



KANNARI 2013 - Volet santé Guadeloupe Les principaux enseignements



KANNARI
Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles

Etude réalisée en 2013





KANNARI

Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles

Equipe Opérationnelle Kannari regroupant les responsables de l'étude

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) :
Desvignes V., Fröchen M, Merlo .M, Robert M. , Volatier JL

Institut de Veille Sanitaire (InVS) :

Blateau A., Bathily F., Cassadou S., Castetbon K., Dereumeaux C., Guldner L., Ledrans M., Petit-Sinturel M., Rosine J., Saoudi A., Suivant C.

ORS Guadeloupe (ORSaG) :

Cornely V., Yacou C., Pitot S.

Emeville E. a contribué à la finalisation de la rédaction des dossiers thématiques KANNARI (sauf Surcharge pondérale et obésité abdominale)

ORS Martinique (OSM) :

M. Colard, Merle S., Padra I., Pluton J., Neller N.

En collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) :

Fleuret A., Torterat J.

Les enquêteurs KANNARI selon leur répartition sur le territoire de la Guadeloupe

Grande-Terre	Aucan C.	Dupuits C.	Mercan M.
	Boucaud S.	Elias K.	Péroumal Y.
	Cabarrus M.	Gersen J.	Rioux M.
	Cadaré L.	Golabkan L.	Tinédor L.
	Couchy F.	Irénée C.	Tintin A.
	Couchy V.	Lami L.	Udol C.
	Descombes V.	Maussion V.	Valeus M.
	Dongal P.	Mazerol L.	
Basse-Terre	Afoy V.	Jomie J.	Pombo R.
	Blanche-Barbat H.	Jules N.	Ranguin G.
	Bounet L.	Lamas R.	Régent L.
	Dodokal D.	Larochelle-Babel JF.	Réson L.
	Grava L.	Lemond J.	Rosanne P.
	Guingoulou S.	Nagau M.	Serin V.
			Zou K.

1

Les enquêteurs travaillaient en binôme se rendant dans les foyers tirés au sort, répartis sur un nombre de communes variant de deux à quatre. Le nombre moyen de foyers attribués par binôme était de 126.

Commanditaires de l'étude :

Ministères chargés de la Santé et de l'Outre-Mer, les Agences Régionales de Santé de Guadeloupe et de Martinique et le Conseil Régional de Martinique.





Sommaire

Table des illustrations.....	4
Contexte.....	5
RÉSULTATS	6
I. L'âge des individus en cause.....	6
II. Une population féminine plus impactée.....	7
III. Des déterminants sociodémographiques et de santé comme autres facteurs de risque.....	7
IV. Une population guadeloupéenne traitée.....	9
1. La prise de comprimés principale traitement antidiabétique	9
2. Une stratégie thérapeutique combinant traitement médicamenteux et recommandations nutritionnelles.....	10
V. Des maladies sous surveillance.....	11
CONCLUSION	13
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	14
ANNEXES	15

Citer cette étude :

ORSaG. KANNARI 2013 - volet santé Guadeloupe - les principaux enseignements - Février 2017

KANNARI, Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe; 2016. 20 p.

Disponible sur

<http://www.orsag.fr/actualite-orsag/364-enquete-kannari-volet-sante-les-principaux-enseignements.html>



TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1	Prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie selon l'âge. 2013.....	6
Figure 2	Prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie signalée selon le sexe. 2013.....	7
Figure 3	Prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle selon le niveau de diplôme. 2013	7
Figure 4	Fréquence de la surcharge pondérale chez les diabétiques et les hypertendus. 2013.....	8
Figure 5	Fréquence de l'obésité abdominale chez les diabétiques, les hypertendus et ceux pour qui une hypercholestérolémie a été signalée. 2013.....	8
Figure 6	Fréquence du suivi ou de prescription d'un traitement médicamenteux selon le sexe. 2013.....	9
Figure 7	Répartition des types de traitement(s) antidiabétique(s) suivi(s) dans la population diabétique. 2013.....	9
Figure 8	Répartition des stratégies thérapeutiques pour diminuer la pression artérielle. 2013.....	10
Figure 9	Répartition des stratégies thérapeutiques pour diminuer le taux de cholestérol. 2013.....	10
Figure 10	Niveau de l'hypertension artérielle chez les hypertendus traités	11



Les principaux enseignements en Guadeloupe

KANNARI

Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles

En France, les maladies chroniques concernent approximativement 20 % de la population et sont l'une des principales causes de décès et d'incapacité [1]. Problème majeur de santé publique, ces affections entraînent souvent une détérioration de la qualité de vie du malade et de son entourage. Parmi les maladies chroniques et leurs facteurs de risque intermédiaires se trouvent les maladies cardiovasculaires, l'asthme, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète.

« KANNARI : Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles » est une enquête réalisée en partenariat entre l'InVS, l'Anses, les ARS, les observatoires régionaux de santé de Guadeloupe et de Martinique et l'Insee¹.

Un de ses objectifs était d'évaluer l'état de santé de la population guadeloupéenne en 2013 en termes de prévalences du surpoids, de l'obésité et de certaines maladies d'intérêt (diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie et asthme).

L'échantillonnage a été placé sous la responsabilité de l'Insee. L'échantillon a été constitué par tirage au sort d'un foyer puis d'un adulte et éventuellement d'enfants de chaque foyer sélectionné (sondage à deux degrés). L'unité statistique est l'individu. KANNARI a été conduite en population générale, auprès de deux échantillons de personnes âgées de 3 ans ou plus résidant respectivement en Guadeloupe et en Martinique au moment de l'enquête.

Le questionnaire « santé » a permis de recueillir les données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'études, profession), les paramètres anthropométriques des sujets, ainsi que des informations concernant la santé des participants. Ce questionnaire « santé » comportait une version « adulte » pour les personnes âgées de 16 ans ou plus et une version « enfant » pour les participants âgés de 3 à 15 ans. Il a été administré en face à face. La taille, le poids, le tour de taille et le tour de hanches ont été mesurés au domicile de l'enquêté : la taille avec une toise électronique, le poids avec un pèse-personne électronique et les tours de taille et de hanches avec un mètre ruban. A ce questionnaire, se rajoutait un bref questionnaire « examen biologique » et un prélèvement sanguin pour les adultes majeurs ayant consenti à participer au volet imprégnation de l'enquête.

La phase de terrain de cette étude transversale en population générale s'est déroulée de septembre à décembre 2013. Une vingtaine de binômes d'enquêteurs se sont rendus dans les foyers guadeloupéens. En Guadeloupe, 2 514 foyers ont été tirés au sort. Au final, 974 ont finalement été enquêtés lors de KANNARI : 851 adultes âgés de 16 ans ou plus et 266 enfants âgés de 3 à 15 ans ont été interrogés en Guadeloupe (annexes 1 et 2).

Finalisé par l'Insee en décembre 2014, un calage sur marge a permis de redresser l'échantillon obtenu à l'issue de la phase de terrain afin de retrouver les caractéristiques de la population générale. Les pondérations utilisées dans le traitement des données biologiques ont été calculées en utilisant les variables du questionnaire santé pour lesquelles un biais de participation au volet biologique a été identifié de façon statistiquement significative. L'analyse des données a été effectuée sous STATA® version 9.0 en tenant compte du redressement. Le degré de significativité des tests statistiques a été fixé au seuil de 5 %. Le Chi2 de Pearson a été utilisé pour les analyses bivariées et la régression logistique pour les analyses multivariées.

¹InVS : Institut de Veille Sanitaire devenue depuis 2016 Santé publique France, Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, ARS : Agences Régionales de Santé, Insee : Institut national de la statistique et des études économiques



RESULTATS

Ce document constitue une synthèse des résultats obtenus au cours de l'enquête KANNARI avec pour objectif d'apporter une connaissance actualisée en matière de diabète, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie en Guadeloupe chez les adultes âgés de 16 ans ou plus [2-4].

Définitions

- La **présence d'un diabète** est définie par la déclaration d'un diagnostic posé par un professionnel de santé. La distinction entre les types de diabète n'a pas été faite au cours de cette analyse. Les femmes ayant souffert uniquement d'un diabète gestationnel ont été considérées comme non diabétiques.
- L'**hypertension artérielle** concerne toutes les personnes sous traitement antihypertenseur au moment de l'enquête ou celles dont la pression artérielle moyenne lors des mesures était supérieure ou égale à 140/90 mmHg avec ou sans signalement par un médecin d'une pression artérielle trop élevée
- L'**hypercholestérolémie** est définie par le signalement d'un taux trop élevé de cholestérol dans le sang par un professionnel de santé.

Au cours de l'enquête KANNARI, 851 adultes âgés de 16 ans ou plus ont répondu au questionnaire santé.

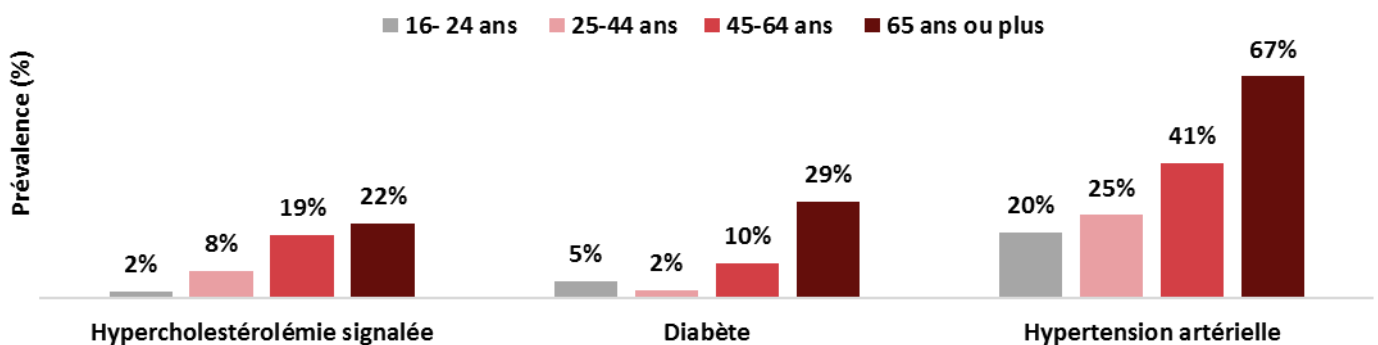
En 2013, un peu plus d'un Guadeloupéen sur dix déclare souffrir de diabète (11 %), et près de quatre sur dix (39%) sont hypertendus. Moins de deux adultes sur dix (14 %) disent qu'un médecin leur a déjà signalé une hypercholestérolémie.

6 I. L'âge des individus en cause

De façon générale, les personnes souffrant de diabète, d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie sont en moyenne plus âgées que les non malades. La moyenne d'âge est de 62 ans, 56 ans et 57 ans respectivement chez les diabétiques, les hypertendus et ceux pour qui une hypercholestérolémie a déjà été signalée (contre 46 ans, 43 ans et 46 ans parmi les non-malades).

Comme dans les autres régions du monde, l'âge avancé est l'un des facteurs de risque le plus fortement associé aux cas de diabète, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie. En effet, les personnes âgées de 45 ans ou plus sont davantage concernées par ces maladies que les plus jeunes (Figure 1).

Figure 1 - Prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie selon l'âge. 2013



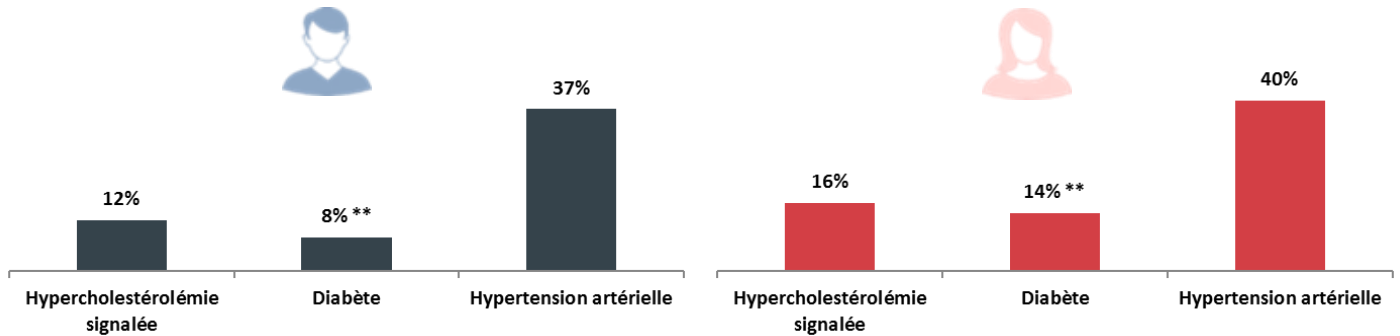
Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus (diabète n=851 ; hypertension artérielle n=800 et hypercholestérolémie n=851)



II. Une population féminine plus impactée

Les femmes guadeloupéennes tendent à être plus fréquemment touchées par ces maladies que les hommes (Figure 2). Dans cette étude, seule la prévalence du diabète dépend significativement du sexe.

Figure 2 - Prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie signalée selon le sexe. 2013



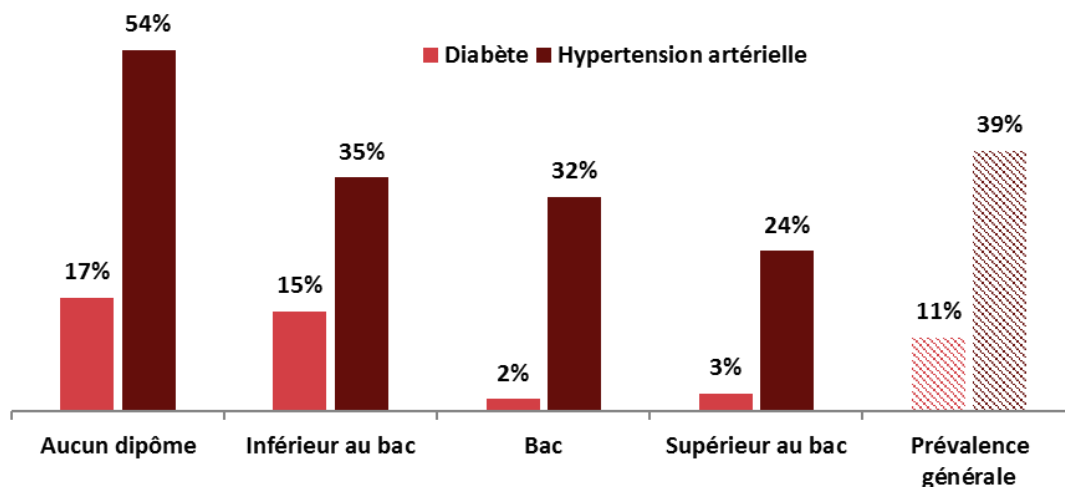
Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus (diabète n=851 ; hypertension artérielle n=800 et hypercholestérolémie n=851) ;

III. Des déterminants sociodémographiques et de santé comme autres facteurs de risque

Concernant les déterminants sociodémographiques, il est observé que le niveau de diplôme est inversement associé au diabète et à l'hypertension artérielle. Ainsi, les prévalences de ces maladies sont plus importantes chez les personnes peu ou pas diplômées que chez celles titulaires d'un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat (Figure 3). Cette association n'a pas été retrouvée pour l'hypercholestérolémie.

Par ailleurs, les personnes nées en Guadeloupe ou en Martinique² sont davantage exposées au diabète (13 %) que celles qui sont nées ailleurs (3%).

Figure 3 - Prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle selon le niveau de diplôme. 2013



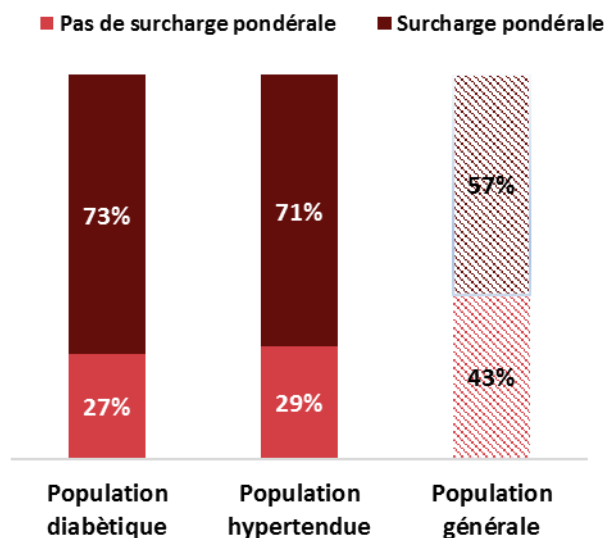
Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus (n=841[†]) ; † Effectif excluant les individus ne sachant pas s'ils ont eu un contrôle de la PA

²Parmi les personnes nées en Guadeloupe ou en Martinique, 97 % sont nées en Guadeloupe



Au regard des caractéristiques de santé, il existe une association entre la surcharge pondérale³ (surpoids et obésité) et respectivement, diabète et hypertension artérielle (Figure 4). La prévalence de la surcharge pondérale est ainsi plus importante chez les diabétiques (73 %) et les hypertendus (71 %) qu'en population générale (57 %). Comme précédemment, cette association n'a pas été retrouvée avec l'hypercholestérolémie.

Figure 4 - Fréquence de la surcharge pondérale chez les diabétiques et les hypertendus. 2013

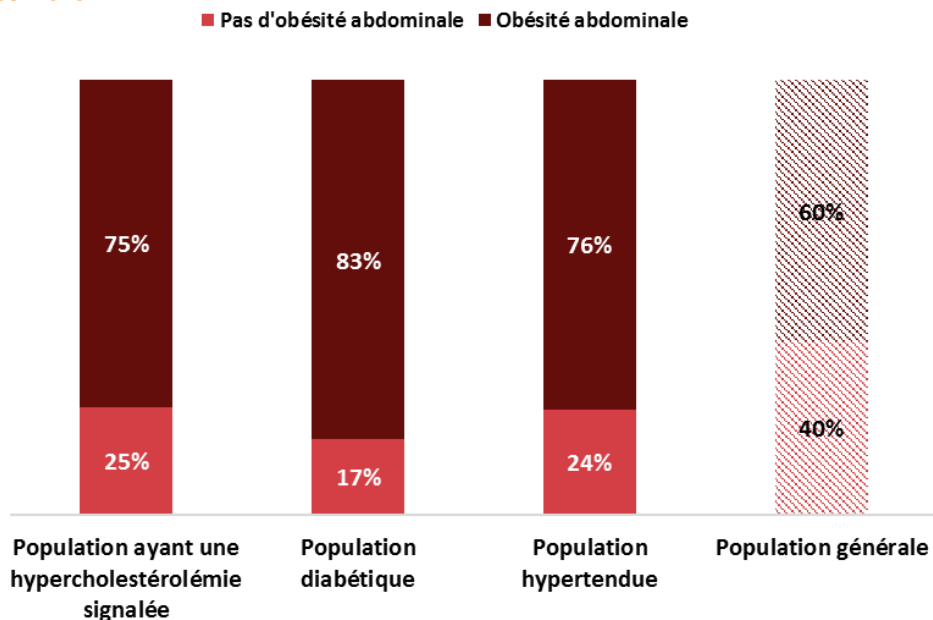


Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus (diabète n=805 ; hypertension artérielle n=777; population générale : 805)

Avec une prévalence de 60% en population générale, l'obésité abdominale⁴ est un facteur associée à ces trois maladies. Cette fréquence est plus élevée chez les diabétiques, les hypertendus et ceux pour qui une hypercholestérolémie a été signalée (Figure 5). Trois quarts des Guadeloupéens ayant eu une hypercholestérolémie signalée souffrent d'obésité abdominale. Dans la population diabétique, plus de quatre adultes sur cinq (83 %) présentent ce type d'obésité (contre 57 % chez les non-diabétiques). Plus de sept hypertendus sur dix (76 %) sont en obésité abdominale contre 50 % des non-hypertendus.

8

Figure 5 - Fréquence de l'obésité abdominale chez les diabétiques, les hypertendus et ceux pour qui une hypercholestérolémie a été signalée. 2013



Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus (diabète n=797 ; hypertension artérielle n=771 et hypercholestérolémie n=797; population générale n=797)

³Surcharge pondérale : définie à partir d'un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égale 25 kg/m² chez l'adulte, ce terme regroupe les individus en situation de surpoids et ceux en situation d'obésité. Le surpoids est déterminé pour un IMC compris entre 25 et 30 kg/m² et l'obésité pour un IMC ≥ 30 kg/m².

⁴Obésité abdominale : excès de masse grasse au niveau abdominal. Le seuil édicté par l'International Diabetes Federation définit une obésité abdominale pour un tour de taille supérieur ou égal à 94 cm et 80 cm respectivement chez l'homme et la femme.

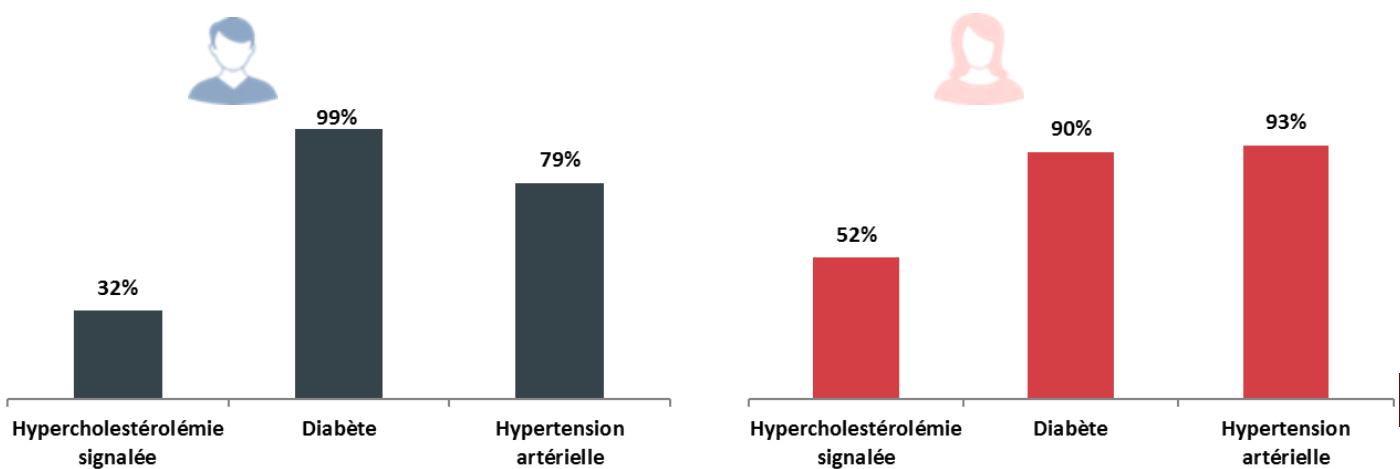


IV. Une population guadeloupéenne traitée

Durant cette enquête, contrairement aux autres maladies (diabète et hypertension artérielle), la question d'un traitement médicamenteux contre l'hypercholestérolémie portait sur la notion de prescription au cours de l'année précédant l'enquête et non sur la notion de suivi actuel d'un traitement.

Hormis pour le diabète, les femmes sont plus fréquemment traitées que les hommes (Figure 6). Plus de neuf femmes sur dix (93 %) se sachant hypertendues sont traitées (contre 79 % chez les hommes). Vis-à-vis de l'hypercholestérolémie, 52 % des femmes guadeloupéennes pour qui la maladie a déjà été signalée, ont eu une prescription d'un traitement contre l'hypercholestérolémie. Chez les hommes, cette proportion est de 32 %. La quasi-totalité des hommes diabétiques sont traités (99 %).

Figure 6 – Fréquence du suivi ou de prescription d'un traitement médicamenteux selon le sexe. 2013



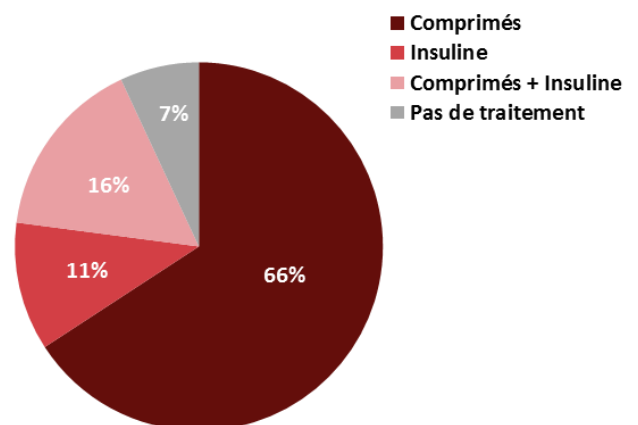
Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus (diabète n=117 ; hypertension artérielle n=213 et hypercholestérolémie n=127) ;
 ** : différence significative entre les hommes et les femmes

1. La prise de comprimés principale traitement antidiabétique

Il existe différents types de diabète plus ou moins rares pour certains. Les types les plus fréquents sont le diabète de type 1 diagnostiqué principalement chez les jeunes personnes et le diabète de type 2 qui apparaît surtout chez les personnes âgées de 40 ans ou plus. Le traitement pharmacologique varie en fonction du type de diabète. Pour les diabétiques de type 1, le traitement repose sur l'apport d'insuline par injection. Le traitement des diabétiques de type 2 passe dans un premier temps, par des mesures hygiéno-diététiques puis si cela est nécessaire par les traitements antidiabétiques oraux et/ou injectable.

La majorité des diabétiques (93 %) suivent un traitement antidiabétique au moment de l'enquête. Les deux tiers disent prendre uniquement des comprimés, plus d'un sur dix uniquement des injections d'insuline et moins de deux sur dix (16 %) sont traités conjointement par comprimés et par injection d'insuline (Figure 7).

Figure 7 – Répartition des types de traitement(s) antidiabétique(s) suivi(s) dans la population diabétique. 2013



Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus (n=117)

Le traitement antidiabétique varie en fonction du sexe et de l'âge de l'individu au diagnostic du diabète. La prise de comprimés est le principal traitement antidiabétique aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Dans la population masculine atteinte de diabète, le traitement couplant comprimés et insuline est la deuxième stratégie (30 %) suivie de la prise d'insuline (4 %). Dans la population féminine diabétique, 15 % des femmes sont sous insuline uniquement et 9 % ont un traitement associant les deux (comprimés et insuline).

Par ailleurs, la prise d'insuline (avec ou sans prise de comprimés) est d'autant plus élevée que l'âge au diagnostic est précoce : 73 % de ceux diagnostiqués avant l'âge de 15 ans sont traités par insuline. À l'inverse, la prise de comprimés (associée ou non à la prise d'insuline) est largement majoritaire au-delà de cet âge de diagnostic.

2. Une stratégie thérapeutique combinant traitement médicamenteux et recommandations nutritionnelles

Le contrôle de ces maladies repose sur la prise de traitements médicamenteux mais également sur le suivi de recommandations nutritionnelles.

Près de trois quarts (74 %) des diabétiques ont reçu, de la part d'un médecin, des recommandations nutritionnelles pour diminuer leur glycémie. Pour 73 % d'entre eux, ils ont reçu à la fois des recommandations nutritionnelles et un traitement antidiabétique (comprimés ou insuline). Moins d'un diabétique sur dix (6%) n'a reçu aucune stratégie thérapeutique (ni traitement médicamenteux, ni recommandations nutritionnelles).

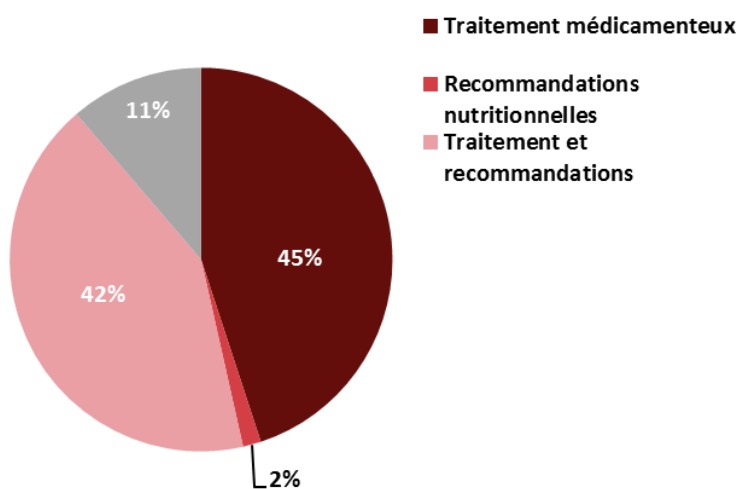
10

Près de neuf hypertendus sur dix connaissant leur maladie (87 %) suivent un traitement médicamenteux pour diminuer leur tension artérielle. Près de la moitié (44 %) des hypertendus ayant connaissance de leur maladie, ont eu des recommandations nutritionnelles. Pour un peu plus d'un sur dix (11 %), aucune stratégie thérapeutique n'a été recommandée ou prescrite afin de diminuer cette dernière (Figure 8).

Parmi les personnes ayant une hypercholestérolémie signalée par un médecin, plus de quatre sur dix (44 %) ont répondu que ce dernier leur a prescrit un traitement médicamenteux afin de diminuer leur taux de cholestérol au cours des douze mois précédant l'enquête. Pour 16 % d'entre eux, seuls des conseils nutritionnels leur ont été recommandés. Pour quatre adultes sur dix, aucune stratégie n'a été préconisée (Figure 9).

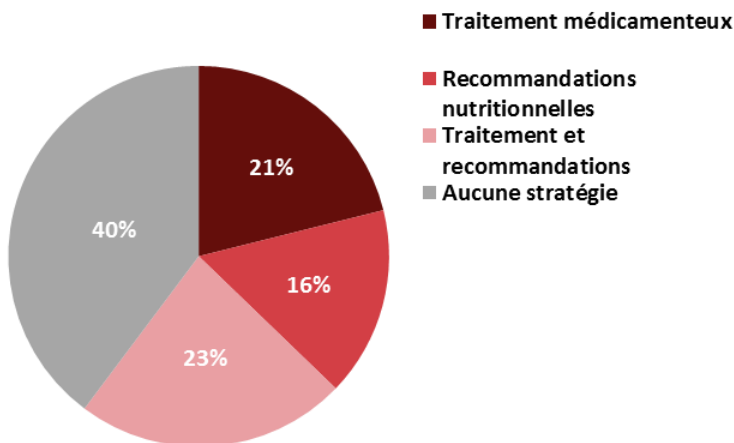
Augmenter son activité physique ou faire du sport est la recommandation nutritionnelle la plus fréquemment retrouvée afin de lutter contre ces trois maladies : 52 % chez les diabétiques, 36 % chez les hypertendus connus et 30 % chez les individus pour qui une hypercholestérolémie a été signalée.

Figure 8 - Répartition des stratégies thérapeutiques pour diminuer la pression artérielle. 2013



Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus ayant connaissance de leur hypertension

Figure 9 – Répartition des stratégies thérapeutiques pour diminuer le taux de cholestérol. 2013



Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus ayant une hypercholestérolémie signalée par un médecin (n = 127)



V. Des maladies sous surveillance

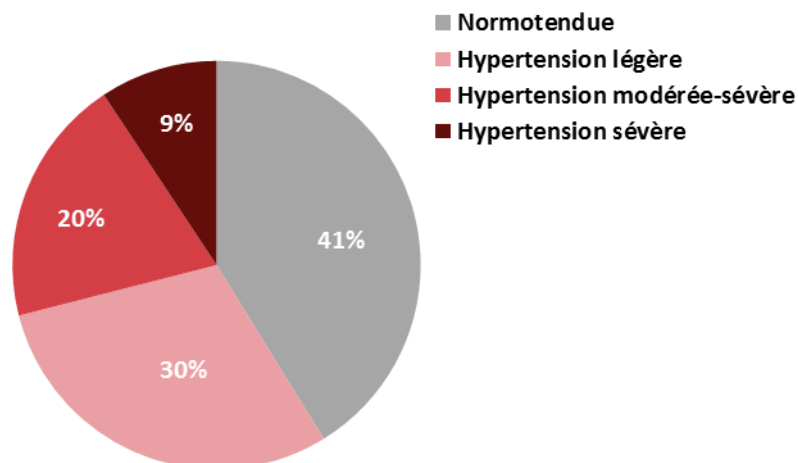
Au cours de l'enquête de terrain, une mesure de la pression artérielle (PA) était proposée aux enquêtés ainsi qu'un prélèvement biologique à jeun aux adultes âgés de 18 ans ou plus ayant accepté de participer au volet imprégnation de KANNARI. La glycémie, le cholestérol total, le HDL⁵-cholestérol (HDL-c) et le LDL⁶-cholestérol (LDL-c) présents dans le sang ont été mesurés dans les laboratoires d'analyses biomédicales de Guadeloupe participant à l'étude.

Une tension artérielle est dite contrôlée chez un hypertendu traité lorsque sa pression artérielle systolique est inférieure à 140 millimètres de mercure (mmHg) et/ou sa pression artérielle diastolique est inférieure à 90 mmHg. Au-delà, on parle d'hypertension légère ($140/90 \text{ mmHg} \leq \text{PA} < 160/100 \text{ mmHg}$), d'hypertension modérée-sévère ($160/100 \text{ mmHg} \leq \text{PA} < 180/110 \text{ mmHg}$) et d'hypertension sévère ($\text{PA} \geq 180/110 \text{ mmHg}$).

A partir du prélèvement biologique, un diagnostic de diabète est posé, pour toute glycémie supérieure à 1,26 gramme par litre de sang (g/l). Le terme d'hypercholestérolémie-LDL est introduit pour un taux de LDL-c supérieure à 1,60 g/l. La glycémie et la cholestérolémie ont été dosées respectivement chez 297 et 244 adultes guadeloupéens.

Le jour de la mesure de la pression artérielle, plus d'un tiers des hypertendus traités (41 %) avaient une hypertension artérielle contrôlée et moins d'un hypertendu traité sur dix (9 %) une hypertension sévère (Figure 10).

Figure 10 - Niveau de l'hypertension artérielle chez les hypertendus traités



Champ : adultes âgés de 16 ans ou plus traités pour l'hypertension (n=162)

Les facteurs associés à une hypertension contrôlée chez les hypertendus traités sont le sexe et l'activité professionnelle. Ainsi, la moitié des femmes hypertendues sous traitement médicamenteux ont une hypertension contrôlée et un peu plus d'une sur dix présente une hypertension artérielle sévère (12 %). Chez les hommes, 21 % des hypertendus traités sont contrôlés, pour près de la moitié d'entre eux (47 %), l'hypertension artérielle reste légère.

Les retraités et les autres inactifs traités pour l'hypertension artérielle présentent plus fréquemment une hypertension contrôlée (52 % et 64 % respectivement) que les autres catégories (employés : 26 % ou chômeurs : 18%).

Pour moins de la moitié des diabétiques traités au moment de l'enquête (45 %), la glycémie dépasse le seuil fixé à 1,26 g/l. Vis-à-vis du taux de LDL-c, 6 % des enquêtés ayant eu une hypercholestérolémie signalée par un médecin et pour qui un traitement a été prescrit, présentent une hypercholestérolémie -LDL (taux > à 1,6 g/l).

⁵HDL : High Density Lipoproteins

⁶LDL : Low Density Lipoproteins





CONCLUSION

L'enquête KANNARI initiée en 2013, a permis de réactualiser les données sur l'état de santé de la population guadeloupéenne et martiniquaise en abordant des maladies chroniques ou des maladies considérées comme facteurs de risque de ces dernières.

En Guadeloupe, au sein des adultes âgés de 16 ans ou plus, la prévalence du diabète - diagnostiqué par un professionnel de santé selon les déclarations individuelles - est de 11 %, celle de l'hypertension artérielle - connue et dépistée - est de 39 %. Pour une hypercholestérolémie signalée par un médecin, la prévalence est estimée à 14 %.

Moins de cinq adultes sur dix pour qui une hypercholestérolémie a été signalée, ont eu une prescription d'un traitement contre l'hypercholestérolémie l'année précédant l'enquête. La majorité des diabétiques et des hypertendus suivent un traitement pour soigner leur maladie au moment de l'enquête. En dépit de cette forte proportion, plus de quatre diabétiques traités et ayant bénéficié d'un prélèvement biologique sur dix ont une glycémie supérieure à la normale. Pour les hypertendus traités, plus de la moitié ont toujours une pression artérielle trop élevée.

Outre les traitements pharmacologiques, les recommandations nutritionnelles en particulier la pratique d'une activité physique, sont fortement conseillées par les professionnels de santé.

Divers facteurs de risque – génétiques, environnementaux et comportementaux – sont associés à la survenue de ces maladies. La sédentarité, le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risques reconnus. Selon l'enquête KANNARI, plus fréquente chez la femme et augmentant avec l'âge, la prévalence de la surcharge pondérale dans la population adulte guadeloupéenne est élevée : 34 % de surpoids et 23 % d'obésité [5]. Elle l'est encore plus parmi les sujets diabétiques, les hypertendus et ceux pour qui une hypercholestérolémie a été signalée.

Par ailleurs, KANNARI montre ou tend à montrer des prévalences pour ces maladies d'intérêt, plus grandes dans la population féminine que la population masculine. Cette différence, serait en partie liée à la prévalence de l'obésité plus forte au sein de la population féminine des Antilles françaises.

KANNARI est une enquête descriptive mettant à jour les données sur la prévalence du surpoids, de l'obésité et de certaines maladies d'intérêt dont le diabète, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. Ses résultats confirment que ces dernières demeurent des maladies d'importance en Guadeloupe, et la lutte doit être maintenue dans les priorités de santé au niveau régional.

De nombreuses actions de promotion de la santé ont émergé telles que l'émission télévisée sur la nutrition élaborée par l'ARS de Guadeloupe et l'aménagement de parcours sportifs dans toutes les communes de la Guadeloupe par le Conseil régional afin de faciliter l'accès à l'activité physique. Les professionnels de santé et les institutions s'engagent également en mettant en place des services d'accompagnement pour les patients afin de mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes de vie (Programmes d'Éducation Thérapeutiques pour l'hypertension artérielle, service SOPHIA pour les diabétiques...).



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Invs-Santé Publique France. Dossier thématiques : Maladies chroniques et traumatismes.
Disponible sur : < <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes> >
consulté le 20 février 2017.
2. **ORSaG. Diabète en Guadeloupe en 2013. Etude KANNARI. 2016. 20p.**
Disponible sur :
< <http://www.orsag.fr/actualite-orsag/360-le-diabete-en-guadeloupe-en-2013-enquete-kannari.html> >
3. **ORSaG. Hypercholestérolémie en Guadeloupe en 2013. Etude KANNARI. 2016. 20p.**
Disponible sur :
< <http://www.orsag.fr/actualite-orsag/361-l-hypercholesterolemie-en-guadeloupe-en-2013-enquete-kannari.html> >
4. **ORSaG. Hypertension artérielle en Guadeloupe en 2013. Etude KANNARI. 2016. 24p.**
Disponible sur :
< <http://www.orsag.fr/actualite-orsag/362-hypertension-arterielle-en-guadeloupe-en-2013-enquete-kannari.html> >
5. **ORSaG. Surcharge pondérale et obésité abdominale en Guadeloupe en 2013. Etude KANNARI. 2016. 24p.**
Disponible sur : < <http://www.orsag.fr/actualite-orsag/354-kannari.html> >



ANNEXES

Caractéristiques de la population d'adultes et d'enfants enquêtés lors de l'enquête KANNARI en Guadeloupe

ANNEXE 1

Caractéristiques sociodémographiques
des adultes (16 ans ou plus)

% de la population totale (n=851)

(données redressées)

Sexe	
Hommes	44,6%
Femmes	55,4%
Age	
16-24 ans	14,8%
25-34 ans	11,7%
35-44 ans	17,0%
45-54 ans	20,7%
55-64 ans	16,1%
65-74 ans	12,1%
75 ans ou plus	7,6%
Lieu de Naissance	
Guadeloupe	79,8%
Martinique	2,6%
Autres DOM/TOM	1,5%
France hexagonale	9,8%
Pays étranger	6,3%
Etat matrimonial légal	
Célibataire	48,7%
Marié, pacsé	37,7%
Séparé, divorcé	8,4%
Veuf	5,2%
Niveau de diplôme	
Aucun diplôme	32,1%
Inférieur au Bac	31,9%
Bac	20,4%
Supérieur au Bac	15,6%
Situation professionnelle	
Occupe un emploi	40,0%
Apprenti sous contrat ou en	1,3%
Etudiant, élève, en formation	8,9%
Chômeur	19,5%
Retraité ou en préretraite	23,1%
Femme ou homme au foyer	6,6%
Autre	0,6%
Type de revenus du foyer	
Pas de minima sociaux	79,9%
Minima sociaux	20,1%

ANNEXE 2

Caractéristiques sociodémographiques
des enfants (3 à 15 ans)

% de la population totale (n=266)

(données redressées)

Sexe	
Garçons	50,6%
Filles	49,4%
Age	
3-6 ans	28,7%
7-10 ans	31,3%
11-15 ans	40,0%
Lieu de Naissance	
Guadeloupe	87,5%
Martinique	0,2%
Autres DOM/TOM	0,2%
France hexagonale	10,0%
Pays étranger	2,1%
Scolarisation	
Maternelle	14,7%
Primaire	42,8%
Collège	31,8%
Lycée	9,8%
Non scolarisé	0,9%
Niveau de diplôme de l'adulte de référence	
Aucun diplôme	36,5%
Inférieur au Bac	31,5%
Bac	15,2%
Supérieur au Bac	16,8%
Situation professionnelle de l'adulte de réfé-	
Occupe un emploi	64,6%
Apprenti sous contrat ou en	0,2%
Etudiant, élève, en formation	0,0%
Chômeur	22,9%
Retraité ou en préretraite	2,2%
Femme ou homme au foyer	10,0%
Autre	0,1%



www.orsag.fr



Enceinte du GIP RASPEG

Imm. Le Squal, Rue René RABAT • Houelbourg sud II • 97 122 Baie-Mahault
Tel : 0590 47 61 94 • Fax : 0590 47 17 02 • Email : info@orsag.fr

Publication : Février 2017