



**LA SANTÉ DES JEUNES
EN DEMARCHE
D'INSERTION SOCIALE
ET PROFESSIONNELLE
*en Guyane***



Observatoire Régional de la Santé de Guyane

Sous la Présidence de Mme Marie-Claude VERDAN

Espace Bertène JUMINER
771, rte de Baduel - BP 659 - 97335 Cayenne Cedex
Site : www.ors-guyane.org - E-mail : orsg@wanadoo.fr

***LA SANTE DES JEUNES
EN DEMARCHE D'INSERTION SOCIALE
ET PROFESSIONNELLE***

EN GUYANE



Enquête réalisée en 2005

*Sous la Direction du Dr Marie-Josiane CASTOR-NEWTON
Directrice de l'ORSG*

*Rapport rédigé par Mme Sandrine CHANTILLY,
Responsable de la Cellule Etudes à l'ORSG*

Avec l'étroite collaboration de l'équipe de la Cellule Etudes :

*Chargée d'Etudes : Arise CHOCHO
Assistante d'Etudes : Christelle LARUADE*

Ce travail, que nous vous proposons, constitue une première approche de la santé des adolescents non scolarisés.

Depuis plusieurs années déjà, l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) travaille à l'amélioration de la connaissance sur la santé des jeunes.

En effet, la jeunesse de notre population est un atout majeur pour la région mais qui nécessite la mobilisation de moyens adaptés aux besoins éducatifs, économiques, sanitaires et sociaux. Ceux-ci doivent s'inscrire dans une stratégie globale de prise en compte des problématiques propres à la jeunesse.

Il est vrai que, pendant longtemps, les jeunes étaient considérés comme une population sans véritables problèmes de santé. Toutefois, face à la montée des conduites à risque, à l'évolution de la mortalité et de la morbidité des adolescents ainsi qu'à l'impact sur leur santé à l'âge adulte, il est apparu urgent au gouvernement d'engager des actions pérennes afin d'améliorer ces indicateurs. C'est pourquoi, depuis 1996, la santé des jeunes est une priorité nationale de Santé Publique.

En 1997, l'Observatoire a initié sa première enquête épidémiologique d'envergure auprès des adolescents scolarisés. Au regard des résultats relativement alarmants de certains indicateurs, il nous a semblé indispensable de connaître leur évolution par la reconduction de cette enquête en 2003.

Forts de cette connaissance, nous nous sommes engagés, avec nos partenaires, dans une longue étude sur la santé des jeunes non scolarisés afin de compléter les informations déjà disponibles.

Le présent document vous livre les résultats sur la santé des jeunes en démarche d'insertion. C'est un public sensible, de jeunes qui cumulent des difficultés sociales, économiques, sanitaires et parfois culturelles. Pour les aider à lever certains des obstacles qu'ils rencontrent au quotidien, il existe des structures d'accompagnement. Néanmoins, ce travail doit nous permettre de nous réunir, de nous fédérer, autour d'un projet visant à poursuivre les opérations engagées par certains et de proposer des actions innovantes en rapport avec les problématiques mises en exergue dans cette étude.



L'Observatoire Régional de la Santé de Guyane remercie tous les partenaires qui ont apporté leur contribution à la réalisation de l'enquête "La santé des jeunes en insertion" :

- La Direction de la Santé et du Développement Sociale (DSDS),
- La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ),
- La Mission Locale Régionale de Guyane (MLRG),
- Les Groupement et Régiment du Service Militaire Adapté (GSMA et RSMA),
- L'ensemble des jeunes qui ont participé à l'enquête.

AVANT PROPOS	5
REMERCIEMENTS	7
1 - INTRODUCTION	11
2 - METHODOLOGIE	13
2-1 - ORIGINE ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE	13
2-2 - SPÉCIFICITÉS MÉTHODOLOGIQUES DES VOLETS 3 ET 4	14
2-3 - QUESTIONNAIRE	17
2-4 - POPULATION ET ÉCHANTILLONNAGES	17
2-5 - MÉTHODE D'ANALYSE	18
3- RESULTATS	21
3-1 PARTIE 1 : LE JEUNE DANS SON ENVIRONNEMENT	21
3-1-1 Les caractéristiques individuelles et familiales	21
3-1-1-1 Les caractéristiques socio-démographiques	25
3-1-1-2 Les caractéristiques socio-économiques des jeunes	29
3-1-1-3 Les caractéristiques socio-économiques des familles	33
3-1-2 Vie familiale et mode vie	35
3-1-2-1 La vie familiale	35
3-1-2-2 Le suivi et l'accès institutionnel	37
3-1-2-3 Le mode de vie	39
3-2 PARTIE 2 : PARCOURS DE VIE ET SANTE DES JEUNES	41
3-2-1 La scolarité	43
3-2-2 La protection sociale et sanitaire	45
3-2-3 Les connaissances en santé	49
3-2-4 Etat de santé	51
3-2-4-1 Indicateurs généraux	51
3-2-4-2 La santé psychologique	53
3-2-4-3 Le corps et l'alimentation	55
3-2-5 La consommation médicale	57
3-2-6 La sexualité	59
3-3 PARTIE 3 : LES CONDUITES A RISQUE	61
3-3-1 La violence	63
3-3-2 La délinquance	67
3-3-3 Les consommations à risque	69
3-3-3-1 La consommation de tabac	69
3-3-3-2 La consommation d'alcool	71
3-3-3-3 La consommation de drogue	74
3-3-4 Le risque sur la route	75
4 - SYNTHESE ET DISCUSSION	77
4-1 - OBSERVATIONS MÉTHODOLOGIQUES	78
4-2 - LES RÉSULTATS D'ANALYSES	79
5 - CONCLUSION ET PROPOSITIONS	87
BIBLIOGRAPHIE	91
COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	92
COMPOSITION DU CONSEIL SCIENTIFIQUE	93
COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE DE L'ENQUETE	94
EQUIPE ORSG	95

La santé des jeunes fait partie des dix priorités nationales identifiées par les conférences nationales de Santé Publique. Cette problématique de santé avait été mise en exergue par de nombreux acteurs nationaux et régionaux, institutionnels, associatifs ou professionnels, dont le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) en 1995-96.

Ainsi, partant du constat que les jeunes représentaient une population à haut risque en matière de santé sur la base d'indicateurs nationaux et régionaux alarmants, il a été établi que faire de la santé des jeunes une priorité de santé publique signifie que " les pouvoirs publics doivent désormais concentrer leur action par des études, des recherches, des groupes de travail, mais aussi par des politiques structurelles¹ " .

¹Discours de
Philippe DOUS-
TE-BLAZY,
Ministre Délégué
à la Santé.
Mercredi 21
décembre 1994.
Conférence de
presse HCSP.

De ce fait, sur un plan national, de nombreuses actions ont été engagées afin :

- de mieux connaître cette population et les problèmes de santé auxquels elle est confrontée,
- de permettre une véritable éducation à la santé,
- d'instaurer un réseau de partenaires dans le but d'améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire en direction de la jeunesse.

Pour la plupart, ces actions se sont déclinées sur un plan régional en fonction des autres priorités de santé locales notamment par le biais des programmes régionaux de santé.

En Guyane, les indicateurs de mortalité et de morbidité, relatifs à la santé des jeunes, sont tout aussi inquiétants qu'au niveau national, sinon plus pour la plupart des thématiques de santé.

De plus, l'étude sur la santé des adolescents scolarisés dans le second degré en Guyane, réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé en 1997 et reconduite en 2003, est un élément majeur dans la prise en compte des problèmes de santé et des conditions de vie des jeunes sur le territoire.

Il s'agira donc de compléter les apports de cette enquête réalisée en milieu scolaire par un sondage de jeunes de 13-25 ans qui n'ont pas été concernés par les enquêtes de 1997 et 2003.

Ceci permettra aux acteurs locaux d'avoir une image assez fidèle de l'état de santé des jeunes de Guyane et des facteurs qui interviennent dans le processus de santé. Dans le but que chacun, en fonction du rôle qu'il a à jouer, puisse participer activement à la conception du programme régional de santé (PRS) JEUNES.

Enfin, il faut garder en mémoire que l'enjeu national de ces PRS JEUNES ou des études conduites pour améliorer la connaissance de ce public, trouve un écho particulier en Guyane lorsque l'on sait qu'environ 22 % de la population totale de ce département est âgée entre 13 et 25 ans.

Sur le plan national, il existe de nombreuses sources d'information sur cette tranche de la population qui viennent améliorer la connaissance des situations et des conditions de santé des jeunes. Par conséquent, de par la littérature qui existe sur le sujet, nous savons que les jeunes en difficulté sociale présentent un état de santé actuel ou futur, potentiellement plus aggravé que les autres jeunes du même âge.

De ce fait, il sera intéressant de voir, comment en Guyane, se déclinent les situations sociales, familiales et de santé de ces groupes de jeunes non scolarisés ainsi que leurs conditions de vie présentes et passées. Enfin, à partir de ces résultats, il sera possible d'observer ultérieurement, par des analyses plus approfondies, les décalages existant entre les plus fragiles et les autres, ce qui permettrait d'adapter les actions de prévention et de prise en charge, sur des bases autres que la perception extérieure venant du monde des adultes.

Les objectifs de cette étude sont donc de décrire l'état de santé social, physique et psychique des jeunes de 13 à 25 ans non scolarisés, enquêtés dans les 5 principales villes et communes de Guyane (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent, Maripasoula, Saint-Georges) en :

- Identifiant les grandes caractéristiques de cette population,
- Présentant les principaux indicateurs de santé,
- Evaluant les connaissances en matière de santé,
- Repérant les attitudes vis à vis du système de santé.

Pour répondre aux impératifs méthodologiques, le présent rapport expose les principaux résultats concernant la santé des jeunes en démarche d'insertion professionnelle ou sociale, de même que celle des jeunes connus des services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Cette analyse est une première approche régionale des adolescents non scolarisés et de leur santé car celle-ci s'inscrit dans un travail plus global que nous évoquerons plus avant.

2-1 - Origine et déroulement de l'enquête

Depuis 1997, l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane a fait le choix de consacrer une part de son activité de recherche à la santé des jeunes de Guyane, tout d'abord, par la réalisation d'une enquête d'envergure auprès des jeunes scolarisés dans le 2nd degré (qui a été reconduite en 2003²) puis, toujours la même année, par l'organisation d'un colloque intitulé " Les jeunes et la santé en Guyane ". Il s'agissait de contribuer à une meilleure connaissance de la santé des jeunes sous tous ses aspects, de mieux comprendre le rôle des différents acteurs en matière de santé des jeunes et de permettre à ces derniers de s'informer sur leurs droits et devoirs dans ce domaine.

² "La santé des adolescents en Guyane - Enquête réalisée en milieu scolaire en 2003" - ORSG 2005

L'enquête en milieu scolaire a été réalisée par l'ORSG, en partenariat avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Education Nationale (Rectorat de Guyane). Elle est inspirée de celle effectuée dans l'hexagone, en 1993, et conduite par l'unité 472 de l'INSERM dont la responsable est Mme Marie CHOQUET, chercheur et expert, spécialiste de la question des adolescents. Cet important travail d'étude, qui est l'un des seuls à nous fournir une information globale et actuelle sur la santé des adolescents en Guyane, nous a permis de faire des constats fondamentaux sur les problématiques relatives aux adolescents dans notre région de même que de proposer des axes d'action et de recherche adaptés à cette réalité.

Ainsi, afin de compléter l'information déjà disponible par le biais de cette précédente enquête, l'ORSG a été sollicité pour la réalisation d'une étude sur la santé des jeunes non scolarisés. Plusieurs partenaires ont donc été associés dès l'origine de la démarche : la Direction de la Solidarité et du Développement Social (DSDS), la Protection Judiciaire de la jeunesse (PJJ) et la Mission Locale Régionale de Guyane (MLRG).

Cependant, étant donné la diversité des situations des jeunes sortis du système de l'éducation nationale, il nous a semblé plus pertinent de scinder ce travail en plusieurs volets :

- Volet 1 - La santé des étudiants.
- Volet 2 - La santé des jeunes actifs.
- Volet 3 - La santé des jeunes connus des services judiciaires.
- Volet 4 - La santé des jeunes en démarche d'insertion.
- Volet 5 - La santé des jeunes exclus (des autres dispositifs).

Chaque volet constitue une enquête à part entière avec, toutefois, des objectifs et des outils similaires.

L'organisation des enquêtes et du recueil des données s'est faite selon les grands principes suivants :

- la base de sondage est constituée des jeunes âgés de 13 à 25 ans répertoriés par les différents partenaires en contact avec eux. La constitution de cette base s'est principalement appuyée sur les rapports d'activité des organismes qui nous ont renseignés et servis de relais auprès des personnes à enquêter.
- cette étude est transversale et descriptive.
- la méthodologie retenue a permis de respecter l'anonymat et la confidentialité des personnes interrogées principalement en utilisant comme interface les interlocuteurs habituellement en contact avec les jeunes pour leur repérage, l'auto-questionnaire et des conditions particulières de remise du questionnaire.

D'une façon générale, la procédure a été la suivante :

1. Elaboration de la technique d'enquête : documentation, création d'un schéma directeur ou pré-projet, recensement des partenaires et prises de contact, mise en place d'un comité de pilotage composé de représentants des collectivités, de professionnels de santé, d'acteurs du monde de l'enfance et de l'adolescence, des institutions de santé, ..., choix d'une technique d'enquête et élaboration d'un questionnaire ;
2. Recueil de l'information et sondage ;
3. Traitement de l'information (saisie, corrections, ...) ;
4. Analyse des données et élaboration d'indicateurs de référence ;
5. Rédaction d'un rapport d'étude et restitution de l'information aux partenaires locaux.

Les volets 3 et 4 ont été réalisés dans un premier temps et en simultané.

2-2 - Spécificités méthodologiques des volets 3 et 4

Pour l'étude portant sur **la santé des jeunes en démarche d'insertion**, nous avons eu deux partenaires principaux :

1. La Mission Locale Régionale de Guyane (MLRG) :

De même que pour les autres missions locales du territoire français, la MLRG est un lieu d'accueil, d'orientation professionnelle, d'aide active pour construire un projet professionnel déterminé. Elle est destinée aux jeunes de 16 à 25 ans qui rencontrent des difficultés d'insertion professionnelle ou sociale. La MLRG apporte à chaque jeune, selon son niveau, ses besoins, ses difficultés, des réponses individualisées.

Afin d'accomplir ses missions, la MLRG développe un partenariat local au service des jeunes en difficulté d'insertion et s'inscrit dans une démarche complémentaire avec les autres réseaux (emploi, formation, logement, santé, ...). A ce titre, elle est l'organisme le plus centralisateur pour l'entrée en relation avec le public à enquêter et répondant aux critères d'inclusion de l'enquête.

Par ailleurs, pour la mise en œuvre de l'enquête, se cantonner quasi-exclusivement à la MLRG, qui balaie largement le public concerné sur le territoire, a permis d'éviter le piège statistique que constituent les doublons.

Enfin, la MLRG intervient en Guyane sur plusieurs secteurs géographiques. Elle déploie ses différents sites sur Cayenne et l'île de Cayenne, Kourou, Saint-Laurent et Saint Georges.

C'est donc lors de l'accueil des jeunes par les agents de la MLRG, que le questionnaire a été présenté par le chargé d'insertion puis, auto-administré sur site, avant d'être glissé par le jeune lui-même dans une urne disposée à cet effet. En cas d'incompréhension, le jeune pouvait s'adresser au chargé d'insertion qui l'éclairait en respectant la confidentialité de la réponse et sans introduire de jugement dans son explication. A cet égard, les responsables d'antenne de la MLRG avaient assisté à des réunions préparatoires afin d'organiser cette passation dans des conditions assurant la sincérité des réponses des jeunes enquêtés.

L'enquête au niveau de la MLRG s'est déroulée à des rythmes variables selon les antennes et s'est étendue de juillet à novembre 2005, de façon à atteindre l'effectif à enquêter préalablement fixé pour chaque antenne.

2. Les Groupement et Régiment du Service Militaire Adapté (GSMA et RSMA).

Comme dans les autres Départements d'Outre-mer, le service militaire adapté, en Guyane, a pour mission de dispenser aux jeunes gens volontaires résidant Outre-mer, une formation professionnelle adaptée afin de faciliter leur réinsertion sociale et professionnelle.

Il a semblé intéressant d'enquêter cette population en juxtaposé à celle de la Mission Locale car, a priori, le profil de ces jeunes est assez spécifique et correspond à des jeunes relativement en marge des dispositifs de formation traditionnels. De même, les possibilités d'insertion dans l'administration de l'armée représentent, pour ces jeunes, des perspectives de débouchés qui n'existent pas dans d'autres secteurs mais requièrent souvent de leur part un état d'esprit particulier.

C'est ainsi que, lors de la passation, très peu de jeunes du SMA ont déclaré être en rapport avec la Mission Locale ou la PJJ.

Les passations se sont effectuées en groupe, par auto-questionnaire, en présence d'enquêteurs de l'ORSG. Des précisions ont été apportées aux jeunes rencontrant des difficultés de compréhension par rapport à certaines questions. Dans quelques cas, il a été nécessaire d'apporter une aide à la lecture ou à l'écriture soit pour cause d'illettrisme soit pour non francophonie.

A la fin de chaque séance de passation, les jeunes militaires glissaient eux-mêmes leur questionnaire dans des urnes préalablement disposées à cet effet.

Il avait été convenu, avec les services médicaux et instructeurs du SMA, d'enquêter 2 sessions de nouveaux arrivants par site (GSMA à Saint-Jean du Maroni et RSMA à Cayenne), sachant qu'une nouvelle session débute tous les 2 mois. Les périodes d'enquête qui nous ont été accordées sont les suivantes :

- Au GSMA : Juin 2005 et Février 2006.
- Au RSMA : Août 2005 et Octobre 2005.

Bien entendu, pour le volet sur la *santé des jeunes connus des services judiciaires*, notre unique partenaire a été le service de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) de Guyane.

Les services de la PJJ assurent la prise en charge des mineurs délinquants, la protection des mineurs en danger moral et physique, et des jeunes majeurs en grande difficulté d'insertion sociale qui leur sont confiés par décision de justice.

En Guyane, la PJJ intervient auprès de jeunes de l'ensemble du territoire mais est plus particulièrement centralisée sur Cayenne, Kourou et Saint-Laurent du Maroni.

La PJJ a été l'un des acteurs initiateurs de l'étude réalisée auprès des jeunes non scolarisés. En effet, très tôt dans la démarche, l'infirmier de ce service a pris une grande part dans l'émergence et dans l'avancement du projet.

Le projet d'étude a été présenté à l'ensemble de l'équipe de la PJJ (Directeur, éducateurs, infirmier, ...), lors d'une réunion de travail au cours de laquelle ils ont été préparés à la passation du questionnaire auprès des jeunes dont ils avaient la charge.

Une partie des questionnaires recueillis auprès des jeunes de la PJJ l'ont été par une équipe de l'ORSG. Les autres ont été présentés et recueillis par l'infirmier de la PJJ. Et cela, toujours dans des conditions nous permettant de nous assurer de la sincérité des réponses.

Pour des raisons internes à ce service, nous avons eu un très faible retour d'informations concernant ce volet de l'enquête.

2-3 - Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré par l'équipe de l'ORSG, en fonction des souhaits du représentant de la DSDS qui était à l'initiative de la démarche et de l'infirmier de la PJJ. Ceux-ci avaient eu des rencontres préalables avec la représentante de la mission locale avec laquelle ils s'étaient accordés sur des points spécifiques d'enquête.

Par ailleurs, afin d'obtenir une information complémentaire à celle de l'enquête en milieu scolaire, il a été choisi de retenir des thématiques similaires afin de permettre des comparaisons ultérieures entre les deux publics.

Enfin, le questionnaire a été adapté puis validé par le comité de pilotage³.

³ Voir composition en annexe

Le mode de passation a été l'auto administration d'une durée de 20 minutes à 1 heure. Nous sommes assurés de la sincérité des réponses en raison du mode de passation mais aussi par le fait que les jeunes étaient encouragés à ne pas répondre si une question les gênait plutôt que de mettre une réponse fausse. Le questionnaire était déposé dans une urne par le jeune lui-même.

Plusieurs thématiques ont été abordées : les caractéristiques socio-démographiques du sujet et de sa famille, la scolarité, la vie familiale et le mode de vie, l'environnement relationnel, les loisirs, le corps et les problèmes somatiques, l'image de soi, la consommation de produits licites et illicites, la violence, la protection sociale et enfin, les connaissances en santé.

2-4 - Population et Echantillonnage

La population concernée par l'enquête est constituée des jeunes de 13 à 25 ans (non pris en compte par l'enquête réalisée en milieu scolaire) qui sont en démarche d'insertion ou suivis par la PJJ.

Ainsi, la base de sondage correspond aux jeunes de 13-25 ans identifiés par les partenaires en fonction des volets.

Partenaires	Mission Locale	SMA	PJJ
Population initiale selon partenaires	4 537	200*	100*
Echantillon retenu	510	200*	100*
Echantillon final	451	128	14

*: le nombre de stagiaires par session est d'environ 70 à Cayenne et 40 à Saint-Laurent.

** : Y compris les jeunes du milieu carcéral (environ 40).

La passation auprès des jeunes de la mission locale demandait une implication des agents d'insertion. De façon globale, celle-ci a été très bonne, à quelques exceptions près. Il est vrai que cette enquête leur a demandé un surcroît de travail dans leur activité quotidienne. L'échantillon final pour ce partenaire correspond à une mobilisation de plusieurs mois sur les zones couvertes par la MLRG.

Pour les jeunes du Service Militaire Adapté, l'échantillon final correspond au nombre de présents, les jours de passation. Toutefois, au-delà des quelques absences du jour, il est apparu que le nombre moyen de participants à une session de formation qui avait été préalablement fourni, était surestimé aussi bien à Saint-Laurent qu'à Cayenne.

Par contre, l'échantillon obtenu auprès des jeunes de la PJJ est trop faible pour être exploité séparément. Cette absence de résultats est notamment due au fait que la personne ressource qui était chargée de la passation auprès des jeunes, a eu plusieurs défaillances. Il est à noter qu'aucun jeune du milieu carcéral n'a pu être enquêté.

L'effectif total est donc de 593 jeunes.

2-5 - Méthode d'analyse

Les informations recueillies par le biais des questionnaires ont été codées et saisies par l'équipe ORSG jusqu'en Avril 2006. Cette base de données, actuellement en format SAS 8.2, correspond à la fusion des fichiers de saisie sous épi info.

Par ailleurs, celle-ci a subi plusieurs traitements afin de corriger les erreurs de saisie, de logique et autres erreurs de manipulation de fichiers. Il a également été nécessaire de récupérer des sujets par des programmes spécifiques sur la base de codes logiques.

L'étude des données a été effectuée avec le logiciel SAS version 8.2. La présente analyse tend à faire une présentation descriptive de l'état de santé global des jeunes en démarche d'insertion ET connus de la PJJ. Pour cela, elle a été menée de la façon suivante :

- Il a été fait une description des réponses aux différentes questions (analyses univariées) et leurs relations deux à deux avec les variables telles que le sexe, l'âge ou la zone de résidence.

- Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de tableaux de contingence (effectifs, pourcentages) et par les tests statistiques correspondants (chi-2) quand on a tenu compte d'autres facteurs (relations deux à deux).

- Les variables quantitatives ont été résumées par leur moyenne et écart-type.

- De nombreuses variables ont été dérivées à partir des items initiaux du questionnaire pour constituer des indicateurs qui synthétisent ainsi plusieurs questions.

Enfin, une discussion méthodologique et sur les résultats marquants sera entreprise, notamment en replaçant ceux-ci dans leur contexte ou en les mettant en perspective par une comparaison avec les données existantes sur le domaine dans d'autres régions.



**3-1- PARTIE 1 : LE JEUNE
DANS SON ENVIRONNEMENT**

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

	EFFECTIFS	%	NRP
SEXE			
Garçons	282	48.29	1 %
Filles	302	51.71	
AGE			
13-16 ans	9	1.60	5 %
17-20 ans	278	49.55	
21 ans et plus	274	48.84	
NATIONALITE			
Française	363	62.37	2 %
Française ori. étrangère	60	10.31	
Etrangère	159	27.32	
SITUATION ADMINISTRATIVE DES ETRANGERS			
<i>Carte de séjour courte durée</i>	54	45.00	
<i>Carte de séjour longue durée</i>	44	36.67	
<i>Pas de carte de séjour</i>	22	18.33	
BASSIN DE RESIDENCE			
Cayenne	229	44.99	14 %
Kourou	79	15.52	
St Laurent	150	29.47	
St Georges	38	7.47	
Maripasoula	13	2.55	
TYPE DE COMMUNE			
Urbaine	427	83.89	14 %
Rurale	82	16.11	
LIEU D'ENQUETE			
Cayenne	268	45.27	3 %
Kourou	77	13.01	
St Laurent	190	32.09	
St Georges	53	8.95	
Maripasoula	4	0.68	



3-1-1-1 - Les caractéristiques socio-démographiques

Notre échantillon est composé comme suit :

- 52 % de filles contre 48 % de garçons.

● De jeunes ayant un âge moyen de 20,7 ans avec des âges allant de 14 à 25 ans. Toutefois, dans la quasi-totalité, il s'agit de jeunes de plus de 16 ans. En effet, la MLRG accueille officiellement des jeunes de 16 à 25 ans, bien qu'il puisse arriver que les agents aient à s'occuper d'adolescents plus jeunes. Ceci reste toutefois assez rare. Le service militaire adapté, quant à lui, reçoit les stagiaires à partir de 18 ans.

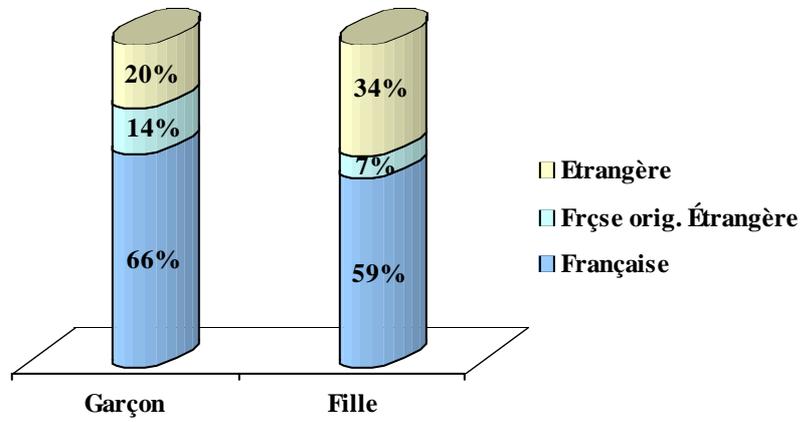
La PJJ n'a pas de critères d'âge concernant le public qu'elle accueille, par conséquent, les critères d'inclusion de l'enquête ont été les seuls à avoir été considérés pour le recrutement.

● 63 % de français, 27 % d'étrangers et 10 % de français d'origine étrangère. Pratiquement tous ont une très bonne pratique du français (écrit, lu, parlé). Seuls 7 % utilisent un français approximatif. Toutefois, près de 3 jeunes sur 4 disent pratiquer une autre langue. Parmi eux, le 1/3 est anglophone et le 1/4 lusophone. 30 % pratiquent le bushinengue tango.

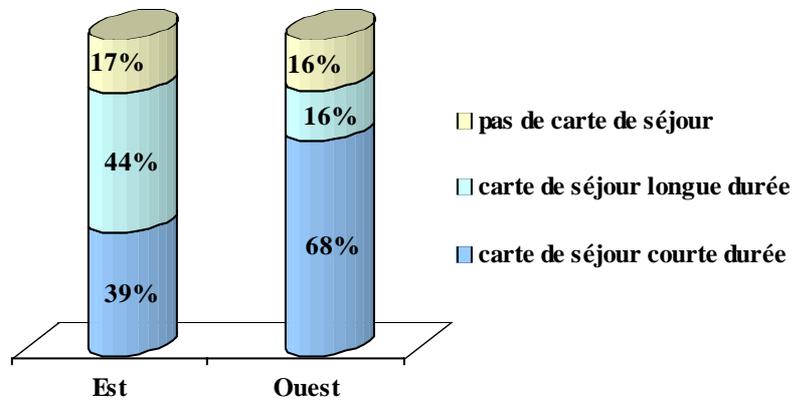
● Pour la plupart, les étrangers ont une situation administrative assez précaire car près de la moitié dispose d'une carte de séjour de courte durée et 18 % sont en situation irrégulière.

● 45 % des jeunes vivent à Cayenne, 16 % à Kourou et 29 % à Saint-Laurent-du-Maroni. Saint Georges de l'Oyapock et Maripasoula sont très faiblement représentés. Ainsi, dans notre échantillon, plus de 4 jeunes sur 5 vivent dans une communauté urbaine.

NATIONALITÉ SELON LE SEXE



STATUT ADMINISTRATIF DES ÉTRANGERS SELON LA ZONE DE RÉSIDENCE



La répartition des caractéristiques socio-démographiques est très peu liée au sexe

Le 1/3 des filles enquêtées est de nationalité étrangère contre 1/5 des garçons.

Il n'y a pas de relation entre les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés et l'âge

La seule observation qui peut être faite est qu'on compte davantage d'étrangers parmi les plus de 20 ans.

Les seules caractéristiques liées à la zone de résidence sont relatives à l'immigration

Si la répartition des étrangers apparaît comme étant la même sur le territoire, on constate néanmoins que la situation administrative des étrangers est plus précaire à l'Ouest qu'à l'Est de la Guyane. 67 % des jeunes de l'Ouest sont titulaires d'une carte de séjour de courte durée contre 39 % à l'Est.

De même, il ressort que les langues, autres que le français, se déclinent de façon distincte selon la zone. A l'Est : l'anglais, le portugais, l'espagnol alors qu'à l'Ouest on trouve : le bushinengue tango, les langues asiatiques et les autres langues pratiquées en Guyane.

CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES JEUNES

	EFFECTIFS	%	NRP
ACTIVITE PRINCIPALE			
Activité professionnelle	74	14.45	14 %
Formation	229	44.73	
Sans emploi	181	35.35	
Autre	28	5.47	
STATUT DES TRAVAILLEURS			
<i>Salarié</i>	58	44.27	
<i>Rémunéré non déclaré</i>	25	19.08	
<i>A son compte</i>	24	18.32	
<i>Emploi jeune</i>	24	18.32	
STATUT DES NON TRAVAILLEURS			
<i>Inscrits à l'ANPE</i>	326	83.16	
<i>Non inscrits à l'ANPE</i>	58	14.80	
<i>Ne veut pas travailler</i>	2	0.51	
<i>Ne peut pas travailler</i>	6	1.53	
SOURCE DE REVENUS			
Salaire	167	34.72	19 %
Allocations	121	25.16	
Bourse	10	2.08	
Pension alimentaire	10	2.08	
Argent de poche	61	12.68	
Revenus parallèles	55	11.43	
Autres	57	11.85	
LOGEMENT			
Hébergement collectif	155	31.44	17 %
Appartement	106	21.50	
Maison individuelle	207	41.99	
Sans domicile	13	2.64	
En chambre	12	2.43	
TYPE LOGEMENT			
Studio	20	4.47	25 %
T2/T3	140	31.32	
T4 et plus	287	64.21	
NOMBRE PERSONNES AU FOYER			
1 personne	14	3.10	24 %
2-3 personnes	110	24.34	
Plus de 3 personnes	328	72.57	
EQUIPEMENTS DE BASE⁴			
Aucun	31	6.42	18 %
Pas tous	167	34.58	
Tous	285	59.01	
EQUIPEMENTS DE CONFORT⁵			
Aucun	24	4.79	15 %
Pas tous	102	20.36	
Télévision + portable	173	34.53	
Tous sauf Internet	120	23.95	
Tous	82	16.37	

⁴ Salle de bain -
WC - Eau cour-
rante - Cuisinière
- Réfrigérateur.

⁵ Télévision -
Téléphone fixe -
Téléphone porta-
ble - Internet.

3-1-1-2 - Les caractéristiques socio-économiques des jeunes

On observe que :

- Près de la moitié des jeunes enquêtés sont en formation professionnelle, y compris en formation en alternance ; 14 % sont en activité professionnelle exclusive et, 35 % sont sans emploi.

- Quand ils travaillent, ces jeunes sont pour 44 % des salariés. Les emplois non déclarés, aidés ou en entreprise individuelle concernent moins de 20 % des personnes interrogées. En ce qui concerne les jeunes non salariés, la grande majorité d'entre eux sont inscrits à l'ANPE (83 %), ce qui n'est tout de même pas le cas de 15 % d'entre eux.

- Plus d'1 jeune sur 3 vit d'un salaire alors qu'1 sur 4 perçoit des allocations. 13 % d'entre eux dépendent financièrement de leurs parents. Les revenus parallèles sont également une source de gains non négligeable (11 %).

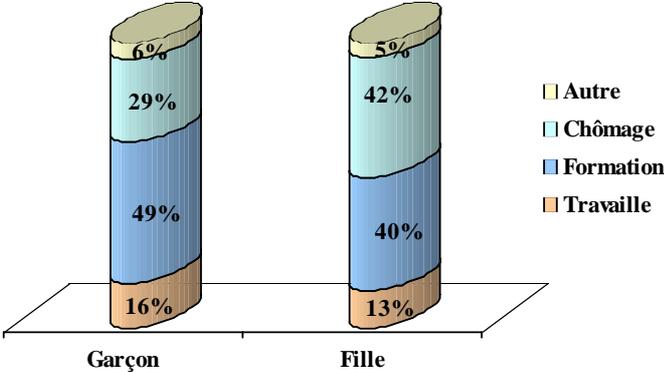
- 42 % vivent en maison individuelle dans des habitations relativement grandes (64 % ont un logement de type T4 ou plus). Toutefois, les familles sont également de grande taille : pour la grande majorité (73 %), elles sont composées de plus de 3 personnes.

On peut noter toutefois qu'1 jeune sur 5 vit en appartement qui, le plus souvent, est de taille moyenne (type T2/T3). Bien entendu, dans la plupart des cas, la taille du logement est adaptée à la taille de la famille. Il est tout de même important de retenir que 27 % des jeunes qui appartiennent à une famille nombreuse, vivent dans un logement de taille moyenne (T2/T3). Le deuxième type d'habitat le plus répandu dans notre échantillon est le collectif (foyer, caserne, orphelinat, ...), pour 31 % d'entre eux.

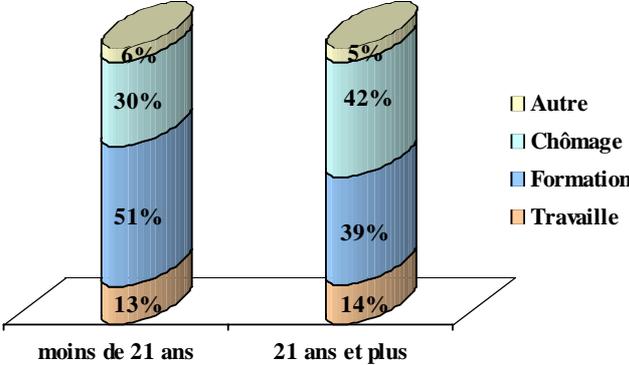
- Afin de déterminer les conditions de confort des habitations de ces jeunes, nous leur avons proposé une liste d'équipements de base (salle de bain, toilettes, eau courante, réfrigérateur, ...) pour déterminer desquels ils jouissaient. De même, nous avons proposé une liste d'équipements de confort (télévision, téléphone, ordinateur, ...).

Seulement un peu plus de la moitié (59 %) dispose de tous les équipements de première nécessité (6 % déclarent n'en avoir aucun). Néanmoins, 75 % des jeunes jouissent d'un téléphone portable et d'une télévision. Enfin, 40 % mentionnent un ordinateur en plus des deux autres éléments. Le niveau des maisons individuelles apparaît équivalent aussi bien en éléments de base que de confort. Les autres modes d'habitat sont plus défavorisants pour ces jeunes.

ACTIVITÉ PRINCIPALE SELON LE SEXE



ACTIVITÉ PRINCIPALE SELON L'ÂGE



La répartition des caractéristiques socio-économiques est très peu liée au sexe

Les filles sont davantage touchées par le chômage que les garçons (42 % des filles contre 29 % des garçons).

Les plus âgés présentent quelques spécificités socio-économiques au regard des plus jeunes

Les moins de 21 ans sont plus nombreux à être en formation que les plus âgés et appartiennent à des familles plus grandes.

Cela s'explique certainement par le fait que les plus de 21 ans sont déjà confrontés aux réalités socio-économiques des adultes (chômage, activité professionnelle).

De même, ils appartiennent certainement à des familles nouvelles qu'ils construisent eux-mêmes, d'où leur taille plus réduite.

Les conditions de logement sont les seules à se décliner de façon un peu spécifique selon la zone.

A l'Ouest, on observe davantage d'hébergement collectif (foyer, caserne, famille d'accueil, orphelinat). Mais c'est également dans cette zone que l'on trouve le plus de maisons individuelles.

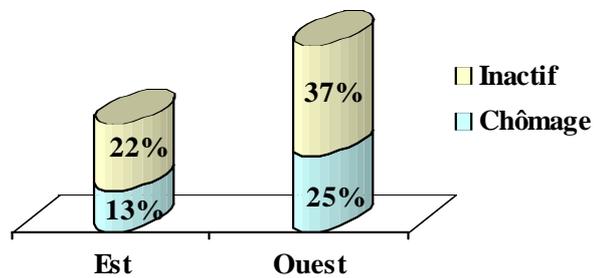
A l'Est de la Guyane, ce que l'on retrouve le plus fréquemment sont l'appartement et la chambre (chez l'habitant).

Le niveau d'équipement des jeunes est nettement plus élevé à l'Est qu'à l'Ouest, aussi bien en éléments de base que de confort : 69 % des jeunes de l'Est disposent de tous les éléments de première nécessité contre seulement 46 % des jeunes de l'Ouest. Le rapport est respectivement de 23 % et 7 % pour les équipements de confort.

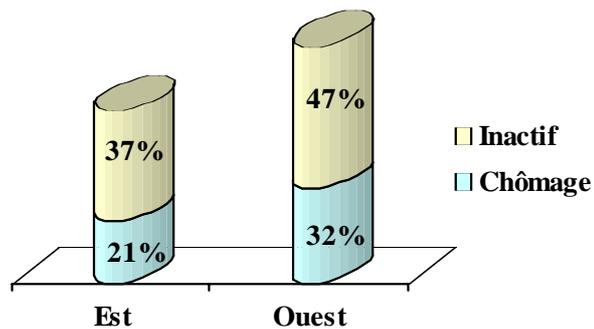
CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES FAMILLES

	EFFECTIFS	%	NRP
PRATIQUE DU FRANCAIS			3 %
Non	32	5.59	
Un peu	69	12.06	
Oui	471	82.34	
ACTIVITE PERE			42 %
Actif	197	57.60	
Chômage	55	16.08	
Inactif	90	26.32	
ACTIVITE MERE			30 %
Active	150	36.41	
Chômage	99	24.03	
Inactive	163	39.56	

ACTIVITÉ DES PÈRES SELON LA ZONE DE RÉSIDENCE



ACTIVITÉ DES MÈRES SELON LA ZONE DE RÉSIDENCE



3-1-1-3 - Les caractéristiques socio-économiques des familles

On observe que :

- 12 % des familles utilisent un français approximatif et 6 % ne le pratiquent pas du tout. Globalement, les jeunes évoluent donc dans un environnement où il existe une bonne pratique du français.
- Un fort taux d'inactivité⁶ et de chômage chez les parents, notamment chez les mères (16 % de chômage chez les pères contre 24 % chez les mères).

⁶ Au foyer, à la retraite, invalide

Les caractéristiques socio-économiques des familles ne sont liées ni au sexe ni à l'âge des jeunes

Les taux d'inactivité et de chômage des familles sont plus élevés dans l'Ouest de la Guyane

Le 1/4 des pères à l'Ouest est au chômage contre 13 % à l'Est, ces proportions sont respectivement 32 % et 21 % pour les mères.

LA VIE FAMILIALE

	EFFECTIFS	%	NRP
CELLULE FAMILIALE			5 %
Avec les parents	423	75.40	
Seul	65	11.59	
En couple	35	6.24	
Autre	38	6.77	
AVOIR UN OU DES ENFANTS			7 %
Non	336	61.20	
Oui	213	38.80	
ENFANT(S) A CHARGE			
Non	17	8.25	
Oui	189	91.75	
AMBIANCE FAMILIALE			5 %
Très bonne	216	38.37	
Assez bonne	259	46.00	
Assez mauvaise	59	10.48	
Très mauvaise	29	5.15	
MALADIE CHRONIQUE DANS LA FAMILLE			5 %
Non	455	81.11	
Oui	108	18.89	

3-1-2-1 - La vie familiale

On observe que :

- 3 jeunes sur 4 vivent encore avec leurs parents (famille monoparentale, biparentale ou reconstituée). 12 % d'entre eux vivent seuls et 6 % en couple.
- Malgré une forte prépondérance de la cellule familiale traditionnelle, on relève que près de 2 jeunes sur 5 sont déjà eux-mêmes parents de un ou plusieurs enfants. La quasi-totalité en ont la charge (92 %).
- Plus de 4 jeunes sur 5 trouvent que la vie en famille est bonne c'est à dire agréable, détendue, à rechercher. Ceci montre tout de même un climat familial très majoritairement positif.
- Près d'1/5 a un membre de sa famille qui est atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap.

Les filles sont déjà tournées vers la construction d'une nouvelle famille

Les filles sont plus indépendantes au regard de leurs parents que les garçons. En effet, 19 % d'entre elles vivent seules (contre 4 % des garçons) et 8 % vivent en couple (contre 6 % des garçons).

De même, les filles sont plus nombreuses à déclarer un enfant (55 % contre 21 % des garçons) que, dans la quasi-totalité des cas, elles ont à charge (respectivement 97 % contre 76 %).

Les plus jeunes sont tout naturellement plus ancrés dans le cocon parental que les plus âgés

82 % des moins de 21 ans habitent avec leurs parents contre seulement 68 % des plus de 21 ans. Ainsi, ces derniers sont plus nombreux à vivre seuls (19 % contre 5 % des moins de 21 ans). De façon étonnante, la proportion de jeunes vivant en couple est équivalente quel que soit l'âge (6 %).

Les plus âgés ont également, plus souvent, charge de famille.

Bien que la vie en famille se déroule de façon similaire sur l'ensemble du territoire on constate toutefois qu'à l'ouest davantage de jeunes disent avoir un membre de leur famille atteint d'une maladie grave ou chronique (24 %) qu'à l'Est (16 %).

LE SUIVI ET L'ACCES INSTITUTIONNEL

	EFFECTIFS	%	NRP
FAIT L'OBJET D'UN SUIVI PARTICULIER*			47 %
Non	234	74.52	
Oui	80	25.48	
SUIVI AIDE SOCIALE A L'ENFANCE**	585	98.65	
Non	8	1.35	
Oui			
SUIVI JUDICIAIRE**			
Non	562	94.77	
Oui	31	5.23	
PUPILLE DE LA NATION**			
Non	593	99.49	
Oui	3	0.51	
CONTRAT JEUNE MAJEUR**			
Non	572	96.46	
Oui	21	3.54	
CONNU DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE***			
Non	544	91.74	
Oui	49	8.26	
CONNU DE L'ANPE⁷***			
Non	305	51.43	
Oui	288	48.57	
CONNU DE LA MISSION LOCALE***			
Non	104	17.54	
Oui	489	82.46	
CONNU DU CROUS⁸ ***			
Non	579	97.64	
Oui	14	2.36	
CONNU DE L'ADI⁹ ***			
Non	575	96.96	
Oui	18	3.04	
CONNU DE LA PJJ ***			
Non	551	92.92	
Oui	42	7.08	

⁷Agence nationale pour l'emploi

⁸Centre régional des œuvres universitaires et scolaires

⁹Agence d'insertion

* Cette question figurait avec plusieurs choix possibles comme réponse. Si au moins l'un des choix était retenu, cette variable construite "Fait l'Objet d'un suivi particulier" a été renseignée par "oui".

** Ces variables ont été construites à partir des choix faits à la question initiale. Si le type de suivi concerné n'a pas été retenu, la nouvelle variable (ex : suivi aide sociale à l'enfance) a été renseignée par "non" et dans le cas contraire, elle a été renseignée par "oui".

*** Ces variables ont été construites à partir des choix faits à une question initiale qui leur proposait une liste de services desquels ils étaient susceptibles d'être connus. Si l'institution concernée n'a pas été retenue, la nouvelle variable (ex : connu de l'aide sociale à l'enfance) a été renseignée par "non", dans le cas contraire, elle a été renseignée par "oui".

3-1-2-2 - Le suivi et l'accès institutionnel

On observe que :

- Le 1/4 de ces jeunes font l'objet d'un suivi particulier. Il s'agit le plus souvent d'un suivi par les services de la protection judiciaire de la jeunesse. Bien que la construction de l'enquête nous ait amené à avoir 14 sujets par le biais de la PJJ, on peut tout de même observer que le nombre de jeunes concernés par un tel suivi va au-delà.

Le deuxième type de suivi le plus fréquemment évoqué est le contrat jeune majeur qui représente une alternative à l'arrêt de l'accompagnement social qui intervient traditionnellement à la majorité. Dans ce cas, le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) suit le jeune jusqu'à l'âge de 21 ans.

- Etant donné le mode de recrutement des sujets, la mission locale apparaît comme le service le plus en contact avec les jeunes en insertion.

Près de la moitié sont connus de l'ANPE. Puis viennent les services de l'ASE et de la PJJ. 91 % d'entre eux sont connus d'au moins un service d'accompagnement social ou d'insertion.

De façon générale, le fait de faire l'objet d'un suivi ne dépend pas du sexe de l'individu

La seule exception concerne le suivi judiciaire qui concerne 4 fois plus de garçons que de filles (respectivement 8 % et 2 %).

On peut également noter que les filles sont plus souvent inscrites à l'ANPE quand elles sont en démarche d'insertion, que les garçons (57 % contre 40 %).

Il apparaît que les plus de 21 ans sont plus nombreux à se tourner vers les deux dispositifs d'insertion sociale et professionnelle, que sont l'ADI et l'ANPE.

Le suivi et l'accès institutionnel semblent se répartir de façon homogène sur le territoire.

LE MODE DE VIE

	EFFECTIFS	%	NRP
AVOIR DES COPAINS			4 %
Non	63	11.03	
1 seul	95	16.64	
Quelques uns	251	43.96	
Beaucoup	162	28.37	
SENTIMENT DE SOLITUDE			3 %
Jamais	162	28.32	
Parfois	333	58.22	
Souvent	77	13.46	
SE CONFIER			12 %
Non	86	16.44	
Oui	437	83.56	
LOISIRS¹⁰			6 %
Jamais	29	5.19	
Parfois	272	48.66	
Souvent	258	46.15	
BOITE DE NUIT			4 %
Jamais	201	35.51	
Parfois	275	48.59	
Souvent	90	15.90	
VIE ASSOCIATIVE			17 %
Jamais	284	57.49	
Parfois	151	30.57	
Souvent	59	11.94	
PRATIQUE D'UNE RELIGION			11 %
Jamais	239	45.35	
Parfois	177	33.59	
Souvent	111	21.06	
TRAINER DANS LES RUES			7 %
Jamais	291	52.91	
Parfois	206	37.45	
Souvent	53	9.64	

¹⁰Lecture,
Cinéma, Sport,
Musique...

3-1-2-3 - Le mode de vie

On observe que :

- 28 % de ces jeunes ont beaucoup de copains. La plupart d'entre eux (44 %) se contentent d'en avoir quelques uns.
- 13 % ressentent un fort sentiment de solitude.
- En cas de difficulté, plus de 4 jeunes sur 5 se confient à une personne qui les écoute et qui les aide. ¼ des jeunes se tourne en priorité vers leurs parents. 1/5 s'adresse de préférence à leurs frères, sœurs ou à leur ami(e) de cœur. Seulement 10 % se confient à un copain (ou une copine). Il est extrêmement rare qu'ils s'adressent à un professionnel.
- La quasi-totalité des jeunes ont des loisirs et près de la moitié s'y adonnent régulièrement.
- 16 % vont souvent en boîte de nuit.
- 12 % ont une vie associative active.
- 21 % pratiquent régulièrement une religion.
- Seulement 10 % traînent dans les rues.

Les garçons nouent plus facilement des liens amicaux et se divertissent davantage que les filles .

2 garçons sur 5 disent avoir beaucoup de copains contre 1 fille sur 5. Ils s'adonnent également plus à des loisirs (cinéma, sport, musique, ...) et traînent davantage que les filles. Ces dernières ressentent donc plus fréquemment un fort sentiment de solitude.

Par contre, les demoiselles cultivent leur spiritualité avec 27 % qui pratiquent une religion contre 14 % des garçons.

Nos jeunes enquêtés ont un mode de vie équivalent au regard des variables retenues, qu'ils aient plus ou moins de 21 ans.

On ne relève pas de différence significative entre l'Est et l'Ouest quant au mode de vie de la population étudiée.

3-2- PARTIE 2 : PARCOURS DE VIE ET SANTE DES JEUNES

LA SCOLARITE

	EFFECTIFS	%	NRP
DERNIER ETABLISSEMENT FREQUENTE			4 %
Ecole primaire	18	3.17	
Collège	212	37.39	
LEGT ¹¹	56	9.88	
LP ¹²	209	36.86	
Etablissement spécialisé	4	0.71	
Etudes supérieures	13	2.29	
Formation professionnelle	55	9.70	
DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU			12 %
Aucun	237	45.40	
Niveau 5	241	46.17	
Niveau 4	39	7.47	
Niveau 3	3	0.57	
Niveau 2	2	0.38	

¹¹Lycée d'enseignement général et technique

¹²Lycée professionnel

On relève que :

- Très peu de jeunes sont allés jusqu'au lycée ou en études supérieures. 2 jeunes sur 5 ont arrêté leur scolarité soit au lycée professionnel, soit au collège.

10 % ont bénéficié d'une formation professionnelle.

- De ce fait, près de la moitié d'entre eux sont sans diplôme. 46 % sont titulaires d'un diplôme de niveau 5 (CAP/BEP). Et seulement 7 % ont une qualification de niveau 4 (Baccalauréat). On a donc un forte carence en matière de scolarité pour cette population.

Les moins de 21 ans sont plus nombreux à avoir fréquenté des établissements tels que les collèges et les lycées (LEGT et LP) . Les plus âgés énoncent plus souvent un établissement de formation professionnelle ou d'enseignement primaire comme dernier établissement fréquenté.

On peut penser que les plus jeunes débutent leur démarche d'insertion professionnelle et ne sont donc pas encore pleinement engagés dans le processus de formation professionnelle.

A l'exception du LP qui est plus rapporté par les jeunes de l'Ouest, il apparaît que ceux de l'Est ont poussé davantage leurs études aussi bien pour le baccalauréat, les études supérieures que la formation professionnelle. Il se pose très certainement là un problème infrastructurel et d'aménagement du territoire.

LA PROTECTION SOCIALE ET SANITAIRE

	EFFECTIFS	%	NRP
PROTECTION SOCIALE			11 %
Sécurité sociale avec cotisation	247	46.60	
Aide (CMU – AMG)	221	41.70	
Autre	62	11.70	
MUTUELLE			14 %
Non	256	50.29	
Oui	155	30.45	
NSP	98	19.25	
INTERLOCUTEUR EN CAS DE PROBLEME DE SANTE			15 %
Médecin	373	70.64	
Infirmier	16	3.03	
Assistante sociale	8	1.52	
Hôpital	31	5.87	
Quelqu'un entourage	68	12.88	
Personne	21	3.98	
Autres	11	2.08	
VACCINATIONS EN REGLE			10 %
Non	42	7.89	
Oui	395	74.25	
NSP	95	17.86	
ACCES AUX MEDICAMENTS			13 %
Jamais	54	10.53	
Parfois	110	21.44	
Souvent	91	17.74	
Toujours	258	50.29	
TEST DEPISTAGE HIV			8 %
Non	236	43.46	
Oui	307	56.54	
TEST DEPISTAGE HTLV			24 %
Non	310	68.43	
Oui	143	31.57	
TEST DEPISTAGE HEPATITE			19 %
Non	243	50.52	
Oui	238	49.48	
VISITE A LA PMI			
Non	153	55.64	
Oui	95	34.55	
NSP	27	9.82	

On relève que :

- Une très grande majorité de jeunes dispose d'une protection sociale avec toutefois 42 % qui relèvent de l'aide sociale.

- Moins du 1/3 disent bénéficier d'une couverture complémentaire.

- En cas de problème de santé, les jeunes s'adressent presque toujours à quelqu'un. Dans 70 % des cas, il s'agit d'un médecin et pour 13 % d'entre eux, une personne de leur entourage. Il semble que le système de santé est assez bien identifié en cas de difficulté de santé (environ 80 %).

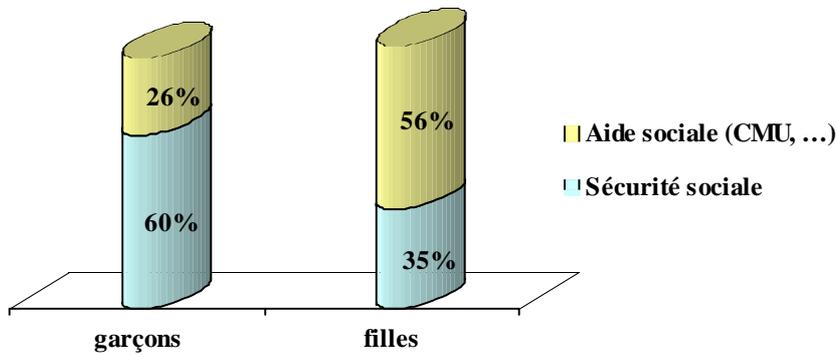
- Près d'1 jeune sur 5 ne connaît pas son statut vaccinal. 74 % déclarent avoir une vaccination en règle.

- Près du 1/3 reconnaît avoir des difficultés plus ou moins importantes à se procurer des médicaments qui leur ont été prescrits. On observe donc une certaine difficulté à l'accès aux soins.

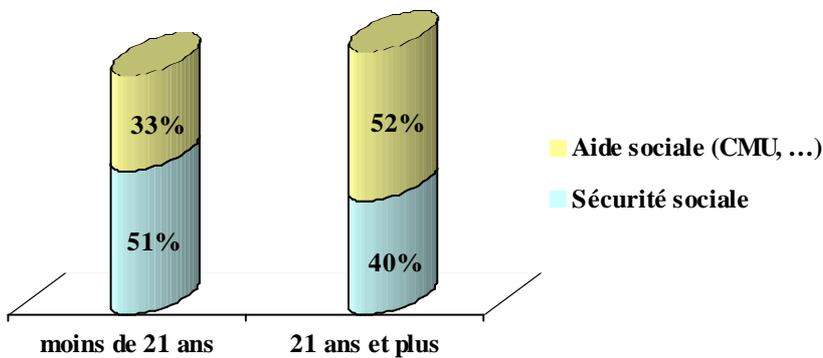
- Plus de la moitié a déjà fait un test de dépistage du HIV et, environ la moitié, celui de l'hépatite. Le test de dépistage du HTLV est le plus méconnu et le moins pratiqué.

- Un peu plus du 1/3 des filles s'est déjà rendu à la PMI.

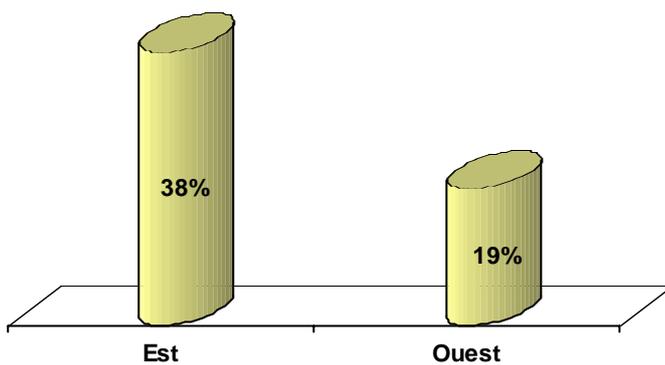
LES TYPES DE PROTECTION SOCIALE SELON LE SEXE



LES TYPES DE PROTECTION SOCIALE SELON L'ÂGE



PROPORTION DE MUTUALISTES SELON LA ZONE DE RESIDENCE



Les filles bénéficient d'une meilleure protection sociale et semblent plus soucieuses de leur santé

Les garçons sont plus nombreux à disposer d'une couverture sociale suite à cotisations alors que les filles bénéficient davantage de l'aide sociale. 71 % des filles bénéficient d'une mutuelle contre seulement 41 % des garçons.

De même, ce sont les filles qui se tournent plus facilement vers le dépistage quel qu'il soit (78 % contre 53 % des garçons).

Les plus jeunes bénéficient d'une meilleure protection sociale

Plus de la moitié des plus de 21 ans bénéficient de l'aide sociale pour leur couverture sociale contre le 1/3 des moins de 21 ans. Ces derniers sont également plus nombreux à bénéficier d'une mutuelle. Certainement parce que certains d'entre eux sont toujours couverts par leurs parents.

A l'exception de la pratique du test de dépistage (HIV, HTLV, Hépatite) auquel semblent plus sensibilisés les plus âgés, l'accès aux soins apparaît comme équivalent quel que soit l'âge.

A l'Est, la couverture complémentaire est plus répandue qu'à l'Ouest

37 % des enquêtés de l'Est de la Guyane ont une mutuelle contre 19 % de ceux de l'Ouest.

LES CONNAISSANCES EN SANTE

	EFFECTIFS	%	NRP
CONNAISSANCE DES MOYENS DE CONTRACEPTION*			29 %
Très bonne	56	13.24	
Assez bonne	36	8.51	
Assez mauvaise	65	15.37	
Très mauvaise	266	62.88	
IDENTIFIE LA PILULE			29 %
Non	141	33.33	
Oui	282	66.67	
IDENTIFIE LE PRESERVATIF			29 %
Non	108	25.53	
Oui	315	74.47	
IDENTIFIE LE STERILET			29 %
Non	202	47.75	
Oui	221	52.25	
CONNAISSANCE DES VACCINS OBLIGATOIRES			19 %
Non	80	16.74	
Oui	398	83.26	
LES MODES DE TRANSMISSION DES IST¹³			11 %
En s'embrassant	5	0.95	
Par des caresses	5	0.95	
Rapports sexuels non protégés	517	98.10	
LES MOYENS DE PROTECTION CONTRE LES IST			15 %
Abstinence	17	3.39	
Port du préservatif	464	92.43	
Coit interrompu	8	1.59	
Pilule	3	0.60	
Toilette après les rapports	10	1.99	
HYGIENE CORPORELLE			18 %
Mauvaise connaissance	122	25.05	
Bonne connaissance	365	74.95	
HYGIENE DENTAIRE			12 %
Mauvaise connaissance	48	9.25	
Bonne connaissance	471	90.75	

13 Infections sexuellement transmissibles

* Il était proposé une liste d'éléments parmi lesquels les jeunes devaient reconnaître les moyens de contraception. Cela a permis d'apprécier de façon globale, les connaissances sur le sujet, puis d'évaluer la proportion de bonnes réponses pour chaque moyen de contraception qui avait été proposé.



On relève que :

- Moins du 1/4 des jeunes a une bonne connaissance des moyens de contraception. Par ailleurs, les taux élevés de non réponses nous laissent penser que la connaissance est encore moins bonne qu'il n'y paraît. Somme toute, le préservatif est le moyen de contraception le mieux identifié.

- 83 % des jeunes disent connaître les vaccins obligatoires. Toutefois, seuls la moitié d'entre eux ont pu nommer la fièvre jaune et pratiquement aucun n'a apporté d'autres réponses en dehors de celle-là.

- La quasi-totalité des jeunes associent les rapports sexuels non protégés au risque de transmission d'IST.

- En inversant la question précédente et en proposant une liste de réponses (bonnes et mauvaises), on constate que le préservatif est réellement identifié comme moyen de protection contre les IST (92 % des jeunes).

- 1/4 des jeunes ont des connaissances que l'on peut qualifier de "mauvaises" en matière d'hygiène corporelle. Cette proportion est de 10 % pour l'hygiène dentaire.

Alors que le niveau de connaissances est équivalent entre garçons et filles sur les domaines abordés dans le questionnaire, les filles ont une meilleure maîtrise de l'information sur le domaine de la contraception.

78 % des filles identifient la pilule comme moyen de contraception et 60 % le stérilet (contre respectivement 52 % et 42 % des garçons).

Un niveau de connaissances équivalent quel que soit l'âge.

Des connaissances relatives à la santé à peu près similaires dans les 2 bassins de résidence.

INDICATEURS GENERAUX EN SANTE

	EFFECTIFS	%	NRP
MALADIE CHRONIQUE			7 %
Non	510	92.90	
Oui	39	7.10	
QUELLE MALADIE			
<i>Maladie infectieuse</i>	1	3.70	
<i>Maladie métabolique</i>	1	3.70	
<i>Troubles mentaux</i>	1	3.70	
<i>Maladie système nerveux</i>	4	14.81	
<i>Maladie respiratoire/circulatoire</i>	12	44.44	
<i>Maladie ostéo-articulaire</i>	8	29.63	
CARIES DENTAIRES			4 %
Jamais	188	33.04	
Oui, soignées	282	49.56	
Oui, non soignées	99	17.40	
PROBLEME DE VUE			4 %
Non	365	64.37	
Oui, corrigé	135	23.81	
Oui, non corrigé	67	11.82	
ALLERGIE			4 %
Non	312	55.03	
Oui	112	19.75	
NSP	143	25.22	
ACCIDENTS GRAVES			4 %
Jamais	430	75.70	
Une fois	119	20.95	
Plusieurs fois	19	3.35	

3-2-4-1 - Indicateurs généraux

On relève que :

- 7 % souffrent d'une maladie chronique ou d'un handicap. Il s'agit principalement de maladies respiratoires ou circulatoires, et de maladies ostéo-articulaires. Mais, l'effectif des personnes ayant précisé le type de maladie est assez faible.
- 2/3 déclarent avoir (eu) des caries dentaires. Dans la plupart des cas, elles ont fait l'objet d'un soin par le dentiste. Toutefois, on ne peut pas occulter les 17 % qui disent souffrir de caries non soignées.
- Plus du 1/3 a un problème de vue (corrigé dans 66 % des cas).
- 20 % d'allergiques.
- ¼ a déjà eu au moins un accident grave.

Les garçons font plus d'accidents que les filles alors que ces dernières se plaignent davantage de troubles physiques que ceux-ci

On constate que 1/3 des garçons a eu au moins 1 accident grave au cours de sa vie contre 17 % des filles. Ce phénomène est certainement dû à une plus grande prise de risque de leur part par rapport aux filles.

En ce qui concerne les maladies chroniques ou handicaps, on ne relève pas de différence par sexe.

Concernant les problèmes physiques proprement dits, on voit que :

- 44 % des filles contre 27 % des garçons ont des problèmes de vue.
- 22 % des filles contre 17 % des garçons sont allergiques.

On peut penser que les demoiselles sont plus inquiètes de leur santé et donc se tournent plus facilement vers le dépistage de certaines pathologies d'où leur déclarations plus importantes.

A l'exception des soins dentaires vers lesquels se tournent plus facilement les plus âgés, il n'y a pas de différence selon l'âge sur les autres indicateurs généraux de l'état de santé somatique.

A l'Est la proportion d'allergiques est plus élevée qu'à l'Ouest.

LA SANTE PSYCHOLOGIQUE

	EFFECTIFS	%	NRP
DEPRIME			5 %
Non/Rarement	386	68.68	
Assez souvent	129	22.95	
Très souvent	47	8.36	
IDEES SUICIDAIRES			4 %
Non/Rarement	487	85.14	
Assez souvent	57	9.97	
Très souvent	28	4.90	
TENTATIVES DE SUICIDE			4 %
Non	456	80.28	
Oui	112	19.72	
QUALITE DU SOMMEIL			4 %
Très bonne	209	36.60	
Assez bonne	264	46.23	
Assez mauvaise	73	12.78	
Très mauvaise	25	4.38	

3-2-4-2 - La santé psychologique

On relève que :

- Près d'un 1/3 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.
- 20 %, soit 1 jeune sur 5, a attenté au moins une fois à ses jours. On constate que les passages à l'acte sont plus élevés que les projets suicidaires.
- 17 % se plaignent d'un sommeil de mauvaise qualité.

Les filles 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 qualité du sommeil est équivalente quel que soit le sexe des enquêtés.

Le très grand mal-être psychologique que vivent ces jeunes ne semble pas lié à leur âge ou à leur lieu de résidence.

LE CORPS ET L'ALIMENTATION

	EFFECTIFS	%	NRP
CORPULENCE			25 %
Insuffisance pondérale	8	1.81	
Corpulence normale	314	70.8	
Surpoids	90	20.32	
Obésité	31	7.00	
APPRECIATION STATURO - PONDERALE PERSONNELLE			7 %
Maigre	111	20.22	
Bien	323	58.83	
Gros(se)	115	20.95	
PRISE DU PETIT -DEJEUNER			7 %
Pas tous les jours	343	62.36	
Tous les jours	207	37.64	
PRISE DU DEJEUNER			12 %
Pas tous les jours	201	38.65	
Tous les jours	319	61.35	
PRISE D'UNE COLLATION			18 %
Pas tous les jours	345	70.70	
Tous les jours	143	29.30	
PRISE DU DINER			13 %
Pas tous les jours	203	39.57	
Tous les jours	310	60.43	

3-2-4-3 - Le corps et l'alimentation

On relève que :

- Environ 1/4 des jeunes se trouve trop gros ou trop maigre.
- Chez les garçons, le poids moyen est de 69 kg pour une taille moyenne de 1,73 mètre, avec un IMC moyen de 23.
- Chez les filles, le poids moyen est de 62 kg pour une taille moyenne de 1,62 mètre, avec un IMC moyen de 23.
- 2 % des jeunes présentent une insuffisance pondérale. 27 % sont en surcharge pondérale (20 % en surpoids et 7 % sont obèses).
- Seulement 38 % prennent un petit-déjeuner tous les jours.
- Le déjeuner et le dîner sont consommés quotidiennement dans à peu près les mêmes proportions (60 %). Il est regrettable que cette proportion ne soit pas plus élevée et dénote une mauvaise alimentation chez ces jeunes.

Les filles sont plus nombreuses que les garçons à se trouver grosses bien qu'il n'y ait pas davantage de sujets en surcharge pondérale parmi elles. Ce sont également elles qui présentent une alimentation plus irrégulière.

34 % des filles se trouvent trop grosses contre 7 % des garçons.

Les garçons sont plus réguliers dans les prises alimentaires que les filles.

- 48 % d'entre eux prennent un petit-déjeuner tous les jours contre 28 % des filles.
- 66 % contre 57 % pour le déjeuner. C'est le repas pour lequel l'écart est le moins important.
- 66 % contre 53 % pour le dîner.

Les indicateurs corporels sont équivalents, toutefois les plus jeunes ont des prises alimentaires plus régulières que les plus de 21 ans.

Il n'y a pas de différence significative selon la zone de résidence.

LA CONSOMMATION MEDICALE

	EFFECTIFS	%	NRP
CONSULTATIONS AU COURS DE L'ANNEE			35 %
Non	46	11.89	
Oui	341	88.11	
CONSULTATIONS MEDECIN			
Non	41	13.44	
Oui	264	86.56	
CONSULTATIONS URGENCES			
Non	87	45.31	
Oui	105	54.69	
CONSULTATIONS DENTISTES			12 %
Non	304	58.02	
Oui	220	41.98	
HOSPITALISATIONS AU COURS DE L'ANNEE			29 %
Non	287	68.33	
Oui	133	31.67	
RECOURS AUX SOINS DANS L'ANNEE*			36 %
Non	25	6.56	
Médical OU paramédical	133	34.91	
Médical ET paramédical	90	23.62	
Hospitalisation	133	34.91	
SOINS APRES VIOLENCE			
Non	245	93.87	
Oui	16	6.13	
SOINS APRES MALADIE			
Non	120	45.98	
Oui	141	54.02	
SOINS APRES TS			
Non	242	92.72	
Oui	19	7.28	
SOINS APRES ACCIDENT			
Non	190	72.80	
Oui	71	27.20	

* Cette variable a été construite à partir des variables "consultations" et "hospitalisations".

On observe que :

- 88 % disent avoir consulté un médecin au cours des douze mois précédant l'enquête. Toutefois, on ne peut négliger le fait que le taux de non réponses est très élevé (35 %).
- 87 % se sont tournés vers la médecine libérale et plus de la moitié ont eu à consulter dans un service d'urgence.
- 42 % ont consulté un dentiste au cours de l'année.
- 32 % ont été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année.
- La place importante de l'hospitalisation dans l'accès aux soins (pour plus du 1/3 des sujets). Près du ¼ ont bénéficié de soins médicaux et paramédicaux au cours de l'année ayant précédé l'enquête.
- Les 2 premiers motifs de consommation médicale sont la maladie (54 %) et les accidents (27 %). 6 à 7 % des jeunes ont reçu des soins suite à des actes de violence ou à une tentative d'autolyse.
- L'état de la consommation médicale n'est pas lié statistiquement au niveau de protection sociale (couverture de base et complémentaire).

Les filles ont plus facilement recours aux soins que les garçons.

La presque totalité des filles (95 %) ont consulté un médecin (libéral ou hospitalier) au cours de l'année contre 80 % des garçons. De même, 38 % des filles contre 21 % des garçons ont été hospitalisés.

La consommation médicale s'exerce de façon équivalente d'un groupe d'âge à l'autre de même que sur les 2 zones du territoire.

LA SEXUALITE

	EFFECTIFS	%	NRP
L'ACTIVITE SEXUELLE¹⁴			5 %
Aucune	35	6.21	
Hétérosexuelle	486	86.17	
Bi/Homosexuelle	43	7.62	
FREQUENCE DES RELATIONS SEXUELLES			
<i>1 fois</i>	26	5.34	
<i>Quelquefois</i>	216	44.35	
<i>Régulièrement</i>	245	50.31	
UTILISATION DU PRESERVATIF			
<i>Jamais</i>	66	12.89	
<i>Parfois</i>	195	38.09	
<i>Toujours</i>	251	49.02	
UTILISATION D'UN MOYEN DE CONTRACEPTION			Question pour les filles
Non	109	38.65	7 %
Oui	173	61.35	
GROSSESSE¹⁵			Question pour les filles
Non	119	40.20	2 %
Oui	177	59.80	
INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE¹⁶			Question pour les filles
Non	210	75.81	8 %
Oui	67	24.19	

¹⁴Age moyen du premier rapport : 15 ans

¹⁵Age moyen de la première grossesse : 17 ans

¹⁶Age moyen du premier IVG : 18 ans

On observe que :

- 94 % des enquêtés (soit 96 % des garçons et 92 % des filles) sont en activité sexuelle, dont 50 % sur le mode de la régularité.
- L'âge moyen du premier rapport sexuel est de 14 ans pour les garçons et 16 ans pour les filles.
- 49 % utilisent systématiquement un préservatif.

En ce qui concerne le port du préservatif dans la gestion de la sexualité, on constate que 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. Par contre, ceux qui ont des relations occasionnelles sont plus nombreux à déclarer le port systématique du préservatif. Toutefois, les jeunes qui ont eu une relation unique sont ceux qui se sont le plus exposés au risque IST/SIDA car 35 % d'entre eux n'ont pas utilisé de préservatif lors de cette relation.

Par ailleurs, la gestion de la sexualité tant sur le plan des IST que sur celui de la contraception, n'est pas liée statistiquement aux connaissances qu'ont les enquêtés dans le domaine.

En ce qui concerne les filles et la gestion de leur sexualité, on a :

- 61 % d'entre elles qui utilisent un moyen de contraception.
- 60 % qui ont été enceintes au moins une fois. L'âge moyen de la première grossesse est de 17 ans. Toutefois, l'âge le plus fréquemment rapporté est 15 ans (le 1/4 des filles ayant été enceintes l'ont été avant 15 ans).
- De même, parmi celles qui ont été enceintes, le 1/4 a déjà eu recours à l'interruption volontaire de grossesse. L'âge moyen de premier IVG est de 18 ans. L'âge le plus fréquemment évoqué est 17 ans.
- Celles qui ont des relations régulières sont plus nombreuses à utiliser un moyen de contraception. Mais ce sont également elles qui déclarent des grossesses et des IVG.

Filles ou garçons, la sexualité s'exprime sur le même mode au regard des indicateurs retenus.

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 2 groupes d'âge.

De même, à l'Est de la Guyane, la pratique du préservatif est plus répandue que dans l'Ouest.



3-3 - PARTIE 3 : LES CONDUITES A RISQUE

LES CONDUITES VIOLENTES

	EFFECTIFS	%	NRP
CRIER FORT			12 %
Jamais	168	32.18	
Parfois	240	45.98	
Souvent	114	21.84	
FRAPPER CASSER			24 %
Jamais	254	56.32	
Parfois	135	29.93	
Souvent	62	13.75	
PARTICIPER A DES BAGARRES			9 %
Jamais	319	59.18	
Rarement	173	32.10	
Assez souvent	32	5.94	
Très souvent	15	2.78	
CONDUITES VIOLENTES*			25 %
Non	136	30.49	
Parfois	190	42.60	
Violent	120	26.91	
PORT D'UNE ARME			9 %
Non	499	92.75	
Oui	39	7.25	
VIOLENCE SUBIE			32 %
Non	310	76.54	
Violence physique	49	12.10	
Violence phys./sexuelle	46	11.36	
AGRESSIONS SEXUELLES			13 %
Aucune	463	89.56	
Agression sexuelle sans viol	36	6.96	
Viol	18	3.48	
AGRESSION SEXUELLE DE LA PART D'UN PROCHE			
Non	14	34.15	
Oui	27	65.85	

* Nous avons construit la variable " conduites violentes " à partir de quatre questions : participer à des bagarres, frapper ou casser quand on est en colère, taper autrui, faire du racket :

pas de violence : ne jamais participer à des bagarres, ne jamais frapper ou casser, ne jamais faire de racket,

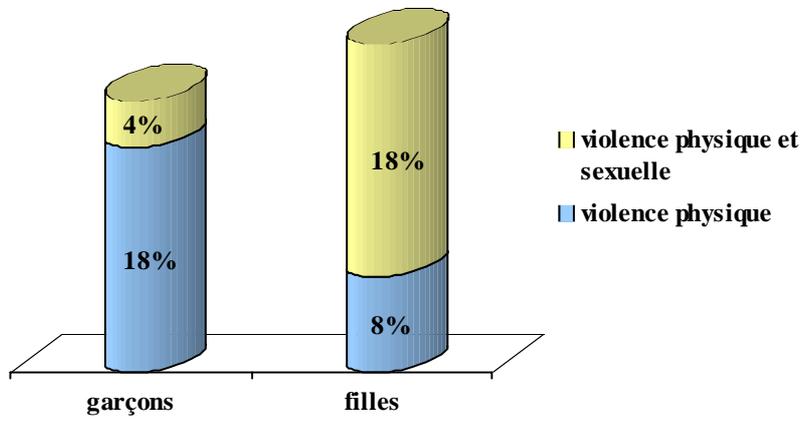
violence occasionnelle : participer rarement à des bagarres et/ou rarement frapper ou casser quand on est en colère,

violence régulière : participer souvent à des bagarres et/ou frapper ou casser souvent quand on est en colère et/ou faire du racket et/ou être auteur de coups sur autrui au cours des 12 derniers mois.

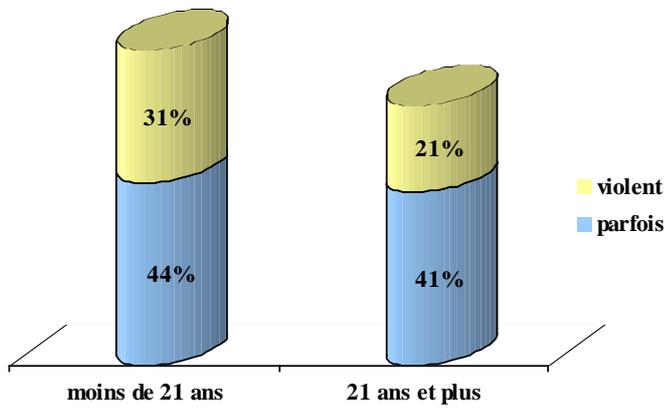
On observe que :

- 30 % des jeunes n'ont pas de conduites violentes, 43 % en ont occasionnellement et 22 % en ont fréquemment.
- 7 % portent une arme sur eux (arme blanche, arme à feu, ...).
- 77 % des jeunes n'ont jamais subi de violence, 12 % ont été victimes de violence physique, 11 % ont subi des violences physiques et sexuelles.
- 3 % des jeunes ont été violés. Le viol, un des événements les plus traumatiques qui soit, est rapporté ici dans des proportions non négligeables.
- Parmi les jeunes ayant rapporté une agression sexuelle, 2 adolescents sur 3 ont été agressés par une personne de leur entourage.
- Les conduites violentes vont de pair avec toutes les autres conduites à risque : consommation d'alcool, tabagisme, toxicomanie, vol... Cette hétéro-agressivité est également plus forte parmi les jeunes faisant preuve d'auto-agressivité. 39 % des jeunes qui ont fait une tentative de suicide sont violents contre 24 % de ceux qui n'ont jamais essayé de mettre fin à leurs jours.
- Les victimes de violence sont elles-mêmes très violentes (hétéro-agressivité et auto-agressivité). Ainsi, parmi les victimes de violence physique, près de la moitié sont violentes (29 % pour les victimes de violence sexuelle) contre seulement 1/5 des jeunes n'ayant jamais subi aucune forme de violence.
- De même, les victimes de violence, notamment sexuelle, présentent des symptômes post-traumatiques de façon plus importante 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.

LA VIOLENCE SUBIE PAR SEXE



LES CONDUITES VIOLENTES SELON L'AGE



Des formes de violences spécifiques au sexe.

Les garçons apparaissent comme étant aussi violents que les filles. Toutefois, 12 % d'entre eux sont armés contre 3 % des filles.

Par contre, les garçons rapportent beaucoup plus souvent que les filles avoir subi des violences physiques (respectivement 18 % contre 7 %).

A contrario, les filles sont nettement plus souvent victimes de violences sexuelles que les garçons (respectivement 18 % et 4 %) et ce, quelque soit le type de l'agression sexuelle. On peut retenir que 6 % des filles et moins de 1 % des garçons ont été violés. Ces proportions sont importantes au regard d'un événement ayant des conséquences post-traumatiques importantes.

Si la violence est davantage exercée par les moins de 21 ans, elle est subie de façon équivalente quelque soit l'âge.

31 % des moins de 21 ans sont violents (10 % sont armés) contre 21 % des plus âgés (4 % sont armés).

LES CONDUITES VIOLENTES

	EFFECTIFS	%	NRP
VOL			36 %
Non	360	95.24	
Oui	18	4.76	
PRATIQUE LE RACKET			38 %
Non	363	99.18	
Oui	3	0.82	
A ETE RACKETTE			37 %
Non	356	95.96	
Oui	15	4.04	

On observe que :

- Les taux de non réponses sont très élevés.
- 5 % des jeunes ont déjà volé un membre de leur entourage ou dans un lieu public.
- Alors que moins de 1 % des enquêtés reconnaissent avoir pratiqué le racket. On relève 4 % de victimes de racket.

La délinquance est une conduite déviante que l'on retrouve aussi bien chez les garçons que chez les filles.

Le vol est davantage relevé parmi les moins de 21 ans.

La délinquance est aussi importante dans l'Est que dans l'Ouest de la Guyane.

LA CONSOMMATION DE TABAC

	EFFECTIFS	%	NRP
CONSOMMATION DE TABAC*			17 %
Jamais	400	81.47	
Occasionnelle	33	6.72	
Quotidienne	58	11.81	
FUME PLUS ENTRE COPAINS			
Non	170	63.91	
Modérément	66	24.81	
Beaucoup plus	30	11.28	
FUME PLUS QUAND SOLITUDE			
Non	181	71.83	
Modérément	38	15.08	
Beaucoup plus	33	13.10	
FUME PLUS QUAND CAFARD			
Non	186	75.61	
Modérément	33	13.41	
Beaucoup plus	27	10.98	
FUME PLUS EN FAMILLE			
Non	191	77.96	
Modérément	37	15.10	
Beaucoup plus	17	6.94	
FUME PLUS QUAND COLERE			
Non	183	73.49	
Modérément	26	10.44	
Beaucoup plus	40	16.06	
FUME PLUS QUAND STRESSE			
Non	184	71.32	
Modérément	29	11.24	
Beaucoup plus	45	17.44	

* Nous avons considéré le fait d'être fumeur ou non et le nombre de cigarettes par jour :
 non fumeurs : les jeunes qui ont essayé le tabac mais qui ne sont jamais devenus fumeurs ainsi que les anciens fumeurs,
 fumeurs occasionnels : consomment moins d'1 cigarette par jour,
 fumeurs quotidiens : 1 cigarette par jour et au delà.

3-3-3-1 - La consommation de tabac

On observe que :

- 81 % des jeunes ne fument jamais, 7 % le font occasionnellement et 12 % quotidiennement.
- Les jeunes sont nombreux à augmenter de façon modérée leur consommation lorsqu'ils sont avec leurs pairs (25 % fument un peu plus et 11 % beaucoup plus). Par contre, ils fument nettement plus pour apaiser leur stress, un sentiment de solitude ou la colère (entre 13 % et 17 % fument beaucoup plus). C'est le cadre familial qui apparaît comme le moins incitatif (7 % fument beaucoup plus).
- L'âge moyen de la première cigarette est de 15 ans et l'âge moyen de la cigarette quotidienne est de 16,5 ans.

Le tabagisme est plus présent chez les garçons que chez les filles.

27 % des garçons fument (avec 17 % quotidiennement) contre 11 % des filles (avec 7 % quotidiennement).

Si le caractère incitatif des circonstances énoncées jouent dans le même ordre quelque soit le sexe, la rencontre avec les pairs a un effet d'entraînement plus important sur les garçons. Les garçons sont plus précoces que les filles dans leur contact avec la cigarette. Les âges moyens de la première cigarette sont de 15 ans chez les garçons et de 15 ans et demi chez les filles. Ceux de la cigarette quotidienne sont de 16 ans et demi chez les garçons et de 17 ans chez les filles.

A l'exception de l'effet d'entraînement par les copains qui est plus important chez les plus jeunes, le tabagisme est équivalent pour les 2 groupes d'âge.

Pas de distinction dans le rapport à la cigarette sur le territoire à l'exception d'une surconsommation un peu plus marquée à l'Est lorsque les facteurs psychologiques sont en jeu (colère, stress, solitude).

LA CONSOMMATION D'ALCOOL

	EFFECTIFS	%	NRP
CONSOMMATION D'ALCOOL*			11 %
Jamais	107	20.23	
Occasionnelle	319	60.30	
Régulière	103	19.47	
CONSOMMATION DE VIN**			33 %
Jamais	130	32.83	
Occasionnelle	251	63.38	
Régulière	15	3.79	
CONSOMMATION DE BIÈRE**			29 %
Jamais	63	14.89	
Occasionnelle	290	68.56	
Régulière	70	16.55	
CONSOMMATION D'ALCOOLS FORTS**			37 %
Jamais	184	49.60	
Occasionnelle	164	44.20	
Régulière	23	6.20	
IVRESSE AU COURS DE L'ANNÉE***			
Jamais	319	71.85	
Rarement	83	18.69	
Souvent	42	9.46	
BOIT PLUS ENTRE COPAINS			
Non	143	37.14	
Modérément	201	52.21	
Jusqu'à l'ivresse	41	10.65	
BOIT PLUS QUAND SOLITUDE			
Non	266	77.10	
Modérément	66	19.13	
Jusqu'à l'ivresse	13	3.77	
BOIT PLUS QUAND CAFARD			
Non	270	78.95	
Modérément	54	15.79	
Jusqu'à l'ivresse	18	5.26	
BOIT PLUS EN FAMILLE			
Non	143	38.24	
Modérément	206	55.08	
Jusqu'à l'ivresse	25	6.68	
BOIT PLUS QUAND COLÈRE			
Non	271	79.94	
Modérément	118	12.68	
Jusqu'à l'ivresse	19	7.37	
BOIT PLUS LORS DE S SORTIES NOCTURNES			
Non	210	60.52	
Modérément	118	34.01	
Jusqu'à l'ivresse	19	5.48	

* Consommation occasionnelle : boire rarement ou au plus 1 verre par semaine et/ou avoir été ivre une ou deux fois dans l'année précédente au delà, il s'agit d'une consommation fréquente (définition retenue par l'INSERM).

** Le questionnaire n'a pas porté sur la consommation de boissons alcoolisées mais uniquement sur les boissons alcooliques.

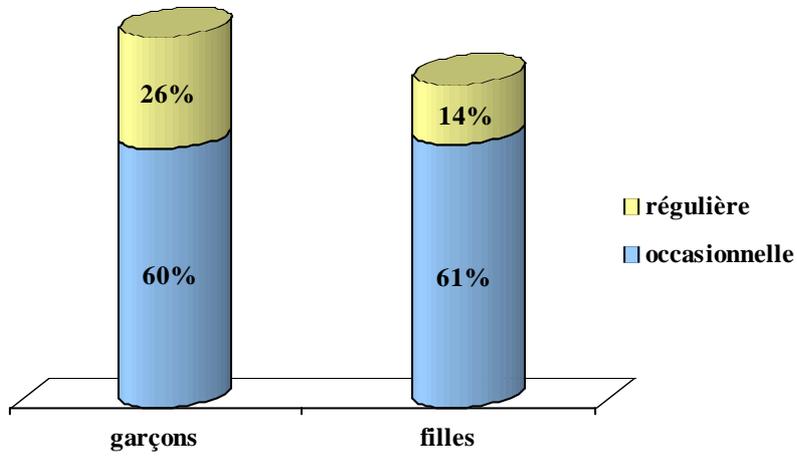
*** 1 à 2 ivresses dans l'année écoulée, au delà il s'agit d'un comportement régulier (définition retenue par l'INSERM).

3-3-3-2 - La consommation d'alcool

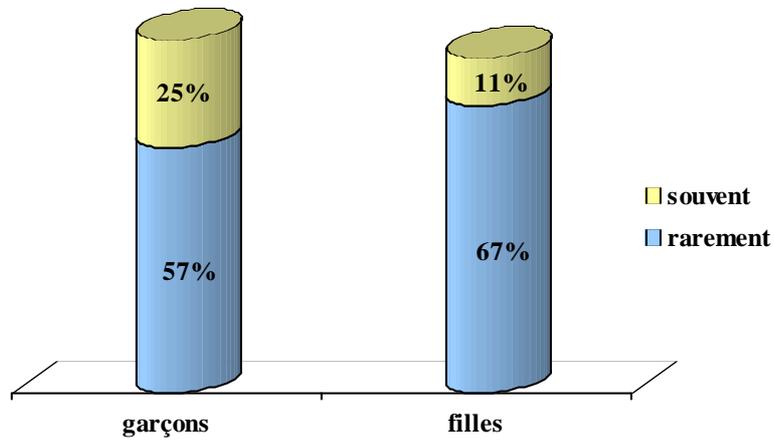
On observe que :

- Sur 5 jeunes, 1 ne boit jamais d'alcool, 3 en boivent occasionnellement et 1 en consomme plus régulièrement.
- La bière est le produit le plus consommé, puis vient le vin et enfin, les alcools forts.
- L'ivresse, qui correspond à une alcoolisation massive, est rapportée comme étant occasionnelle par 19 % des jeunes et régulière par 9 % des jeunes.
- Les circonstances au cours desquelles les jeunes augmentent leur consommation d'alcool sont tout d'abord la convivialité juvénile (63 % des jeunes), puis en famille (62 %). Mais, lorsqu'il s'agit de boire jusqu'à l'ivresse, l'effet d'entraînement par les copains est supérieur. Il faut retenir que 7 % des jeunes peuvent boire jusqu'à l'ivresse lorsqu'ils sont en colère.
- L'âge moyen de 1er contact avec l'alcool est de 15 ans, l'âge moyen durant lequel la consommation devient régulière est de 16 ans et demi et, enfin, l'âge moyen de la première ivresse est de 17 ans.
- La consommation d'alcool est nettement plus importante que la consommation de tabac dans des proportions inversées.
- Par contre, le caractère incitatif des circonstances de surconsommation joue davantage pour la cigarette que pour l'alcool notamment lorsqu'il s'agit de dimensions psychologiques.

LA CONSOMMATION D'ALCOOL PAR SEXE



LA CONSOMMATION D'ALCOOL SELON L'ÂGE



Les garçons, des buveurs plus réguliers que les filles.

Si la proportion de buveurs occasionnels est équivalente entre filles et garçons, on compte 26 % de consommateurs réguliers chez les garçons contre 14 % chez les filles. Cette prépondérance masculine à la consommation d'alcool se retrouve également au niveau des ivresses dont un plus grand nombre de garçons a fait l'expérience et de façon plus répétée. Les circonstances de surconsommation jouent de la même façon quelque soit le sexe.

Les âges moyens de première consommation, de consommation hebdomadaire et de première ivresse sont respectivement 15 ans, 16 ans et 16 ans chez les garçons et, 16 ans, 17 ans et 17,5 ans chez les filles.

Alors que, traditionnellement, l'alcoolisation est une conduite liée à l'âge, les plus jeunes sont de plus grands consommateurs.

Le ¼ des moins de 21 ans boivent régulièrement contre 12 % des 21 ans et plus. Cette plus grande tendance à l'alcoolisation des plus jeunes se retrouve également pour l'ivresse avec 13 % des moins de 21 ans qui ont été ivres au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête contre seulement 5 % des plus âgés.

Par ailleurs, si les circonstances de surconsommation jouent de façon équivalente, on observe que les plus jeunes sont plus sensibles au cadre familial comme vecteur de suralcoholisation (10 % des moins de 21 ans boivent jusqu'à l'ivresse dans ce cadre contre 3 % des plus âgés).

Les comportements en matière d'alcoolisation sont équivalents chez les jeunes de Guyane quelque soit leur région de résidence

LA CONSOMMATION D'ALCOOL

	EFFECTIFS	%	NRP
CONSOMMATION DE DROGUE			9 %
Jamais	464	86.41	
Rarement	58	10.80	
Souvent	15	2.79	
PRISE DE MEDICAMENTS POUR SE DROGUER			12 %
Jamais	511	97.89	
Rarement	9	1.72	
Souvent	2	0.38	

3-3-3-3 - La consommation de drogue

On observe que :

- 86 % des jeunes ne se sont jamais drogués, 11 % ont eu l'occasion de le faire et 3 % en font une pratique régulière.
- 2 % ont déjà utilisé des médicaments pour se droguer.
- L'âge moyen de premier contact avec la drogue est de 14 ans. C'est l'âge le plus bas relevé en terme de consommation de produits psychoactifs pouvant conduire à une dépendance.

Les garçons sont plus consommateurs que les filles, surtout en terme de régularité.

Aucune diversité intra-régionale ou selon l'âge quant à l'usage de drogue.

	EFFECTIFS	%	NRP
RALLYES EN 2 ROUES (TIRAGES)			25 %
Non/rare	410	92.13	
Assez souvent	12	2.70	
Très souvent	23	5.17	
PORT DU CASQUE			28 %
Non/rare	276	64.94	
Assez souvent	58	13.65	
Très souvent/toujours	91	21.41	
PORT DE LA CEINTURE DE SECURITE			21 %
Non/rare	114	24.20	
Assez souvent	73	15.50	
Très souvent/toujours	284	60.30	
RESPECT DES VITESSES AUTORISEES			29 %
Non/rare	147	35.00	
Assez souvent	98	23.33	
Très souvent	175	41.67	

On observe :

- Des taux de non réponses qui sont très élevés.
- 92 % ne font pas de rallyes en deux roues, 8% le font souvent. Ces rallyes représentent une prise de risque importante car il n'existe pas d'équipements spécifiques pour cette pratique. Ces courses sont souvent lourdes de conséquences en vie humaine et/ou en séquelles définitives.
- La plupart des jeunes ne portent pas le casque lorsqu'ils sont en 2 roues (65 %). 1 jeune sur 5 respecte les règles de sécurité en la matière.
- Le port de la ceinture de sécurité en voiture est assez bien intégré (60 % le font de façon systématique). Mais il reste encore des mentalités à changer pour le ¼ qui n'a pas ce réflexe de sécurité.
- Les limitations de vitesse semblent assez bien respectées à l'exception des 35 % qui reconnaissent une forte prise de risque pour eux et pour les autres, en la matière.

Des prises de risque qui sont spécifiques au sexe.

Si pour le port de la ceinture de sécurité et du respect des limitations de vitesse, les attitudes sont les mêmes, on relève que les garçons sont plus friands des rallyes et que les filles, elles sont plus négligentes quant au port du casque lorsqu'elles sont en 2 roues.

Les plus jeunes se laissent davantage grisés par la vitesse sur la route aussi bien par les rallyes en 2 roues (tirages) que par le non respect des vitesses autorisées.

A l'exception du port de la ceinture de sécurité qui fait un peu plus défaut à l'Ouest, la prise de risque sur la route par les jeunes est équivalente sur le territoire.



4 - SYNTHÈSE ET DISCUSSION

4-1 - OBSERVATIONS METHODOLOGIQUES

La méthodologie utilisée dans le cadre de cette enquête sur la santé des jeunes en insertion se rapproche, sur un plan scientifique, de l'enquête réalisée en milieu scolaire qui elle-même s'appuie sur une technique d'enquête largement validée au niveau national et international. Toutefois, certaines adaptations ont été faites eu égard aux observations du comité de pilotage et à la réalité du terrain relative à la population étudiée.

Ainsi, le mode de passation du questionnaire a permis l'obtention de données sincères et fiables car le chargé d'insertion pour la mission locale, les enquêteurs pour les autres, ont instauré un climat de confiance et dénué de jugement. Malheureusement, nous pouvons constater que le taux de non réponse est très important et dépasse quelquefois le seuil des 20 %. Ainsi, certains résultats sont à interpréter avec le biais des non-réponses et peuvent être considérés comme des résultats planchers.

La méthode de sondage utilisée visait à avoir un échantillon représentatif des jeunes en démarche d'insertion âgés de 13 à 25 ans. Néanmoins, on peut relever, par le biais de notre échantillon qu'il s'agit surtout de jeunes de 16-25 ans.

Les résultats analysés vous ont été exposés dans le présent rapport sous une forme descriptive. Dans un premier temps, l'indicateur global a été présenté pour l'ensemble de l'échantillon. Puis, il a été fait une présentation par sexe, par âge et par bassin de résidence. Concernant ces principales variables de croisement, les regroupements par classe ont été faits comme suit :

- Pour l'âge, nous avons comparé les grands adolescents (16 à 20 ans) et les jeunes adultes (21 ans et plus). On peut supposer que les problématiques sont différentes entre ces deux groupes mais surtout que les enjeux, les possibilités d'accompagnement ou de prise en charge ne sont pas les mêmes.
- Le découpage par zone s'est fait selon l'axe Est/Ouest dans le but de mettre en évidence des inégalités infrarégionales. Il aurait été également intéressant de relever les spécificités urbaines par rapport au secteur rural, mais les jeunes enquêtés habitant en grande majorité dans des zones urbaines, on rencontrait une certaine difficulté statistique.

Par ailleurs, lorsqu'une relation entre deux variables est présentée, c'est qu'elle a été mise en évidence par une covariance mesurée par le χ^2 .

Le présent rapport constitue un recueil d'indicateurs synthétiques et globaux sur la vie des jeunes en inertion et leur santé. Il s'agira par la suite de compléter cette information par des analyses plus poussées permettant de comprendre la complexité des situations et le poids des facteurs personnels et environnementaux sur celles-ci.

Dans la suite de notre propos, il sera fait une synthèse des principaux résultats, lesquels seront discutés au regard de l'environnement local et des données disponibles sur le sujet dans une optique comparative. Il est surtout intéressant, quand cela est possible, de faire le lien avec les jeunes scolarisés. Toutefois, il conviendra, ultérieurement, de tenir compte de l'âge car les scolaires sont, en moyenne, plus jeunes que ceux en démarche d'insertion sociale et professionnelle.

4-2 - LES RESULTATS D'ANALYSE

Ce travail d'étude nous apporte une information originale, globale, actuelle et complémentaire sur la santé des adolescents en Guyane. Il nous permet de constater que les problématiques que rapportent eux-mêmes les jeunes en démarche d'insertion professionnelle, sont les mêmes que celles que connaissent leurs pairs scolarisés dans notre région ou dans l'hexagone avec toutefois, pour la plupart d'entre elles, des prévalences bien plus élevées.

Nous pouvons également relever que pour l'ensemble de l'analyse, il y a très peu de lien statistique entre les indicateurs et les variables de croisement. Il en ressort que c'est un groupe assez homogène, avec des comportements qui se rapprochent et des problématiques similaires quelque soit le sexe, l'âge ou le lieu de résidence.

Par ailleurs, les comparaisons avec d'autres régions seront difficiles pour de nombreux indicateurs, notamment avec les régions les plus proches de la nôtre car les informations sont soit anciennes, soit non disponibles. Dans d'autres cas, la méthodologie retenue dans les autres enquêtes ne permet pas une stricte mise en parallèle en raison de la population étudiée qui peut être plus ciblée, ou en raison du recueil des données (questions directes, analyses de dossiers, autres sources de données).

4-2-1 - Le jeune dans son environnement

Les indicateurs relatifs à la situation socio-économique du jeune et de sa famille nous permettent de comprendre l'environnement dans lequel l'adolescent évolue.

LES FAITS MARQUANTS

- Des caractéristiques sociodémographiques assez homogènes pour l'ensemble de l'échantillon (âge, domiciliés en zone urbaine, ...) mais qui reflètent les conditions socio-économiques propres à ce type de public, plus particulièrement en Guyane : poids important de l'immigration (plus du tiers des enquêtés) avec une grande précarité administrative, famille de grande taille, niveau d'équipement des habitations à améliorer, fort taux de chômage et d'inactivité au sein de la famille, ...

- L'ancrage dans la famille (ascendants) est encore important bien que près de la moitié des jeunes sont eux-mêmes parents.

- Les jeunes sont bien intégrés dans l'environnement institutionnel pour l'accompagnement social et professionnel.

- Ils rapportent un réseau amical et social peu développé mais qu'ils arrivent à mobiliser en cas de difficultés.

LA COMPARAISON AVEC D'AUTRES ENQUETES

La santé des jeunes scolarisés en Guyane (ORSG 2003)

Si les jeunes en insertion sont, en moyenne, plus âgés que les jeunes scolaires, ils présentent également une plus grande fragilité socio-économique : une confrontation plus importante avec le chômage ; davantage d'hébergement collectif, en chambre ou de sans domicile ; ...

Par contre, certaines caractéristiques sociodémographiques se rapprochent : la répartition Est/Ouest sur le territoire ; le poids de l'immigration au sein de ces publics et le sexe ratio.

Bien entendu, ceux-ci sont davantage tournés vers la construction d'une nouvelle famille (conjoint et enfants) que les adolescents scolarisés mais avec une légère dégradation de l'ambiance familiale.

Malgré un réseau amical aussi étoffé que les scolaires et une plus grande facilité à se confier en cas de difficulté, les jeunes en insertion sont plus nombreux à ressentir la solitude. Pourtant, ils ont des loisirs et sont moins oisifs que les scolaires.

L'enquête CFI-PAQUE (INSERM 1993)

Le public qui a été enquêté en France hexagonale dans le cadre de cette enquête en 1993, correspond à un public en insertion professionnelle.

On observe un âge moyen autour de 21 ans pour l'Hexagone et la Guyane. Dans ces deux populations, on retrouve également des familles socialement défavorisées avec aussi une bonne part d'étrangers. Si les liens avec les parents semblent aussi forts en Guyane que dans l'hexagone, on relève chez ces derniers un réseau amical plus dense et une plus forte propension à la vie en couple.

4-2-2 - Parcours de vie et santé des jeunes

Ce thème nous informe sur le vécu et nous présente des indicateurs fondamentaux dans le domaine de la santé des jeunes ainsi que sur leurs connaissances en la matière. Ces informations nous permettent de disposer d'une base de données sanitaires pour cette tranche de la population.

LES FAITS MARQUANTS

- Faible niveau de qualification notamment chez les jeunes de l'Ouest guyanais.
- A l'exception du préservatif, bien identifié comme moyen de contraception et de protection contre les infections sexuellement transmissibles, les connaissances en matière de santé sont assez mauvaises.
- La sexualité est bien établie avec des stratégies de protection en rapport avec le lien affectif qui existe entre les partenaires.
- La morbidité courante des jeunes, porte principalement sur les problèmes dentaires (66 %), de vue (33 %), d'allergies (20 %). Un ou des accidents graves au cours de la vie, ont touché 25 % d'entre eux. L'obésité et le surpoids sont relevés dans des proportions inquiétantes et sont juxtaposées à une mauvaise alimentation.
- Une prévalence très élevée des tentatives de suicide (20 %).
- La couverture sociale est bonne avec un poids important de l'aide sociale sachant que les filles, celles de l'Est, et les plus jeunes sont mieux couvertes. On relève toutefois une difficulté à l'accès aux soins pour une part non négligeable des enquêtés.
- Le recours aux soins hospitaliers a une part importante dans la consommation médicale.

LA COMPARAISON AVEC D'AUTRES ENQUETES

La santé des jeunes scolarisés en Guyane (ORSG 2003)

En raison de la méthodologie des deux enquêtes, il nous est possible de comparer certains indicateurs de santé physique.

Ainsi, on peut relever qu'il y a autant de jeunes scolarisés atteints d'une maladie chronique ou de handicaps, qu'en démarche d'insertion (7 %). Par contre, parmi les jeunes en insertion, on compte un peu plus d'allergiques qu'en milieu scolaire (20 % contre 16 %), davantage de porteurs de caries dentaires (67 % contre 54 %) de même que de jeunes en surcharge pondérale y compris en obésité (27 % contre 17 %).

Or, malgré une prévalence plus élevée de certaines pathologies, on ne peut que constater un défaut dans la prise en charge des jeunes en insertion par rapport aux jeunes scolaires. En effet, 17 % sont porteurs de caries dentaires non soignées contre 11 % des scolaires.

En sus, il est nécessaire de mettre en exergue le fait que tous les indicateurs de mal-être psychologique accompagnent la fragilité sociale et sont beaucoup plus alarmants que chez les scolaires : dépressivité, sentiment de solitude, idéation suicidaire, tentatives de suicide (20 % chez les jeunes en insertion contre 14 % chez les scolaires).

En parallèle à cette morbidité plus importante parmi les jeunes en insertion, on note un recours aux soins pas vraiment plus élevé dans cette population : 88 % ont consulté un médecin au cours de l'année contre 82 % des scolaires.

Par ailleurs, à âge égal, on peut noter que la sexualité est nettement plus établie parmi les jeunes en insertion professionnelle et sociale que parmi les scolaires. Si le préservatif est utilisé de façon équivalente dans les deux groupes, la contraception, quant à elle, est bien mieux intégrée dans la sexualité des jeunes en insertion.

L'enquête CFI-PAQUE (INSERM 1993)

On observe une prévalence moins élevée des problèmes de santé courants aujourd'hui en Guyane qu'il y a 12 ans en France hexagonale (73 % avaient des problèmes dentaires en France hexagonale en 1993 et 67 % en 2005 en Guyane).

Par contre, la santé psychologique apparaît comme plus fragile en 2005 en Guyane qu'il y a 12 ans en métropole et ce, pour le même type de public (15 % des jeunes de l'enquête CFI-PAQUE ont fait une tentative de suicide contre 20 % des jeunes en insertion de Guyane).

De même, l'activité sexuelle domine, en Guyane, ce que l'on trouvait en 1993 sur le territoire métropolitain (respectivement 94 % d'actifs sexuellement contre 75 %).

On peut retenir que le nombre de bénéficiaires d'une protection complémentaire (mutuelle) est équivalent dans les deux enquêtes (environ le 1/3).

L'enquête " Etat de santé, comportements à risque et fragilité sociale d'une population de 105 901 jeunes en insertion professionnelle " (CETAF¹⁵ 2003)

¹⁵Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé.

Dans cette étude réalisée auprès des consultants des 90 centres d'exams de santé de France hexagonale entre 1999 et 2003, les jeunes en insertion de 16-25 ans ont été comparés à un groupe de référence de non précaires.

En raison de différences méthodologiques, les comparaisons ne peuvent être que très restreintes sur certains indicateurs et doivent davantage permettre l'émergence de pistes de réflexion que l'engagement dans une véritable analyse comparative.

En matière de santé physique et d'indicateurs de santé, l'obésité semble équivalente entre les deux régions d'étude pour le même type de population. Toutefois, la déficience visuelle et les problèmes dentaires sont relevés de façon plus nette. En effet, 20 % des filles et 17 % des garçons enquêtés par le CETAF présentent un problème d'acuité visuelle contre respectivement 44 % et 27 % en Guyane. Pour les caries dentaires, les prévalences sont de 51 % chez les filles et 60 % chez les garçons pour le CETAF contre respectivement 66 % et 69 % en Guyane.

Toutefois, la consultation médicale est plus fréquente en Guyane que ce qui est relevé dans l'hexagone : environ 20 % des jeunes enquêtés par le CETAF n'ont pas consulté de médecin depuis 2 ans, cette proportion est de 12 % sur une année courante en Guyane.

4-2-3 - Les conduites à risque

Nous avons pu voir que ces jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle présentent une fragilité sociale et un état de santé dégradé notamment sur le plan de la santé psychologique. Il s'agit maintenant d'évaluer les troubles du comportement que peuvent développer ces jeunes sans pour autant établir de lien direct de cause à effet.

LES FAITS MARQUANTS

- Des conduites violentes assez fréquentes qui vont de pair avec d'autres conduites à risque et troubles du comportement. ¼ des jeunes a été victime de violence (11 % de violence sexuelle) avec un fort lien entre le fait d'avoir subi la violence et de développer un comportement violent.

- L'alcool est le produit psychoactif le plus consommé. Toutefois, quelque soit le produit (drogue, tabac, alcool, ..), l'effet d'entraînement par les copains est prépondérant.

- La prise de risque sur la route est importante notamment par le non-port du casque en deux-roues et la pratique de rallyes vélomoteurs.

- Si les garçons sont de plus grands consommateurs de produits psychoactifs que les filles, ces dernières rapportent une prise de risque équivalente à leurs camarades de sexe masculin sur la route ou en matière de délinquance même si elles le font sous des formes différentes.

Par contre, en ce qui concerne la violence, elles en sont davantage victimes et l'exercent beaucoup moins.

- Les adolescents s'exposent davantage aux risques que les jeunes adultes et présentent plus fréquemment des troubles du comportement.

- Les conduites à risque s'expriment de façon identique sur l'ensemble du territoire au sein du public enquêté.

LA COMPARAISON AVEC D'AUTRES ENQUETES

La santé des jeunes scolarisés en Guyane (ORSG 2003)

La violence, qu'elle soit subie ou exercée, s'exprime dans les mêmes proportions dans les 2 groupes étudiés. Toutefois, les viols concernent 5 % des jeunes scolarisés et 3 % des jeunes en insertion.

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.

L'enquête CFI-PAQUE (INSERM 1993)

Si la violence subie semble moins importante en Guyane que dans l'hexagone en 1993 (respectivement 23 % contre 33 % ont subi des violences), les comportements violents sont équivalents.

De même, on relève une consommation régulière de produits psychotropes inférieure à celle qui existait dans l'hexagone en 1993 notamment en ce qui concerne l'usage du tabac qui est bien moindre.

L'enquête " Etat de santé, comportements à risque et fragilité sociale d'une population de 105 901 jeunes en insertion professionnelle " (CETAF 2003)

En comparaison avec des données plus actuelles, on peut dire que si le tabagisme est une pratique beaucoup moins courante en Guyane que dans l'hexagone (65 % des garçons et 55 % des filles pour le CETAF ; respectivement 17 % et 7 % en Guyane), le différentiel est très largement défavorable pour notre région en ce qui concerne la consommation d'alcool.

En effet, le CETAF recense moins de 60 % de buveurs occasionnels ou réguliers parmi les garçons et environ 20 % chez les filles alors que notre enquête rapporte 86 % de consommateurs d'alcool et 75 % de consommatrices. Toutefois, le propos peut-être nuancé par le fait que nous ne disposons pas d'éléments de comparaison en ce qui concerne la fréquence sur laquelle s'exerce cette consommation.



5 - CONCLUSION ET PROPOSITIONS

Cette étude permet, avec l'éclairage des enquêtes réalisées en matière de santé des jeunes en Guyane et dans l'hexagone, de dégager quelques tendances importantes quant à la santé des jeunes en démarche d'insertion professionnelle et sociale, connus de la mission locale ou du service militaire adapté.

Aborder la santé des jeunes sous l'angle social, physique et psychologique autorise une analyse globale donc la mise en œuvre d'actions tout aussi globales au bénéfice de ces jeunes parfois en grande difficulté. Cela permet de compléter certaines informations restrictives sur la santé des jeunes en insertion dont nous pouvons disposer.

Les partenaires, les acteurs du monde de la jeunesse, pourront mobiliser ces outils que leur offre cette analyse tout en gardant à l'esprit que ce sont les jeunes qui ont fourni eux-mêmes des informations sur leur santé, leur vécu, leurs connaissances et leur comportement. En effet, ce questionnaire a été très bien accueilli par ces jeunes qui ont vu au travers de celui-ci une marque d'intérêt inhabituel et bienvenu de la part du monde institutionnel et du monde des adultes. Certains, en très grande difficulté sociale ou familiale, ont même profité de la passation pour lancer un appel au secours parfois très poignant.

Ainsi, en matière d'environnement psychosocial, on relève bien entendu une fragilité sociale et économique. Néanmoins, 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.

Toutefois, d'autres indicateurs sont plus inquiétants et sont très spécifiques de ce type de population. Le niveau de qualification est très faible au sein de ce groupe de précaires, associé à des connaissances en matière d'hygiène et de santé assez mauvaises. Malgré tout, ces jeunes restent plus ou moins acteurs de leur sexualité par une bonne identification du rôle du préservatif et un meilleur recours à la contraception que les scolaires.

Par ailleurs, si la morbidité de ces jeunes porte sur des pathologies assez courantes, la prévalence de certains indicateurs incite à penser qu'ils présentent un moins bon état de santé que les jeunes en population générale : allergies, obésité, santé bucco-dentaire, vue, ...

De plus, les antécédents de tentatives de suicide, les problèmes psychiques déclarés, illustrent la souffrance psychologique dans laquelle vit cette population.

Enfin, les troubles et conduites que développent ces jeunes prennent une place particulière dans la vie de ce public en insertion. Ainsi, si la violence est davantage subie par les filles et exercée par les garçons, ses composantes ne sont pas plus frappantes que chez les scolaires. Par contre, la consommation de produits psychotropes, notamment d'alcool, et la prise de risque atteignent des niveaux importants. Ces conduites et troubles du comportement sont l'expression du malaise psychique et social dans lequel sont inscrits ces adolescents et jeunes adultes en démarche d'insertion sociale et professionnelle.

Face à ces constats d'une importance cruciale, les propositions suivantes peuvent être faites pour une action immédiate :

- Améliorer l'accompagnement et le soutien scolaire afin d'éviter une désinsertion scolaire trop précoce et limiter l'apparition des troubles qui en découlent.
- Favoriser des actions d'éducation à la santé permettant d'améliorer les connaissances générales mais surtout en matière d'alimentation, d'hygiène, de sécurité et sur les conduites addictives.
- Faire de la lutte contre l'alcoolisme, une priorité locale.
- Aider au développement de structures spécifiques permettant une meilleure prise en charge de la santé physique et psychologique de ces jeunes.
- Réunir les professionnels en charge de ces jeunes (décideurs, acteurs de terrain, parents, les jeunes eux-mêmes, ...) afin de constituer des groupes de réflexion qui auraient pour objectif de réfléchir aux implications de ces résultats, sur les pratiques professionnelles et sur les actions à mettre en place auprès des jeunes et de leur famille.

CETAF - (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie).

Etat de santé, comportement à risque et fragilité sociale d'une population de 105 901 jeunes en insertion professionnelle - 2006

CNML (Conseil National des Missions Locales) - Ministère de l'emploi de la cohésion sociale et du logement - Ministère de la santé et des solidarités.

Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle - 2006

ORSG (Observatoire régional de la Santé de Guyane) en partenariat avec le Région Guyane
La santé des adolescents, enquête réalisée en milieu scolaire en 2003 - 2006.

Ministère de la défense

Le service militaire adapté - www.defense.gouv.fr - 2006

Ministère de l'Emploi de la Cohésion Sociale et du Logement : Plan de cohésion social.

Le contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS) - 2006

CETAF - (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie)

Le score EPICES : L'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie - 2005

CETAF - (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie)

Jeunes 16-25 ans en insertion - Examens de santé réalisés par les Centre d'examens de santé de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) - Analyse statistique des données - E. LABBE, Chargée d'études, Précarité-Inégalité de santé - 2004

EDUSCO (Mission Générale D'insertion de l'Education Nationale)

Accord-cadre pour l'insertion des jeunes - Direction générale de l'Enseignement scolaire, Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche - 2003

Jeunes.aquitaine.fr

Conférence santé du 3 mai. - 2003

Ministère de la justice - PJJ (La Protection Judiciaire de la Jeunesse)

L'Organisation de la justice en France - www.justice.gouv.fr - 2003

CREDES (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé)
Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire - T. AMOSSE, A. DOUSSIN, J.-M. FIRDION, Maryse MARPSAT, T. ROCHEREAU - 2001

ORS Ile-de-France (Observatoire Régional d'Ile de France)
Les jeunes en Ile-de-France Indicateur départementaux de santé - 2001

ORS Rhône-Alpes (Observatoire Régional du Rhône-Alpes) - **BDSP** (Banque de données Santé Publique).
Santé des jeunes. Le rôle et la contribution des missions locales - 2001

CETAF - (Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie)
Santé précarité - Quelles pratiques dans les centres d'examens de santé - outil d'aide à l'action - 2000

Enquête épidémiologique à l'initiative de la **D.P.J.J.** (Protection Judiciaire de la Jeunesse)
Adolescents (14-21 ans) - M. CHOQUET, S. LEDOUX, C. HASSLER, C. PARE - 1998

INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) unité 472 Epidémiologie et Biostatistique.
Equipe santé de l'adolescent - Adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et leur santé - 1998

INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) : Analyse et prospective
Adolescents, enquête nationale - M. CHOQUET, S. LEDOUX - 1994

INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) unité 472 Epidémiologie et Biostatistique.
Equipe santé de l'adolescent - Enquête CFI-PAQUE - 1993



COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Mme Marie-Claude VERDAN

Présidente du Conseil d'Administration - Conseillère Régionale

Mme Louise AREL-GOLITIN

Présidente du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens

Mme Lydie CARISTAN

Conseillère Régionale

M. Jacques CARTIAUX

Directeur de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)

Dr. Elie CHOW-CHINE

Président du Conseil de l'Ordre des Médecins

M. Pierre DESERT

Président du Conseil Général

Dr. Max GERARD

Représentant du Comité Médical d'Etablissement du Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR)

M. Olivier HUISMAN

Directeur de l'Institut d'Etudes Supérieures de la Guyane (I.E.S.G)

Mme Myriam KEREL

Conseillère Régionale

M. Jean-Claude LAFONTAINE

Conseiller Régional

Dr. Jacques MORVAN

Directeur de l'Institut Pasteur

M. Lucien PREVOT

1^{er} Vice-Président du Conseil Général

Mme Magaly ROBO-CASSILDE

Conseillère Régionale

M. Max VENTURA

Directeur de la Direction de la santé et de la Prévention (DSP)

M. J-P. Théodore ROUMILLAC

Association des Maires

Mme Suzanne WILL

Administrateur provisoire de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guyane (CGSS)



COMPOSITION DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

Dr. Elie CHOW-CHINE

Président du Conseil Scientifique de l'ORSG et Président du Conseil de l'Ordre des Médecins

M. Jean-Pierre BACHELART

Directeur de l'INSEE

Mme Yvane BERTRAND

Directrice de l'Institut Régional de Développement du Travail Social (IRDTS), Psychologue

Dr. Benoît COTTRELLE

Médecin Inspecteur Régional de Santé Publique - Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)

Dr. Roger-Michel LOUPEC

Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG)

Mme Hélène MATHURIN

Directrice par intérim de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)

Dr. Jacques MORVAN

Directeur de l'Institut Pasteur

Dr. Michel VALIER

Chef du Service Médical de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS)



COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE DE L'ENQUETE

Mme Yvane BERTRAND

Directrice de l'Institut Régional de Développement du Travail Social (IRDTS), Psychologue

M. Rocco CARLISI

Représentant de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON

Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG)

Mme Joëlle CHANDEY

Psychologue au Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR)

Dr. Benoît COTTRELLE

Représentant de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)

Mme Ariane FLEURIVAL

Présidente de l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)

Dr. Jean-Michel FONTANELLA

Chef de Service des Urgences du CHAR

Mme Sonia FRANCIUS

Directrice du cabinet du Recteur d'Académie

Dr. Renée LONY

Responsable de la médecine scolaire - Rectorat

Dr. Roger-Michel LOUPEC

Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG)

Mme Marie-Thérèse MAZY

Directrice du Comité Départemental D'éducation à la Santé (CODES)

Dr. Geneviève SIMART

Pédopsychiatre au Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR)

PRESENTATION DE L'EQUIPE DE L'ORSG

Dr Marie-Josiane CASTOR-NEWTON	Directrice de l'ORSG <i>Médecin en Santé Publique</i>
<u>Mme Sandrine CHANTILLY</u>	Responsable Cellule Etudes <i>Economiste de la Santé</i> <i>(DESS de Gestion)</i>
Melle Marie-Thérèse DANIEL	Responsable Cellule Documentation <i>Géographe Tropicaliste (DEA Géographie</i> <i>des Espaces Tropicaux)</i>
Mme Arise CHOCHO	Chargée d'études <i>Maîtrise de Sciences Sanitaires et</i> <i>Sociales /Mention Santé Publique</i>
M. Robert VIVIES	Responsable Administratif et Financier <i>(D.U. de Gestion des Ressources Humaines)</i>
Mme Christelle LARUADE	Assistante d'Etudes - Travaux d'édition/P.A.O
Melle Rose MONNY	Assistante de Direction
M. Romain ALLEN	Aide-documentaliste
Mme Sylvaine LAUBE	Secrétaire de Documentation
Melle Jocelyne FABIEN	Standardiste
Mme Céline BIENVENU	Vaguemestre



Observatoire Régional de la Santé de Guyane

“Espace Bertène JUMINER”

771, rte de Baduel - BP 659

97335 CAYENNE CEDEX

Site : www.ors-guyane.org - E-mail : orsg@wanadoo.fr

Tél. : (0594) 29.78.00 - Fax : (0594) 29.78.01