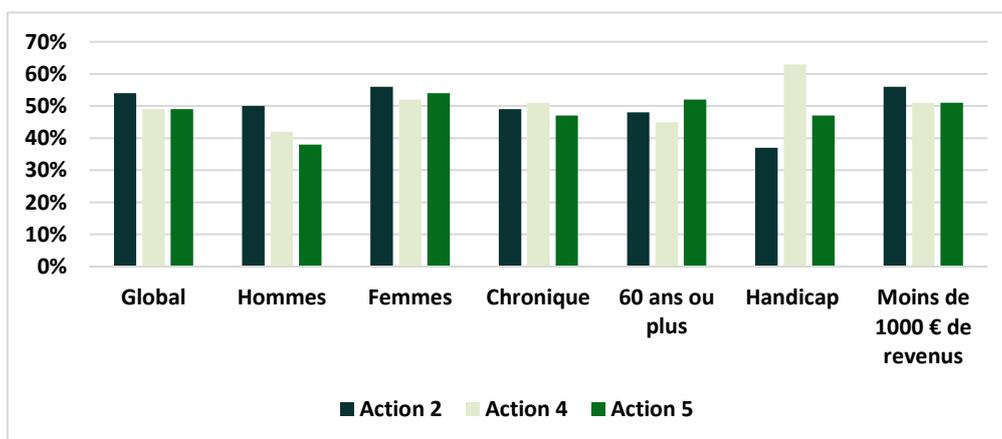
- L'action 2 : accompagner les habitants pour l'accès à leurs droits de santé
- L'action 4 : améliorer l'information sur l'aide pouvant être apportée pour des problèmes d'addiction, de violences, de souffrance psychique
- L'action 5 : accompagner les habitants pour l'accès aux différents types d'aides à domicile en cas de dépendance



Action 1	Développer des actions de dépistage
Action 2	Accompagner les habitants pour l'accès à leurs droits de santé
Action 3	Soutenir l'installation de professionnels de santé
Action 4	Améliorer l'information sur l'aide pouvant être apportée pour des problèmes d'addiction, de violences, de souffrance psychique
Action 5	Accompagner les habitants pour l'accès aux différents types d'aides à domicile en cas de dépendance
Action 6	Faciliter les déplacements vers les services et dispositifs de santé

Figure 79 : Répartition des actions sur l'ensemble des usagers des CCAS

La priorisation des actions diffère selon les sous-populations, notamment pour les personnes en situation de handicap. Pour ces dernières, l'action 4 est la première action prioritaire pour améliorer l'accès aux soins dans leur commune. Plus d'un tiers des usagers en situation de handicap se sentent en mauvaise santé psychologique, il y a donc un souffrance psychique évidente pour cette population et un besoin d'accompagnement mais aussi pour l'ensemble des usagers des CCAS. Alors que l'action 4 est la moins prioritaire pour la population générale, elle fait partie des trois actions prioritaires pour améliorer l'accès aux soins dans la commune des usagers.



Action 1	Développer des actions de dépistage
Action 2	Accompagner les habitants pour l'accès à leurs droits de santé
Action 3	Soutenir l'installation de professionnels de santé
Action 4	Améliorer l'information sur l'aide pouvant être apportée pour des problèmes d'addiction, de violences, de souffrance psychique
Action 5	Accompagner les habitants pour l'accès aux différents types d'aides à domicile en cas de dépendance
Action 6	Faciliter les déplacements vers les services et dispositifs de santé

Figure 80 : Répartition des trois actions prioritaires selon les sous-populations

Autres actions
Ne sait pas
Installer des petites pharmacies dans les sections des communes
Mettre en place des taxis pris en charge par la commune pour les déplacements
Structure qui transporte les personnes âgées à la mer
Accélérer les consultations, réduire les délais d'attentes ; revoir les transports médicalisés en cas d'urgence
Actions pour les personnes isolées : déplacement des médecins à domicile en cas d'urgence
Ne se sent pas concernée
Mettre en place une navette maritime dédiée aux personnes malades de la Désirade à Saint-François
Mettre en place des rotations de médecins spécialistes sur place
Tout simplement l'installation d'un médecin sur l'île de la Désirade. Une population qui se meurt en silence, sans accès aux soins, de façon permanente et durable
Que nous ayons un médecin sur l'île
Mettre en place une structure pour les prises de sang et les acheminer au laboratoire

Tableau 7 : Détails des autres actions prioritaires à mettre en place pour les usagers du CCAS

Discussion

Comparativement à la consultation citoyenne réalisée en 2021, l'enquête de 2023 réalisée sur un échantillon représentatif de la population Guadeloupéenne montre que la perception de l'état de santé des Guadeloupéens s'est nettement dégradée au cours du temps. Ainsi, seuls 56% des guadeloupéens déclarent se sentir en bonne ou très bonne santé alors que les résultats de la consultation citoyenne de 2021 montraient que les personnes se sentant en bonne santé voire en très bonne santé représentaient 72 % des répondants¹. La différence est d'autant plus grande pour les usagers des CCAS, en effet, seuls 39 % déclarent se sentir en bonne ou très bonne santé.

Au niveau national, selon le baromètre d'opinion de la DRESS 2021, en 2021, trois quarts des Français déclaraient se sentir en bonne santé². L'enquête de la DRESS a montré que les personnes de ménages modestes sont moins nombreuses (64 %) à se sentir en très bonne ou bonne santé que les personnes de ménages plus aisés (83 %). Dans la population générale guadeloupéenne et dans les CCAS, seulement un tiers des personnes percevant de faibles revenus indique être en bonne santé. Selon le rapport de l'IEDOM en 2021, 46% des foyers guadeloupéens ont un revenu fiscal annuel de référence de moins 10 000 euros alors qu'en France hexagonale, 23 % des foyers ont ce revenu³. La précarité est plus importante en Guadeloupe et une majorité de Guadeloupéen se sent en mauvaise santé et nécessite des soins. Il est essentiel de fournir à cette population plus fragile, un accès privilégié et simplifié au système de soins.

Le médecin généraliste, 1er recours, contrairement au médecin spécialiste

Parallèlement, les guadeloupéens sont nombreux à avoir consulté au moins une fois le médecin généraliste au cours des douze derniers mois. Ceci indique un fort besoin de soins qui risque de s'accroître dans les années à venir avec le vieillissement de la population guadeloupéenne et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Notons ici que le taux de personnes atteintes d'une maladie chronique est plus élevé qu'en France hexagonale⁴. Par ailleurs, au cours des douze derniers mois, 86% des personnes ayant déclaré être atteintes d'un problème de santé chronique ont consulté le médecin généraliste plusieurs fois contre 60 % de la population générale. Seulement un quart de ces personnes déclarent se sentir en bonne santé physique. Le constat est le même pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes aux faibles revenus, elles sont plus nombreuses à avoir consulter un médecin généraliste comparativement à l'ensemble de la population.

Les données montrent également que moins de la moitié des guadeloupéens a consulté un médecin spécialiste au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. A l'inverse dans les CCAS, un peu plus de la moitié des usagers a eu recours à un médecin spécialiste. Cela peut s'expliquer par un plus grand nombre de personnes âgées interrogées dans les CCAS. Les personnes âgées, les personnes atteintes d'un problème de santé chronique et les personnes en situation de handicap sont plus nombreuses à consulter un médecin spécialiste que la population générale. Cette différence de taux de recours entre médecin généraliste et médecin spécialiste peut s'expliquer par le fait qu'un médecin généraliste est le premier professionnel de santé consulté en cas de maladie. Dans l'enquête « Causes des problèmes de santé » de la DREES, 57 % des Français indiquent recourir en premier lieu à leur médecin en cas de problème de santé⁵. Aussi, depuis la mise en place du parcours coordonné, l'accès à certains médecins spécialistes est possible notamment par le médecin traitant⁶.

Les délais d'obtention de rendez-vous auprès du médecin généraliste sont beaucoup plus courts que chez le médecin spécialiste. Plus de la moitié des Guadeloupéens ont obtenu leur rendez-vous chez le médecin spécialiste au bout d'un mois ou plus alors que chez le médecin généraliste la moitié des répondants ont obtenu leur rendez-vous entre 1 et 3 jours. Selon une étude de la FHF en 2024 en France, les délais d'obtention de rendez-vous se sont allongés depuis 2019 aussi bien chez les médecins généralistes que chez les médecins spécialistes⁷. Le temps d'attente moyen est de 10 jours pour un médecin généraliste en 2024 contre 4 jours 2019 et le délai moyen d'attente pour un dermatologue est de 3 mois en 2024 contre 2 mois en 2019. La consultation auprès du médecin spécialiste est le soin auquel les personnes interrogées ont le plus renoncé, souvent à cause des délais jugés trop longs pour une consultation.

Les autres professionnels de santé, plus de recours par les usagers des CCAS

Plus de la moitié des usagers des CCAS a eu recours à au moins un autre professionnel de santé au cours des douze derniers mois alors que 39% des guadeloupéens en population générale déclarent en avoir consulté un. Les dentistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers sont les trois premiers professionnels non médicaux sollicités par la population. La part des personnes en situation de handicap ou atteintes d'un problème de santé chronique est plus importante dans les CCAS qu'en population générale. De fait, ces dernières sont plus nombreuses à avoir recours à d'autres professionnels de santé en raison de leur pathologie.

Le moyen de déplacement personnel très privilégié

Les Guadeloupéens préfèrent utiliser leur moyen de déplacement personnel pour se déplacer de manière générale mais aussi pour aller se faire soigner, quel que soit le professionnel ou le service de soins. La convenance personnelle est le principal motif d'utilisation du moyen de déplacement personnel, très peu évoquent des difficultés d'accès par transport urbain collectif et/ou médicalisé ou des difficultés financières. L'absence ou la mauvaise organisation des transports urbains collectifs sur le territoire est souvent un obstacle pour utiliser ces derniers, les durées de trajet sont aussi plus élevées et plus aléatoires. Les personnes les plus précaires sont celles qui utilisent le plus les transports urbains collectifs. Des disparités territoriales sont observées, l'organisation intra-EPCI influence donc les usagers à utiliser ou non les transports urbains collectifs afin de se déplacer.

Se rendre chez le médecin spécialiste prend plus de temps que se rendre chez le médecin généraliste. Les spécialistes sont plus souvent concentrés dans les grandes agglomérations, Pointe-à-Pitre, Basse-Terre, Abymes. Les Guadeloupéens ont pris 16 minutes en moyenne pour se rendre chez le médecin généraliste et ils ont pris 30 minutes en moyenne pour se rendre chez le médecin spécialiste. Dans l'Hexagone, selon l'enquête FHF, le temps moyen acceptable pour se rendre chez un médecin généraliste de ville est de 20 minutes et pour un gynécologue ou un ophtalmologue par exemple, le temps acceptable est de 35 minutes⁶. Les durées de trajet se sont allongées avec le temps et la diminution de la densité médicale aussi bien en France hexagonale qu'en Guadeloupe. Pour les usagers des CCAS, les durées sont encore plus longues pour consulter le médecin généraliste ou spécialiste. Cela s'explique par une utilisation plus importante des transports urbains collectifs par les usagers des CCAS.

Les dépendances défavorisées

Des inégalités territoriales sont notamment remarquées lors de l'enquête dans les CCAS où les usagers des dépendances de la Guadeloupe, surtout ceux de la Désirade, se plaignent de

l'absence d'un médecin généraliste et de spécialistes sur leur territoire. Les habitants de La Désirade et de Terre-de-Haut sont dans l'obligation de prendre le bateau pour se rendre en Guadeloupe continentale pour consulter un médecin spécialiste et même un généraliste pour la Désirade ou pour réaliser des examens complémentaires.

Ils réclament des actions pour la pénurie de médecin, des facilités de déplacement et des aides à domicile notamment.

Le renoncement aux soins, important pour les personnes pauvres

En 2017, selon la DREES, 3,8% de personnes ayant eu un besoin de se faire soigner indiquent avoir renoncé à au moins un soin pour elles-mêmes⁸. Un guadeloupéen sur dix indique avoir renoncé à un soin pour lui-même au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Ces chiffres sont difficilement comparables dans la mesure où dans l'enquête de la DREES, seules les personnes ayant eu besoin d'un soin sont interrogées sur la question du renoncement aux soins. Toutefois, les usagers des CCAS sont trois fois plus nombreux à renoncer aux soins qu'en population générale. Comparativement à l'enquête de la DREES, les personnes en conditions de vie difficiles ont trois fois plus de risques de renoncer aux soins. Pour 83 % des personnes aux faibles revenus, le motif de renoncement était un délai jugé trop long. Du fait de la faible densité médicale, les personnes aux faibles ressources qui ont des contraintes matérielles et d'accessibilité sont sujettes à des attentes parfois très longues pour obtenir un rendez-vous auprès d'un professionnel de santé.

Conclusion

Les résultats de l'enquête soulignent les difficultés rencontrées par la population pour accéder aux structures de soins en Guadeloupe. Les populations les plus vulnérables, notamment les personnes en situation de handicap, ainsi que les malades chroniques, les personnes en situation de précarité ont tendance à renoncer plus souvent aux soins en raison de problèmes d'accessibilité, de délais jugés trop longs et de difficultés financières. L'amélioration de l'accès aux soins passe par un soutien à l'installation de professionnels de santé, une meilleure organisation de l'accès aux soins sur le tout le territoire et un accompagnement des habitants dans l'accès à leurs droits en santé.

2.4.1.1

Bibliographie

1. *L'accessibilité aux soins en Guadeloupe : un enjeu majeur des politiques publiques*, ORSaG, Février 2022
2. *Baromètre d'opinion*, DREES, 2021
3. *Rapport d'activité Guadeloupe*, IEDOM, 2021
4. *Maladies chroniques – ALD, 2021*, ORSaG – www.orsaq.fr, 2021
5. *Causes des problèmes de santé, accès aux soins et assurance maladie*, DREES, 2021
6. *Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions*, DREES, 2009
7. *Enquête sur les Français et l'accès aux soins*, Ipsos, Mars 2024
8. *Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres*, DREES 2021
9. *Profils socio-sanitaires*, ORSaG, - www.orsaq.fr 2023
10. *Démographie des professionnels de santé*, ORSaG, - www.orsaq.fr, 2021



Imm. Le Squale - Rue René RABAT
Houelbourg sud II - 97 122 Baie-Mahault

Tél: 0590 47 61 94 / Fax : 0590 47 17 02
Email : info@orsag.fr / Site : www.orsag.fr

