




# LE RENONCEMENT AUX SOINS EN GUADELOUPE.

*UN ECLAIRAGE A PARTIR DE L'ENQUETE DU  
BAROMETRE DU RENONCEMENT AUX SOINS.*



RAPPORT POUR LA CAISSE  
GENERALE DE SECURITE  
SOCIALE (CGSS) DE  
GUADELOUPE ET LA CAISSE  
NATIONALE D'ASSURANCE  
MALADIE (CNAM)

**Héléna REVIL**

**En collaboration avec  
Sébastien BAILLY,  
Océane REGNIER et Xavier VEST.**



Juillet 2021



## Remerciements

Nous remercions tous les professionnels de l'assurance maladie qui ont rendu possible la réalisation de cette enquête et, en particulier, les agents de la CGSS de Guadeloupe qui ont été impliqués dans la passation des questionnaires. Un grand merci également aux partenaires de la CGSS qui ont contribué à cette passation

## Pour citer ce rapport

Revil Héléna et al., « Le « renoncement » aux soins en Guadeloupe. Un éclairage à partir de l'enquête du Baromètre du renoncement aux soins », Odenore, Etude n° 98, Rapport pour la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de Guadeloupe et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), juillet 2021.

## A propos des auteur.e.s

Héléna Revil est docteure en science politique, chercheuse à l'Université Grenoble-Alpes, responsable scientifique de l'ODENORE, dispositif de recherche du Laboratoire de Sciences sociales PACTE (UMR CNRS 5194).

Sébastien Bailly est pharmacien et biostatisticien, chargé de recherche INSERM au laboratoire HP2 de Grenoble (INSERM –UGA U1042).

Océane Régnier et Xavier Vest étaient stagiaires à l'Odenore, au premier semestre 2021.

# Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>5</b>
<b>Les principaux résultats du BRS métropolitain .....</b>	<b>7</b>
<b>Le questionnaire du BRS pour la passation dans les D-ROM.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Quelques informations utiles pour contextualiser les résultats de l'enquête du</b>	
<b>« Baromètre du renoncement aux soins ».....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. Le contexte démographique .....</b>	<b>12</b>
La Guadeloupe : un DROM.....	12
Un déclin démographique continu malgré un indice de fécondité dynamique.....	14
<b>1.2. Le contexte économique et social .....</b>	<b>16</b>
Chômage structurel, taux de pauvreté élevé .....	16
Des prestations sociales nécessaires pour limiter les inégalités .....	17
<b>1.3. Le contexte sanitaire .....</b>	<b>18</b>
Données épidémiologiques.....	18
Un territoire confronté à différents types de pathologies .....	20
Offres de soins .....	21
<b>2. Les résultats de l'enquête du Baromètre du renoncement aux soins.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1. Présentation des répondant.e.s à l'enquête .....</b>	<b>25</b>
Situation socioéconomique et géographique des répondant.e.s .....	25
État de santé et situation administrative en santé des répondant.e.s .....	27
Les répondant.e.s et le numérique .....	28
<b>2.2. Caractérisation des personnes qui n'ont pas réalisé au moins un soin dont elles avaient</b>	
<b>besoin, au cours des douze derniers mois .....</b>	<b>33</b>
Où sont situés les renonçant.e.s sur l'île ?.....	33
Genre, situation familiale et âge des renonçant.e.s .....	34
Situation socioéconomique des renonçant.e.s .....	34
Caractérisation de l'état de santé des renonçant.e.s et de leur situation administrative en santé .....	35
Les renonçant.e.s et le numérique.....	36

<b>2.3 Les types de soins non-réalisés, les raisons et conséquences de la non-réalisation de soins .</b>	<b>39</b>
Les types de soins renoncés .....	39
Les raisons de renoncer .....	41
Les conséquences de l'absence de soins perçues par les personnes.....	43
<b>Conclusion .....</b>	<b>44</b>

## Introduction

Depuis plusieurs années maintenant, la notion de « renoncement aux soins » est couramment utilisée en France comme dans d'autres pays, notamment par les acteurs des politiques sanitaires et sociales, pour qualifier des situations dans lesquelles des personnes ne bénéficient pas de soins dont elles ont besoin. La notion est en l'occurrence devenue une « catégorie d'action » et, dans cette perspective, elle est souvent utilisée comme un équivalent de « difficultés d'accès aux soins » alors même qu'elle recouvre des situations plus larges et que toutes les situations de renoncement ne sont pas en lien avec des « difficultés », des « obstacles » ... Il est vrai que, dès la fin des années 1990, la notion de renoncement aux soins a été intégrée dans des enquêtes visant à produire de la connaissance sur les inégalités d'accès aux soins. A partir du début des années 2000 cependant, la notion a été utilisée par des chercheur.e.s en sciences sociales dans des enquêtes visant à explorer les difficultés d'accès mais également les situations dans lesquelles les personnes ne veulent pas utiliser certains soins, offres, traitements.

Les travaux ont montré que derrière cette notion se cachent en effet des situations de diverses natures ; certaines personnes rencontrent bien des difficultés pour accéder ou se maintenir dans les soins quand d'autres refusent de bénéficier de certains soins, préférant pour une partie se soigner autrement. On retrouve ici la distinction opérée par Caroline Desprès entre « des renoncements-barrière » et des « renoncements-refus »<sup>1</sup>. On sait aussi que l'on peut préciser les choses en termes de temporalité ; certaines situations étant plutôt des situations de « renoncement temporaire » quand d'autres présentent un caractère plus définitif. Pour les premières, on pourrait donc plutôt utiliser le terme report de soins ou recours différé.

Malgré cette diversité pointée par différents travaux, l'expression « renoncement aux soins » est restée. On l'utilise toujours pour parler de situations qui ne sont pas exactement équivalentes s'agissant des causes sous-jacentes, de leur temporalité... On sait aussi que derrière le mot « soins » présent dans l'expression « renoncement aux soins » se cachent différentes « choses », des consultations, des examens, des achats de matériels médicaux...

---

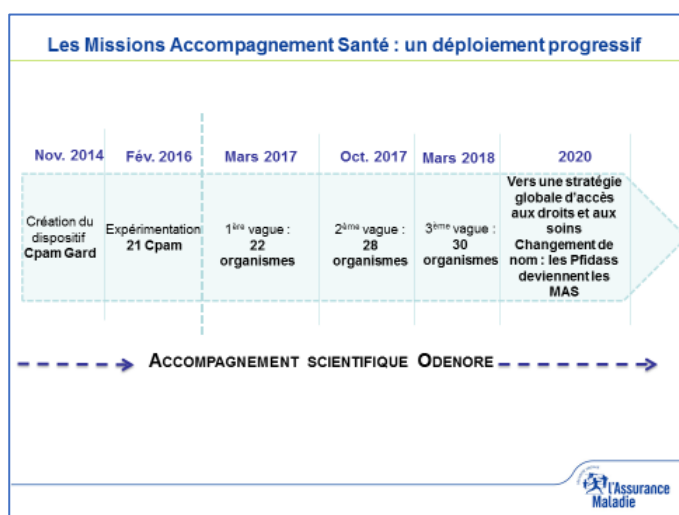
<sup>1</sup> Desprès C., 2012, « Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique », DREES, Série *Études et Recherche*, n°119, mars, p.14 et 15.

La mise en place d'enquêtes sur le sujet a précisément pour objectif d'aider à mieux appréhender les situations que l'on qualifie souvent un peu hâtivement de « renoncement » et à mieux comprendre les explications sous-jacentes, les soins et actes médicaux concernés... L'enquête dite du « Baromètre du renoncement aux soins » (BRS) s'inscrit dans cette veine ; née en 2014 dans le Gard, dans le cadre d'une collaboration entre la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), elle s'est ensuite déployée à l'ensemble de la France Métropolitaine via la dynamique de généralisation des Missions accompagnement santé (MAS).

Au fil des années, environ 160 000 questionnaires ont été recueillis et plus de 400 entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès de personnes qui avaient déclaré, dans leur questionnaire, avoir renoncé ou reporté au moins un soin au cours des quinze derniers mois. En France métropolitaine, la démarche du BRS a ainsi permis de construire des diagnostics territorialisés pour :

- ◇ Déterminer, territoire par territoire, la nature et l'ampleur de la non-réalisation de soins par des personnes qui ressentent pourtant des besoins de soins ;
- ◇ Comprendre ces situations partant de ce qu'en disent les personnes ;

La démarche d'enquête en elle-même et la connaissance produite via l'analyse croisée des questionnaires et des entretiens qualitatifs ont aidé les professionnel.le.s de l'Assurance maladie à explorer la diversité des situations dites de « renoncement aux soins » et à découvrir des facettes du phénomène qu'ils/elles ne se représentaient pas nécessairement<sup>2</sup>. La connaissance a été utilisée pour élaborer des réponses à ces situations via la mise en place



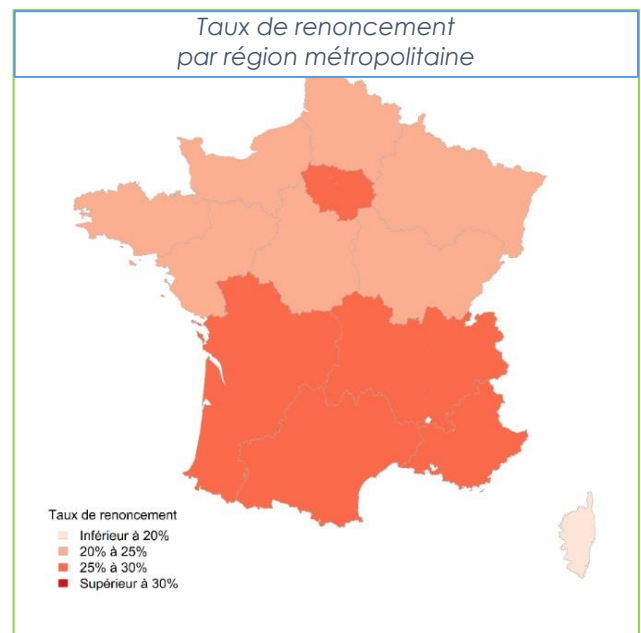
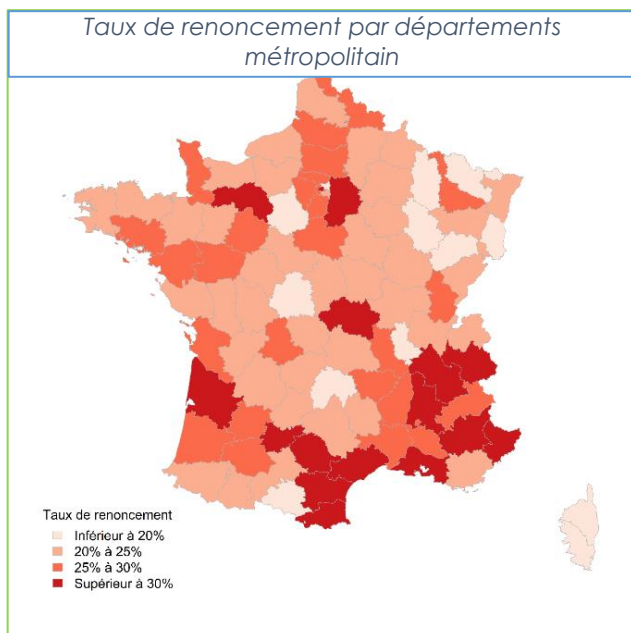
des Missions accompagnement santé, pour nourrir des échanges avec de potentiel.le.s partenaires et/ou élaborer des supports de sensibilisation à destination de différents publics... La passation des questionnaires de l'enquête du BRS a en l'occurrence permis de repérer des personnes ne réalisant pas des soins dont elles ont besoin et d'amorcer ce faisant les premiers accompagnements au sein des MAS.

<sup>2</sup> Revil, Héléna, et al. « « Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action ». Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) », *Revue française des affaires sociales*, no. 4, 2020, pp. 261-297.

## Les principaux résultats du BRS métropolitain

En France métropolitaine, le phénomène de « non-réalisation de soins malgré des besoins » n'est pas résiduel au sein des populations enquêtées via le BRS puisque, toutes caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) confondues, un quart des répondant.e.s sont concernés. **Le taux de renoncement malgré un besoin au travers des différentes vagues du BRS est en effet de 25,6%<sup>3</sup>. Ce sont 160 824 assuré.e.s du régime général de l'Assurance maladie qui ont été interrogé.e.s dans le cadre du BRS depuis sa création en 2014<sup>4</sup>. 41 209 d'entre elles / eux ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois<sup>5</sup> et/ou être toujours en dans cette situation au moment où ils/elles ont été enquêté.e.s.**

L'amplitude entre les taux de renoncement aux soins le plus bas et le plus élevé mesurés par le BRS est importante (24 points). Ainsi en Haute Corse, c'est environ un.e répondant.e sur huit (12,8%) qui déclare un, ou plusieurs, renoncement(s) dans les 12 mois précédant l'enquête ; s'agissant de la CPAM de l'Aude, plus d'un.e répondant.e sur trois (36,8%) indique avoir été au cours de l'année écoulée, et/ou être au moment de l'enquête, touché.e par le phénomène.



<sup>3</sup> Taux non standardisé.

<sup>4</sup> En incluant le diagnostic réalisé par la CPAM du Tarn qui diffère quelque peu de celui du BRS, mais s'en inspire.

<sup>5</sup> 12 mois précédant l'enquête.

Nous rappelons ci-dessous les principaux résultats du BRS métropolitain<sup>6</sup> :

- ◇ Pour 38% des renonçant.e.s, les soins non-réalisés sont des soins dentaires prothétiques ; pour 31%, ce sont des soins dentaires conservateurs. 36% des renonçant.e.s disent avoir renoncé à des consultations chez un.e spécialiste et 19% à des achats en matière d'optique ; pour environ une personne sur dix, le renoncement concerne des consultations généralistes et pour une sur dix également, il porte sur des analyses biologiques ou des examens médicaux ;
- ◇ Comme l'indiquent les chiffres ci-dessus, dans un certain nombre de cas, la non-réalisation de soins prend une forme « cumulative » (les personnes n'ayant pas réalisé plusieurs types de soins au cours des douze derniers mois) ;
- ◇ 70% des renonçant.e.s citent au moins une raison financière pour expliquer leur renoncement (en premier lieu, ils/elles évoquent l'ampleur des restes à charge, en second lieu, les difficultés à faire des avances de frais) ; 26% évoquent les délais de rendez-vous ou des problèmes de disponibilité personnelle ;
- ◇ 18% des renonçant.e.s n'ont pas de complémentaire santé, chiffre nettement supérieurs à celui mesuré pour les non-renonçant.e.s ;
- ◇ Un.e renonçant.e sur dix parle de l'éloignement géographique de l'offre de soins et/ou de difficultés de mobilité pour la rejoindre ; un.e sur dix également pointe des incompréhensions par rapport au système de protection maladie ou de santé et/ou la complexité des démarches pour accéder ou se maintenir dans les soins.
- ◇ 35% des renonçant.e.s déclarent également un renoncement aux soins pour un membre de leur foyer. Ce taux nettement supérieur à celui mesuré pour les non-renonçant.e.s signale que la non-réalisation des soins peut, dans une partie des cas, prendre une dimension familiale ;
- ◇ S'agissant de la durée de la non-réalisation des soins, le BRS indique que dans la moitié des cas, les personnes diffèrent leurs soins depuis moins d'un an ; dans 23%, elles les reportent depuis plus d'un an mais moins de deux ans et dans 26% depuis plus de deux ans ;
- ◇ Une personne sur deux qui renonce à des soins n'a plus le sentiment de pouvoir se soigner dans le système de santé « classique » français en cas de besoin, c'est plus particulièrement le cas des personnes pour lesquelles la non-réalisation des soins s'inscrit dans la durée ;

---

<sup>6</sup> [https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents\\_pdf/synthese\\_analyses\\_descriptives\\_brs\\_-\\_v2\\_-\\_odenore\\_-\\_hp2.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/sites/odenore/files/Mediatheque/Documents_pdf/synthese_analyses_descriptives_brs_-_v2_-_odenore_-_hp2.pdf)

- ◇ 76% des « renonçant.e.s » ressentent ou craignent un impact du renoncement sur leur état de santé physique et/ou moral et environ la moitié évoque des conséquences sur les dimensions sociale, professionnelle et/ou familiale de sa vie ;

Ces chiffres concernent l'ensemble des renonçant.e.s enquêté.e.s en France métropolitaine et varient en fonction des territoires.

## **Le questionnaire du BRS pour la passation dans les D-ROM**

Le questionnaire utilisé en France métropolitaine a été adapté pour tenir au mieux compte des réalités des DOM mais aussi pour appréhender des dimensions de la non-réalisation des soins qui n'avaient pas été investiguées en France métropolitaine. Il s'agissait en particulier de :

- ◇ Caractériser plus précisément les populations concernées par des situations de non-réalisation de soins malgré un ou des besoins ;
- ◇ Capter la diversité des situations qui se cachent derrière ces situations, en termes notamment de causes, de types de soins, de temporalité ;
- ◇ Essayer de « capturer » l'effet Covid-19, autrement dit se donner les moyens de différencier ce qui relève du phénomène de « non-réalisation de soins » en temps normal de ce qui est plus spécifiquement lié à la période de crise ;

Le processus d'adaptation du questionnaire a été collaboratif au sens où il a impliqué, à l'automne 2019, des professionnel.le.s de différents services de la CGSS de Martinique et de la CGSS de Guadeloupe, des professionnel.le.s de la Caisse d'appui national (CAN) des Missions accompagnement santé, des professionnel.le.s de la Direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins (DISAS) de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), des chercheur.e.s de l'Odenore et de l'association Kafé<sup>7</sup>.

Le questionnaire a ensuite été transmis à la CGSS de la Réunion pour vérifier que les questions et les items de réponse prévus étaient pertinents pour la population réunionnaise.

Au final, le questionnaire est plus long que celui utilisé en France métropolitaine mais plus précis dans ses questionnements, en particulier ceux portant sur l'identification des situations de non-réalisation de soins. Dans la version métropolitaine du questionnaire en effet, une question

---

<sup>7</sup> L'association Kafé, située en Martinique, réalise des travaux d'étude et de recherche dans le champ de l'action sanitaire et sociale. Elle est dirigée par deux chercheuses en sciences sociales, membres du Laboratoire Caribéen des Sciences sociales (LC2S).

centrale sur ce point était : « au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté au moins un soin dont vous aviez besoin ? ».

Cette formulation étant celle utilisée dans d'autres enquêtes, nous l'avons privilégiée afin de pouvoir comparer nos résultats avec d'autres obtenus par ailleurs. Puis deux autres questions visaient ensuite à déterminer le ou les soins concernés et les raisons du report ou du renoncement.

Dans le questionnaire du « Baromètre du renoncement aux soins » construit pour les DOM, la formulation est très différente : les termes « renoncer » et « reporter » ne sont plus présents dans les questions qui se structurent autour de l'idée de « non-réalisation ».

**Exemple :** Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu besoin d'aller chez ... ? Si oui, êtes-vous allé.e/avez-vous consulté... ? Si non, quand est apparu le besoin ? (Avant, pendant ou après le confinement) ; Pour quelles raisons n'avez-vous pas consulté/réalisé tel ou tel acte/matériel ? (Groupes de réponses différentes selon que le besoin est apparu avant, pendant ou après le confinement) ; Si oui, depuis combien de temps ne consultez-vous pas ?

Ces questions sont posées pour chacun des types de soins/actes afin notamment de pouvoir différencier les raisons en fonctions du type de soins/actes et de ne pas « cacher » certains renoncements derrière d'autres que les répondant.e.s jugeraient plus importants à déclarer.

Le module de caractérisation des répondant.e.s et de leur situation économique et sociale a également été étoffé : des questions relatives au bénéfice éventuel de prestations sociales ont été ajoutées ainsi qu'une question visant à estimer leurs restes pour vivre. Le questionnaire aborde aussi des thématiques non prises en compte auparavant, telle celle du numérique et de l'usage de certains outils - par exemple compte améli - par les personnes interrogées ou celle de leur niveau de connaissance des dispositifs de prévention – en particulier campagnes de dépistage des cancers.

Le questionnaire compte au total un peu moins d'une centaine de questions réparties en 8 grands modules :

**Module 1. Informations concernant l'enquêteur.ice ;**

**Module 2. Profil de la personne répondante :**

- ◇ Sexe, âge, code postal, situation familiale, enfant(s), profession, bénéfice d'aides...

**Module 3. Etat de santé et situation administrative en santé :**

- ◇ Complémentaire santé, maladie chronique, médecin traitant...

**Module 4. Non-réalisation de soins/actes (1 module global comprenant 7 groupes de questions) :**

- ◇ Généraliste, spécialiste(s), dentiste, médicaments, optique, auditif, autres soins ;

- ◇ Décliné en cascade (comme indiqué ci-dessus ;

#### **Module 5. Conséquence de la non-réalisation de soins :**

- ◇ Sur l'état de santé (physique et mental) ;
- ◇ Mais aussi sur différentes dimensions de la vie des personnes ;

#### **Module 6. Existence de renoncements ou de reports de soins dans le foyer :**

- ◇ Le cas échéant, personnes concernées (conjoint.e, enfant(s)...)

#### **Module 7. Connaissance de l'existence des actes de prévention :**

- ◇ Questions adaptées au profil du/de la répondant.e en termes d'âge, de genre et de situation familiale ;
- ◇ MT'Dents, dépistage du cancer colorectal, du col de l'utérus, du sein, de la prostate ;

#### **Module 8. Rapport au numérique :**

- ◇ Equipement mobile, accès internet, difficultés d'usage, compte Ameli, fréquentation d'une MSAP ou d'une autre structure pour obtenir de l'aide ;

### **Plan du rapport**

La première partie de ce document présente quelques éléments du contexte démographique, géographique et sanitaire de Guadeloupe qui semblent pertinents par rapport à la question de l'accès aux soins et utiles pour interpréter certains résultats de l'enquête par questionnaire du « Baromètre du renoncement aux soins » (BRS).

La seconde partie revient sur les résultats de cette enquête ; nous présentons en premier lieu la population qui a répondu aux questionnaires puis procédons à une comparaison des personnes qui ont déclaré n'avoir pas réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois (les « renonçant.e.s ») versus celles qui n'ont pas été dans cette situation (les « non-renonçant.e.s »). Nous en venons ensuite aux types de soins non-réalisés (ou renoncés), aux causes du phénomène et à ses conséquences du point de vue des personnes.

Nous employerons les termes « non-réalisation » de soins/de matériel ou « renoncement » aux soins/à du matériel de manière indifférenciée, pour qualifier les situations des personnes qui ont eu besoin de certains soins mais qui ne les ont pas réalisés et/ou qui ont eu besoin d'acheter du matériel médical mais qui ne l'ont pas fait.

# 1. Quelques informations utiles pour contextualiser les résultats de l'enquête du « Baromètre du renoncement aux soins »

## 1.1. Le contexte démographique

### La Guadeloupe : un DROM

La Guadeloupe est l'un des DROM situé dans l'archipel des Petites Antilles. C'est un territoire qui bénéficie d'un climat tropical, particulièrement sensible aux risques naturels extrêmes tels que les cyclones, les séismes, les inondations, les éruptions volcaniques, mais également l'invasion des côtes par les sargasses.

Elle est située à 6 762 Km de Paris et couvre une superficie de 1 628 km<sup>2</sup>. La Guadeloupe est le 62ème département le plus peuplé de France avec 390 253 habitant.e.s en 2017 et se divise en 3 zones distinctes, gérées par 3 EPCI (Établissement public de coopération intercommunale)<sup>8</sup> :

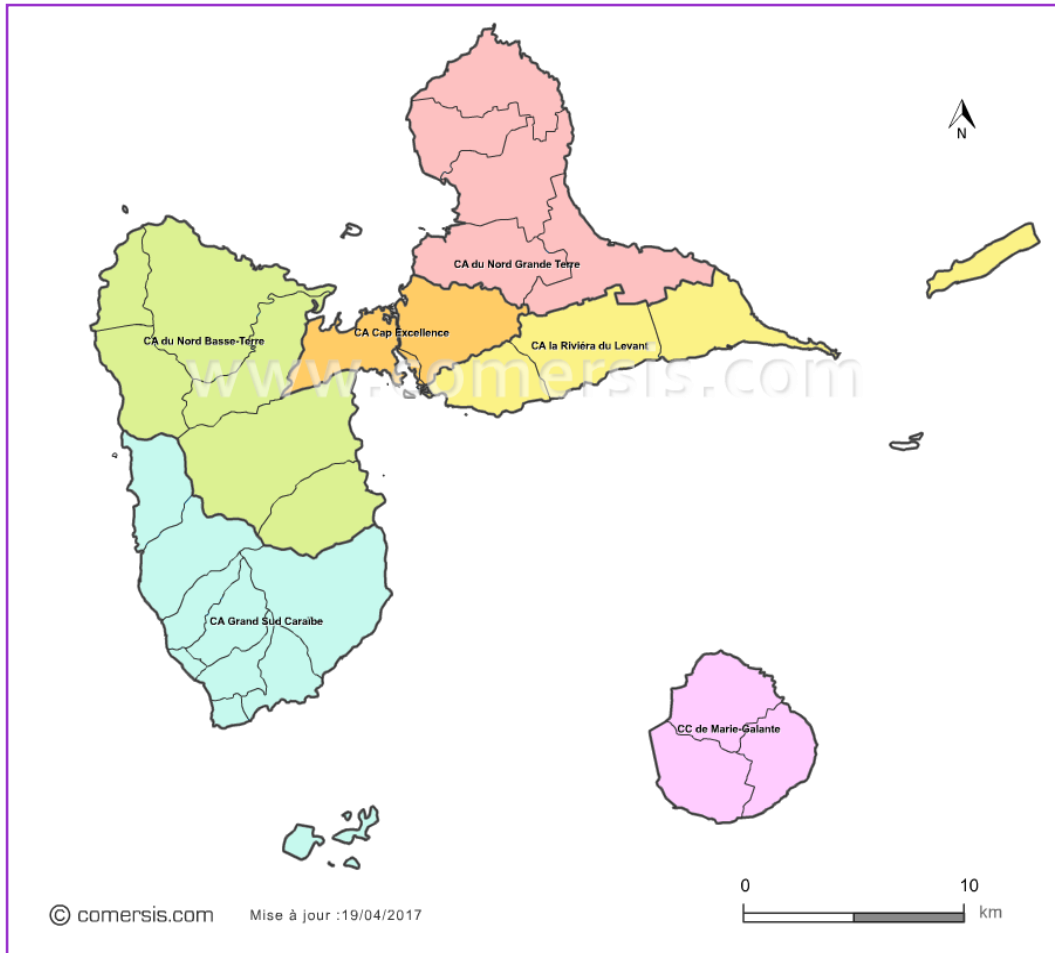
- ◇ La communauté d'agglomération du Nord Basse terre est d'une superficie de 465 km<sup>2</sup>, soit 8,5% de la superficie totale de la Guadeloupe et de ses dépendances. Elle compte 78 087 habitant.e.s au 1er janvier 2015, soit 19,6 % de la population guadeloupéenne.
- ◇ La communauté d'agglomération du Nord Grande terre est d'une superficie de 324,60 km<sup>2</sup>. Elle compte 58 267 habitant.e.s en 2016.
- ◇ La communauté d'agglomération Grand Sud Caraïbe compte 78 890 habitant.e.s en 2017 et possède une superficie de 343,50 km<sup>2</sup>.
- ◇ La communauté d'agglomération Cap Excellence possède une superficie de 129,90 km<sup>2</sup> et compte 101 163 habitant.e.s en 2016.
- ◇ La communauté d'agglomération La Riviera du Levant possède une superficie de 207,6 km<sup>2</sup> et compte 64 722 habitant.e.s en 2016.

---

<sup>8</sup> L'essentiel sur la Guadeloupe, INSEE, 11 janvier 2021

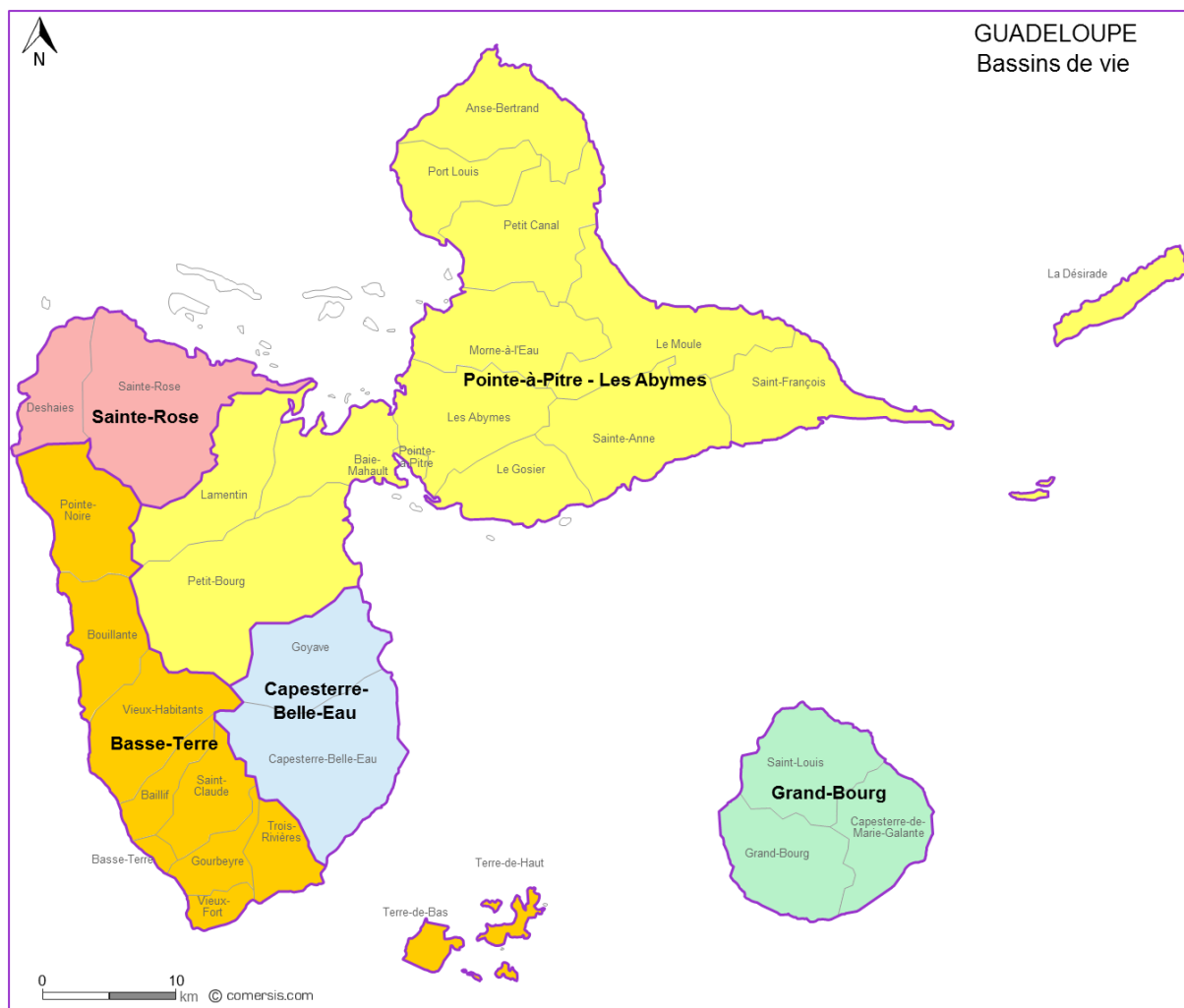
- ◇ La communauté de communes de Marie-Galante possède une superficie de 128 km<sup>2</sup> et compte 10 867 habitant.e.s en 2016.

Carte des intercommunalités en Guadeloupe, source : France.comersis



L'INSEE a distingué 5 bassins de vie en Guadeloupe :

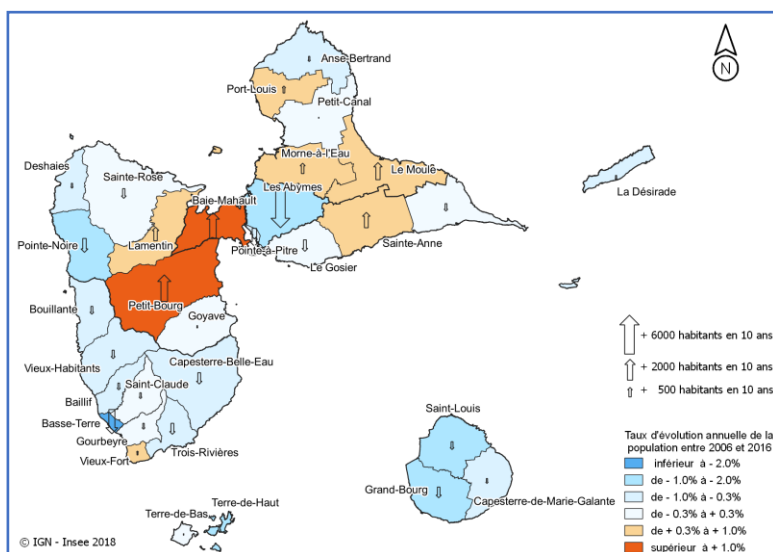
- ◇ Le bassin de vie de Pointe-à-Pitre - Les Abymes qui regroupent 14 communes ;
- ◇ Le bassin de vie Basse-Terre constitué de 11 communes
- ◇ Capesterre-Belle-Eau regroupant 2 communes ;
- ◇ Grand-Bourg qui comprend 3 communes ;
- ◇ Le bassin de vie de Sainte-Rose constitué de 2 communes.



## Un déclin démographique continu malgré un indice de fécondité dynamique

Au 1er janvier 2019, la population de la Guadeloupe est estimée à 381 300 habitant.e.s. En dix ans, l'archipel a perdu 20 000 habitant.e.s, au rythme annuel moyen de 0,5 %. Sur la même période, la population française est en augmentation continue avec + 0,4 % entre 2009 et 2019. Seule la Martinique est aussi confrontée à une telle baisse de la population. Dans seulement cinq communes de Guadeloupe, la population a augmenté au cours des dernières années. Parmi elles, Baie-Mahault, Petit-Bourg et Lamentin bénéficient notamment de la proximité de zones attractives en termes d'emplois comme Jarry, Moudong ou Jabrun<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Recensement de la population en Guadeloupe : 387 629 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2018, INSEE, 29 décembre 2020



Évolutions de la population en Guadeloupe de 2006 à 2016, INSEE

Cette diminution globale s'explique par le départ des jeunes vers la France hexagonale, le plus souvent pour effectuer des études supérieures ou trouver un emploi. Le déficit n'est plus contrebalancé par l'excédent naturel qui diminue sous l'effet d'un plus grand nombre de décès (avec l'arrivée à des âges élevés des générations nombreuses du baby-boom)<sup>10</sup>. Le solde naturel (+ 0,4 %) ne compense ainsi plus le déficit migratoire de l'archipel : il est de - 1,1% par an en moyenne entre 2013 et 2018, contre - 0,6 % de 2008 à 2013. L'indice de fécondité (2,1) est cependant supérieur à la moyenne nationale (1,87). Ainsi, malgré l'exode des jeunes, notamment des femmes en âge de procréer, la natalité s'améliore légèrement<sup>11</sup>.

En 2019, la population est encore assez jeune (69 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans). Mais les moins de 25 ans qui constituaient 35 % de la population guadeloupéenne en 2010 en représentent 29 % en 2019. A l'inverse, les Guadeloupéens de 60 ans et plus représentent, en 2019, près de 28 % de la population et les plus de 75 ans, 9 % (contre respectivement 19 % et 6 %, 10 ans auparavant). Le vieillissement de la population guadeloupéenne s'accélère donc. En 2013, la Guadeloupe comptait 54 seniors pour 100 jeunes. En 2030 selon les projections de l'INSEE, cette proportion serait de 134 seniors pour 100 jeunes<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Ibid

<sup>11</sup> De moins en moins de jeunes, Bilan démographique de la Guadeloupe en 2019, INSEE Flash Guadeloupe, janvier, 2021.

<sup>12</sup> Ibid.

## 1.2. Le contexte économique et social

### Chômage structurel, taux de pauvreté élevé

Le niveau de vie médian des Guadeloupéens s'élève à 15 770 euros par an en 2017. Il est inférieur à celui des Martiniquais.e.s, mais supérieur à celui des autres Domiens. En Guadeloupe, 34,5 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté national. La moitié de la population vit avec moins de 1 310 euros par mois en UC. Ce niveau de vie médian est plus faible qu'en France métropolitaine (1700 €).

En Guadeloupe, seule une personne en âge de travailler sur deux possède un emploi. En 2019, le taux de chômage s'établit à 20,5 %, soit deux fois et demi celui de la France. Comme dans les autres DOM, le chômage est d'abord structurel. Il résulte de l'étroitesse du marché du travail insulaire mais également de l'inadéquation entre l'offre et la demande de main d'œuvre, essentiellement par manque de qualification de la population en recherche d'emploi.

L'absence d'emploi explique en premier lieu le taux de pauvreté élevé ; en 2017, celui-ci s'élève à 83 % pour les individu.e.s vivant dans un ménage dont la personne de référence est au chômage ou sans emploi. En revanche, le fait d'occuper un emploi ou d'être à la retraite limite le risque d'être pauvre : 23 % des individu.e.s vivant dans un ménage dont la personne de référence est en emploi sont pauvres.

La pauvreté touche également particulièrement les ménages jeunes et les familles monoparentales (24,6% de la population en 2018). 49 % des individu.e.s de ces familles vivent sous le seuil de pauvreté national et cumulent les difficultés : absence d'emploi (33 % d'entre elles) et absence de diplôme (38 %) pour la personne de référence <sup>13</sup>. En Guadeloupe, un.e habitant.e sur cinq âgé de 15 ans ou plus possède un diplôme d'études supérieures ; à l'inverse, plus de 40 % des personnes de cette même classe d'âge sont peu ou pas diplômées. Ce phénomène se rencontre dans l'ensemble des DOM avec une acuité beaucoup plus prononcée en Guyane et à Mayotte

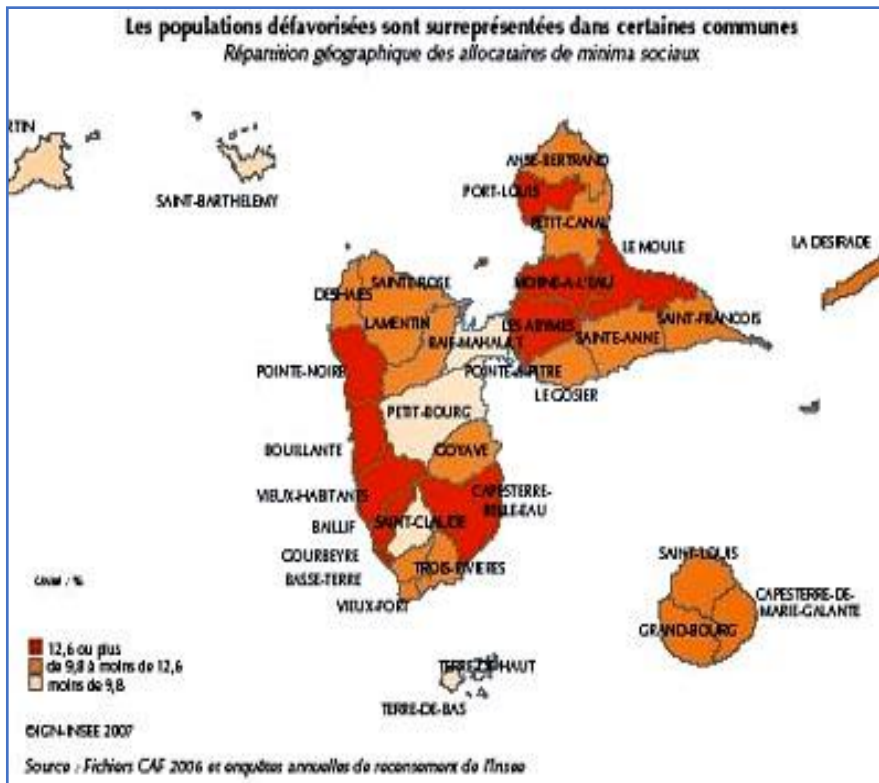
La répartition des richesses est plus inégalitaire que celle de la France métropolitaine. La moitié des personnes ayant les niveaux de vie les plus modestes ne disposent que de 26 % de la masse des niveaux de vie (\$50). En revanche, les 20 % de personnes les plus aisées en perçoivent 47 %, soit 6 fois plus que celle détenue par les 20 % les moins bien dotés. En France métropolitaine,

---

<sup>13</sup> Ibid

ce rapport est de 4. Ces inégalités expliquent en partie le taux élevé d'individus avec un très faible niveau de vie en Guadeloupe.

## Des prestations sociales nécessaires pour limiter les inégalités



Les prestations sociales représentent 58 % du revenu disponible des 20% des ménages guadeloupéens les plus modestes. Chez ces ménages, le revenu de solidarité active (RSA) à un poids prépondérant, soit 27 % du revenu disponible. Viennent ensuite les prestations familiales (12 %), puis les aides au logement (10 %), l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et

l'allocation adulte handicapé.e (9 %). Signe d'une précarité accrue, entre 2011 et 2017, le montant mensuel du RSA et celui de l'ASPA ont progressé respectivement de 17 % et 13 % en moyenne annuelle<sup>14</sup>.

En septembre 2020, on dénombrait 123 953 bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire en Guadeloupe. Le 31 octobre 2019, juste avant la mise en oeuvre de la Complémentaire Santé Solidaire, on comptait 120 002 bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS<sup>15</sup>. Entre 2012 et 2018, le taux de couverture par la CMU C/ACS a cru, avec un pic à 28% en 2016. 27,2% de la population guadeloupéenne était couverte par ces prestations en 2018.

<sup>14</sup> Ibid

<sup>15</sup> Communiqué de presse CGSS de la Guadeloupe.

En 2017, les ménages résidant en Guadeloupe dépensent en moyenne 1 900 € par mois contre 2 300 € en France métropolitaine.<sup>16</sup> Les transports, l'alimentation et le logement constituent les trois premiers postes de dépenses des ménages (hors biens et services divers). Ces derniers représentent la moitié de leur budget de consommation<sup>17</sup>. Le deuxième poste de consommation des ménages de Guadeloupe concerne les dépenses alimentaires (produits alimentaires et boissons non alcoolisées), soit 15,8 % en 2017. Le troisième poste de consommation des ménages, en Guadeloupe comme en Martinique, est lié aux dépenses de logement (dont eau, gaz, électricité et autres combustibles), soit 13,7 % en 2017. Ces dépenses concernent avant tout le paiement des loyers de leur résidence principale pour les locataires et celui de l'électricité.

### **1.3. Le contexte sanitaire**

#### **Données épidémiologiques**

En 2019, en lien avec le vieillissement de la population, le nombre de décès s'établit à 3 469, en hausse de 6,5 % par rapport à 2018. Les décès progressent de 1,9 % par an en moyenne entre 2009 et 2019, contre 1,2 % par an sur la décennie précédente. Le taux de mortalité croît de 0,4 point par rapport à 2018 et s'établit à 8,9 ‰.

L'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes montre un écart structurel important. Les hommes décèdent en moyenne à 76,4 ans, alors que les femmes vivent en moyenne jusqu'à 84,7 ans. En dix ans, cet écart s'est creusé d'un an. En Martinique et en France métropolitaine, sur la même période, l'écart entre les hommes et les femmes s'est au contraire réduit.

Le tableau ci-après présente les principales causes de décès pour le territoire guadeloupéen. La première cause de mortalité pour les femmes est la maladie de l'appareil circulatoire tandis que pour les hommes c'est le cancer. À l'inverse, la seconde cause de mortalité pour les hommes est la maladie de l'appareil circulatoire et le cancer pour les femmes. Enfin pour la troisième cause de mortalité chez les deux sexes, il s'agit des symptômes et états morbides mal définis.

---

<sup>16</sup> Le budget dédié aux transports dépasse ceux du logement et de l'alimentation, Les comportements de consommation en 2017, INSEE, 11 décembre 2019

<sup>17</sup> Ibid

Causes mortalité	Homme	Femme
Maladies infectieuses et parasitaires	2,32 %	3,18 %
Tumeurs	25,35 %	23,43 %
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	5,15 %	8,13 %
Troubles mentaux et du comportement	3,28 %	2,07 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	5 %	5,39 %
Maladies de l'appareil circulatoire	19,89 %	29,42 %
Maladies de l'appareil respiratoire	4,44 %	4,66 %
Maladies de l'appareil digestif	5,85 %	3,18 %
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,99 %	2,44 %
Causes externes de blessure et empoisonnements	9,14 %	3,69 %
Symptômes, états morbides mal définis et autres causes	17,57 %	19,59 %
Total toutes causes Total toutes causes	1554 personnes = 100%	1353 personnes = 100%

Causes Médicales de décès en 2015, Inserm, CepiDc - Exploitation Fnors, ARS

Sur la période 2008-2013, sur les 2 882 décès domiciliés en moyenne chaque année en Guadeloupe, 803 sont survenus avant l'âge de 65 ans. Ces décès, qualifiés de prématurés, représentent près de trois décès sur dix dans la région. Leur proportion est plus élevée chez les hommes (34 % des décès masculins) que chez les femmes (20 % des décès féminins). En France hexagonale, ces proportions sont moindres : deux décès sur dix concernent des personnes âgées de moins de 65 ans, 26 % chez les hommes et 13 % chez les femmes. La Guadeloupe est ainsi la troisième région de France présentant le taux de mortalité prématurée le plus élevé, après les Hauts de France et la Guyane<sup>18</sup>.

L'analyse à l'échelle des Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) indique que la mortalité des habitant.e.s de la communauté d'agglomération du Nord Basse-Terre est moins élevée que celle mesurée pour l'ensemble des habitant.e.s de la région.

<sup>18</sup> Observatoire régional de la santé de Guadeloupe

## Un territoire confronté à différents types de pathologies

Le Projet régional de santé (PRS) de la Guadeloupe pour 2018 – 2028 pointe le « poids des maladies chroniques » sur l'état de santé de la population<sup>19</sup> ; il indique notamment que 11% des adultes de plus de 16 ans sont concernés par le diabète dont 8.1% prennent un traitement. Ces chiffres, datant d'avant 2018, plaçaient la Guadeloupe au deuxième rang des régions les plus touchées par le diabète. En 2018, selon les chiffres de l'assurance maladie<sup>20</sup>, c'est toujours un.e gadeloupéen.e sur dix qui est concerné par le diabète. En parallèle, environ 40% des gadeloupéen.ne.s suivent un traitement (anti-hypertenseur ou hypolipémiant) contre le risque vasculaire. La mortalité prématurée par maladies cardio-neuro vasculaires, dont sont atteints 6% des gadeloupéen.ne.s selon les données de l'assurance maladie de 2018, place la région en seconde position (après la Réunion) des départements les plus touchés : ce type de mortalité est significativement supérieure sur le territoire gadeloupéen, au taux moyen national (et plus marqué chez les femmes).

On peut noter également l'importance de la surcharge pondérale qui concerne, en 2018, 57% des Guadeloupéen.ne.s (63% des femmes et 49% des hommes). Parmi elles/eux 23% sont en situation d'obésité. Le PRS souligne également un nombre excessif de décès par psychoses alcooliques et cirrhoses du foie : la Guadeloupe est au second rang national après la Réunion.

Au moment de la rédaction du PRS, une sous-mortalité par cancer était constatée en Guadeloupe mais une forte présence de certains cancers était signalée. Le cancer de la prostate était ainsi 1,5 fois plus fréquent qu'en France hexagonale et 2,25 fois plus meurtrier tandis que l'incidence du cancer de l'estomac connaissait une nette progression.

Enfin, il convient de souligner l'importance de la drépanocytose sur le territoire, première maladie génétique en France : selon les données de l'ARS, 12% des Guadeloupéen.ne.s sont porteur.e.s du trait drépanocytaire, environ 120 couples sont concernés par an, et l'on recense 30 naissances prévisibles par an atteintes d'un syndrome drépanocytaire majeur. Les maladies vectorielles qui conduisent à des épidémies fréquentes sont en outre fortement présentes sur le territoire avec diverses répercussions importantes sur la santé de la population. Les maladies infectieuses et tropicales conduisent à 88 décès par an, ce qui place la Guadeloupe au second rang national après la Guyane. On peut notamment souligner le poids encore important des infections par le VIH et les IST. La Guadeloupe ainsi que Saint Martin et Saint

---

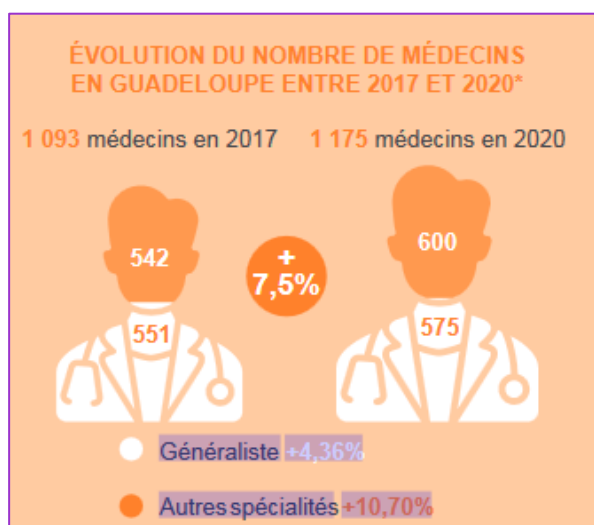
<sup>19</sup> Projet régional de santé, Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy, 2018 – 2028, ARS <https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/index.php/system/files/2018-07/COS%20Guadeloupe%2C%20Saint-Martin%2C%20Saint-Barth%C3%A9lemy%20%282018-2028%29.pdf>

<sup>20</sup> <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-effectif-patients-par-pathologie-region-2018>

Bartélémy enregistrait un taux de sérologie positive au VIH de 3 pour 1000 en 2018, ce qui est bien plus élevé que la moyenne nationale. Cette année là, les données de l'assurance maladie indiquent que 0,4% de la population guadeloupéenne est touchée par le VIH.

## Offres de soins

Entre janvier 2017 et décembre 2020, le nombre de médecins a augmenté globalement de 7,50% en Guadeloupe. L'évolution a été plus importante pour les médecins spécialistes. Cette évolution est similaire à celle observée les années précédentes<sup>21</sup>.



Au 1er janvier 2016, 294 médecins généralistes exerçaient en Guadeloupe, exclusivement dans le secteur libéral. La densité médicale était ainsi de 73 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitant.e.s, densité significativement inférieure à la densité nationale (94 médecins pour 100 000 habitant.e.s)<sup>22</sup>. Tous modes d'exercice confondus (libéral et salariés), la densité de médecins généraliste en Guadeloupe était de 133 en 2016 alors qu'elle était de 154 en France hexagonale.

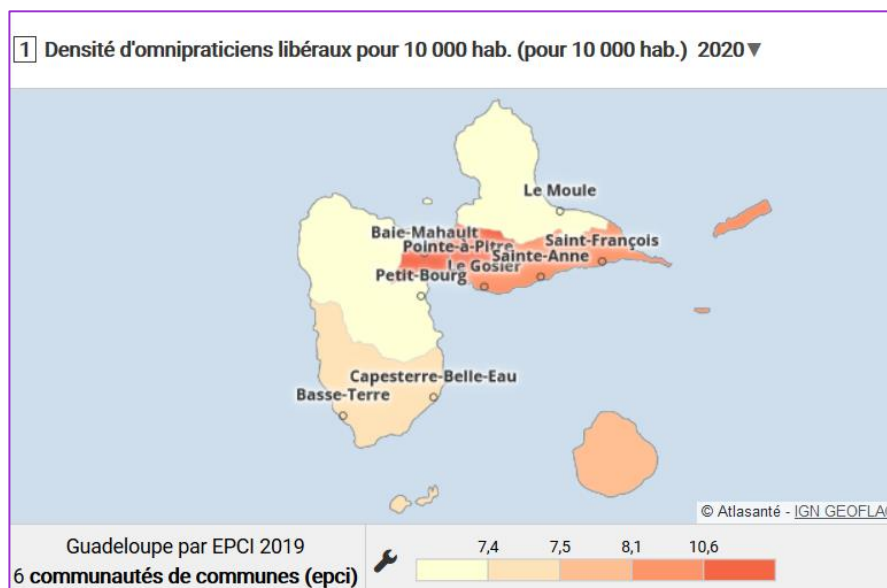
En 2020, d'après l'atlas de la santé, la densité de médecins généralistes dans le secteur libéral est de 83 pour 100 000 habitant.e.s ; pour l'ensemble de la France, la densité moyenne de médecins généralistes libéraux est de 124 pour 100 000 habitant.e.s.

---

<sup>21</sup> Rapport d'activité 2020, ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint Barthélémy, p. 26 <https://www.quadeloupe.ars.sante.fr/media/78558/download>

<sup>22</sup> Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ORSAG, août 2017 [https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/03/ORSaG\\_D%C3%A9terminants\\_et\\_indicateurs\\_de\\_sant%C3%A9\\_Guadeloupe\\_juillet\\_2017.pdf](https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/03/ORSaG_D%C3%A9terminants_et_indicateurs_de_sant%C3%A9_Guadeloupe_juillet_2017.pdf)

En 2020, la densité de médecins généralistes en Guadeloupe est supérieure dans l'EPCI de Cap-Excellence (106 pour 100 habitant.e.s) et plus faible dans le Nord Grande-terre (51 pour 100 000 habitant.e.s). Les écarts de densité au sein de l'île sont ainsi très importants, comme le montre la carte de la page suivante.



En 2016, en Guadeloupe, les taux de médecins spécialistes (tous types d'exercice confondus) s'établissaient à 133 pour 100 000 habitant.e.s, contre 186 au niveau national<sup>23</sup>. Ce déficit peut expliquer, en partie, une sous-consommation de soins avec 714 actes médicaux pour 100 habitant.e.s en Guadeloupe, contre 994 en France hexagonale (358 versus 524 pour les médecin.e.s généralistes) à la même période<sup>24</sup>. En 2016, la densité de médecins spécialistes libéraux était plus élevée dans l'EPCI de Cap Excellence ; elle était à l'inverse nettement plus faible dans le Nord Basse-Terre. Tous types d'exercice confondus, les densités les plus élevées de spécialistes concernaient les communes ayant un ou plusieurs centres hospitaliers : Basse-Terre, Pointe à Pitre et Baie Mahault. Il est difficile de trouver des données plus récentes sur la densité actuelle de médecins spécialistes en Guadeloupe.

En 2016, on comptait chirurgien.ne.s dentistes en Guadeloupe dont 97% exerçaient en libéral, selon le Répertoire partagé des professionnel.le.s de santé (RPPS). La densité s'établissait alors à 42 pour 100 000 habitant.e.s contre 53 pour 100 000 pour la France hexagonale. La Guadeloupe était de fait la cinquième région de France la plus faiblement dotée en chirurgien.ne.s dentistes. En 2021, selon l'ordre des chirurgien.ne.s dentistes, la densité est de 58 praticien.ne.s pour 100 000 habitant.e.s en Guadeloupe versus 68 en France hexagonale<sup>25</sup>.

<sup>23</sup> Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et Saint-Martin, ORSAG, août 2017

<sup>24</sup> Ibid

<sup>25</sup> <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

Conformément à l'arrêté ministériel du 21 décembre 2011, des zones sous dotées en chirurgien.ne.s dentistes ont été arrêtées sur le territoire guadeloupéen et sont toujours d'actualité. 13 communes guadeloupéennes ont été reconnues comme étant sous dotées : Bouillante, Capesterre-Belle-Eau, Deshaies, Gourbeyre, Goyave, Lamentin, Morne à l'Eau, Petit Canal, Pointe Noir, Saint-Claude, Sainte-Anne, Trois Rivières, Vieux Habitants.

## 2. Les résultats de l'enquête du Baromètre du renoncement aux soins

**Durant la période d'enquête, 1316 personnes ont répondu au questionnaire.** 68% de ces questionnaires ont été rempli par des agents de la CGSS. Les autres questionnaires ont été rempli chez des partenaires institutionnels (22%) et associatifs (10%).

S'agissant des personnes interrogées par la CGSS, elles ont majoritairement été questionnées par téléphone suite à un appel au 3646 (70,3%). Dans 19,4% des cas, c'est à l'accueil de la CGSS qu'ont été remplis les questionnaires. Certains questionnaires ont aussi été complétés pendant ou après un rendez-vous d'instruction de la CSS (2,2% des cas), au sein de l'espace multiservice (0,9%), pendant ou après un rendez-vous de retraite (0,4%) ou dans d'autres contextes non spécifiés (5,8%).

**Parmi les personnes interrogées, 418 personnes ont déclaré, dans le questionnaire, n'avoir pas réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des 12 derniers mois. C'est par conséquent environ une personne sur trois qui a été concernée par une situation de ce type dans l'année précédant l'enquête.**

LE TAUX DE « NON REALISATION DE SOINS  
MALGRE UN BESOIN » EST DE

**31,8%**



Il est important de rappeler que ce taux n'est pas représentatif de la situation pour l'ensemble de la population guadeloupéenne mais de la « non-réalisation de soins » pour les personnes interrogées pendant la période d'enquête ; le taux est nécessairement influencé par les caractéristiques de ces personnes. L'enquête permet cependant de « sonder » le phénomène à un moment donné et pour une population donnée.

Le taux mesuré en Guadeloupe est supérieur de plus de 6 points au taux moyen mesuré par le BRS en France hexagonale (25,6% pour rappel). Il est bien supérieur au taux mesuré à la Réunion (17,4%) et relativement comparable à celui de la Martinique (32%,3).

**Le taux de non-réalisation de soins varie, en outre, selon le cadre et les modalités de passation des questionnaires.** Le taux pour les personnes interrogées par la CGSS est de 26,7%, inférieur donc au taux global. En revanche, **il est nettement plus élevé s'agissant des personnes interrogées par les partenaires institutionnels de la CGSS : 51,9% d'entre elles disent en effet avoir été concernées par la non-réalisation d'au moins un soin au cours des douze derniers mois. Le taux est également plus élevé que celui de la CGSS s'agissant des personnes questionnées par les partenaires associatifs : 38,7%** de celles-ci ont évoqué au moins un renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

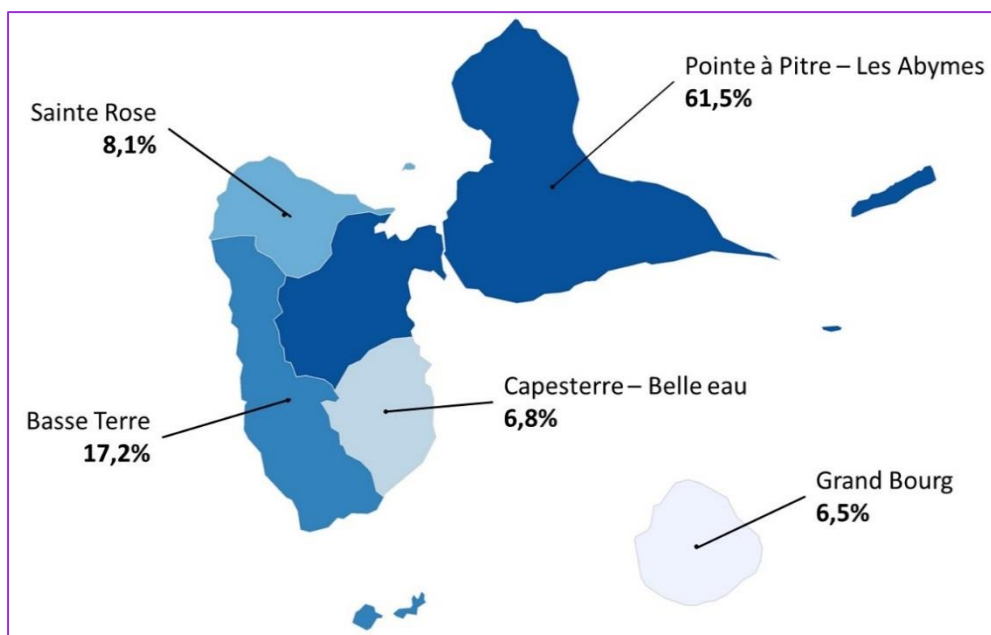
**En parallèle, concernant la CGSS, on remarque que les personnes qui ont été questionnées au sein de l'espace multi-services ou pendant/après un rendez-vous (au service social, d'instruction de la CSS ou en lien avec la retraite) se déclarent davantage renoncantes que les personnes qui ont été interrogées à l'accueil.** En effet, le taux de renoncement déclaré est à l'accueil de 24,7% alors qu'il monte à 57,9% lorsque le questionnaire est passé pendant ou après un rendez vous. Notons aussi que le taux de renoncement est plus élevé parmi les personnes qui ont questionnées en face à face (42,3%) (par rapport à celles qui ont été interrogées par téléphone).

## **2.1. Présentation des répondant.e.s à l'enquête**

Cette partie présente les principales caractéristiques des répondant.e.s à l'enquête ce qui permet de les comparer avec les caractéristiques de la population guadeloupéenne et de voir sur quels aspects notre échantillon s'apparente, ou non, à celle de la population. Le tableau de la page 32 récapitule les données permettant de comparer notre échantillon avec la population de l'île. Cette partie présente également des « profils » de répondant.e.s concerné.e.s par exemple par le non-recours à la complémentaire, par le non-accès et/ou le non-usage d'internet...

### **Situation socioéconomique et géographique des répondant.e.s**

Les répondant.e.s habitent dans le bassin de vie Pointe à Pitre Les Abymes dans 61,5% des cas (alors que 67,6% de la population guadeloupéenne y réside). 17,3% résident dans le bassin de vie de Basse-Terre (taux quasiment identique à celui de la population qui réside dans ce bassin de vie qui est de 17,1%), 8% dans celui de Sainte Rose (taux légèrement supérieur à celui de la population habitant ce bassin de vie qui est de 5,9%), 6,8% dans le bassin de vie de Capesterre-Belle-Eau (où résident 6,6% de la population guadeloupéenne), et 6,4% de Grand-Bourg (2,7% de la population y habitent).



Ils/elles sont majoritairement de sexe féminin (69% versus 31% pour le sexe masculin). Au niveau de l'île, en 2018, 55% des habitant.e.s sont des femmes et 45% des hommes.

Plus de la moitié des répondant.e.s vivent seul.e.s (68,7%) alors que c'est le cas de 61% des habitant.e.s de l'île. 57,4% des enquêtés n'ont pas d'enfants (53,2% pour la population de l'île).

S'agissant de la situation professionnelle, 21,9% des personnes interrogées se déclarent au chômage, indemnisé ou non, ce qui s'apparente fortement au taux de chômage de l'île (20,7% en 2017)<sup>26</sup>. 14,4% de l'échantillon déclare ne jamais avoir travaillé, ce qui est proche du chiffre des inactif.ve.s non chômeur.se.s de l'ensemble de la population de l'île (13,6%). 10,7% des répondant.e.s sont salarié.e.s en CDD, en contrat d'apprentissage ou en intérim (c'est le cas d'un peu plus de 7% de la population active de la Guadeloupe en 2018) et 14,9% sont salarié.e.s en contrat à durée indéterminée ou titulaires de la fonction publique (ce taux est plus de deux fois plus élevé au niveau de l'île en 2018). Enfin, 22,3% des répondant.e.s sont à la retraite, ce qui est équivalent au taux de retraités sur l'île en 2018 (23%)<sup>27</sup>.

42,1% des enquêté.e.s appartiennent à la CSP des employé.e.s contre 33,9% des habitant.e.s de l'île en 2018 ; 17,6% des enquêtés sont ouvrier.e.s versus 18,8% de la population de l'île ; 10,7% des répondant.e.s appartiennent à la CSP des artisan.e.s, commerçant.e.s, chef.fe.s d'entreprise versus 8,6% des habitant.e.s de la Guadeloupe et 6,2% professions intermédiaires

<sup>26</sup> Idem 21

<sup>27</sup> Idem 21

(21,7% des habitant.e.s de l'île). 1,9% des répondant.e.s à l'enquête font partie de la CSP « cadres professions intellectuelles et libérales supérieures » (9,2% sur l'île) et 2,7% sont agriculteur.ice.s exploitant.e.s (2,5% sur l'île).

La population qui a répondu à l'enquête est relativement peu diplômée, à l'instar de la population guadeloupéenne : en effet, 40% des répondant.e.s n'ont pas de diplôme ou un niveau Brevet ou BEPC (41,4% s'agissant de la population guadeloupéenne non scolarisée de 15 ans ou plus, en 2017), 26,4% ont un CAP ou un BEP (20,5% pour l'ensemble de la population), 16,3% ont un niveau bac (17% pour l'ensemble de la population) et 15,3% (21% pour l'ensemble de la population) possèdent un diplôme supérieur au bac.

Chaque mois, après avoir payé leurs charges fixes, il reste aux deux tiers des répondant.e.s entre 1 et 250 euros. 16,5% des répondant.e.s déclarent pour leur part n'avoir aucun reste pour vivre pour l'ensemble du foyer. 13,2% des répondant.e.s ont entre 251 et 500 euros de restes pour vivre mensuels.

15,2% des répondant.e.s bénéficient du RSA contre 12,1% de la population guadeloupéenne en 2014 ; 8,1% des répondant.e.s perçoivent des allocations chômage dont ARE et ASS, 6% bénéficient de la Prime d'activité et 20,2% touchent les aides au logement contre 10,35% de la population qui touchait les aides au logement familiales et/ou sociales en 2014. Les bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé sont sur-représentés dans l'échantillon 9,9% contre 2% de la population guadeloupéenne et 12,1% des personnes interrogé.e.s ont une reconnaissance de la qualité de travailleur.se handicapé.e RQTH.

## État de santé et situation administrative en santé des répondant.e.s

La grande majorité (91,2%) des répondant.e.s ont déclaré un.e médecin traitant. 43,9% des répondant.e.s indiquent souffrir d'une maladie chronique et 45,9% dit être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre d'une affection de longue durée (ALD).

En ce qui concerne la protection complémentaire en matière de santé, 59,9% des répondant.e.s ont la Complémentaire santé solidaire (le taux de couverture par la CMU C est de 27,2% en 2018), 13,8% des répondant.e.s ont une complémentaire via une adhésion individuelle ou familiale et 10,5% via leur emploi, celle de leur conjoint.e ou de leurs enfant(s).



49,5% d'entre eux ont expliqué que les démarches pour en obtenir une étaient en cours. 14,1% déclarent à l'inverse ne pas s'en être préoccupé et 22,8% indiquent ne pas avoir les moyens financiers pour financer ce type de protection.

Les personnes sans complémentaire habitent un peu plus fréquemment les bassins de vie de Grand Bourg ou de Sainte Rose. Les hommes sont surreprésentés parmi les personnes sans complémentaire, tout comme les personnes appartenant aux tranches d'âge "30 - 39ans" et "40 - 49 ans". Les personnes qui n'ont pas de complémentaire sont davantage au chômage et/ou "djobeur" ; lorsqu'elles travaillent, les personnes sans complémentaire sont plus souvent en CDD. Elles appartiennent aussi plus fréquemment à la CSP des ouvrier.e.s et sont moins diplômées que les autres répondant.e.s. Les personnes qui n'ont pas de complémentaire santé déclarent enfin plus fréquemment que les autres répondant.e.s que leurs restes pour vivre mensuels après paiement des charges fixes sont faibles.

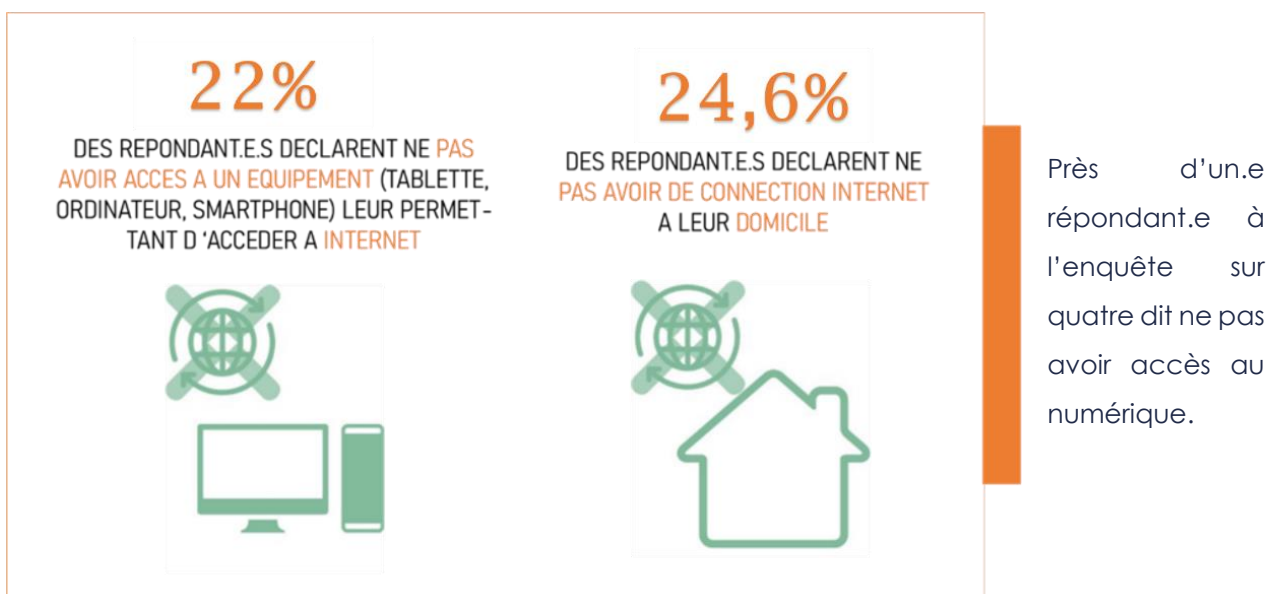
6,9% des répondant.e.s bénéficient de l'Aide médicale d'état (AME).

Globalement, les répondant.e.s sont sensibilisés aux questions relatives à la prévention et particulièrement celle concernant les cancers :

- 97,6% des femmes de 50 ans ou plus connaissent le dépistage du cancer du sein ;
- 91% des hommes ont déjà entendu parler du dépistage du cancer de la prostate ;
- 88,1% des personnes de 50 ans ou plus connaissent le dépistage du cancer colorectal ;
- 82,1% des femmes de plus de 25 ans sont informées du dépistage du cancer de l'utérus ;

La prévention dentaire est, en revanche, un peu moins connue des répondant.e.s ayant des enfants ; 63,3% disent en effet avoir connaissance de la campagne de prévention MT Dents.

## Les répondant.e.s et le numérique



Parmi les répondant.e.s, les personnes qui n'ont pas d'équipement informatique et/ou de connexion internet à domicile résident plus souvent dans les bassins de vie de Basse-Terre ou de Capesterre-Belle-Eau. Ce sont davantage des hommes. La moyenne d'âge des personnes sans équipement informatique et/ou connexion internet est de 64 ans alors qu'elle est de 50 ans pour l'ensemble des répondant.e.s. Ces personnes sont, plus souvent que les autres répondant.e.s, retraité.e.s. Elles déclarent davantage vivre seul.e.s, sont moins diplômé.e.s et sont surreprésentées dans la CSP des ouvrier.e.s. Leurs restes pour vivre mensuels sont faibles voir inexistant, et elles vivent plus fréquemment avec des problèmes de santé chronique. Assez logiquement, le profil des personnes qui n'utilisent pas internet pour leurs démarches administratives est très similaire à celui des personnes qui ne disposent pas d'un équipement et/ou d'une connexion.



Selon l'INSEE, en 2017, 72% des guadeloupéen.ne.s disposaient d'un équipement informatique à leur domicile (ordinateur fixe, portable, netbook ou tablette) ; 28% n'en disposaient pas. 77% disposaient d'un accès à Internet, le plus souvent grâce à une connexion à haut débit ; ce n'était donc pas le cas de 23% de la population de l'île. En sus, 68% des guadeloupéen.ne.s disaient s'être connecté.e.s à Internet au cours des derniers mois. 51% déclaraient s'être connecté.e.s à Internet tous les jours ou presque<sup>28</sup>. L'âge de la personne interrogée est un facteur déterminant dans le taux d'accès à Internet. En effet plus de 90 % des 15-29 ans déclarent avoir un accès, alors qu'ils sont 52 % chez les 60 ans ou plus. De la même manière, le diplôme et le revenu ont un effet important sur le taux d'équipement, avec un écart de près de 30 points entre les plus hauts revenus et les plus faibles : 90 % des personnes déclarant gagner plus de 2 500 € par mois sont équipés.e.s contre 60 % des personnes déclarant moins de 1 500 €. Le taux d'accès à internet chez les 60 ans et plus est le plus faible des trois régions des Antilles-Guyane<sup>29</sup>.

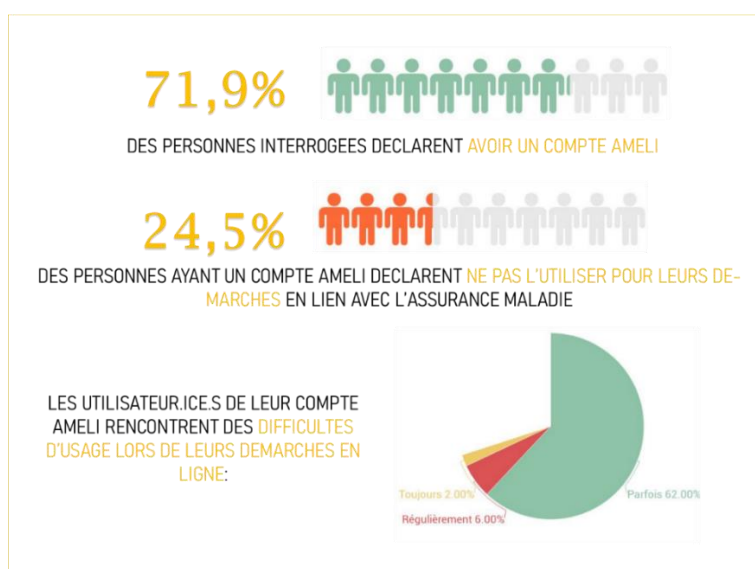
Dans la présente enquête, les deux tiers des répondant.e.s indiquent utiliser internet pour leurs démarches administratives. La majorité (67%) rencontrent des difficultés d'usage de façon occasionnelle, 6% sont régulièrement en difficulté lorsqu'ils/elles utilisent internet et 2,2% le sont toujours.

---

<sup>28</sup> L'utilisation d'Internet dans les DOM, Insee, enquête Technologies de l'information et de la communication 2017

<sup>29</sup> L'usage d'Internet varie fortement selon l'âge et le niveau d'études, INSEE analyses Guadeloupe, n°37, juin 2019, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4175675>

Les difficultés d'usage du numérique dans le cadre de démarches administratives concernent un peu plus les hommes. La moyenne d'âge des personnes qui rencontrent ce type de difficultés est de 45 ans alors que l'âge moyen des répondant.e.s est de 50 ans. Ce type de difficultés concerne en outre davantage les personnes au chômage et/ou djoueur, bénéficiaires d'aides au logement.



Environ 30% des répondant.e.s ont donc déclaré ne pas avoir de compte Améli. Ces répondant.e.s sont plus souvent des hommes. Leur moyenne d'âge est un peu plus élevée que celle de l'ensemble des répondant.e.s (54 ans versus 50 ans). Ils déclarent davantage vivre seuls, sans enfant, sont plus souvent retraités, ou au chômage ou djoueur quand ils sont en âge d'être actifs. Ils appartiennent plus fréquemment à la CSP des ouvriers et sont peu diplômés. Les répondant.e.s qui n'ont pas de compte Améli sont également légèrement surreprésentés parmi les bénéficiaires de l'AAH et parmi les personnes qui ont une Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Le profil des répondant.e.s qui disent ne pas utiliser Améli bien qu'ils aient un compte est très proche de celui des répondant.e.s qui n'ont pas de compte. Le profil des répondant.e.s qui utilisent leur compte mais rencontrent des difficultés d'usage est un peu différent, ce qui est somme toute assez logique : ces répondant.e.s habitent davantage dans le bassin de vie de Pointe à Pitre - Les Abymes. Ce sont plus fréquemment des femmes. Ces répondant.e.s sont surreprésenté.e.s dans la classe d'âge "60 à 69 ans", parmi les retraité.e.s et parmi les bénéficiaires d'aides au logement.

Un.e répondant.e sur dix connaît les Maisons de services au public (MSAP) ; parmi les personnes qui connaissent ces structures, seul.e.s quelqu'un.e.s (2,5%) s'y rendent pour imprimer des documents et/ou avoir accès à internet et/ou réaliser une démarche administrative sur internet. Cependant, 17% des répondant.e.s sont déjà allé.e.s dans au moins une autre structure pour avoir accès à internet et/ou réaliser des démarches dématérialisées. Les structures citées sont : les bibliothèques/librairies (3 réponses), la mission locale (16 réponses), pôle emploi (5), les tabacs (5) et les CCAS (8).

*Récapitulatif - Comparaison Répondant.e.s et Population de la Guadeloupe  
(INSEE données 2018)*

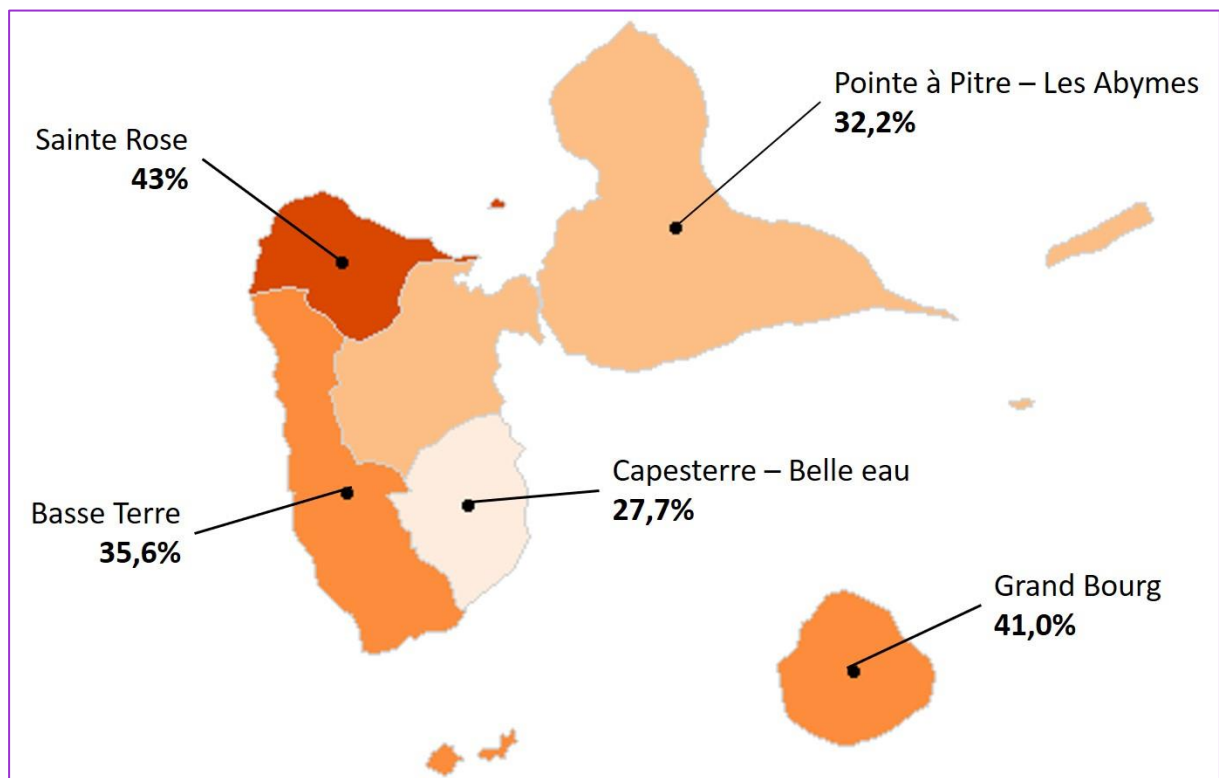
	<b>Répondant.e.s</b>	<b>Population de l'île (données INSEE 2018)</b>
	1316	387 629
<b>Sexe (%)</b>		
Féminin	69	55,1
Masculin	31	44,9
<b>Répartition de la population sur le territoire (%)</b>		
Basse Terre	17,2	17,1
Sainte Rose	8,1	5,9
Capesterre - Belle eau	6,8	6,6
Pointe à Pitre - Les Abymes	61,5	67,6
Grand Bourg	6,5	2,7
<b>Composition du Ménage (%)</b>		
Vit seul.e	68,7	61
Vit en couple	31,3	36,5
N'a pas d'enfants à charge	57,4	53,2
A des enfants à charge	42,6	46,8
<b>Rapport à l'emploi (%)</b>		
étudiant.e.s sans contrat de travail	3	11,5
CDD, contrat d'apprentissage, interim	10,7	7,6
CDI, titulaire de la fonction publique	14,9	34
Indépendant.e	2,1	7
Au chômage	21,9	20,3
A la retraite	22,3	23
<b>Catégorie socio-professionnelle (%)</b>		
Agriculteur.ice.s exploitant.e.s	2,5	1,4
Artisan.e.s, commerçant.e.s, chef.fe.s d'entreprise	10,7	8,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,9	8,6
Professions intermédiaires	6,2	21,7
Employé.e.s	42,1	33,9
Ouvrier.e.s	17,6	18,8
<b>Niveau de diplôme (%)</b>		
Pas de diplôme / Brevet / BEPC	40,6	39,9
CAP / BEP	26,4	20,9
Niveau bac	16,3	17,6
Bac+1 à Bac+4	14,7	15,9
Bac+5 ou plus	1,6	5,7

## 2.2. Caractérisation des personnes qui n'ont pas réalisé au moins un soin dont elles avaient besoin, au cours des douze derniers mois

Afin d'alléger l'écriture, nous utiliserons le terme « renonçant.e » pour désigner les personnes qui ont répondu dans l'enquête ne pas avoir réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois. Cette partie a vocation à mettre en exergue les principales caractéristiques de la population qui déclaré renoncer à au moins un soin dans la présente enquête par rapport à la population qui ne renonce pas. Les informations des pages qui suivent peuvent ainsi permettre de mieux se représenter le « profil » des renonçant.e.s. Le tableau page 33 synthétise l'ensemble des chiffres de cette partie pour permettre une comparaison rapide des caractéristiques des « renonçant.e.s » par rapport aux « non-renonçant.e.s ».

### Où sont situés les renonçant.e.s sur l'île ?

Les bassins de vie les plus touchés par le renoncement aux soins sont ceux de Sainte-Rose, de Grand -bourg, de Basse Terre et de Pointe à Pitre-Les Abymes. Les taux mesurés pour ces bassins (respectivement 43%, 41%, 36% et 32,21%) sont en effet supérieurs au taux global (31,8%). Seul le taux du bassin de vie de Capesterre-Belle-Eau (27,7%) est inférieur à celui de l'ensemble du territoire.



## **Genre, situation familiale et âge des renonçant.e.s**

S'agissant du genre, les hommes interrogés dans cette enquête se déclarent un peu plus souvent renonçants (32%) que non-renonçants (28%). C'est l'inverse pour les femmes. Dans la plupart des enquêtes sur le renoncement aux soins, lorsque l'on estime des taux de renoncement tous types de soins confondus (c'est-à-dire sans se concentrer sur un type de soin, d'acte, en particulier), on fait plutôt le constat selon lequel ce sont les femmes qui déclarent plus fréquemment renoncer que les hommes.

Dans cette enquête, on note une nette surreprésentation des renonçant.e.s dans deux classes d'âges : 50 – 59 ans (24,4% des renonçant.e.s versus 17,8% des non-renonçant.e.s) et 60 – 69 ans (16,7% des renonçant.e.s versus 12,9% des non-renonçant.e.s). On constate, en parallèle, une légère surreprésentation des renonçant.e.s parmi les moins de 30 ans. La surreprésentation des personnes âgées de 60 à 69 ans parmi les renonçant.e.s n'est, là aussi, pas habituelle dans les enquêtes sur le renoncement aux soins. On observe généralement l'inverse (une sousreprésentation de cette classe d'âge parmi les personnes qui ne réalisent pas des soins malgré un besoin), comme c'est le cas dans la quasi-totalité des départements de l'hexagone et dans les deux autres départements d'Outre-Mer (Martinique et Réunion) où l'enquête du BRS a été conduite.

73% des renonçant.e.s déclarent vivre seul.e.s alors que c'est le cas de 66% des non-renonçant.e.s. Le fait d'avoir des enfants à charge n'influe en revanche pas particulièrement sur la non-réalisation de soins.

## **Situation socioéconomique des renonçant.e.s**

Sur le plan de la situation professionnelle actuelle, on ne note pas de surreprésentation des personnes au chômage parmi les renonçant.e.s (20,1% des renonçant.e.s versus 22% des répondant.e.s). Les retraité.e.s sont également sous-représenté.e.s parmi les renonçant.e.s (15,2%) alors qu'ils/elles représentent 22,3% des répondant.e.s.

Les personnes qui travaillent sont, en revanche, surreprésentées parmi les renonçant.e.s, qu'elles soient en CDD ou intérimaires (13,7% des renonçants versus 8,4% des non-renonçant.e.s) ou en CDI (17,4% des renonçant.e.s versus 13,9% des non-renonçant.e.s).

En parallèle, les personnes au foyer ou en congé parental sont fortement sur-représentées parmi les renonçant.e.s : 16,4% versus 6,8% des non-renonçant.e.s. C'est également le cas des bénéficiaires du RSA (17% des renonçant.e.s versus 13% des non-renonçant.e.s) ainsi que de ceux percevant une aide en matière de logement (26% des renonçant.e.s versus 18% des non-renonçant.e.s).

On peut enfin signaler que les bénéficiaires de l'AAH et les personnes ayant une Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) interrogés dans l'enquête se déclarent un peu souvent renonçant.e.s que non-renonçant.e.s (respectivement 9% des non-renonçant.e.s versus 12% des renonçant.e.s et 11% des non-renonçant.e.s versus 15% des renonçant.e.s).

## Caractérisation de l'état de santé des renonçant.e.s et de leur situation administrative en santé

94% des non-renonçant.e.s ont déclaré un médecin traitant. Pour les renonçant.e.s, ce chiffre est légèrement moins élevé (91%). Ces derniers ont ainsi un peu moins souvent un médecin traitant que les personnes qui n'ont pas renoncé à des soins au cours des douze derniers mois.

**19%**

DES RENONCANT.E.S DECLARENT NE PAS AVOIR DE COMPLEMENTAIRE  
SANTÉ CONTRE 11% DE NON RENONCANTS

L'ABSENCE DE COMPLEMENTAIRE AUGMENTE LA PROBABILITE DE NE PAS REALISER  
CERTAINS SOINS MALGRE UN BESOIN.

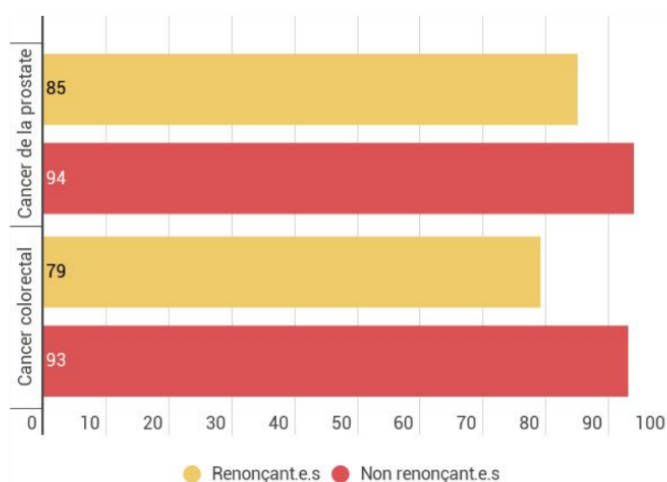
Un.e renonçant.e sur quatre explique le non-recours à la complémentaire par des raisons financières et 16% disent qu'ils/elles ne se sont pas préoccupé.e.s du sujet.

Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) sont sousreprésenté.e.s parmi les renonçant.e.s (54% alors qu'elles sont 64% parmi les non-renonçant.e.s). C'est l'inverse s'agissant des personnes dont la complémentaire est fournie par leur employeur.e ou celui du/de la conjoint.e qui se déclarent un peu plus souvent renonçant.e.s (13%) que non-renonçant.e.s (9%).

44% des renonçant.e.s déclarent souffrir d'une maladie chronique et 46,8% sont pris en charge à 100 % pour une affection de longue durée (ALD), soit des chiffres très comparables à ceux mesurés pour l'ensemble des répondant.e.s.

On peut noter que les renonçant.e.s sont un peu moins nombreux que les non-renonçant.e.s à connaître les campagnes de prévention du cancer de la prostate et du cancer colorectal. Dans le premier cas (cancer de la prostate), l'écart est de 10 points ; dans le second (cancer colorectal), il est de près de 15 points.

LES RENONCANT.E.S CONNAISSENT UN PEU MOINS CES DEUX CAM-  
PAGNES QUE LES NON RENONCANT.E.S



C'est en revanche l'inverse pour le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, et la campagne MT dents : dans les trois cas, les renonçant.e.s connaissent de manière identique ces offres de prévention voire sont un peu plus informé.e.s que les non-renonçant.e.s (99,2% des renonçantes connaissent la campagne de dépistage du cancer du sein contre 97,9% des non-renonçantes ; 85% des renonçantes connaissent le dépistage du cancer de l'utérus contre 81% des non renonçantes ; 66% des renonçant.e.s connaissent la campagne de prévention buccodentaire MTDents versus 63% des non-renonçant.e.s).

### Les renonçant.e.s et le numérique

Les renonçant.e.s disent un peu plus que les non-renonçant.e.s avoir une connexion internet à leur domicile et accès à un équipement (ordinateur, tablette, smartphone) permettant d'accéder à internet. Ils/elles indiquent aussi utiliser davantage internet pour leurs démarches administratives mais ne rencontrent pas pour autant plus de difficultés d'usage que les non-renonçant.e.s.

**22%** DES RENONCANT.E.S DECLARENT NE PAS AVOIR DE COMPTE AMELI (CONTRE 18% DES NON RENONCANT.E.S)

**13%** DES RENONCANT.E.S DECLARENT AVOIR REGULIEREMENT DES DIFFICULTES A L'UTILISER (CONTRE 7% DES NON RENONCANTS)



Les renonçant.e.s ont, en revanche, un peu moins souvent un compte Améli que les personnes qui n'ont pas déclaré de renoncement. Celles et ceux des renonçant.e.s qui ont un compte évoquent, en outre, un peu plus fréquemment que les non-renonçant.e.s des difficultés d'usage de celui-ci.

Les renonçant.e.s connaissent un peu plus que les non-renonçant.e.s les Maisons de services au public (MSAP) ou Maison France service (13,3% des renonçant.e.s versus 9,5% des non-renonçant.e.s) et disent un peu plus souvent qu'ils/elles se sont déjà rendus dans une structure de ce type pour avoir accès à internet, à une imprimante et/ou être aidés dans des démarches administratives. Bien qu'ils/elles connaissent et utilisent un peu plus les MSAP ou Maisons France service que les non-renonçant.e.s, ce n'est cependant clairement pas la majorité des renonçant.e.s qui connaissent et utilisent ce service puisque seulement un peu plus d'un renonçant.e sur dix connaît ces structures.

Les renonçant.e.s semblent se rendre préférentiellement dans d'autres structures que les MSAP pour leurs besoins liés à l'informatique ou au numérique. 27,5% d'entre eux (nettement plus que les non-renonçant.e.s) déclarent avoir déjà été dans une autre structure pour ce type de besoins (bibliothèques/médiathèques, CCAS/Mairies, antennes de Pôle Emploi, cyberbases/cybercafés, tabacs, associations, Centre régional d'information jeunesse (CRIJ)).

*Récapitulatif - Comparaison Population « renonçant.e » et « non-renonçant.e »*

	<b>Non renonçant.e.s (%)</b>	<b>Renonçant.e.s (%)</b>
<b>TAUX DE RENONCEMENT GLOBAL</b>		
	68,2	31,8
<b>TAUX DE RENONCEMENT SELON LE SEXE</b>		
Femme	71,2	67,9
Homme	28,8	32,1
<b>VIE EN COUPLE</b>		
Oui	33,6	27,5
Non	66,4	72,5
<b>ENFANTS VIVANT SOUS LE MÊME FOYER</b>		
Non	66,4	57,3
Oui 1	20,6	18
Oui 2	14,1	13,5
Oui 3	5	7,6
Oui 4	3,6	3
<b>RAPPORT AU TRAVAIL</b>		
A la retraite	27,3	15,2
A votre compte ou indépendant	2,4	1,5
Au chômage, indemnisé ou non	22	20,1

Au foyer ou en congé parental	6,8	16,4
Autre	4,3	3
Djob	3,9	3,5
En invalidité ou longue maladie	7,8	7
Etudiant, en formation sans contrat de t	3,1	2,2
Salarié avec un autre contrat (CDD, Inté	8,4	13,7
Salarié en contrat à durée indéterminée	13,9	17,4
<b>RESTE POUR VIVRE</b>		
0 €	16,3	16,1
entre 1 et 150€	66,2	65
entre 251 et 500€	12,1	16,1
Plus de 500€	5,4	2,8
<b>MEDECIN TRAITANT</b>		
Oui	93,6	90,7
Non	6,4	9,3
<b>PROTECTION MALADIE COMPLEMENTAIRE</b>		
Non	11	18,6
Complémentaire Santé Solidaire	64	53,6
Via emploi	9,7	13,2
Via adhésion individuelle ou familiale	13,7	14,1
<b>PREVENTION ("avez-vous déjà entendu parler de ...")</b>		
MT Dents Non	35,5	32,2
MT Dents Oui	63,5	66,4
Cancer colorectal non	5,6	14,9
Cancer colorectal oui	92,9	79,1
Cancer du sein non	2,1	0,8
Cancer du sein oui	97,9	99,2
Cancer de la prostate non	4,8	10,4
Cancer de la prostate oui	94,4	85,1
Cancer du col de l'utérus non	18,7	14,5
Cancer du col de l'utérus oui	81,3	85
<b>ACCES AU NUMERIQUE</b>		
Connexion internet au domicile Oui	76,4	80,9
Connexion internet au domicile Non	23,3	18,6
Utilisation internet démarches administratives Oui	75,1	76,9
Utilisation internet démarches administratives Non	24,7	22,9
Connaissance de la MSAP Oui	9,5	13,3
Connaissance de la MSAP Non	90	86,1

## 2.3 Les types de soins non-réalisés, les raisons et conséquences de la non-réalisation de soins

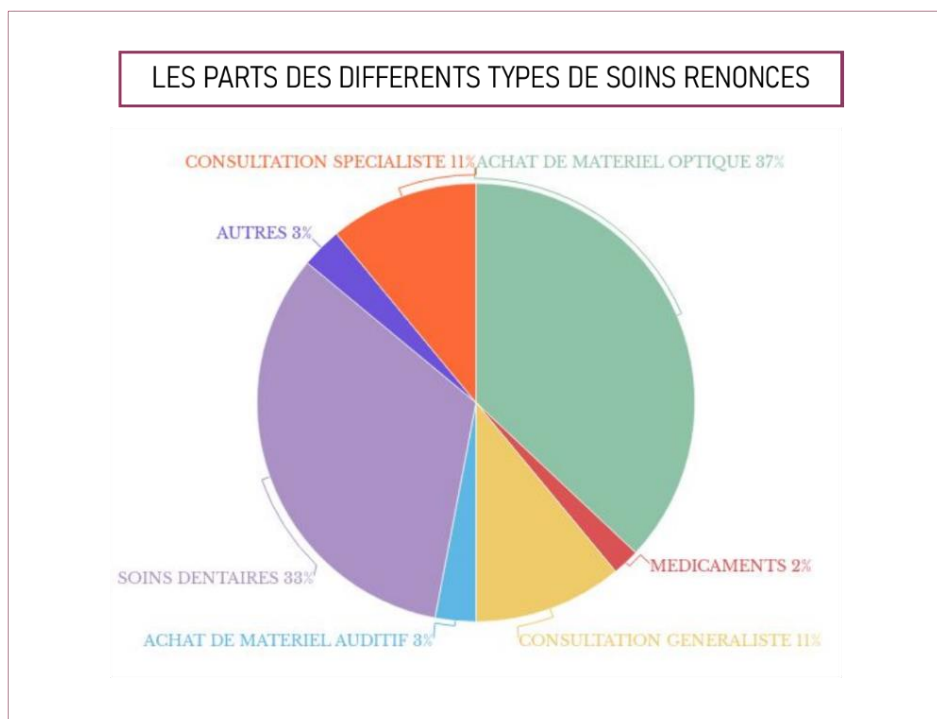
Au total, sur les 1316 individu.e.s qui ont rempli le questionnaire, 418 ont renoncé.e.s à au moins un soin ou acte médical auxquels ils/elles ont eu besoin au cours de l'année précédant l'enquête.

Ces 418 personnes ont déclaré au total 619 renoncements.

Le renoncement « cumulatif » (plusieurs soins/actes renoncés simultanément par une même personne) ne concerne cependant pas la majorité des renonçant.e.s : pour 66,3% d'entre eux/elles en effet, le renoncement au cours de l'année précédant l'enquête porte sur un seul soin/acte, pour 24,4% il porte sur deux types de soins/actes et pour 5% sur 3.

### Les types de soins renoncés

Si l'on se concentre sur la nature des 619 renoncements, on peut souligner que les soins optiques et dentaires constituent les deux pôles de renoncement principaux : respectivement 37% et 33% de l'ensemble des renoncements. Un renoncement sur dix concerne une



consultation avec un.e médecin généraliste et un sur dix également porte sur des consultations avec un.e spécialiste. Les matériels auditifs représentent 3% de l'ensemble des renoncements et l'achat de médicaments 2%.

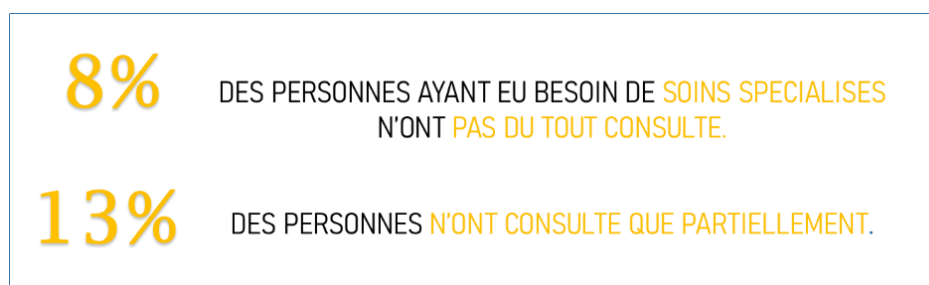
Si l'on zoome ensuite sur chaque type de soins : parmi les personnes qui déclarent avoir eu besoin de lunettes et/ou d'un autre matériel optique au cours des douze derniers mois, 40% disent y avoir renoncé. 31% des répondant.e.s à la question renoncent à ce matériel depuis

moins d'un an, 57% depuis plus d'un an mais moins de deux ans et 12,1% depuis plus de deux ans.

Ce sont 37% des personnes qui ont eu besoin de soins dentaires au cours des douze derniers mois qui ont renoncé à réaliser leurs soins. Le renoncement dure depuis moins d'un an pour 41,3 % de ces personnes, depuis plus d'un an mais moins de deux ans pour 40%, et depuis plus de deux ans pour 17%.

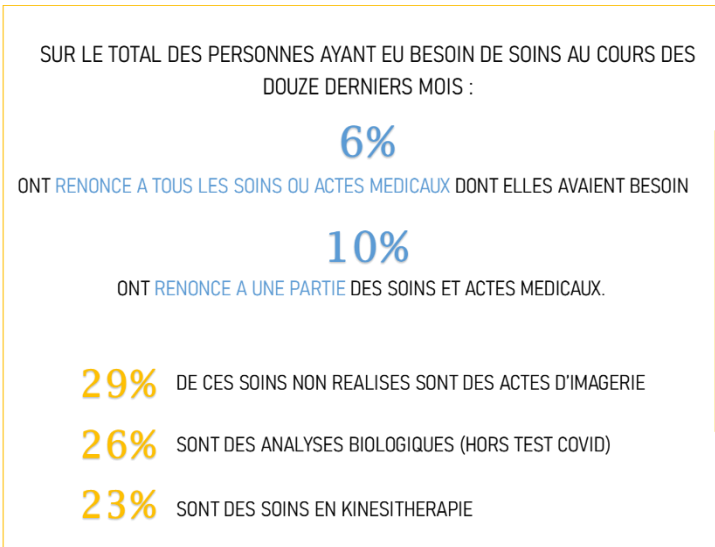
6% des personnes qui ont eu besoin de voir un.e médecin généraliste au cours des 12 mois précédant l'enquête n'ont pas consulté. 94,2% de ces personnes indiquent cependant qu'il leur arrive rarement de renoncer à des soins généralistes.

Parmi les répondant.e.s qui ont eu besoin de soins spécialisés au cours des douze derniers mois, un peu moins d'un.e sur dix dit n'avoir consulté aucun.e des spécialistes qu'ils/elles auraient eu.e.s besoin de consulter. En parallèle, un peu plus d'un.e sur dix indique n'avoir consulté qu'une partie des spécialistes qu'ils/elles auraient eu.e.s besoin de consulter.



Le/la spécialiste qui a été le moins consulté.e malgré des besoins est l'ophtalmologue (56,3%). Suivent ensuite, le/la gynécologue (28,1%), le/la dermatologue (18,8%) et le/la cardiologue (12,5%). Les renoncements à des consultations spécialisées sont plus prégnants dans le bassin de vie de Sainte Rose.

On peut noter que 57,1% des personnes ayant eu besoin de matériel auditif au cours de l'année précédant l'enquête disent y avoir renoncé. Ce chiffre est cependant à prendre avec des précautions car les effectifs de répondant.e.s ayant eu besoin de ce type de soins sont très réduits.

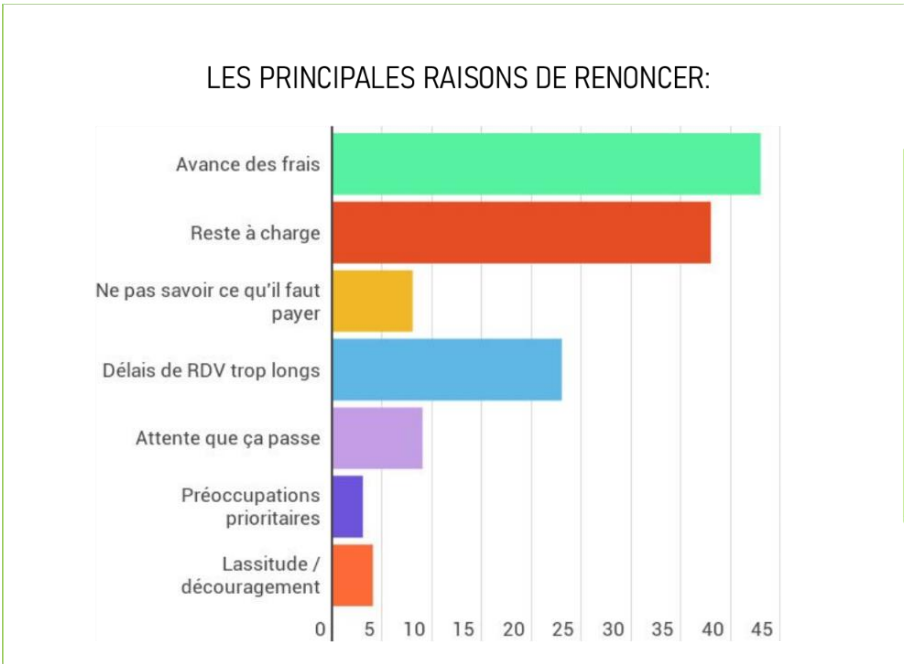


\* autres soins, actes, examens que ceux évoqués jusque là

Enfin, parmi les personnes qui disent avoir eu besoin, au cours des douze derniers mois, de consulter ou de réaliser d'autres soins ou actes médicaux que ceux évoqués précédemment, 6% disent avoir renoncé à tous les soins ou actes dont elles avaient besoin et 10% à une partie des soins dont elles avaient besoin. 29% de ces soins non-réalisés sont des actes d'imagerie, 25,8% des analyses biologiques (hors test-covid) et 22,6% des soins en kinésithérapie.

### Les raisons de renoncer

Tous types de soins confondus, la cause la plus citée pour expliquer le renoncement est relative à la nécessité de faire des avances de frais : 42,8% des renonçant.e.s l'évoquent. Les autres raisons financières apparaissent également, bien que leur occurrence soit un peu moins nombreuse ; 38% des renonçant.e.s parlent ainsi du reste à charge pour au moins un soin et 7,6% du fait de ne pas savoir ce qu'ils/elles vont devoir payer s'ils/elles consultent ou achètent certains matériels.



Outre les raisons financières, les raisons temporelles apparaissent nettement dans cette enquête : près d'un.e renonçant.e sur quatre (23,4%) explique ainsi la non-réalisation de leurs soins par le temps d'attente pour obtenir un

rendez-vous avec certain.e.s professionnel.le.s. Seul.e.s 3% évoquent une difficulté à intégrer des rendez-vous médicaux dans leur emploi du temps.

9% des renonçant.e.s disent avoir simplement attendu que leur problème médical passe et 4% indiquent avoir renoncé par lassitude et découragement. Le fait d'avoir des préoccupations prioritaires est évoqué par 3% des renonçant.e.s. 3% également signalent des problèmes de mobilité pour se rendre à des rendez-vous médicaux.

Les raisons de renoncer ne sont pas exactement les mêmes d'un soin à un autre.

Ainsi, 44,4% des personnes concernées par le non-achat de lunettes ou autre matériel optique indiquent que cela est lié à leur impossibilité d'avancer les frais, pour 42,1% c'est le reste à charge qui est en cause et 5,6% ne savaient pas ce qu'elles allaient avoir à payer pour ce matériel. 23,6% parlent des délais pour avoir un rendez-vous. Enfin, 11,4% des personnes disent qu'elles avaient d'autres préoccupations.

Les raisons financières sont également les plus citées s'agissant des soins dentaires : 45% des personnes qui renoncent à ce type de soins parlent ainsi de leur impossibilité de faire l'avance des frais, 36,5% évoquent les restes à charge des soins, 7,4% le fait de ne pas savoir combien ils/elles vont avoir à payer pour les soins dont ils/elles ont besoin. Des raisons secondaires apparaissent toutefois : 16,9% des renonçant.e.s à des soins dentaires évoquent les délais de rendez vous trop longs et 5,3% la peur du dentiste.

Concernant les consultations avec des spécialistes, la première cause de renoncement dont parlent les personnes est également économique ; la nécessité d'avancer les frais est citée par 38,3% de celles et ceux qui ont renoncé à ce type de consultations tandis que 23,3% pointent le reste à charge des soins.

Les raisons financières apparaissent également s'agissant des consultations généralistes : 39% des personnes qui ont renoncé à au moins une consultation de ce type au cours des douze dernières se disent en difficulté pour faire les avances de frais et 14,8% évoquent la question du reste à charge.

Quasiment un tiers des personnes (30%) qui n'ont pas réalisé au moins une des consultations spécialisées dont elles avaient besoin au cours des douze derniers mois, indiquent que cela est lié à l'attente pour avoir un rendez vous avec les professionnel.le.s. Cette raison est dix fois moins évoquée s'agissant des consultations généralistes. En revanche, en ce qui concerne les soins généralistes, les problématiques de mobilité et l'éloignement par rapport à l'offre de soins apparaissent nettement (respectivement 19,6% et 7% des renonçant.e.s à ce type de soins en parlent). Ils/elles pointent aussi la difficulté à intégrer des rendez-vous médicaux dans des emplois du temps professionnels et/ou familiaux déjà denses.

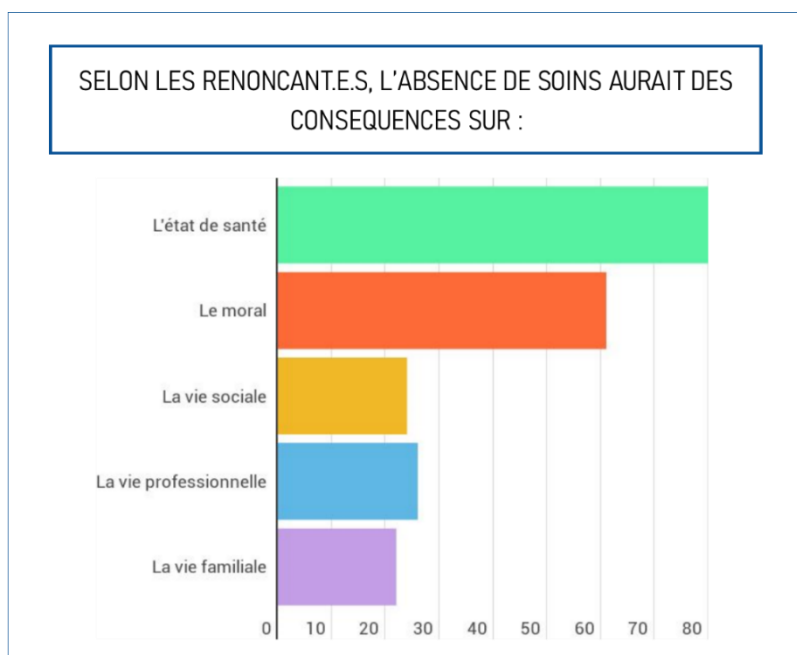
8,3% des personnes qui ne sont pas allées chez le/la spécialiste ont attendu que ça passe et 8,3% également avaient d'autres préoccupations. Les taux pour ces deux raisons sont plus

élevés concernant les consultations généralistes : 20% des personnes concernées par la non-réalisation de ce type de soins expliquent qu'elles avaient d'autres préoccupations prioritaires et 18% ont attendu que leur problème passe.

## Les conséquences de l'absence de soins perçues par les personnes

45% des renonçant.e.s pensent qu'ils/elles ne peuvent pas bénéficier de soins quand ils/elles en ont besoin. Ce taux est nettement moindre pour les non-renonçant.e.s (13,6%).

Une large majorité (78%) des renonçant.e.s déclarent que l'absence de soin(s), d'actes et/ou de matériel médical dont ils/elles ont besoin a eu ou a des conséquences pour eux/elles. Si l'on regarde de plus près la nature des conséquences évoquées, on peut noter que 51% des renonçant.e.s parlent de conséquences sur leur état de santé ; 38,6% évoquent des conséquences sur leur moral. 16,9% des renonçant.e.s pointent des conséquences sur leur vie sociale, 24,2% sur leur vie professionnelle et 16,1% sur la vie familiale. 13% des renonçant.e.s estiment que la non réalisation des soins a eu des conséquences sur leur maintien à domicile.



## Conclusion

Parmi les personnes ayant répondu à cette enquête, 31,8% ont déclaré ne pas avoir réalisé au moins un soin dont elles ont eu besoin au cours des douze derniers mois. Comme évoqué plus tôt dans ce document, ce taux n'est pas représentatif du phénomène pour la population de la Guadeloupe dans son ensemble. Il donne une tendance pour les personnes qui ont répondu à cette enquête et est donc nécessairement influencé par leur profil.

Dans la perspective du déploiement de la Mission accompagnement santé et de la détection régulière de situations de non-réalisation de soins malgré des besoins, il est intéressant de noter que le taux de renoncement aux soins est nettement plus élevé s'agissant des personnes interrogées par les partenaires institutionnels et associatifs qui ont été impliqués dans cette enquête. En parallèle, on peut noter que les personnes questionnées au sein de l'espace multi-services de la CGSS ou pendant/après un rendez-vous (au service social, d'instruction de la CSS ou en lien avec la retraite) se déclarent davantage renonçant.e.s que celles qui ont été interrogées à l'accueil. Enfin, de manière générale, le taux de renoncement est plus élevé parmi les personnes qui ont questionnées en face à face (par rapport à celles qui ont été interrogées par téléphone).

Dans cette enquête, plusieurs constats peuvent être faits pour mieux se représenter le profil des renonçant.e.s, autrement dit des personnes qui ne réalisent pas certains soins, actes, matériels médicaux dont elles auraient pourtant besoin :

- ◇ Ces personnes vivent plus fréquemment seules, avec ou sans enfants ;
- ◇ Ce sont un peu plus souvent des hommes ;
- ◇ Ces personnes qui renoncent à des soins appartiennent davantage aux classes d'âge 50 – 59 ans et 60 – 69 ans ; mais les personnes de moins de 30 sont également légèrement surreprésentées parmi ces renonçant.e.s ;
- ◇ Au niveau de leur situation professionnelle, elles se classent plus souvent dans deux catégories : celles des personnes qui travaillent et celles des personnes au foyer ou en congé parental ;
- ◇ Elles sont plus fréquemment bénéficiaires du RSA et/ou d'une aide au logement que les autres répondant.e.s ;
- ◇ Elles perçoivent également davantage l'Allocation adultes handicapés et/ou ont plus fréquemment une Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;

S'agissant de la question du numérique, les personnes qui ne réalisent pas certains soins, actes, matériels médicaux qui leur seraient pourtant nécessaires, n'ont pas moins que les autres répondant.e.s accès à internet. Ils ne sont pas non plus moins utilisateurs. En revanche, elles un peu moins fréquemment un compte Améli. Et lorsqu'elles en ont un, elles ont davantage de difficultés pour l'utiliser.

Notons aussi que la proportion de renonçant.es qui n'a pas de médecin traitant est légèrement supérieure à celle des non-renonçant.e.s. Mais dans l'ensemble, le pourcentage de répondant.e.s ayant un médecin traitant est élevé.

La majorité des répondant.e.s à l'enquête connaissent les campagnes de prévention relatives aux cancers ; les renonçant.e.s connaissent cependant moins les campagnes pour le cancer de la prostate (dont l'incidence est, rappelons-le, élevée en Guadeloupe) et pour le cancer colorectal.

On peut également rappeler que même si la connaissance apparaît globalement bonne (dans tous les cas, plus de 70% des personnes interrogées connaissent les campagnes de prévention), cela ne veut pas dire que les personnes ont réalisé le ou les dépistages qui les concernent. Le choix ayant été fait dans la présente enquête de se concentrer sur la connaissance/non-connaissance et non sur la réalisation/non-réalisation des dépistages, il n'est pas possible de conclure sur le niveau de réalisation. Nous pouvons en revanche dire que s'il existe un non-recours en la matière, il ne prend pas majoritairement la forme de la non-connaissance.

La campagne MT Dents est en revanche moins connue des personnes interrogées qui entrent dans sa cible, qu'elles soient renonçant.e.s ou non d'ailleurs. Près de 40% des répondant.e.s concernés par cette campagne ne la connaissent en effet pas.

En termes de soins non-réalisés, on retrouve en premier lieu l'achat de matériel optique et les soins dentaires. Soulignons également que 57% des personnes ayant eu besoin de matériel auditif au cours de l'année précédant l'enquête disent y avoir renoncé. Même si le nombre de personnes ayant eu ce type de besoin parmi les répondant.e.s est faible, il est intéressant de le signaler.

Les consultations médicales sont également concernées : un renoncement sur dix déclaré dans l'enquête porte sur une consultation généraliste. S'agissant des consultations spécialisées, 8% des personnes qui en ont eu besoin au cours des douze derniers mois y ont totalement renoncé et 13% y ont renoncé partiellement. Lorsque l'on cumule ces deux chiffres, ce sont un peu plus de 20% des personnes ayant eu besoin de soins spécialisés au cours de l'année précédant l'enquête qui y ont renoncé au moins en partie. Ce type de renoncement est plus prégnant dans le bassin de vie de Sainte Rose, situé dans le Nord Basse-Terre où la densité de spécialistes était, en 2016, inférieure à celle d'autres parties du territoire.

Les types de soins les plus renoncés sont cohérents avec les causes du renoncement qui sont, pour beaucoup, financières - la difficulté de faire des avances de frais arrivant en tête suivie de l'impossibilité d'assumer les restes à charge mais aussi des incertitudes concernant les coûts des soins qui resteront effectivement à la charge des personnes. Il est d'ailleurs intéressant de noter que même pour les consultations généralistes, l'avance de frais est citée comme une difficulté par plus des deux tiers des personnes qui n'ont pas été chez le généraliste au moins une fois au cours des douze derniers mois malgré un besoin.

Cette enquête est également l'occasion de constater à nouveau que l'absence de complémentaire santé augmente la probabilité de renoncer à des soins. Un renonçant.e sur cinq n'a pas de complémentaire. Pour autant, on voit aussi qu'une partie des personnes qui ont une complémentaire renoncent à faire prendre en charge certains de leurs besoins, c'est plus particulièrement le cas des personnes dont la complémentaire est fournie par leur employeur.e ou celle/celui du conjoint.e.

L'effet protecteur de la CSS vis à vis des problématiques financières d'accès aux soins que l'on perçoit généralement nettement dans ce type d'enquête est bien perceptible ici ; les bénéficiaires de la CSS qui ont répondu à cette enquête se situent en effet davantage dans la population des non-renonçant.e.s que des renonçant.e.s. Le bénéfice de la prestation ne fait toutefois pas complètement disparaître le risque de ne pas réaliser certains soins pour des raisons financières, en particulier dentaires, optiques et auditifs.

A côté des causes financières, un autre motif est fréquemment évoqué par les personnes pour expliquer la non-réalisation de soins : les délais pour avoir un rendez-vous avec certain.e.s professionnel.le.s de santé. C'est plus particulièrement le cas s'agissant des consultations chez un.e ou des spécialistes mais également de l'achat d'optique et des soins dentaires.

Des causes secondaires apparaissent, dans cette enquête, pour expliquer la non-réalisation de soins : le fait d'avoir d'autres préoccupations prioritaires et/ou « d'avoir attendu que le problème » passe est plus souvent cité pour les soins généralistes. C'est aussi le cas des problèmes de mobilité et de l'éloignement par rapport à l'offre de soins dont parlent près d'un.e renonçant.e à des consultations généralistes sur quatre.

Pour les soins dentaires, une partie des renonçant.e.s parlent de leur peur par rapport à ce type de soins mais aussi de leur découragement, lié notamment à la complexité de trouver un professionnel.le et/ou de rejoindre l'offre et/ou de mettre en place les démarches administratives afférentes aux soins. Le découragement apparaît également pour l'achat de matériel optique et les consultations avec des spécialistes.

Notons que pour une partie des personnes concernées, l'absence de soins dentaires ou de matériel optique commence à s'inscrire dans la durée. 57% des personnes qui renoncent à un matériel optique sont dans cette situation depuis plus d'un an mais moins de deux ans et 12,1%

depuis plus de deux ans. Et pour la moitié des renonçant.e.s à des soins dentaires, cette situation dure depuis plus d'un an, voire plus de deux ans.

On peut notamment relier cet ancrage dans la durée d'une partie des renoncements avec la perception, pour la majorité des personnes, de conséquences à la non-réalisation des soins ou de matériel dont elles ont besoin. Près de 80% des personnes font ainsi part, dans l'enquête, de conséquences à cette situation. Les retentissements les plus cités sont ceux sur la santé au sens large, physique et mentale. On perçoit en parallèle des retentissements non négligeables sur d'autres dimensions de la vie des personnes, que ce soit sur la vie professionnelle, sociale et/ou familiale. L'absence de soins et/ou de matériel médical n'est ainsi pas « anecdotique » pour une grande partie des personnes concernées, il a des impacts très quotidiens.

Rappelons en l'occurrence que quasiment la moitié des renonçant.e.s, au-delà de ne pas réaliser un ou plusieurs soins dont ils/elles ont besoin, pensent qu'il n'est tout simplement plus possible de se soigner quand ils/elles en ressentent la nécessité. Le renoncement aux soins pourrait ainsi avoir un impact fort sur le sentiment d'inclusion sanitaire des personnes mais aussi d'inclusion sociale.