

# La santé comme rapport au corps et au risque : la situation des jeunes de 15-25 ans en Guyane

Etudes & Perspectives  
Collection « Jeunesse »



# INTRODUCTION

En Guyane, la très forte croissance démographique nécessite de s'interroger sur la situation des jeunes. Or il existe paradoxalement très peu de données sur cette population. C'est pourquoi, dès 2010, la Région Guyane s'est engagée dans une recherche-action visant une connaissance fine et dynamique des jeunes de Guyane.

La Région est ainsi devenue le chef de file de cette démarche partenariale, avec l'objectif d'élaborer une politique territoriale de jeunesse, notamment dans la perspective de la collectivité unique. Ce projet s'est appuyé sur une large mobilisation de partenaires locaux et nationaux. Tout d'abord la Préfecture, l'Insee Guyane et le Centre de Ressources Politique de la Ville (CRPV) de Guyane, puis la Direction des Affaires Culturelles de Guyane, la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de Guyane, la Délégation Générale de l'Outre-Mer (DéGéOM), l'Acsé, l'Agence Régionale de Santé de Guyane, le Rectorat de Guyane, la CAF de Guyane, le Parc Amazonien de Guyane, le Centre Population & Développement, et le Conseil général de Guyane.

La mise en œuvre des différents travaux ainsi que l'animation de cette démarche est confiée au CRPV de Guyane.

Quelles sont aujourd'hui les modalités de passage à l'âge adulte des jeunes en Guyane ?

Quelle politique de jeunesse territorialisée faut-il proposer dans la perspective de la collectivité unique de 2015 ?

Concrètement la Démarche Jeunesse se décline en trois phases :

- Phase 1 : faire un état des lieux qui articule des données quantitatives (notamment de l'Insee) et des données qualitatives issues des recherches en sciences humaines et sociales.
- Phase 2.1 : réaliser une enquête quantitative (par questionnaire) auprès d'un échantillon représentatif des jeunes de 16-25 ans résidant en Guyane.
- Phase 2.2 : réaliser une enquête qualitative pour mieux comprendre les trajectoires sociobiographiques de ces jeunes et évaluer leur degré d'autonomie/indépendance.

Dans le cadre de la phase 1, le CRPV a produit différentes analyses thématiques sur la situation des jeunes adultes de Guyane. Ce sont ces réflexions que nous présentons dans cette collection « Démarche Jeunesse ». Huit publications seront diffusées tout au long de l'année 2013 :

- Démographie et mobilités chez les 15-25 ans de Guyane
- Plurilinguisme, jeux identitaires et « parler jeune » en Guyane
- Les conditions de vie des 15-25 ans de Guyane
- Santé et rapport au corps chez les 15-25 ans de Guyane
- Scolarisations
- Insertion professionnelle et emploi chez les 15-25 ans de Guyane
- Premières préconisations pour une politique de jeunesse en Guyane

Si ces textes proposent des données de cadrage sur les thèmes traités, ils visent surtout à poser les questionnements sociologiques qui guideront la suite de la « Démarche Jeunesse ».

# SOMMAIRE

## LA SANTÉ DES JEUNES EN GUYANE : DES PROBLÉMATIQUES COMMUNES MAIS AUSSI DE TRÈS NETTES DISPARITÉS RÉGIONALES

<b>1/ Jeunes scolaires, étudiants, jeunes en insertion, jeunes migrants : des problématiques de santé communes mais des différences importantes ....</b>	<b>05</b>
<b>2/ Une protection sociale encore insuffisante .....</b>	<b>06</b>
<b>3/ Une activité sexuelle précoce entraînant de nombreuses grossesses précoces.....</b>	<b>07</b>

## LES COMPORTEMENTS À RISQUE DES 15-25 ANS EN GUYANE

<b>1/ Alcool, tabac et drogues .....</b>	<b>11</b>
<b>2/ Les violences juvéniles.....</b>	<b>12</b>
<b>3/ La prostitution juvénile .....</b>	<b>13</b>
<b>4/ De très forts risques d'infection au V.I.H. chez les jeunes .....</b>	<b>14</b>
<b>5/ L'enjeu du surpoids et de l'obésité .....</b>	<b>15</b>
<b>6/ De nombreux suicides et tentatives de suicide .....</b>	<b>15</b>
<b>7/ Une insécurité routière encore importante .....</b>	<b>16</b>

## APPRÉHENDER LA SANTÉ DES JEUNES DU POINT DE VUE DU RAPPORT À SOI ET DU RAPPORT AUX AUTRES

<b>1/ Passage vers l'âge adulte : comprendre leur rapport au corps et au risque .....</b>	<b>19</b>
<b>2/ Comment prendre en compte les origines ethno-culturelles ? .....</b>	<b>20</b>
<b>3/ Précarité et « désaffiliation sociale » .....</b>	<b>21</b>

# LA SANTÉ DES JEUNES EN GUYANE : DES PROBLÉMATIQUES COMMUNES MAIS AUSSI DE TRÈS NETTES DISPARITÉS RÉGIONALES

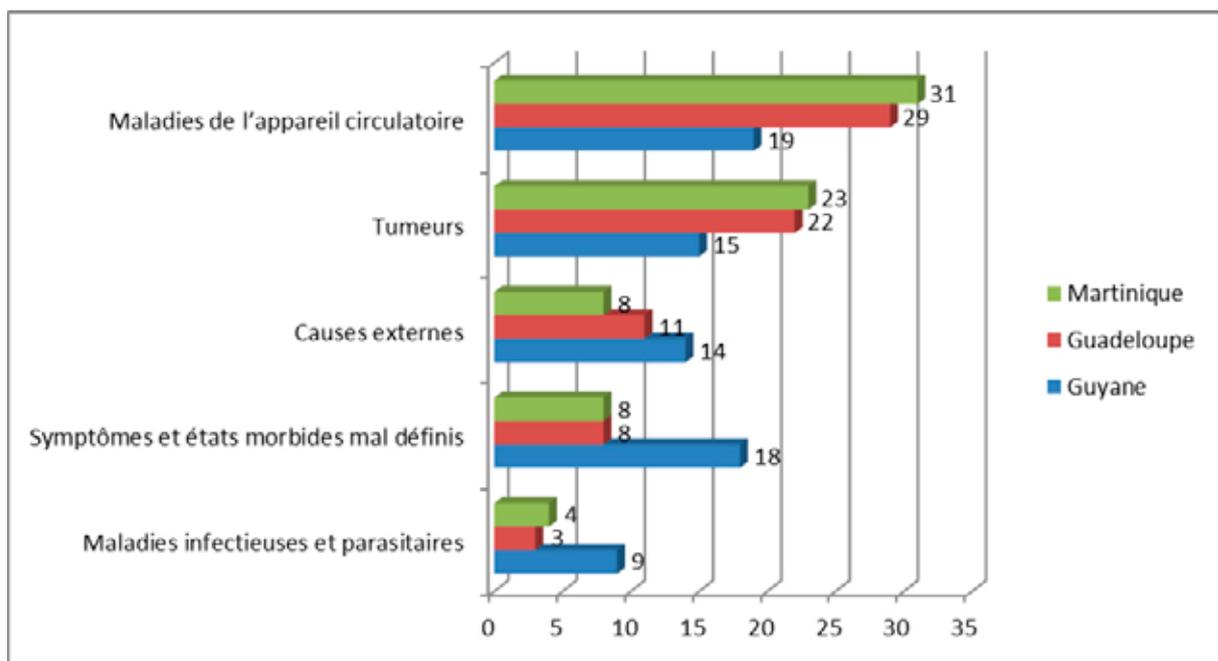
En Guyane, la santé des jeunes est une préoccupation majeure des pouvoirs publics. En raison de pathologies infectieuses nombreuses, de conditions de vie toujours précaires, mais aussi du fait des conduites à risque des moins de 25 ans : consommation d'alcool, (tentatives de) suicides, conduite routière, prostitution, comportements violents, sont autant de signes d'une fragilité certaine. Au-delà du danger qu'ils peuvent représenter (pour eux-mêmes comme pour les autres), c'est plus fondamentalement le rapport au corps et au risque qu'il faut appréhender pour saisir les spécificités de cet âge de la vie.

# 1/ Jeunes scolaires, étudiants, jeunes en insertion, jeunes migrants : des problématiques de santé communes mais des différences importantes

Faisant face à une très forte croissance démographique (Wintrebert et al., 2014), la Guyane a considérablement amélioré son niveau de santé publique ces dernières décennies. Pour autant ce département demeure toujours un des territoires les plus sensibles de France : de nombreuses pathologies infectieuses (dengue, paludisme, maladie de Chagas, tuberculose, etc.), des pathologies chroniques (telles que le diabète et l'hypertension artérielle), ou encore des problèmes spécifiques comme la drépanocytose. Au quel il faut ajouter des enjeux plus généraux de santé environnementale : insalubrité des logements (14% n'avaient pas d'eau courante en 2006), contamination de la chaîne alimentaire par le mercure (Cordier et Grasmick, 1994) en raison des activités d'orpaillage (Jolivet et al., 2009, 18)

Une des spécificités de la Guyane par rapport à la métropole ou aux Antilles tient à la part importante aussi bien des causes externes (15% des décès, surtout des accidents) que des maladies infectieuses et parasitaires (9% des décès, en grande majorité le VIH) dans les facteurs de décès. « La Guyane cumule donc des causes de mortalité propres aux populations vieillissantes des pays industrialisés (maladies cardiovasculaires, tumeurs...) et des causes de surmortalité prématurée spécifiques aux populations jeunes (causes externes, pathologies infectieuses, etc...) » (Para et Parriault, 2003, 6). D'où une forte mortalité prématurée (décès survenu avant 65 ans), en particulier chez les 15 – 40 ans.

## Principales causes de décès aux Antilles-Guyane entre 2002 et 2002 en %



Source : Insee, Inserm, 2000-2002, in « Une surmortalité prématurée due aux accidents », *Antianechos*, n° 67, février 2007. [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/guyane/themes/antiane/ae67/ae67\\_art06.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guyane/themes/antiane/ae67/ae67_art06.pdf)

Lecture : 9% des décès en Guyane entre 2000 et 2002 sont liés à des maladies infectieuses et parasitaires.

L'Observatoire Régional de Santé de Guyane (ORSG) a mené ces dix dernières années trois enquêtes sur les jeunes adultes : sur les scolarisés dans le Secondaire ; sur les étudiants ; sur les jeunes en voie d'insertion professionnelle et sociale. Ces études montrent qu'il n'existe pas, en matière de santé, de problèmes qui se poseraient uniquement à l'une ou l'autre de ces sous populations. Tous les jeunes sont confrontés, à des degrés divers, aux mêmes enjeux. Pour autant, en termes de santé, ces trois groupes se distinguent parfois nettement les uns des autres.

Plus que les sous-catégories d'âge (différence entre moins de 21 ans et plus de 21 ans par exemple), la première variable clé est le statut d'activité au sein de cette population 16-25 ans. L'autre variable décisive, semble être l'expérience de la migration. Les migrants, tout

particulièrement les jeunes, sont dans des situations sanitaires bien spécifiques du fait de leur situation socioéconomique en Guyane (conditions de travail plus pénibles, chômage, logement plus précaire, niveau de rémunération plus faible...), des discriminations dont ils font l'objet dans l'accès aux soins, ou d'un recours aux soins plus complexe du fait d'une moins bonne connaissance du système de santé et d'une moindre maîtrise de la langue (Jolivet et al., 2009, p.8). Les inégalités territoriales et socio-économiques dans l'accès aux soins sont donc également des inégalités selon l'origine (Carde, 2009).

<sup>1</sup> Notons que contrairement à ce que plusieurs rapports avancent (Othily, 2006), « l'analyse des motifs de migration et d'installation en Guyane montre que les migrations sanitaires sont très minoritaires. Au total, 3,1% de la population immigrée a migré et/ou s'est installée pour raison de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue. La majorité de cette population a migré pour des raisons économiques à Cayenne (46,3%) et familiales à Saint-Laurent du Maroni (56,1%) » (Jolivet et al., 2009, 47).

## 2/ Une protection sociale encore insuffisante

Les études réalisées par l'ORSG montrent par ailleurs une grande différence entre étudiants et jeunes en insertion : les premiers relèvent essentiellement de la sécurité sociale et disposent d'une mutuelle (70 % en bénéficient en Guyane, 82% dans l'Hexagone), tandis que les seconds bénéficient largement de l'aide sociale et n'ont guère de couverture complémentaire. On retrouve le même clivage entre filles et garçons. Les premières sont davantage pris en charge par l'aide sociale (56% contre 26%), les seconds par la Sécurité sociale (60% contre 35%). Enfin les jeunes habitant l'Est de la Guyane sont davantage couverts par une mutuelle que ceux à l'Ouest (38 % contre 19%).

	Etudiants		En insertion	
<b>Protection sociale</b>				
Sécurité sociale avec cotisation	407	80.4%	247	46.6%
Aide (CMU-AMG)	65	12.8%	221	41.7%
Autre	34	6.7%	62	11.7%
Total exprimé	506	100%	530	100%
<b>Mutuelle</b>				
Non	99	19.4%	256	50.3%
Oui	358	70.2%	155	30.5%
NSP	53	10.4%	98	19.3%
Total exprimé	510	100%	509	100%
<i>Source : ORSG, 2004-2006</i>				

En cas de problème de santé, les jeunes – quel que ce soit leur statut - s'adressent presque toujours à quelqu'un. Dans 70% des cas, il s'agit d'un médecin et pour environ 15% d'entre eux, une personne de leur entourage. Pour autant la moitié des jeunes en insertion disent avoir des problèmes pour se procurer des médicaments qui leur ont été prescrits. On observe donc une certaine difficulté à l'accès aux soins.

On peut formuler deux hypothèses qui ne sont pas nécessairement contradictoires : d'un côté, la prise en charge de la santé autonome fait partie de la sortie de l'enfance ; mais de l'autre, elle peut aussi signifier une entrée dans l'aide sociale (prise en charge institutionnelle), voire dans la précarité, c'est-à-dire dans un autre système de dépendance.

La Guyane bénéficie d'un réseau de structures sanitaires et de professionnels de santé. Ses infrastructures comprennent :

- Le Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR) ;
- Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) Franck Joly (CHFJ) de Saint-Laurent du Maroni [un autre centre hospitalier est actuellement en construction à Saint-Laurent du Maroni, ndlr] ;
- Le Centre Médico-Chirurgical à Kourou (CMCK) ;
- Une antenne de l'Institut Pasteur, implantée à Cayenne ;
- Trois cliniques privées (dont la clinique Véronique) ;
- 21 Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS), constituant un service du CHAR ;
- Un centre de repos et de convalescence, situé à Montsinéry ;
- 23 centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile).

Malgré ce réseau qui semble important, l'offre de soins en Guyane reste insuffisante et inégalement répartie sur le territoire :

- un sous équipement hospitalier pour tous les secteurs ;
- une pénurie de personnels de santé (la densité médicale au 1er janvier 2006 était de 39 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 112 en métropole, 22 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 87 en métropole et 59 infirmiers pour 100 000 habitants contre 107 en métropole) ;
- un turn-over important des professionnels de santé ;
- une carence de certaines spécialités (neurologie, oncologie...);
- une démographie médicale vieillissante. » (ARS Guyane et ORSG, 2010, 34-35).

### 3/ Une activité sexuelle précoce entraînant de nombreuses grossesses précoces

En Guyane, les jeunes commencent tôt leur activité sexuelle : 94% des jeunes en insertion (96% des garçons et 92% des filles) sont en activité sexuelle ; c'est aussi le cas pour plus de 84% des étudiants et même pour 48% des scolaires pourtant beaucoup plus jeunes.

	Etudiants		En insertion		Scolaires	
<b>Activité sexuelle</b>						
Non	80	15.6%	35	6.2%	1479	52.5%
Oui	432	84.4%	529	93.8%	1336	47.5%
Total exprimé	512	100%	564	100%	2815	100%
<b>Fréquence des relations sexuelles</b>						
1 fois	8	1.9%	26	5.3%	366	27.4%
Quelquefois	117	28.4%	216	44.4%	437	32.7%
Régulièrement	287	69.7%	245	50.3%	533	39.9%
Total exprimé	412	100%	487	100%	1336	100%
<i>Source : ORSG, 2004-2006</i>						

A âge égal, la sexualité est plus établie parmi les jeunes en insertion professionnelle et sociale que parmi les scolaires ou parmi les étudiants. Avoir ses premières relations sexuelles constitue souvent une étape importante dans la représentation que les jeunes ont de leur âge (être « jeune » / « adulte ») et de leur statut. 67% des scolaires et 50% des étudiants (tout comme les jeunes en insertion) utilisent systématiquement un préservatif, cette proportion était de 45% en 1997 pour les scolaires (ORSG, 2004, 5).

Ce sont surtout les jeunes qui ont des relations régulières et ceux qui vivent en couple qui n'utilisent jamais le préservatif lors des rapports sexuels. Le port systématique du préservatif est mieux intégré parmi les plus jeunes (moins de 21 ans) alors que la régularité de la relation est équivalente dans les deux groupes d'âge. De même, à l'Est de la Guyane, la pratique du préservatif est plus répandue que dans l'Ouest.

En ce qui concerne les filles, 61% de celles en insertion utilisent un moyen de contraception (seulement 23,7% pour les scolaires). Celles qui ont des relations régulières sont plus nombreuses à utiliser un moyen de contraception. Mais ce sont également elles qui déclarent davantage de grossesses et d'IVG. Comme le précisent Emilie Augré-Laribé et Stéphanie Laudrel, « Les représentations autour de la sexualité restent marquées par un clivage hommes/ femmes. La sexualité féminine reste dans le registre de l'affectif et la conjugalité, alors que la sexualité masculine est pensée majoritairement dans le registre des besoins naturels, du plaisir et de la performance, sans forcément faire intervenir des sentiments amoureux » (Augré-Laribé et Laudrel, 2011, 17). Selon leur enquête réalisée en milieu scolaire en 2011, 19% l'ont fait « pour lui faire plaisir », 10% car « on me l'a demandé » et 4% « pour faire comme les autres ».

Ces comportements sexuels aboutissent à de nombreuses grossesses précoces. Le taux de naissance des mineures reste bien plus élevé que celui de la France entière, bien qu'il soit en régression. « Les grossesses chez les femmes de moins de 18 ans ont augmenté en nombre avec 354 cas en 2000 et 413 cas en 2009 » (Besançon, 2011). Elles diminuent cependant en pourcentage (7,5% en 2009 contre 9% en 1999, et seulement 0,5% dans l'hexagone en 2009). Quant aux grossesses très précoces (chez les moins de 15 ans, âge de la majorité sexuelle légale en France), elles semblent en régression régulière. Le taux a été divisé par deux en dix ans. Il reste cependant extrêmement élevé en Guyane par rapport à la métropole. L'enquête de l'ORSG indique que 60% des filles en insertion ont été enceintes au moins une fois, contre 21,6% des étudiantes. On peut donc faire l'hypothèse que ces grossesses précoces constituent un véritable frein à la poursuite d'études.

Grossesse	Parmi les étudiants		Parmi les jeunes en insertion	
Non	240	78.4%	119	40.2%
Oui	66	21.6%	177	59.8%
Total exprimé	306	100%	296	100%

Source : ORSG, 2004-2006

Il existe par ailleurs de très nettes différences entre les territoires de Guyane : l'Ouest guyanais et le Maroni enregistrent au total 51% des grossesses mineures. Le Maroni, bien que bien moins peuplé que les Savanes, compte davantage de grossesses mineures (298 contre 218).

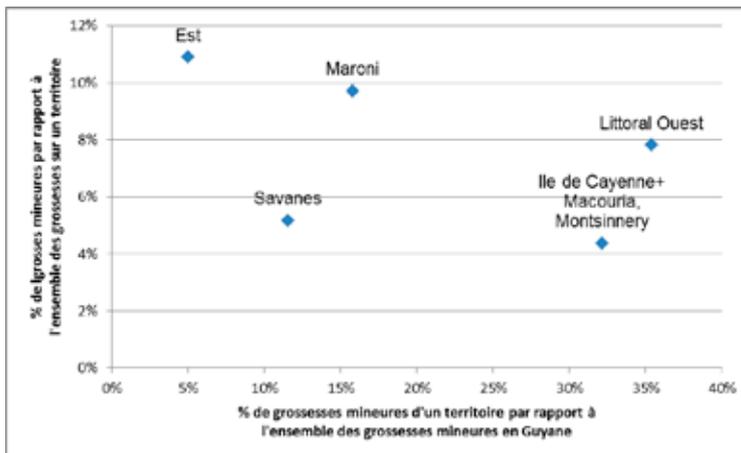
Grossesses menées à terme en 2005, 2006, 2007 et 2009	Total grossesses	Grossesses de - de 15 ans		Grossesses de - de 18 ans		
		Eff.	% / gross. - 15 ans	Eff.	% / gross. - 18 ans	% / gross. Commune
Maroni <sup>2</sup>	3067	45	23,4%	298	15,8%	9,7%
Littoral Ouest	8542	65	33,9%	667	35,4%	7,8%
Savanes	4216	25	13,0%	218	11,6%	5,2%
Ile de Cayenne+ Macouria, Montsinnery	13858	47	24,5%	606	32,1%	4,4%
Est	863	10	5,2%	94	5,0%	10,9%
Total	30546	192		1885		6,2%

Source : Registre Issue de Grossesse, Guyane 2005-2009.

Lecture : 15,8% des grossesses mineures (moins de 18 ans) en 2005, 2006, 2007 et 2009 habitent dans les communes du Maroni

<sup>2</sup> Composition des territoires :  
 Maroni : Apatou, Grand Santi, Papaïchton, Maripasoula  
 Littoral Ouest : Saint-Laurent, Mana, Javouhey, Awala  
 Savanes : Iracoubo, Sinnamary, Kourou  
 Ile de Cayenne + Macouria, Montsinery  
 Est guyanais : Saint-Georges, Ouanary, Régina, Camopi

On peut distinguer des configurations sensiblement différentes : beaucoup de grossesses mineures au regard du nombre limité d'habitants dans l'Est et dans le Maroni ; importance du phénomène en volume mais pas en part relative dans la zone de l'île de Cayenne ; enjeu majeur (en nombre comme en %) sur le Littoral Ouest.

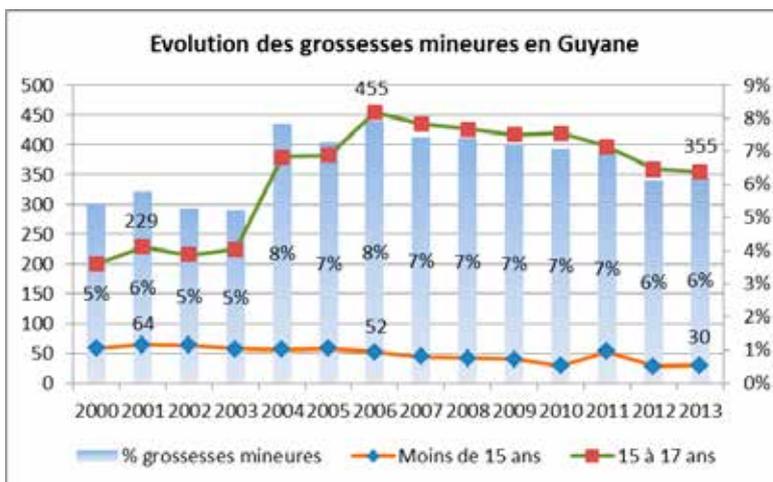


Lecture : les grossesses mineures dans l'Est représentent moins de 5% de l'ensemble des grossesses mineures en Guyane (peu d'habitants dans cette zone) mais plus de 10% de l'ensemble des grossesses sur ce territoire.

La périnatalité est ainsi devenue le premier axe prioritaire du Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Les études réalisées ont montré que l'origine ethno-culturelle des jeunes filles expliquait en grande partie ces différences de taux de grossesses. Car au-delà du territoire c'est

peut-être davantage l'« ethnie » qui semble jouer<sup>3</sup>. Les Amérindiens et Noirs marrons auraient des taux de grossesse mineures autour de 10%, les personnes originaires du plateau des Guyane (Guyana, Surinamais, Brésiliennes, Créoles guyanaises) autour de 7%, les Haïtiennes et autres personnes d'Amérique latine autour de 4% et enfin les Asiatiques et métropolitaines autour de 1%. Il faut nous semble-t-il éviter toute généralisation hâtive. L'analyse du RIG montre par exemple bien que dans la commune d'Awala, majoritairement amérindienne, le taux est dans la moyenne. La catégorie « amérindienne » n'est dès lors pas forcément pertinente.

Il faut enfin noter que si le phénomène demeure important (notamment lié à la très forte croissance démographique du territoire, cf. Wintrebert et al., 2014 ), une baisse - lente mais régulière - semble s'amorcer depuis 2006 : 385 grossesses mineures en 2013 contre 507 en 2006, aussi bien chez les moins de 15 ans que chez les 15-17 ans.



Source : RIG, Conseil général de Guyane / PMI, réseau périnatalité, 2000-2013.

Lecture : En 2001 il y a eu 64 accouchements de jeunes filles de moins de 15 ans et 229 accouchements de jeunes filles de 15-17 ans, soit 6% de grossesses mineures en Guyane.

<sup>3</sup> Notons que des « statistiques ethniques » sont visiblement autorisées pour étudier la natalité en Guyane : « L'«ethnie» est une des variable du RIG autorisée à sa création, du fait de l'existence d'une mosaïque de populations en Guyane, ayant une histoire, une culture, une façon de vivre très différentes, dont les effets sur la santé sont indéniables. Comme toute catégorisation, elle est discutable sur bien des points. Elle est codifiée par la sage-femme après l'accouchement. » (Conseil général, « Evolution des grossesses chez les mères mineures de 2000 à 2009 en Guyane », Registre d'Issue de Grossesse). Il serait pertinent d'engager une discussion, dépassionnée, sur l'ensemble des variables qui pourraient faire l'objet d'un tel traitement en Guyane.

**LES COMPORTEMENTS  
À RISQUE DES 15-25 ANS  
EN GUYANE**

## 1/ Alcool, tabac et drogues

Si le tabagisme est une pratique beaucoup moins courante en Guyane que dans l'hexagone (65% des garçons et 55% des filles en métropole<sup>4</sup> ; respectivement 17% et 7% en Guyane), l'alcool est un produit psychoactif très consommé. 75% des filles et 86% des garçons en consomment. Il s'agit donc d'un phénomène générationnel massif (pas spécifiquement masculin) même s'il touche davantage les jeunes en insertion que les scolaires (ORSG, 2005, 84).

	Etudiants		En insertion		Scolaires	
<b>Consommation de tabac</b>						
Jamais	462	91.3%	400	81.5%	2390	89.7%
Occasionnelle	18	3.6%	33	6.7%	170	6.4%
Quotidienne	26	5.1%	58	11.8%	106	4%
Total exprimé	506	100%	491	100%	2667	100%
<b>Consommation d'alcool</b>						
Jamais	117	37.5%	107	20.2%	981	36.2%
Occasionnelle	136	43.6%	319	60.3%	1423	52.5%
Quotidienne	59	18.9%	103	19.5%	305	11.3%
Total exprimé	312	100%	529	100%	2709	100%
<b>Ivresse au cours de l'année</b>						
Jamais	365	75.7%	319	71.8%	2056	82.3%
Rarement	89	18.5%	83	18.7%	314	12.6%
Souvent	28	5.8%	42	9.5%	127	5.1%
Total exprimé	482	100%	444	100%	2497	100%
<b>Consommation de drogue</b>						
Jamais	442	86%	464	86.4%	1946	81.5%
Occasionnelle	48	9.3%	58	10.8%	296	12.4%
Quotidienne	24	4.7%	15	2.8%	147	6.2%
Total exprimé	514	100%	537	100%	2389	100%
<i>Source : ORSG, 2004-2006</i>						

Les ivresses des jeunes s'avèrent cependant nettement moins répandues en Guyane qu'en métropole (et dans la moyenne des autres DOM). Ainsi, seul un jeune sur dix (10%) déclare avoir été ivre au moins trois fois dans l'année en Guyane. Ils sont presque trois fois plus nombreux sur le territoire métropolitain (26%). Les pratiques de consommation semblent assez spécifiques en Guyane : avec les parents ou encore en extérieur et non dans les débits de boissons ou les discothèques (Beck & al., 2008, 230).

En dehors de la drogue, les jeunes en insertion sont nettement plus consommateurs de produits psychotropes que les scolaires, même à âge égal. En effet, parmi les jeunes en insertion, 19% consomment régulièrement de l'alcool et 12% sont fumeurs quotidiens, ces proportions sont respectivement de 11% et de 4% chez les scolaires (ORSG, 2005, 84).

<sup>4</sup> L'enquête «Etat de santé, comportements à risque et fragilité sociale d'une population de 105 901 jeunes en insertion professionnelle» (CETAF 2003).

La consommation de substances psychoactives aux Antilles-Guyane est assez différente de celle en métropole. La diffusion du cannabis s'est faite dans le sillage du mouvement rasta et de la musique reggae au début des années 1980 en Guyane. C'est aujourd'hui le produit le plus consommé par les jeunes en Guyane. À la différence de l'Hexagone, il est presque toujours fumé sous forme d'herbe (dénommée kali).

Si la cocaïne et l'héroïne sont peu consommées, l'usage du crack s'est en revanche fortement développé depuis les années 1990. On observe également souvent des associations avec l'alcool et une tendance au mélange cannabis-crack (blaka-jango), pouvant être un mode d'initiation à l'usage du crack notamment chez les plus jeunes. Quel que soit le produit (drogue, tabac, alcool), l'effet d'entraînement par les copains est, pour les jeunes, prépondérant.

On manque de données statistiques précises (l'ORSG avance que 18% des jeunes interrogés se droguent), mais certaines analyses montrent l'évolution des populations consommatrices : « rajeunissement des usagers, avec l'émergence des 18-25 ans ; la féminisation de l'usage en dehors des milieux de prostitution déjà identifiés en Guyane ; la persistance d'une population errante, marginalisée (psychotiques, errants, "toxicos", clandestins...), pour une majorité polyconsommateurs (crack, alcool, cannabis...) ; et une diffusion géographique de l'usage en direction de communes rurales » (Merle et Vallart, 2010, 69).

## 2/ Les violences juvéniles

La question de la délinquance est toujours au cœur des débats politiques, tout autant que la difficulté de sa mesure. Le taux d'homicide en Guyane est de 30,1 pour 100 000 habitants, contre 7.7 dans les Bouches du Rhône et 13.4 en Corse. De ce point de vue la Guyane est plus proche de l'Amérique du Sud que de la France. Les facteurs sociaux expliqueraient cette situation : « La modélisation statistique finale montre que trois grands facteurs expliquent les variations du taux d'homicides, soit le pourcentage de jeunes dans la population, le niveau de vie tel que mesuré par le PIB et le degré d'inégalité de la redistribution des revenus » (Ouimet, 2011). « Ceci se vérifie dans le cas guyanais, a fortiori dans une ville comme Kourou où la grande richesse et la plus haute technologie qui se puisse concevoir voisinent avec des bidonvilles. De manière générale, nous savons que la Guyane est la plus inégale des régions françaises » (Mucchielli, 2013, 6).

Laurent Mucchielli note malgré tout qu'il n'y a pas réellement plus de violences physiques en Guyane que partout ailleurs en France. Les spécificités guyanaises seraient surtout la délinquance organisée (orpaillage, trafic de drogue), la consommation d'alcool ou encore le nombre d'armes à feu<sup>6</sup>.

Sur les 2 011 personnes objets d'une procédure judiciaire en 2012, seulement 11% concernaient des mineurs. C'est moins qu'en 2011 (13%) mais également moins que la moyenne nationale. 185 jeunes sont pris en charge à Cayenne au niveau pénal, dont 82 mineurs. Ces chiffres sont en nette diminution<sup>6</sup>.

D'après l'enquête de l'ORSG, 13% des filles scolaires disent avoir subi une violence sexuelle (contre 5% des garçons). Parmi les jeunes ayant rapporté une agression sexuelle, la moitié des adolescents ont été agressés par une personne de leur entourage. C'est le cas de 66% des jeunes en insertion. Les victimes de violence, notamment sexuelle, présentent des symptômes post-traumatiques plus importants que les autres, lesquels se traduisent par une prépondérance des troubles du sommeil, des plaintes somatiques, d'une symptomatologie dépressive et de certaines conduites à risque.

<sup>5</sup> « Nous avons été surpris d'apprendre que la Guyane est le seul département français où il n'y a pas besoin d'un permis de chasse pour posséder une arme. Du coup, il semble qu'une grande quantité de la population possède un fusil de chasse, ce qui ne peut que dramatiser l'issue des conflits interpersonnels » (Op. Cit., p.7)

<sup>6</sup> Chiffres de la délinquance présentés par madame la commissaire de police de Cayenne au cours de la réunion du CLSPD de Cayenne du 10 décembre 2012.

	Etudiants		En insertion		Scolaires	
<b>Conduites violentes</b>						
Non	221	46%	136	30%	746	30%
Parfois	181	38%	190	43%	908	37%
Souvent	79	16%	120	27%	830	33%
Total exprimé	481	100%	446	100%	2484	100%
<b>Violence subie</b>						
Non	398	86%	310	77%	1785	77%
Violence physique	29	6%	49	12%	319	14%
Violence physique / sexuelle	38	8%	46	11%	215	9%
Total exprimée	465	100%	405	100%	2319	100%
<b>Agressions sexuelles</b>						
Aucune	464	92%	463	90%	2515	92%
Agression sexuelle sans viol	31	6%	36	7%	74	3%
Viol	10	2%	18	3%	137	5%
Total exprimé	505	100%	517	100%	2726	100%
<i>Source : ORSG, 2004-2006</i>						

Il existe un fort lien entre le fait d'avoir subi la violence et de développer un comportement violent. Les victimes de violence sont elles-mêmes violentes. Ainsi, parmi les victimes (en insertion) de violence physique, près de la moitié sont violentes (29% pour les victimes de violence sexuelle) contre 20% des jeunes n'ayant jamais subi aucune forme de violence. Même phénomène chez les étudiants et chez les scolaires.

Les filles en sont davantage victimes et l'exercent beaucoup moins. Il serait donc nécessaire de mieux comprendre les modalités d'exercice de la violence, notamment au sein de la famille.

Ajoutons que l'hétéro-agressivité (agresser les autres) est également plus forte parmi les jeunes faisant preuve d'auto-agressivité (tentative de suicide par exemple). 39% des jeunes en insertion qui ont fait une tentative de suicide sont violents contre 24% de ceux qui n'ont jamais essayé de mettre fin à leurs jours, même écart chez les étudiants : 32% contre 15%).

Enfin, les comportements violents décroissent avec l'âge : 31% des moins de 21 ans sont violents (10% sont armés) contre 21% des plus âgés (4% sont armés). Il semble donc bien qu'il se joue, entre 15-25 ans, quelque chose d'important dans la maîtrise de soi. Etre adulte, c'est peut-être aussi, être en mesure de se contrôler.

### 3/ La prostitution juvénile

La prostitution fait l'objet d'un suivi régulier en Guyane, tant par le milieu hospitalier que par différentes associations (Entr'Aides Guyane, DAAC, ADER, AIDES). Mais tous se focalisent sur les « travailleurs du sexe » qui ont souvent plus de 25 ans et sont exclusivement étrangers (brésiliens, dominicains, guyaniens ; cf. Parriault et Van Melle, 2012). Or, d'autres formes de prostitution, moins visibles et moins connues, semblent émerger. Celles-ci paraissent concerner des femmes beaucoup plus jeunes et pas spécifiquement étrangères.

La commune de Saint-Laurent est particulièrement mobilisée sur cette question depuis les témoignages alarmants recueillis par Stéphane Barboza. Une étude avait alors été commanditée pour disposer de données plus précises. Des jeunes scolarisés ont ainsi été interrogés.

Il en ressort qu'avoir une relation sexuelle en échange d'argent et/ou de cadeaux est globalement perçu par les jeunes de manière négative : 56% trouvent cela choquant, 54% dégoûtant. Mais une proportion non négligeable montre une certaine tolérance. Pour 11% c'est « sans importance », pour 8% « un moyen facile pour obtenir ce que l'on veut » et pour 5% « c'est bien tant que personne n'est au courant », 3% affirment même : « j'aimerais que ça m'arrive » (Augé-Laribé et Laudrel, 2011, 33). Le phénomène ne concerne visiblement pas que les filles, les garçons sont également touchés. Par ailleurs, il semble qu'il n'y ait guère de différences au sein de ce public scolaire (que ce soit en terme de temps passé sur Saint-Laurent, de composition du foyer ou de filière scolaire choisie).

Le phénomène n'est pas circonscrit à Saint-Laurent et n'est bien sûr pas récent. Elkana Joseph-Affandi rappelle que « jusqu'en 1985 le bourg de Kourou, où se situent des boîtes de nuit et des maisons de passes, est un des lieux favoris d'encanaillement des militaires célibataires » (Joseph-Affandi, 1999, 43)<sup>7</sup>.

Ce qui est vrai pour les jeunes scolarisés l'est sans doute encore davantage pour les jeunes non scolarisés qui ont du mal à accéder à un emploi, connaissent des situations sociales très précaires, et ne sont plus encadrés par une institution comme l'école. « Le cadre social s'étirole ; la densité humaine et la promiscuité qu'elle entraîne se développent grandement ; les moyens de communication s'étoffent rendant possible des RDV "spontanés" entre jeunes etc. sont autant de facteurs expliquant les changements de comportement des plus jeunes à l'égard de la sexualité... Cette situation concernerait notamment les collégien(ienne)s. En outre, la "tentation" associée à la difficulté d'accès à certains produits de consommation pour nombre de jeunes, inviteraient à accepter ou à proposer aux plus âgés (adultes) un "échange" contre une partie de son corps<sup>8</sup> ». Certains éducateurs de rue évoquent des pratiques d'« escorte » chez les jeunes filles : un service « d'accompagnement » à la limite de la prostitution, où le passage à l'acte n'est pas systématique et où la rétribution n'est pas nécessairement pécuniaire (un repas, un cadeau).

Cette prostitution, qui semble non organisée, dénote un rapport singulier au corps pour bon nombre de jeunes de 15-25 ans. Le corps est-il conçu comme une ressource économique – un objet de transaction – que les jeunes peuvent mobiliser quand ils le souhaitent ? En quoi constitue-t-il dès lors un facteur d'autonomisation ou au contraire de dépendance pour ces jeunes ?

## 4/ De très forts risques d'infection au V.I.H. chez les jeunes

La zone Caraïbe est la deuxième région au monde la plus touchée par l'épidémie après l'Afrique subsaharienne (Prévost, 2011, 2). La prévalence du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) en Guyane est dès lors logiquement la plus élevée de France : en 2006, le taux par million d'habitants de découverte de l'infection au VIH était de 308 contre 150 en Ile-de-France. La prévalence des femmes accouchées atteint même 1,3% à Saint-Laurent du Maroni, ce qui correspond à une situation d'épidémie généralisée (Jolivet et al., 2009, 17). Les études montrent sur ce point l'influence du statut juridique des migrants. Les lois migratoires ont pour conséquence de placer une proportion élevée d'étrangers en situation irrégulière, ce qui rend difficile leur suivi médical (Halfen et al., 2006, 11). La disparité géographique recouvre par ailleurs une disparité ethnique. L'association Aides note que les descendants d'esclaves noirs africains, vivant en communautés isolées dans la forêt tropicale, seraient particulièrement touchés par le virus. En 2010, sur 1 000 tests de dépistage, 8,7 se sont affichés positifs en Guyane, contre une moyenne nationale de 2,2<sup>9</sup>. En 1999, le nombre de personnes touchées était estimé à 700 ; il est de plus de 2 000. De plus, on estime qu'environ 500 personnes ne savent pas qu'elles sont infectées et contribuent ainsi fortement à la propagation de l'épidémie<sup>10</sup>.

Concernant plus spécifiquement les 18-24 ans, l'enquête de Sandrine Halfen et al. indiquent que « Les données relatives aux jeunes adultes interrogés dans l'enquête (18-24 ans) sont assez contrastées, montrant que si certains mécanismes de prévention ont été acquis, le niveau d'information sur le VIH/sida est insuffisant sur de nombreux aspects, rejoignant, pour les indicateurs de connaissances, les caractéristiques des personnes les plus âgées » (Halfen et al., 2006, 263). Il semble toutefois que, plus que l'âge, ce soit le niveau de diplôme qui soit déterminant.

## 5/ L'enjeu du surpoids et de l'obésité

La prévalence de la surcharge pondérale infantile de cette tranche d'âge en Guyane est de 19%, avec 12,4% d'enfants définis en obésité de degré 1 et 7% d'enfants en obésité de degré 2 (ORSG, 2010, p.102). Si le taux de surpoids n'est que légèrement supérieur à celui de la métropole (+ 0,8%), il y a en revanche deux fois plus d'enfants obèses en Guyane qu'en métropole, 6,8% contre 3,9%<sup>11</sup>.

Les enquêtes de l'ORSG auprès des scolaires, des étudiants et des jeunes en insertion fournissent des données proches, avec une situation plus inquiétante encore chez ces derniers. 7% étaient en situation d'obésité en 2006 et 20% en surpoids. Les chiffres se sont vraisemblablement aggravés depuis.

### Surpoids et obésité des jeunes scolarisés en Guyane en 2006 en nombre et en %

Corpulence	Etudiants		En insertion		Scolaires	
Insuffisance pondérale	17	3,5%	8	1,8%	132	6%
Corpulence normale	374	76,5%	314	70,9%	1 656	75,8%
Surpoids	71	14,5%	90	20,3%	270	12,4%
Obésité	27	5,5%	31	7%	128	5,9%
Total	489	100%	443	100%	2 186	100%

*Lecture : En 2006, 7% des jeunes scolarisés étaient en situation d'obésité et 20,3% en surpoids*  
*Source : ORSG, 2004-2006*

Plus de la moitié des enfants de CE2 estiment être trop maigres alors qu'en réalité ils ne sont que 7% à être en insuffisance pondérale (ORSG, 2010, p.103). Il y a donc un écart sensible entre la perception de leur corps et la réalité médicale. Par ailleurs, le surpoids croît alors que la consommation de fruits et de légumes croît également (tout comme la connaissance du message préventif). D'autres facteurs sont donc en jeu comme l'activité physique/sportive, la sédentarisation ou encore l'insuffisance des cantines scolaires/universitaires.

## 6/ De nombreux suicides et tentatives de suicide

Si le suicide est la troisième cause de décès parmi les 15-34 ans en France, c'est tout particulier vrai pour les jeunes en Guyane. « Le profil guyanais reste singulier. En effet, contrairement aux statistiques nationales et internationales, la démarche suicidaire affecte plus particulièrement notre jeunesse » (Lafontaine, 2003, 23). Si ce phénomène a fait l'objet de nombreuses réflexions en Guyane, impulsée notamment par l'ORSG, on doit admettre que la situation ne s'améliore guère<sup>12</sup>. On manque par ailleurs de données actualisées.

<sup>7</sup> A la suite d'un fait divers et une mobilisation de la population, le bourg fut même interdit aux légionnaires de 1985 à 1993.

<sup>8</sup> Anthropologue cité dans (Barboza, 2009, 4). D'autres observateurs soulignent l'accès et la banalisation de la pornographie ou encore la méconnaissance générale de la législation en matière de sexualité et de diffusion d'images.

<sup>9</sup> « La population tropicale particulièrement touchée par le VIH », L'Express, 28 février 2012.

<sup>10</sup> Pr Mathieu Nacher, « Journée mondiale de lutte contre le SIDA », Dossier de presse, 1<sup>er</sup> décembre 2011.

<sup>11</sup> L'enquête Podium réalisée en 2008 fournissait des données proches en interrogeant les 5-14 ans en Guyane : la prévalence du surpoids était de 17,9% avec 11,5% d'enfants en surpoids et 6,4% en obésité (ORSG, 2010, p.104).

<sup>12</sup> Pour comprendre le suicide, l'ORSG propose de ne pas se contenter des suicides réalisés mais de prendre en compte le processus suicidaire : l'« idéation suicidaire » ; les « équivalents suicidaires » ; les tentatives de suicide ; les suicides effectivement réalisés ; et enfin la prise en charge des jeunes qui ont porté atteinte à leur intégrité physique et psychique.

## Idées suicidaires et tentatives de suicide en Guyane en 2003

	Etudiants		En insertion		Scolaires	
<b>Idées suicidaires</b>						
Non/rarement	458	88,2%	487	85,1%	1 962	71,8%
Parfois	nd	nd	nd	nd	401	14,7%
Souvent	61	11,8%	85	14,9%	371	13,6%
Total	519	100%	572	100%	2 734	100%
<b>Tentatives de suicide</b>						
Non	462	88,7%	456	80,3%	2 357	86,3%
1 fois	nd	nd	nd	nd	265	9,7%
Plusieurs fois	59	11,3%	112	19,7%	108	4%
Total	521	100%	568	100%	2 730	100%
<i>Lecture : En 2003, 15 % des jeunes scolarisés ont eu des idées suicidaires et 20 % ont tenté à leur jour plusieurs fois</i>						
<i>Source : ORSG 2004-2006</i>						

D'après l'étude réalisée par l'ORSG en 2003 sur les jeunes scolarisés ; la moitié des jeunes présente un terrain dépressif avec 8% qui ont une dépressivité forte ; 15% ont (eu) des idées suicidaires et 5% de façon très inquiétante ; un jeune sur cinq a attenté au moins une fois à ses jours. Ce phénomène est en augmentation : « La prévalence de la tentative de suicide (TS) au sein de notre échantillon est de 14% soit 373 élèves. Ceci représente, par rapport à 1997, une augmentation sensible qu'il faut prendre en compte. En effet, à l'époque, déjà 12% des jeunes disaient avoir attenté à leurs jours au moins une fois » (ORSG, 2004, 4).

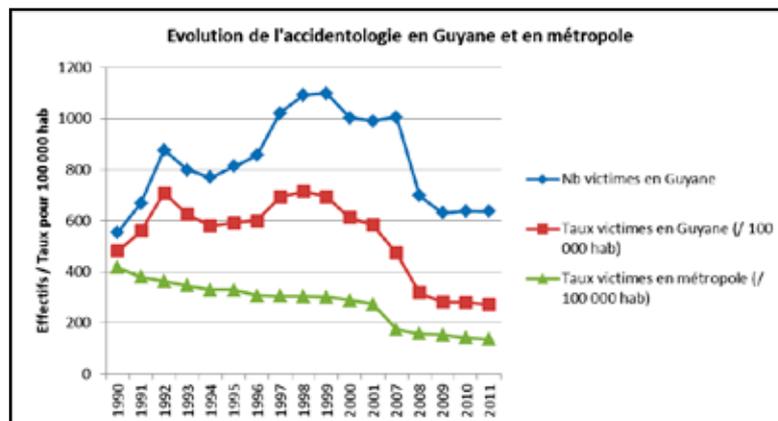
## Mal être des jeunes en Guyane en 2003

Déprime parmi :	Etudiants		En insertion		Scolaires	
Non/rarement	353	68%	386	68,7%	1 214	46,4%
Assez souvent (stade 1 et 2)	128	24,7%	129	23%	1 037	39,6%
Très souvent (stade 3)	38	7,3%	47	8,4%	366	14%
Total	519	100%	562	100%	2 617	100%

Le très grand mal-être psychologique que vivent ces jeunes ne semble en revanche pas directement lié à leur lieu de résidence (sauf peut-être pour les garçons dans l'Intérieur), ni à leurs origines françaises / étrangères (Chantilly, 2003, 53).

## 7/ Une insécurité routière encore importante

Si en métropole la baisse de l'accidentologie date des années 1980, en Guyane on observe une amélioration depuis la fin des années 1990 (cf. graphique ci-dessous). Le nombre de victimes (tués et blessés) a globalement retrouvé son niveau de 1990 (après un pic très élevé en 1999), alors même que le nombre d'habitants a doublé entre temps. Le taux de victime a donc très nettement chuté. La baisse se ralentit cependant depuis 2008 et l'écart avec la métropole reste important.



Les jeunes constituent une population à risque sur la route. Le taux de 18-24 ans concernés par des accidents en Guyane entre 2010 et 2012 est de 23.2 pour 100 000 habitants, ce qui est plus que la moyenne métropolitaine (14.8) mais moins qu'en Martinique (28.6) et surtout qu'en Guadeloupe (42.6) (Observatoire national interministériel de la sécurité routière, 2012). Les comportements juvéniles sur la route en Guyane demeurent alarmants. La prise de risque sur la route est importante notamment par le non-port du casque en deux-roues, des excès de vitesse ou le fait de ne pas mettre sa ceinture de sécurité. Le nombre de morts sur les routes dépasse de beaucoup les suicides.

	Etudiants		En insertion	
<b>Rallye en 2 roues</b>				
Non/rare	463	94,9%	410	92,1%
Assez souvent	17	3,5%	12	2,7%
Très souvent	8	1,6%	23	5,2%
Total exprimé	488	100,0%	445	100,0%
<b>Port du casque</b>				
Non/rare	316	72,3%	276	64,9%
Assez souvent	46	10,5%	58	13,6%
Très souvent	75	17,2%	91	21,4%
Total exprimé	437	100,0%	425	100,0%
<b>Port de la ceinture de sécurité</b>				
Non/rare	37	7,3%	114	24,2%
Assez souvent	68	13,4%	73	15,5%
Très souvent	403	79,3%	284	60,3%
Total exprimé	508	100,0%	471	100,0%
<b>Respect des vitesses autorisées</b>				
Non/rare	124	26,2%	147	35,0%
Assez souvent	187	39,5%	98	23,3%
Très souvent	163	34,4%	175	41,7%
Total exprimé	474	100,0%	420	100,0%
<i>Source : RIG, Conseil général/PMI 2000-2013.</i>				

Par ailleurs, en 2005, 40% des véhicules impliqués dans un accident de la route n'avaient pas d'assurance ; plus de 80% des accidents mortels ont lieu hors agglomération, où pourtant le trafic est le moins dense ; les cyclomoteurs (mobylettes, scooters) sont impliqués dans près d'un accident sur deux et leurs conducteurs représentent une victime sur deux (contre 28% en métropole). Les accidents de deux roues sont ainsi la première cause de mortalité chez les jeunes de 15-24 ans (Moriame, 2005, 18-19).

Ces pratiques, qui touchent surtout les garçons, expriment à la fois une mauvaise évaluation du risque, mais aussi sans doute un goût pour le risque. Ce point nous rappelle utilement que la transition vers l'âge adulte est une transformation physique et une expérimentation de son corps, et non pas seulement une maturation intellectuelle. Il s'agit dès lors pour nombre de jeunes de tester les limites de leur corps. Et ce sont ces limites qui dessinent peu à peu les bornes qui structurent, et orientent, leur développement physique, social et mental.

# APPRÉHENDER LA SANTÉ DES JEUNES DU POINT DE VUE DU RAPPORT À SOI ET DU RAPPORT AUX AUTRES

Des diverses données d'enquête évoquées plus haut, nous tirons des conclusions provisoires qui sont autant d'hypothèses pour les phases ultérieures de la Démarche Jeunesse (Wintrebert et al., 2014).

## 1/ Passage vers l'âge adulte : comprendre leur rapport au corps et au risque

Nous ne nous intéressons pas tant à la santé des jeunes pour comprendre si ces derniers sont « en danger » ou s'ils constituent « un danger » (pour les autres), mais plutôt pour saisir en quoi leur rapport au corps révèle un mode de transition vers l'âge adulte. Il n'est par exemple pas évident que les questions de sexualité soient perçues en termes de santé. Et pourtant elles nous intéressent directement : être adulte sexuellement, est-ce adulte ? Ne plus être enfant ? Etre « jeune » ?

Ce qui est en jeu, en particulier pour les jeunes, c'est donc un rapport singulier au corps et au risque. Contre un regard trop médicalisé nous plaidons donc pour une approche globale de la santé dans le sens de la charte d'Ottawa de 1986<sup>13</sup>. Les phases ultérieures de l'étude auront dès lors pour but de passer des données brutes sur les consommations addictives ou sur les pratiques à risque, aux usages du corps, aux relations que les jeunes entretiennent à leurs corps et aux relations (de coopération, de conflit, de domination) qu'ils peuvent créer via leur corps.

Rappelons que le passage vers l'âge adulte est souvent un moment de fragilité. Les 16-17 ans seraient plus souvent touchés par le phénomène suicidaire que les autres (17 % d'entre eux ont tenté de se suicider au moins une fois contre 9 % des moins de 14 ans). D'après l'ORSG, pour ces derniers, « l'entrée dans l'âge adulte apparaît ainsi comme une source supplémentaire de difficultés pour ces jeunes » (ORSG, 2004, 4). Cette hypothèse est cruciale : existe-t-il une fragilité, psychologique et sociale, propre à cette phase de la vie ? L'autonomie croissante des jeunes va-t-elle de paire avec une vulnérabilité croissante ?

Grossesses précoces, tentatives de suicide, consommation d'alcool, violences, conduite dangereuse sur les routes révèlent autant de manières de concevoir et de maîtriser (ou de ne pas concevoir/maîtriser) son corps et les actions de/sur son corps. Par exemple, est-ce que la maîtrise de la violence est liée un sentiment de maîtrise de la vie en général ? Etre adulte c'est dès lors peut-être aussi être en mesure d'accepter et de maîtriser son corps (et par là même respecter le corps de l'autre).

Inversement, la difficulté, voire l'incapacité, à maîtriser son corps peut être une profonde source de fragilité pour ces jeunes. « Ces jeunes suicidants, pour la plupart, expriment leur mal-être par la violence. Ainsi, l'auto-agressivité que représente la tentative de suicide semble toujours assortie d'une hétéro-agressivité » (Ibid.). La lecture en terme de victime / agresseur semble donc trouver ses limites, de même que l'idée de séparer les « bons » jeunes qui seraient une richesse pour le pays, des « mauvais » qui seraient une menace. C'est avec une population par définition instable, fragile, et ambivalente qu'il faut composer.

Sur tous ces enjeux les différences de genre sont très nettes. Pour les garçons c'est visiblement la question de l'« honneur » qui semble primordiale, en particulier lorsqu'ils sont victimes d'agression sexuelles. « Alors que l'on parle souvent de la pression de la «norme» concernant l'esthétique des filles, n'y aurait-il pas, pour les garçons, une vigilance particulière à avoir quant à la représentation masculine en terme de virilité et de force physique, dans la société » (ORSG, 2004, 6) ? C'est bien une définition de ce que c'est qu'être « un homme » (et plus un enfant) qui se joue ici.

<sup>13</sup> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

## 2/ Comment prendre en compte les origines ethno-culturelles ?

L'ORSG considère que le suicide doit faire l'objet, en Guyane, d'une approche ethno-culturelle (Lafontaine, 2003, 23), que ce soit pour prévenir, pour comprendre le sens donné à cet acte, pour prendre en charge l'après tentative<sup>14</sup>, ou encore pour évaluer les conséquences sociales au sein du groupe de référence (famille, communauté). Certaines communautés, comme les Amérindiens, semblent en effet particulièrement touchées : « selon une enquête réalisée en 2006 auprès de la population amérindienne sur les suicides survenus sur le Haut-Maroni et concernant 5 villages de la rive française du fleuve, "16 suicides ont eu lieu entre 2000 et 2006, pour une population d'environ 1 000 habitants, et encore ces chiffres ne sont pas exhaustifs", témoignent les auteurs de l'enquête, Cyril Labous (ADER, 2011, 1).

Lors du colloque organisé par l'ORSG en 2003 de nombreux chercheurs et praticiens ont mis en évidence les points communs mais aussi les différences de conception du suicide dans les différentes communautés :

- le point commun consiste souvent en une forme de déni dans la mesure où ces sociétés (qu'elles soient haïtiennes, Noirs marrons ou amérindiennes) sont encore structurées de manière communautaire. Or « le suicide représente un acte individuel, l'affirmation d'une liberté individuelle non prévue ni pensée par le système traditionnel, même s'il veut exprimer une situation de désespoir » (Marotte, 2003, 67). « Le suicide peut alors apparaître comme dangereux parce qu'il signale une faiblesse au niveau du groupe d'appartenance, et qu'il engendre insidieusement le démantèlement du groupe au profit d'un acte hautement individuel. Pourquoi un individu choisit-il de s'exclure de manière radicale et définitive de sa communauté ? » (Ibid.). Tenter de se suicider, est-ce, pour les jeunes qui nous occupent, tenter de s'individualiser de leur communauté ? Est-ce un acte, paradoxal, de liberté pour afficher sa personnalité quoique de manière morbide ? Ou au contraire est-ce l'expression d'une souffrance face à un lien communautaire qui se désagrège sous l'effet d'une migration ou de conditions de vie précaires ?

- des différences importantes apparaissent en revanche dans les réactions à ces (tentatives de) suicide(s) : fatalisme chez les Amérindiens<sup>15</sup>, sanction morales et sociales très forte chez les Noirs marrons, déni chez les Haïtiens, acte de bravoure ou geste de lâcheté aux yeux des Créoles, etc. Le soutien que les jeunes peuvent espérer sera bien différent selon ces configurations. Cette analyse pour le suicide nous semble pertinente pour le rapport au corps dans son ensemble. Jusqu'où faut-il intégrer la variable ethno-culturelle dans nos analyses ?

Des anthropologues comme Françoise Grenand ont quant à eux régulièrement mis en cause les problèmes d'acculturation de nombreuses populations de Guyane. S'il y a « dans toutes les populations tribales du monde, les populations autochtones, un fort taux de suicide chez les jeunes c'est parce que ce sont les parents, qui ne vont pas bien. Les parents ne vont pas bien parce qu'ils sont déresponsabilisés d'une part, car l'éducation qu'ils donnent à leurs enfants n'est plus reconnue. C'est un point fondamental sur lequel il faut réfléchir. D'autre part, les adultes étant déresponsabilisés, ce sont parfois les enfants qui doivent prendre en charge leurs parents (...) En enlevant la possibilité de gérer soi-même les rapports conflictuels avec les autres communautés, parce que la loi l'interdit maintenant, cette exo violence se retourne contre soi et on arrive à une endo violence » (Grenand, 2003, 114).

Cette interrogation traverse bien entendu tous les thèmes que (scolarisation, mobilité, langues, insertion professionnelle, etc.) que nous couvrons dans cette étude : les 15-25 ans, ou une partie d'entre eux, ont-ils le sentiment d'évoluer dans une sorte d'entre-deux culturel (d'un côté un modèle occidental, de l'autre une expérience biographique qui empêche d'accéder à cette « modernité » occidentale) ? Si oui, cette situation crée-t-elle à leurs yeux une tension, voire une souffrance, ou bien au contraire constitue-t-elle une ressource, une richesse ? Pour le dire autrement, les chercheurs qui analysent les « jeunes » de Guyane doivent-ils prendre en compte la variable ethnoculturelle, et si oui comment ? Celle-ci est-elle par exemple plus explicative que des variables proprement sociales telles que le statut d'activité (comme l'ont montré les enquêtes de l'ORSG) ?

L'éventuelle prise en compte de l'origine culturelle se pose également pour les jeunes migrants. Le débat sur la « pression migratoire », en particulier son coût pour les collectivités territoriales, est permanent en Guyane. Il est indéniable, comme on l'a vu dans la fiche « démographie » que la population des immigrés est très présente en Guyane, et qu'une part importante de cette population est en situation irrégulière (près de 21 % des immigrés n'ont pas de papiers à Cayenne et 44% à Saint-Laurent du Maroni). Mais, contrairement à ce que plusieurs rapports avancent (Othily, 2006), « l'analyse des motifs de migration et d'installation en Guyane montre que les migrations sanitaires sont très minoritaires. Au total, 3,1% de la population immigrée a migré et/ou s'est installée pour raison de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue. La majorité de cette population a migré pour des raisons économiques à Cayenne (46,3%) et familiales à Saint-Laurent du Maroni (56,1%) » (Jolivet et al., 2009, 47). Les migrants, et notamment les jeunes, sont en revanche dans des situations sanitaires bien spécifiques du fait de leur situation socioéconomique en Guyane (conditions de travail plus pénibles, chômage, logement plus précaire, niveau de rémunération plus faible...), des discriminations dont ils font l'objet dans l'accès aux soins, ou d'un recours aux soins plus complexe du fait d'une moins bonne connaissance du système de santé et d'une moindre maîtrise de la langue (Jolivet et al., 2009, 8). D'une manière générale, on peut se demander si les jeunes qui ont fait l'expérience de la migration constituent un « type » de jeunes particulier (et si oui, en quoi ?), ou si au contraire ils se fondent parmi les autres jeunes de Guyane selon leur activité et leur parcours une fois installée ?

### 3/ Précarité et « désaffiliation sociale »

Ce processus, conceptualisé par Robert Castel, semble particulièrement décisif chez les filles. Celles-ci sont par exemple nettement plus dépressives que les garçons, avec un passage à l'acte suicidaire important. 2 filles sur 5 ont une tendance marquée à la dépression. Ce rapport est de 1 pour 5 chez les garçons. Ainsi, 22% d'entre elles ont déjà pensé au suicide et 29% sont passées à l'acte (respectivement 7% et 10 % chez les garçons). La tentative de suicide est donc très spécifique du sexe féminin (66% des tentatives). Le facteur « solitude » - donc la rupture sociale ou le manque de soutien - semble être déterminant chez les filles. L'ORSG souligne que les « filles qui se sentent très entourées, n'ont pas de rapports sexuels et qui vivent dans une très bonne ambiance familiale » ont un faible risque suicidaire (3% ont fait une tentative de suicide)<sup>16</sup>.

Si la désaffiliation peut être considérée comme une exclusion sociale, il faut bien la distinguer de la précarité : « si ces jeunes sont en situation précaire, ils n'en sont pas pour autant exclus, en Guyane. En effet, ils rapportent en grande majorité un environnement familial favorable avec un bon nombre d'entre eux qui sont déjà tournés vers la construction d'une nouvelle famille. De même, ils bénéficient, en cas de besoin, de la solidarité relationnelle voire institutionnelle » (ORSG, 2005, 88). La précarité se rapporte ainsi à des conditions de vie (matérielles) tandis que l'exclusion est une marginalisation sociale. On peut être précaire sans se sentir exclu, et inversement se sentir exclu sans être précaire. Par ailleurs il nous faudra également affiner la notion d'exclusion car on pressent que des jeunes peuvent fort bien, par exemple, être exclu du marché du travail officiel sans pour autant être socialement exclu (au sens de privé d'attaches, de liens sociaux) ni même précaire (s'ils s'inscrivent dans une économie informelle, voire illégale, qui a ses propres modes de fonctionnement). C'est finalement l'ensemble des modalités d'intégration des jeunes, et surtout leurs articulations, qu'il s'agit d'appréhender.

<sup>14</sup> « Ne faudrait-il pas prendre en compte les côtés culturels. Considérez par exemple le cas de la communauté haïtienne en y intégrant le ougandais, le prêtre, la mambo. Dans le cas des Amérindiens les Pajés, le chaman et aussi l'obiaman dans le cas de la communauté bushinengue. Ne faudrait-t-il pas plus intégrer ces personnes là dans la prise en charge de la tentative de suicide ? »

<sup>15</sup> « Les jeunes filles que j'ai citées font preuve d'un fatalisme très marqué sur ce sujet : elles parlent du suicide comme d'une force irrésistible. Cependant, le suicide n'est pas évoqué comme quelque chose de négatif ou de repoussant. J'ai aussi noté cela en discutant avec les parents : le phénomène est devenu si courant que leur principal souci est de ne jamais contrarier leur enfant parce que celui-ci risque de commettre l'irréparable » (Wyngaarde, 2003, 77).

<sup>16</sup> A l'inverse 39% des filles qui se sentent seules, en activité sexuelle et qui vivent au sein d'une famille dont l'ambiance n'est pas bonne, ont tenté à leurs jours (Chantilly, 2003, 58).

# BIBLIOGRAPHIE

ADER (Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche) (2011), « Suicide sur le Haut Maroni: une épidémie silencieuse », Cayenne, 14 avril.

ARS Guyane et ORSG, « Analyse et propositions pour la construction d'une politique de santé périnatale en Guyane », décembre 2010. [www.ors-guyane.org/publications/item/download/16](http://www.ors-guyane.org/publications/item/download/16)

ALVARADO Valencia L. (2009), « Être fille dans les quartiers pauvres de Santiago de Cali, Colombie ou quand une grossesse devient une solution », mémoire de master II d'anthropologie, Université de Neuchâtel, Suisse.

AUGE-LARIBE E. et S. LAUREL (2011), « Résultats de l'Enquête "Un Regard Sur La Jeunesse" », Juillet.

BARBOZA Stéphane (2009), « Un regard sur la jeunesse... », Enquête CAP VIH, Septembre.

BECK François, Stéphane LEGLEYE, Olivier LE NEZET et Stanislas SPILKA, Atlas régional des consommations d'alcool 2005, Editions INPES, 2008. <http://www.inpes.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1135.pdf>

BESANCON Laurence (2011), « Les grosses précoces : près de 7 % des femmes enceintes de Guyane sont mineures », Antiane, Insee Guyane, n° 71, juillet.

BOURGAREL Sophie (1994), Santé et géographie en Guyane, Paris, L'Harmattan.

CAF et INSEE (2005), « Familles de Guyane », janvier. [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=25&ref\\_id=14555](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=14555)

CARDE Estelle (2009), « Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane », Espace Populations Sociétés, n° 1.

CARDE Estelle (2010), « Quand le dominant vient d'ailleurs et l'étranger d'ici : l'accès aux soins en Guyane au prisme de la double altérité », Autrepart, 2010/3 n° 55.

CASSAR-TILLARD B. (1997), Maternités chez les moins de 20 ans. Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas-de-Calais.

CHANTILLY Sandrine (2003), « Les tentatives de suicide chez les adolescents de Guyane : profil des suicidants et facteurs de risque » in « Suicides et tentatives de suicide », Actes du Colloque international organisé par l'ORSG à Cayenne les 9-10 décembre.

CORDIER Sylvaine et Christine GRASMICK (1994), « Etude de l'imprégnation par le mercure dans la population guyanaise », », décembre, <http://www.blada.com/data/File/viregade/dsds/Hg%20Guyane%201994.pdf>

GALLIBOUR Eric (2007), « Handicap et petite enfance en Guyane : une analyse des relations entre professionnels et familles », Santé Publique, 2007/1, Vol. 19. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-1-page-19.htm>

GRENAND Françoise (2003), Intervention in « Suicides et tentatives de suicide », Actes du Colloque international organisé par l'ORSG à Cayenne les 9-10 décembre.

GRENIER Claire (2003), « La prévention du suicide en milieu scolaire » in « Suicides et tentatives de suicide », Actes du Colloque international organisé par l'ORSG à Cayenne les 9-10 décembre.

HALFEN S., avec K. FENIES, B. UNG et I. GREMY (2006), « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004 », Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales / Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, avril.

HUGUET Dominique (2003), « VIH-Sida en Guyane : 2003-2005 », Rapport pour le Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handica-

pées, la Direction de la Santé et du Développement Social, et la Préfecture de Guyane, Cayenne.

JOLIVET A., E. CADOT, E. CARDE, S. FLORENCE, S. LESIEUR, J. LEVAS, P. CHAUVIN (2009), « Migrations et soins en Guyane », Rapport final à l'Agence française de développement (AFD) dans le cadre du contrat AFD-Inserm, septembre. [http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PORTAILS/PAYS/GUYANE\\_2/ETUDE%20MIGRATIONS%20ET%20SOINS%20EN%20GUYANE.pdf](http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PORTAILS/PAYS/GUYANE_2/ETUDE%20MIGRATIONS%20ET%20SOINS%20EN%20GUYANE.pdf)

JOSEPH-AFFANDI Elkana, « Sécurité et prévention à Kourou. La tentation militaire et l'enjeu de l'intégration », Annales de la recherche urbaine, n°83-84, 1999. [http://www.annalesdelarechercheurbaine.fr/IMG/pdf/Joseph-Affandi\\_ARU\\_83-84.pdf](http://www.annalesdelarechercheurbaine.fr/IMG/pdf/Joseph-Affandi_ARU_83-84.pdf)

LAFONTAINRE Jean-Claude (2003), Intervention du Maire de Cayenne, « Suicides et tentatives de suicide », Actes du Colloque international organisé par l'ORSG à Cayenne les 9-10 décembre 2003

MAROTTE Cécile (2003), « Le suicide dans la culture haïtienne traditionnelle » in « Suicides et tentatives de suicide », Actes du Colloque international organisé par l'ORSG à Cayenne les 9-10 décembre.

MERLE Sylvie et Monique VALLART, « Martinique, Guyane : les spécificités de l'usage de drogues ultra-marines », in Jean-Michel Costes Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, février 2010. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000086/0000.pdf>

MUCCHIELLI Laurent, « Matériaux pour une étude des délinquances en Guyane », Etudes et travaux de l'ORDCS, n° 6, avril 2013. [http://ordcs.mmsch.univ-aix.fr/publications/Documents/ORDCS\\_N6.pdf](http://ordcs.mmsch.univ-aix.fr/publications/Documents/ORDCS_N6.pdf)

Observatoire national interministériel de la sécurité routière, «La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2012.

Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG, 2004), « Les tentatives de suicide chez les adolescents en Guyane », Bulletin santé, n° 2, juin.

Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG, 2005), « Enquête. La santé des jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle ».

Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG, 2006), « La santé des étudiants en Guyane. Enquête réalisée en 2006 »,

Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG, 2003), « La santé des adolescents : enquête réalisée en milieu scolaire en 2003 »

OUIMET Marc, « Un monde d'homicides », Champ pénal/Penal field , Vol. VIII, 2011. <http://champpenal.revues.org/7966>

PARA Georges Para et Marie-Claire PARRIAULT, « L'évolution de la mortalité... aux Antilles et en Guyane », Préfectures de Guadeloupe, Guyane et Martinique, 2003. [http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre\\_ARS/etudes\\_publications/Statistiques/Autres\\_publications/mortalite.pdf](http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_ARS/etudes_publications/Statistiques/Autres_publications/mortalite.pdf)

PARRIAULT Marie-Claire et Astrid VAN MELLE (dir.), « Les connaissances, attitudes et pratiques vis-à-vis du VIH et des IST parmi les travailleurs du sexe en Guyane 2009-2010 », Etude CAP VIH TS Guyane, décembre 2012.

POURCHEZ L. et S. DUPE (2011), « Les grossesses chez les mineures à La Réunion (étude anthropologique) », Rapport pour l'université de La Réunion / ARS. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_grossesses\\_chez\\_les\\_mineures\\_a\\_la\\_Reunion.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_grossesses_chez_les_mineures_a_la_Reunion.pdf)

PREVOST Josselin (2011), « Mise en place d'un observatoire intercaribéen du VIH », Projet INTERREG-IV VIH, septembre. <http://www.chupap-interregvih.org/pdf/971communication.pdf>

SIMART Geneviève (2003), « Concept de crise suicidaire : sa place dans la prévention du suicide » in « Suicides et tentatives de suicide », Actes du Colloque international organisé par l'ORSG à Cayenne les 9-10 décembre.

WINTREBERT Raphaël (2013a), « La “Démarche Jeunesse” en Guyane. Restitutions auprès des professionnels », Ateliers thématiques organisés par le CRPV Guyane, Irig-Défis, Cayenne, 24 & 27 juin.  
[http://www.crpv-guyane.org/Documents/new/DEMARCHE\\_JEUNESSE\\_RESTITUTIONS\\_THEMATIQUES.pdf](http://www.crpv-guyane.org/Documents/new/DEMARCHE_JEUNESSE_RESTITUTIONS_THEMATIQUES.pdf)

WINTREBERT Raphaël (2013b), « Les jeunes adultes en Guyane : démographie et mobilité », Etudes & Perspectives, Coll. “Jeunesse”, CRPV Guyane et Région Guyane, juillet, 32p.  
[http://www.crpv-guyane.org/Documents/new/JEUNES\\_ADULTES\\_DEMOGRAPHIE\\_ET\\_MOBILITE.pdf](http://www.crpv-guyane.org/Documents/new/JEUNES_ADULTES_DEMOGRAPHIE_ET_MOBILITE.pdf)

WINTREBERT Raphaël (2013c), « Plurilinguisme, (en)jeux identitaires et “parler jeune” en Guyane », Etudes & Perspectives, Coll. “Jeunesse”, CRPV Guyane et Région Guyane, décembre 2013, 24p.

WINTREBERT Raphael, Emilie CHARLES-EUPHRONISE, Claudie GARNESON et Benoit HURPEAU (2014), « Les jeunes adultes de Guyane : un état des lieux », Conseil régional de Guyane, CRPV Guyane, Insee Guyane, Préfecture de Guyane, juin.  
[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/guyane/themes/etudes\\_detaillees/jeunes-adultes/INSEE%20DEM.%20JEUNES%20EN%20GUYANE.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guyane/themes/etudes_detaillees/jeunes-adultes/INSEE%20DEM.%20JEUNES%20EN%20GUYANE.pdf)

WYNGAARDE Brigitte, « Le suicide au sein de la communauté amérindienne de Guyane » in « Suicides et tentatives de suicide », Actes du Colloque international organisé par l'ORSG à Cayenne les 9-10 décembre 2003.



Directeur de publication :  
Denis Souillard

Auteur :  
Raphaël Wintrebert

Septembre 2014

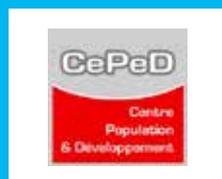
ISBN : 979-10-92937-03-9

Conception graphique et Impression : Intercom

# CRPV

## CENTRE DE RESSOURCES POLITIQUE DE LA VILLE DE GUYANE

### PARTENAIRES DE LA DÉMARCHE JEUNESSE



12, rue du XIV Juillet  
B.P.691 - Cayenne cedex

Tel: 05.94.28.79.43  
Fax: 05.94.28.79.44

[www.crpv-guyane.org](http://www.crpv-guyane.org)  
[crpvguyane@gmail.com](mailto:crpvguyane@gmail.com)