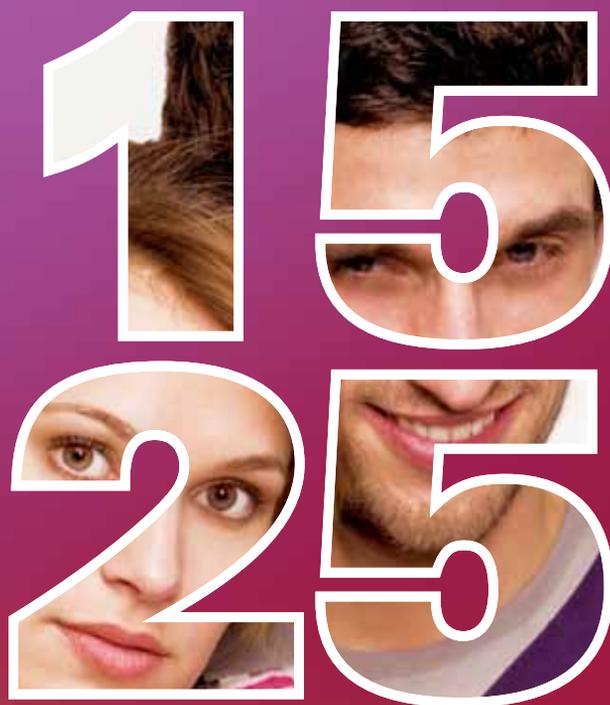


OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ



LA SANTÉ DES JEUNES EN PAYS DE LA LOIRE





**LA SANTÉ
DES JEUNES
EN PAYS DE LA LOIRE**

**Observatoire régional de la santé
des Pays de la Loire**

Hôtel de la Région
1 rue de la Loire - 44966 Nantes Cedex 9
Tél. : 02 51 86 05 60
Fax : 02 51 86 05 61
accueil@orspaysdelaloire.com
www.santepaysdelaloire.com

ISBN 2-908417-35-9

Éditorial

La jeunesse est souvent synonyme de vitalité et de bonne santé. Les jeunes en Pays de la Loire ne font pas exception à cette croyance populaire. Ils sont globalement en bonne santé. Plusieurs causes à cela peuvent être évoquées : les bonnes conditions de vie en région, la qualité de leur éducation ou encore la prise de conscience de nos jeunes sur les comportements à risques.

Pour autant, cette situation ne saurait masquer les inégalités territoriales, sociales et sexuées. Il existe en matière d'accès à la santé comme en matière d'accès aux infrastructures, à la culture ou encore aux sports des inégalités que le Conseil régional, à travers ses politiques publiques, tend à diminuer.

La politique de santé du Conseil régional a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins et à la prévention des Ligériens. Elle prévoit d'importants moyens pour la construction de maisons de santé pluridisciplinaires en zones médicalement déficitaires et pour la prévention à la santé auprès des jeunes dont il a la charge (lycéens, apprentis, stagiaires de la formation sanitaire et sociale). Les Ligériens, consultés au cours des assises régionales de 2008, reconnaissent ce rôle au Conseil régional et souhaitent qu'il prenne davantage en charge cette mission de prévention qui ne semble pas être suffisamment ciblée. L'étude réalisée par l'Observatoire régional de la santé à la demande de la Région, montre que les comportements et les pathologies sont sensiblement différents en fonction des territoires (ruraux/citadins), des milieux sociaux et des sexes. Il faut donc pouvoir s'adapter à la situation des jeunes dans leur diversité, en apportant l'information au plus près des lieux de vie, à l'intérieur des maisons de santé ou dans les établissements scolaires en tenant compte des besoins en matière d'information de chacun.

La proximité permet aussi de mieux identifier le malaise croissant que l'étude présentée fait ressortir, puisque 10 % des jeunes ligériens se considèrent aujourd'hui « pas bien portants ». La sensation de mal-être n'est pas exceptionnelle à l'adolescence ou au début de la vie d'adulte. Le malaise peut s'exprimer de différentes manières. Cette jeunesse a besoin d'être écoutée, entendue et que sa parole soit libre.

C'est en étant bien dans leur vie et bien dans leur tête que les jeunes pourront être des citoyens éclairés, responsables et pleinement acteurs de leur existence et de celle de la cité. Au préalable, nous devons collectivement leur offrir les meilleures conditions pour qu'ils puissent aujourd'hui se construire sur des valeurs qui, demain, seront l'ossature de leur vie d'adultes.

*Jacques Auxiette,
Président du Conseil régional des Pays de la Loire*

Éditorial

La jeunesse et l'adolescence sont des périodes de l'existence durant lesquelles les individus expérimentent des comportements, des produits ou des relations. Durant cette phase de la vie, défier le danger peut sembler faire partie du jeu.

Sans nier la responsabilité de chacun, le décompte des jeunes handicapés suite à un accident ou tués sur nos routes à cause d'une consommation excessive d'alcool ou d'autres substances met les décideurs publics en face d'une réalité qu'ils ont la responsabilité d'infléchir.

Les services de l'Etat ont pris la mesure du risque que les jeunes encourent au prix de leur santé, de leur intégrité physique et morale. Ainsi, la Conférence régionale de santé qui réunit chaque année les professionnels de santé, les établissements de soins et d'enseignement, les organismes d'assurance maladie, les collectivités territoriales et des représentants d'usagers a retenu la prévention des addictions et du suicide comme axe prioritaire des politiques de santé.

Il s'agit de conjuguer nos efforts autour de ces moments clés et des espaces de vie du jeune pour aider à le comprendre, favoriser sa prise de conscience, lui apporter un soutien psychologique, l'accompagner dans une démarche de soins et de rupture avec le produit.

Ces actions sont financées par l'Etat et l'Assurance maladie au travers du Plan régional de santé publique et de conventions de financement d'établissements et services de soins, de dispositifs d'accueil et de conseils au jeune mais aussi à ses parents. Un schéma régional des addictions permet d'adapter les réponses au plus près des réalités des territoires.

En complément à ces actions, un plan alcool est mis en œuvre par les préfetures en concertation avec les distributeurs de boisson alcoolisée. Les horaires d'ouverture des débits de boissons et espaces festifs font l'objet d'un arrêté, un nouveau dispositif est mis en place pour former les commerçants, inciter à empêcher la vente libre de boissons alcoolisées à des mineurs. Une équipe de veilleurs de soirée composée d'infirmier et de travailleurs sociaux agit sur les lieux de consommation. Des stages de substitution de peines sont mis en place avec le concours de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie.

L'action de l'Etat, celle des professionnels du secteur éducatif, de la santé, les forces de police et de gendarmerie, les services d'incendie et de secours visent à coordonner, conjuguer leurs moyens et compétences pour agir, prévenir, protéger le jeune. Cet effort ne doit jamais se relâcher. Il faut sans cesse que nous nous donnions les moyens d'appréhender les évolutions, d'affiner les analyses pour mieux adapter nos réponses. C'est l'objectif de cette étude de grande qualité réalisée par l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire dont je salue ici la pertinence.

*Bernard Hagelsteen,
Préfet de la Région Pays de la Loire*

Préface

Il y a quelques années déjà, l'équipe de l'Observatoire régional de la santé m'avait fait le plaisir de m'adresser pour information un exemplaire du tableau de bord régional « la santé observée dans les Pays de la Loire », que j'avais parcouru avec intérêt. Aussi ai-je accepté sans hésiter sa proposition d'écrire la préface de ce rapport sur la santé des jeunes.

Cette fois le plaisir est encore plus grand.

Que de chemin parcouru depuis mes remarques un peu sévères au discours inaugural du congrès de la Fnors de 1998 à Montpellier¹. J'y avais critiqué plusieurs choses.

D'abord les rapports nationaux, en rappelant que j'avais posé quelques années auparavant, dans une conférence sur la recherche de l'Association européenne de santé publique (EUPHA), la question de savoir s'il était éthiquement acceptable de produire des données au niveau national ; je disais craindre : *« que les données nationales ne soient une représentation de la réalité souhaitée par les gouvernements nationaux, mais qui, de ce fait, masquent énormément de choses, et par exemple le problème des inégalités en matière de santé... Je trouve très intéressant de voir qu'il y a en France aussi un mouvement tout à fait important qui se fait vers une régionalisation, et qui forcera la valorisation de données locales et régionales à côté de données nationales »*. Mission pleinement accomplie !

On dispose maintenant en effet d'un rapport qui respecte la rigueur scientifique, avec notamment croisement de données issues de différents systèmes d'information et validations auprès de plusieurs acteurs clés, mais qui donne aussi une image régionale propre, comparée au contexte national.

J'avais ensuite plaidé pour produire un panorama vivant plutôt qu'un cimetière de données, c'est-à-dire une information utilisable, qui fait la place aux déterminants que l'on peut influencer par des actions dirigées vers les personnes et d'autres actions vers les collectivités. En d'autres mots, *« des chiffres, mais aussi des lettres »*. Je citais Peter Allebeck, alors président de l'Association européenne de santé publique : *« les rapports sur la santé sont des rapports dans lesquels l'état sanitaire de la population est décrit et analysé d'une façon systématique, dans une visée stratégique ou politique »*.

En effet, pour être utilisable et donc utile, l'élément capital, c'est, à partir des données et particulièrement des données chiffrées, de leur donner du sens ; et le sens vient des mots. Mais donner du sens est une opération complexe.

Dans ce rapport, il y a à côté des analyses, notamment les « encadrés » : en moyenne une dizaine par chapitre, qui illustrent des problématiques spécifiques.

Et puis, il y a des résumés : « l'essentiel », en une page en début de chaque chapitre. Ce qui permet d'avoir en un temps très court une vue d'ensemble de qualité.

1 - Bury, J.A. 2000, De l'information à la décision : exposé de la problématique en 10 questions. Key note speaker à la Conférence Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. Montpellier, 26-27 novembre 1998.

Reste donc la question de la visée stratégique et politique.

La mission de l'ORS doit rester dans la présentation d'informations aidant à la décision politique et stratégique, mais elle doit donc en constituer une base solide. Il me semble que ce rapport y réussit.

Que se dégage-t-il en effet de ce rapport pour un lecteur extérieur ?

A mes yeux, une conclusion principale s'impose : les jeunes ligériens sont en bonne santé physique mais en même temps, il y a une diminution importante de la santé perçue entre 2000 et 2005. On observe, par ailleurs, un taux élevé de suicides et une surmortalité régionale par accidents de la route (supérieure de 20 % à la moyenne nationale), et ces événements concernent très majoritairement les garçons. Ceci peut être mis en lien avec la consommation régulière et surtout occasionnelle massive d'alcool chez les garçons, ces habitudes régionales plus défavorables que la moyenne nationale n'étant d'ailleurs pas spécifiques aux jeunes.

Il faut prévoir que cela ne va pas s'arranger avec le chômage massif en 2009 et sans doute une bonne partie de 2010.

Ne sommes-nous pas là devant les « désavantages cumulatifs » qui marquent progressivement les parcours de vie et rendent les interventions plus aléatoires avec le temps ?

Conclusion préoccupante certes mais en même temps qui illustre bien le rôle de la santé publique, en indiquant les surdéterminations des différents déterminants de la santé, ce qui implique des actions intersectorielles.

Un beau défi pour les autorités régionales, du Conseil régional aux Agences régionales de santé...

Ce n'est pas à l'occasion d'un coup d'œil rapide que l'on peut dégager des pistes sérieuses d'intervention, comme peut le faire par exemple une Conférence régionale de santé.

Mais je voudrais seulement souligner que le rapport contient en soi des informations qui pourraient susciter des approfondissements dans ce sens. Ainsi le fait, mentionné dans le chapitre sur la nutrition, que les clubs sportifs sont déjà plus actifs en Pays de la Loire qu'ailleurs (mais est-ce égal entre milieux urbains et ruraux ?) ; or, on sait généralement l'effet mobilisateur que la pratique sportive et particulièrement en groupe organisé, peut avoir sur le développement des ressources personnelles, sur la santé mentale et la consommation de substances psychoactives, les accidents... Donc...

On ne lit jamais assez attentivement les introductions.

Celle de ce rapport commence par : « Les Pays de la Loire comptent plus de 400 000 jeunes de 15 à 24 ans **qui porteront demain le développement de notre région** ».

Oui.

Jacques A. Bury

Jacques Alain Bury, originellement médecin psychiatre et psychanalyste, a créé et dirigé l'enseignement des sciences du comportement en santé à l'université Laval de Québec dans les années 70, puis a créé une maîtrise en éducation pour la santé et dirigé l'unité de promotion de la santé à l'école de santé publique à l'université de Louvain en Belgique dans les années 80.

Après cinq ans au bureau régional de l'OMS (de 1991 à 1995) où il est responsable de la politique de coopération avec les pays d'Europe centrale puis responsable des politiques de recherche et de formation en santé publique, il est devenu directeur de l'Association européenne des écoles de santé publique en Europe (ASPHER) de 1995 à 1999. Il a dirigé l'évaluation de programmes de formation en santé publique des universités en Europe, l'évaluation de plusieurs programmes de santé de l'Union européenne ainsi que celles des programmes régionaux de santé publique en France.

De 2000 à 2002, il a été coordinateur des programmes de promotion de la santé du canton de Genève, avant de co-fonder ADSAN (Agence pour le développement et l'évaluation de politiques de santé). Entre 2004 et 2007, il a dirigé le programme intercantonal romand de promotion de la santé des personnes de 50 ans et plus et a co-animé chaque année avec l'Inpes la formation en gestion de projets en éducation pour la santé à l'université d'été francophone en santé publique de Besançon ; depuis 2005, il assure une fonction de conseil sur le projet de développement local de la santé publique dans les Alpes Maritimes mené par le CHU de Nice.

Remerciements

Cette étude a été entreprise par l'Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire, à la demande du Conseil régional des Pays de la Loire. Sa réalisation a également bénéficié de la contribution financière de l'Etat/ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Sa mise en œuvre a été réalisée sous la direction du Dr Anne Tallec, et a mobilisé toute l'équipe de l'ORS : Marie-Christine Bournot, Sandrine David, Isabelle Gailhard-Rocher, Laurence Girard, Marie-Cécile Goupil, Nathalie Grossard, Brigitte Klok, Françoise Lelièvre, Marie-Sylvie Sander et François Tuffreau.

De très nombreuses institutions ou services ont permis sa réalisation par la mise à disposition de données : ARH, Caf, Cram, Drass, Drees, Inpes, InVS, Insee, Inserm CépiDc, Fnors, MSA, OFDT, Observatoire régional de sécurité routière, Observatoire régional de santé au travail, Rectorat de l'Académie de Nantes, Urcam-DRSM.

Nous tenons aussi à remercier pour leur contribution, leur relecture, leurs critiques et leurs suggestions :

- Jean-Pascal Assailly, Inrets, Paris
- Jacques Bordron, Observatoire régional de santé au travail, Nantes
- Dr Jacques A. Bury, ADSAN, Genève
- Olivier Busson, Urcam Pays de la Loire, Nantes
- Françoise Cazein, InVS, Paris
- Fabrice Chateau, Caf, La Roche-sur-Yon
- Marie Choquet, Inserm U669, Paris
- Dominique Desaubliaux, Cram Pays de la Loire, Nantes
- Jacques Desfontaine, UFSBD, Paris
- Pr Brigitte Dréno, CHU Nantes
- Franck Gaspard, Observatoire régional de sécurité routière, Nantes
- Hervé Guichard, Rectorat de l'Académie de Nantes
- Pr Serge Herberg, Inserm U557-InVS, Paris
- Olivier Jean, Drass Pays de la Loire, Nantes
- Pr Michel Krempf, CHU Nantes
- Dr Patrick Lamour, Credeps, Nantes
- Dr Denis Leguay, Cesame Ste Gemmes-sur-Loire
- Gaëlle Lizaud, AROMSA Pays de la Loire, Nantes
- Viviane Massinon, Drass Pays de la Loire, Nantes
- Dr Jacques Pivette, DRSM Pays de la Loire, Nantes
- Pr Gilles Potel, CHU Nantes
- Dr Bruno Rocher, CHU Nantes
- Thierry Rocher, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, Ministère de l'Éducation nationale
- Dr Dominique Savary-Ulmer, Nantes
- Pr Jean-Luc Vénisse, CHU Nantes
- Annick Vilain, Drees, Paris.

Sommaire

Introduction	15
--------------	----

Chapitre 1

Données sociodémographiques	17
------------------------------------	-----------

Introduction	20
1.1 Démographie, mobilité	21
1.2 Modes de vie, relations familiales et sociales, loisirs	24
1.2.1 Modes de vie	25
1.2.2 Relations familiales et sociales	28
1.2.3 Activités sociales et de loisirs	29
1.3 De la formation à l'emploi	33
1.3.1 Scolarisation et niveau de formation lors des derniers recensements	33
1.3.2 Scolarisation des jeunes en 2006-2007	35
1.3.3 Insertion professionnelle	39
1.4 Jeunes en situation sociale difficile	44
Bibliographie	49

Chapitre 2

Vue d'ensemble de la santé des 15-25 ans	51
---	-----------

Introduction	54
2.1 Santé perçue, qualité de vie et problèmes de santé déclarés	54
2.1.1 La santé perçue	54
2.1.2 La qualité de vie	57
2.1.3 Les problèmes de santé déclarés par les jeunes	61
2.2 Les recours aux professionnels de santé	64
2.3 Les hospitalisations	68
2.4 Les admissions en affection de longue durée	72
2.5 Mortalité et causes de décès	75
Bibliographie	83

Chapitre 3

Santé mentale et maladies psychiatriques	85
---	-----------

Introduction	88
3.1 La santé mentale positive	89
3.2 La détresse psychologique réactionnelle	92
3.3 Les affections psychiatriques caractérisées	96
3.4 Le suicide	98
3.5 Recours aux spécialistes de santé mentale	100
3.6 Facteurs associés à la santé mentale et aux troubles psychiques	101
Bibliographie	104

Chapitre 4

Consommation de substances psychoactives et conduites addictives

107

Introduction	111
4.1 La consommation d'alcool	113
4.1.1 Les débuts de la consommation d'alcool	114
4.1.2 La consommation régulière d'alcool et les comportements d'alcoolisation massive	116
4.1.3 La perception des risques liés à la consommation d'alcool	122
4.2 La consommation de tabac	124
4.2.1 L'expérimentation du tabac	124
4.2.2 L'usage quotidien et la dépendance au tabac	125
4.3 La consommation de cannabis	131
4.3.1 L'expérimentation	132
4.3.2 L'usage régulier	134
4.3.3 L'usage problématique	136
4.3.4 Prise en charge médicale dans une structure spécialisée	137
4.4 Les autres drogues	138
4.4.1 Expérimentation des autres drogues	138
4.4.2 Prise en charge médicale dans une structure spécialisée	142
4.5 Contextes et facteurs associés	146
4.5.1 Contextes de consommation de l'alcool et du cannabis	146
4.5.2 Facteurs associés	150
Bibliographie	156

Chapitre 5

Les accidents et leurs conséquences sur la santé

159

Introduction	162
5.1 Les accidents déclarés	162
5.2 Les accidents de la vie courante	164
5.3 Les accidents de la circulation	169
5.4 Les accidents du travail	177
5.5 Les conséquences des accidents sur la santé : hospitalisations, séquelles, décès	179
5.5.1 Les hospitalisations	180
5.5.2 Les séquelles	182
5.5.3 Les décès	183
5.6 Les facteurs associés aux accidents	184
5.6.1 Les facteurs de risque d'accidents chez les jeunes	184
5.6.2 Les facteurs de risque d'accidents de la circulation	187
Bibliographie	192

Chapitre 6

Surpoids, alimentation, activités physiques et sédentarité

195

Introduction	198
6.1 Surpoids et obésité	201
6.2 Habitudes et apports alimentaires	206
6.3 Activités physiques et sportives, occupations sédentaires	211
6.3.1 La pratique sportive	212
6.3.2 L'activité physique	218
6.3.3 Les occupations sédentaires	221
6.3.4 Contextes sociaux et motivations	225
Bibliographie	228

Chapitre 7

Comportements, risques et prévention liés à la sexualité

231

Introduction	234
7.1 Biographies sexuelles	235
7.1.1 L'entrée dans la vie sexuelle adulte	235
7.1.2 Les partenaires	238
7.2 Contraception et interruptions volontaires de grossesse	241
7.2.1 Pratiques contraceptives	242
7.2.2 Recours à la contraception d'urgence	247
7.2.3 Le recours à l'interruption volontaire de grossesse	251
7.3 Infections sexuellement transmissibles	256
7.3.1 Prévention et dépistage des IST	257
7.3.2 Prévalence des IST	262
Bibliographie	265

Chapitre 8

Jeunes en situation de handicap

269

Introduction	272
8.1 Les jeunes en situation de handicap	272
8.2 La scolarité	276
8.3 L'insertion professionnelle des jeunes adultes handicapés	281
8.4 Les aides financières	285
8.5 L'hébergement en établissement des jeunes adultes handicapés	287
Bibliographie	289

Annexes

291

Eléments de méthode concernant les principales sources de données sur la santé des jeunes des Pays de la Loire	292
Index des sigles	297

Introduction

Les Pays de la Loire comptent plus de 400 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans qui porteront demain le développement de notre région. La protection et la promotion de leur santé - qui est selon l'Organisation mondiale de la santé *une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie*¹ - représentent donc un véritable enjeu de société. De nombreux opérateurs, institutions, élus, professionnels du champ de la santé, de l'éducation et du domaine social se mobilisent dans cet objectif. Mais les jeunes et leurs proches en sont les premiers acteurs.

Cette dynamique sera d'autant plus efficace qu'elle pourra s'appuyer sur un diagnostic global, intégrant à la fois l'état de santé et ses différents déterminants, distinguant les mythes - fréquents lorsqu'il s'agit de la jeunesse - et les réalités, choisissant les difficultés qu'il est prioritaire de résoudre, n'éluant pas le fait que certains problèmes concernent autant les adultes que les jeunes, identifiant les ressources sociales et individuelles qu'il est possible de mobiliser.

C'est à ce vaste projet que cet ouvrage souhaite contribuer, en mettant à disposition de tous les données disponibles sur la santé des jeunes des Pays de la Loire, en les analysant en regard de la situation des autres groupes d'âge et des autres régions, en les étudiant dans leur évolution, en les complétant par des éclairages nationaux. Ce travail a été entrepris à la demande du Conseil régional des Pays de la Loire. Sa réalisation a également bénéficié de la contribution financière de l'Etat.

Les premières pages de ce rapport, consacrées aux caractéristiques socio-démographiques de la population régionale des 15-25 ans, sont enrichies de données concernant la formation et l'emploi, la mobilité, le logement, les relations familiales et sociales, les activités de loisirs. L'impact de ces éléments d'environnement sur la santé, notamment par le biais des représentations et des comportements qu'ils induisent, est en effet désormais bien établi, pour les jeunes en situation sociale difficile comme pour tous les jeunes.

Une analyse d'ensemble de la santé des jeunes des Pays de la Loire, élaborée à partir d'indicateurs de qualité de vie, et de données concernant les pathologies graves nécessitant une prise en charge spécifique et les causes médicales de décès permet ensuite d'identifier les problèmes de santé des jeunes d'aujourd'hui que sont la santé mentale et les affections psychiatriques d'une part, les accidents et leurs conséquences d'autre part. Chacun de ces thèmes fait ensuite l'objet d'une approche détaillée, incluant une analyse des facteurs de risque et de protection, le plus souvent sur la base de travaux nationaux.

Les grands déterminants de santé et certaines de leurs conséquences spécifiques occupent une place privilégiée dans cet ouvrage : conduites addictives (consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et d'autres drogues illicites), alimentation et activités physiques ou sédentaires, vie sexuelle sont ainsi analysées à partir des données régionales disponibles, particulièrement riches grâce aux enquêtes Baromètre santé jeunes régionales.

Enfin, si la majeure partie des jeunes de la région sont en bonne santé, certains d'entre eux connaissent des situations de handicap. La dernière partie de ce rapport leur est consacrée.

Cette approche analytique ne doit pas faire oublier que la santé des jeunes se construit dans un continuum, fruit de multiples déterminants qui interviennent dès avant la naissance et en interaction complexe avec de nombreux facteurs socio-économiques et culturels¹. Si des programmes et actions visant les 15-25 ans sont indispensables, c'est sans doute bien avant qu'il faut agir, et dans un cadre qui dépasse le seul champ de la santé. Nous espérons que cet ouvrage pourra contribuer à éclairer certains ressorts de cette dynamique.

1 - La charte d'Ottawa. Conférence internationale pour la promotion de la santé « Vers une santé publique », 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada. Organisation mondiale de la santé, 4 p.

CHAPITRE 1

Données sociodémographiques

Isabelle Gailhard-Rocher, Marie-Sylvie Sander, Sandrine David, François Tuffreau

Introduction	20
1.1 Démographie, mobilité	21
1.2 Modes de vie, relations familiales et sociales, loisirs	24
1.3 De la formation à l'emploi	33
1.4 Jeunes en situation sociale difficile	44
Bibliographie	49

Remerciements

Les données concernant les jeunes accueillis dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale ont été mises à disposition par le service statistique de la Drass des Pays de la Loire.

L'essentiel

Les 15-24 ans représentent 12 % de la population régionale

Les Pays de la Loire comptent 430 000 jeunes de 15 à 24 ans, qui représentent 12 % de la population régionale. Cette proportion, proche de la moyenne nationale, devrait légèrement diminuer jusqu'en 2015 puis se stabiliser à l'horizon 2030, correspondant à cette date à un effectif d'environ 460 000 jeunes. Les trois quarts de ces jeunes vivent en zone urbaine. Au cours des années récentes, le nombre de jeunes de 20-29 ans qui ont quitté la région est supérieur au nombre de jeunes qui s'y sont installés.

Les jeunes de la région entrent plus tôt dans la vie active qu'au niveau national

Dans les Pays de la Loire comme en France, la scolarité s'est allongée puisque 66 % des jeunes de 15-24 ans étaient encore scolarisés en 1999 contre 60 % en 1990. En 2006-2007, plus de 100 000 jeunes étaient inscrits dans les établissements d'enseignement supérieur de l'Académie de Nantes.

Les parcours scolaires des garçons et des filles restent assez différents, avec notamment un taux d'accès au baccalauréat nettement plus élevé chez ces dernières (71 % vs 62 % chez les garçons, en 2006-2007).

Les jeunes ligériens entrent plus tôt dans la vie active qu'au niveau national, puisque le taux de scolarisation des 20-24 ans ainsi que l'âge au premier emploi sont plus faibles dans la région. Ce constat est à mettre en lien avec le fait que les jeunes ligériens privilégient les filières de formation courtes, et avec le développement très important de l'apprentissage dans la région. Enfin, la moitié des jeunes de la région commencent leur carrière par un emploi d'ouvrier alors que cette proportion est seulement de 37 % en France.

La sortie du système scolaire sans diplôme et l'illettrisme moins fréquents chez les jeunes ligériens

La proportion de jeunes sortis du système scolaire sans diplôme atteignait 17 % en 1999, mais elle était cependant nettement inférieure à la moyenne nationale (22 %). Cette situation régionale moins défavorable est également observée en matière d'illettrisme. Ainsi, en 2006, 8,5 % des jeunes de la région ayant participé aux journées d'appel et de préparation à la défense étaient en difficulté de lecture dont 4 % en grande difficulté, ces proportions étant parmi les plus faibles de France.

Des modes de vie qui évoluent

La part des 15-24 ans vivant dans une structure monoparentale est en augmentation. En 1999, parmi les jeunes ligériens demeurant au foyer parental, un sur sept vivait avec un seul de ses parents, et cette proportion est sans doute encore plus importante aujourd'hui. Parmi les 20-24 ans, un peu plus de la moitié des jeunes vivent encore chez leurs parents. Mais parmi ceux qui ont quitté le domicile parental, 38 % vivent seuls en 1999 contre 23 % en 1990.

Les résultats des enquêtes régionales Baromètres santé jeunes apportent un regard complémentaire sur l'évolution des relations entre les jeunes et leur famille. Entre 2000 et 2005, le caractère privilégié des échanges entre les jeunes et leurs parents semblent s'être atténué et les relations paraissent de moins en moins basées sur des rapports de contrôle et d'autorité. Mais les jeunes ont également le sentiment d'être moins valorisés par leurs parents.

Des situations sociales difficiles plus fréquentes chez les jeunes que chez leurs aînés

Le taux de pauvreté des 18-29 ans des Pays de la Loire, c'est-à-dire la proportion de ménages ou d'individus qui vivent sous le seuil de pauvreté, atteint 11,1 % en 2004. Il est nettement inférieur à la moyenne nationale (14,3 %). Les situations de pauvreté sont plus fréquentes chez les jeunes que dans les tranches d'âge supérieur. Ce constat doit toutefois être nuancé car les revenus utilisés pour mesurer le taux de pauvreté ne tiennent pas compte des aides familiales dont peuvent bénéficier les jeunes.

Cette situation peut être rapprochée de l'importance du chômage chez les moins de 25 ans, qui avoisine 20 % en France et est donc deux à trois fois plus élevé que dans les autres classes d'âge. Les jeunes sont également plus concernés par les emplois précaires et à temps partiel. 26 % des premiers emplois des jeunes en 1999 dans la région sont des contrats en intérim (contre 20 % en France) et près de 40 % des emplois à temps partiel.

Introduction

Les jeunes de 15-25 ans ne constituent pas une population homogène, puisque cette période de la vie comporte de nombreuses étapes menant progressivement la très grande majorité des jeunes à un statut autonome. Différents événements jalonnent ainsi cette période de transition vers la vie d'adulte : la fin des études, l'accès au premier emploi, le départ du foyer parental, le début de la vie en couple, la naissance du premier enfant. La plupart des jeunes aspirent encore aujourd'hui à ces étapes « traditionnelles », et y accèdent.

Mais ce qui caractérise la période actuelle, c'est l'allongement de cette phase de transition. Cette évolution résulte de multiples facteurs, et notamment de causes socio-économiques : après des études plus longues, la durée de l'insertion professionnelle s'allonge, les emplois instables sont prioritairement occupés par les jeunes, leur niveau de vie stagne voire baisse, et les inégalités entre générations s'accroissent. Cet allongement dans l'acquisition de l'indépendance concerne aussi la sphère familiale, avec notamment le caractère plus tardif de l'engagement dans la vie de couple et de l'arrivée du premier enfant.

D'où l'existence de situations intermédiaires, entre la vie chez les parents et la vie de couple, entre la fin des études et la vie professionnelle stable. Dans cet entre-deux, les acquis en termes de formation et le soutien de la famille, à la fois affectif et financier, jouent un rôle déterminant, et les disparités entre les jeunes sont souvent considérables [1-3].

Les éléments de nature sociodémographique sont susceptibles d'impacter fortement la santé physique, mentale ou sociale des jeunes. D'où leur présentation dans ce rapport, même s'il s'agit d'une approche succincte par rapport aux nombreux travaux menés dans la région, notamment par les services de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Ce chapitre est organisé en quatre parties. La première rassemble des indicateurs concernant la démographie et la mobilité des jeunes de la région. Les modes de vie ainsi que les relations familiales et sociales des 15-25 ans sont détaillés dans la seconde partie. L'éducation, la formation et l'insertion professionnelle occupent une place importante, en troisième partie. Enfin, la dernière partie présente un certain nombre de données concernant les jeunes en situation sociale difficile.

Le recensement général de la population constitue une source essentielle de données sociodémographiques, à la fois pour la description de la situation et pour la réalisation de comparaisons dans le temps et dans l'espace. De ce fait, il a été utilisé à de nombreuses reprises, malgré le caractère relativement ancien des dernières données disponibles puisqu'elles datent de 1999. Chaque fois que possible, ces données ont été complétées par des informations issues d'autres sources, pour actualiser et enrichir le propos.

1.1 Démographie, mobilité

430 000 jeunes de 15-24 ans en Pays de la Loire, représentant 12 % de la population

■ En Pays de la Loire, l'Insee estime à environ 430 000 le nombre de jeunes âgés de 15 à 24 ans parmi les 3,4 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2006 (219 300 garçons, 210 400 filles)¹. 12,5 % de la population appartiennent donc à cette classe d'âge, soit une proportion proche de la moyenne nationale (12,8 %). La région présente une situation moyenne au regard des régions métropolitaines, au 11^e rang des régions les plus jeunes.

Dans la région, le Maine-et-Loire et la Loire-Atlantique sont les départements dont la proportion de 15-24 ans dans l'ensemble de la population est la plus importante, respectivement 14 % et 13 %, contre 12 % en Mayenne et en Sarthe et 11 % en Vendée (figure 1.1).

Figure 1.1

Part des jeunes de 15-24 ans dans la population totale
Pays de la Loire, France métropolitaine (01/01/2006)

	France métropolitaine	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
0-14 ans	11 245 741	653 974	236 586	147 074	59 706	104 528	106 080
15-24 ans	7 854 103	429 666	159 229	103 255	35 087	66 273	65 822
25-59 ans	29 263 837	1 615 654	587 161	355 016	137 678	259 282	276 517
60 ans et +	12 803 141	726 696	236 521	153 653	67 028	124 915	144 579
Total	61 166 822	3 425 990	1 219 497	758 998	299 499	554 998	592 998
% 15-24 ans	13 %	13 %	13 %	14 %	12 %	12 %	11 %

Source : Insee (estimations de population)

■ La part des jeunes est plus importante dans les villes universitaires. Ainsi, dans l'agglomération d'Angers, « la plus jeune » de la région, les 15-24 ans représentent 19 % de la population en 1999, les agglomérations nantaise et yonnaise comptent 16 % de jeunes parmi leurs habitants et la ville du Mans 15 %.

Les agglomérations de Nantes et d'Angers, principales villes universitaires des Pays de la Loire, regroupent à elles seules plus d'un tiers des jeunes de la région (figure 1.2).

1 - Les recensements de population, dont les derniers datent de 1990 et 1999, étaient jusqu'à présent réalisés tous les 8 à 9 ans. Entre ces recensements, des estimations de population étaient produites chaque année par l'Insee, à partir des données de l'état civil (naissances, décès) transmises par les mairies et d'une estimation du solde migratoire. Ces estimations apportent des éléments quantitatifs sur la population par sexe, âge et département. Depuis 2004, l'Insee a mis en place une nouvelle méthode de collecte basée sur un « recensement par roulement » des communes (chaque année, une partie du territoire est recensée). Au bout d'un cycle de 5 ans, l'ensemble du territoire français est recensé. Le premier cycle s'est achevé en 2008 et les résultats détaillés de ce nouveau système seront disponibles au deuxième semestre 2009.

Figure 1.2
Part des jeunes de 15-24 ans dans les agglomérations urbaines
Pays de la Loire (1999)

	15-24 ans	Tous âges	% 15-24 ans
Nantes	90 843	554 601	16 %
Saint-Nazaire	14 862	110 271	13 %
Loire-Atlantique	164 534	1 134 493	15 %
Angers	49 901	261 247	19 %
Cholet	11 737	79 547	15 %
Maine-et-Loire	112 045	733 213	15 %
Laval	13 163	88 295	15 %
Mayenne	36 837	285 377	13 %
Le Mans	27 747	188 616	15 %
Sarthe	67 493	529 895	13 %
La Roche-sur-Yon	12 410	79 666	16 %
Les Sables d'Olonne	3 737	38 515	10 %
Vendée	67 331	539 806	12 %

Source : Insee (RP 99)

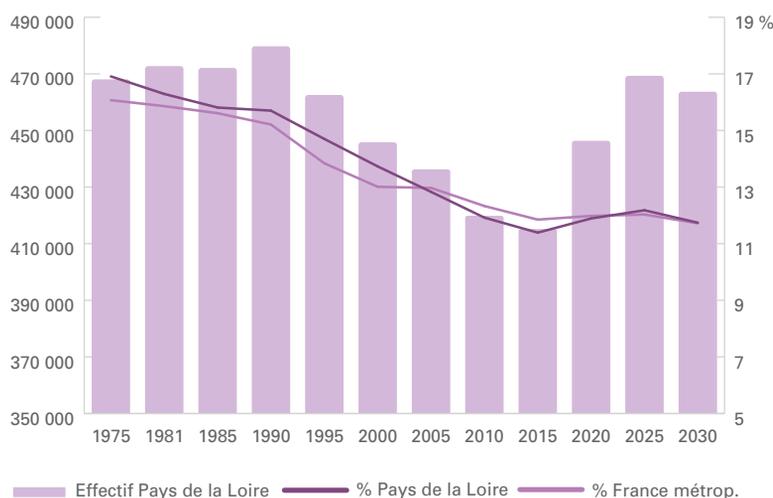
Après un net recul, leur part dans la population totale devrait se stabiliser dans les prochaines années

■ En 1975, la région comptait près de 470 000 jeunes âgés de 15-24 ans. Depuis le début des années 1990, cet effectif ne cesse de diminuer et, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2015². Le nombre de jeunes dans la région devrait ensuite augmenter pour atteindre 460 000 à l'horizon 2030.

■ La part de jeunes âgés de 15 à 24 ans dans la population est en recul depuis le milieu des années 1970, dans les Pays de la Loire comme en France, cette diminution étant plus marquée dans la région qu'au niveau national. Les jeunes de 15-24 ans représentaient près de 17 % de la population régionale en 1975 ; en 2006, ils ne constituent plus que 12,5 % de celle-ci. Cette proportion devrait légèrement diminuer jusqu'en 2015 pour ensuite se stabiliser. A l'horizon 2030, les 15-24 ans devraient représenter un peu moins de 12 % de la population régionale (figure 1.3).

2 - L'Insee réalise régulièrement des projections de population qui simulent chaque année le nombre d'hommes et de femmes de chaque âge sur la base d'hypothèses sur l'évolution des trois composantes des variations de population : fécondité, mortalité et migrations. D'une année sur l'autre, la population évolue en fonction des décès, des naissances et des mouvements migratoires (émigration et immigration). Les dernières projections ont été établies pour les années 2010, 2015, ... 2050 à partir de la population au 1^{er} janvier 2005.

Figure 1.3
Evolution et projection de la part des jeunes de 15-24 ans
dans la population totale
Pays de la Loire, France métropolitaine (1975-2030)



Source : Insee (RP 75, estimations de population, projections Omphale - scénario central)

1

Trois jeunes sur quatre vivent dans un espace urbain

■ Dans les Pays de la Loire, la tendance à l'urbanisation est plus récente que sur l'ensemble du territoire de France métropolitaine. Ainsi, si plus de deux Ligériens sur trois (70 %) habitaient en 1999, lors du dernier recensement, dans un espace à dominante urbaine³, cette proportion reste plus faible qu'au niveau national (80 % des habitants de France métropolitaine) [4].

■ Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, cette concentration dans l'espace à dominante urbaine est encore plus marquée. En 1999, 74 % des 15-24 ans habitaient dans un espace urbain, offrant des structures universitaires et un grand nombre d'emplois, et 26 % dans un espace à dominante rurale.

La proportion de jeunes vivant en espace à dominante rurale varie selon les départements. En Loire-Atlantique, la plupart des jeunes habitent en ville (89 %) ; en revanche, en Vendée, la majorité d'entre eux vivent en milieu rural (53 %) (figure 1.4).

3 - Ce découpage de l'Insee distingue deux catégories de territoire : l'espace à dominante rurale et l'espace à dominante urbaine, à partir de critères de concentrations d'emplois et de déplacements domicile-travail.

Figure 1.4
Répartition de la population selon le lieu de résidence
Pays de la Loire, France métropolitaine (1999)

	Espace à dominante rurale	Espace à dominante urbaine	Total	15-24 ans		Tous âges
				% rural	% urbain	% rural
Loire-Atlantique	17 450	147 084	164 534	11 %	89 %	13 %
Maine-et-Loire	33 000	79 045	112 045	29 %	71 %	35 %
Mayenne	14 041	22 796	36 837	38 %	62 %	43 %
Sarthe	16 279	51 214	67 493	24 %	76 %	28 %
Vendée	35 607	31 724	67 331	53 %	47 %	55 %
Pays de la Loire	116 377	331 863	448 240	26 %	74 %	30 %
France métropolitaine	nd	nd	nd	nd	nd	18 %

Source : Insee (RP 99)

Entre 20 et 29 ans, les jeunes qui quittent la région sont plus nombreux que ceux qui s’y installent

- Entre 1999 et 2004, 181 000 personnes ont quitté la région pendant que 222 000 s’y installaient, soit un excédent migratoire de près de 40 000 personnes.
- Cette attractivité se manifeste pour toutes les classes d’âge, à l’exception des jeunes âgés de 20 à 29 ans. Entre 1999 et 2004, 75 000 Ligériens de ce groupe d’âge sont partis vivre dans une autre région alors que 58 000 se sont installés en Pays de la Loire. La région a ainsi enregistré 17 000 départs nets de jeunes âgés de 20 à 29 ans, principalement pour poursuivre des études ou pour un emploi [5].

1.2 Modes de vie, relations familiales et sociales, loisirs

A côté des données des recensements de population qui fournissent des informations sur les modes de vie des familles, les enquêtes Baromètre santé jeunes, réalisées dans les Pays de la Loire en 2000 et 2005, ainsi que l’enquête nationale Escapad, menée auprès des jeunes de 17 ans lors de la journée d’appel et de préparation à la défense, apportent des données relativement récentes sur les relations familiales des jeunes, sur leur vie sociale et sur leurs loisirs.

1.2.1 Modes de vie

14 % des jeunes demeurant au foyer parental vivent avec un seul de leurs parents

- Dans la région comme en France, près de trois jeunes âgés de 15 à 24 ans sur quatre vivaient au sein du foyer parental en 1999.
- Parmi les jeunes ligériens âgés de 15 à 24 ans demeurant au sein du foyer parental, un sur sept (14 %) vivait dans un foyer monoparental en 1999, contre 11 % en 1990. Cette augmentation a également été constatée au niveau national (de 15 % en 1990 à 18 % en 1999). Et ces proportions sont vraisemblablement encore plus élevées aujourd'hui [6, 7].

Le départ du domicile parental est plus précoce dans la région

- Le départ du domicile parental est généralement associé à la poursuite des études, au premier emploi, à la formation d'un couple, qui se produisent plus ou moins tôt dans la vie des jeunes selon les générations [8].

Dans la région, la proportion des jeunes de 15 à 24 ans qui vivent en dehors du domicile parental a augmenté de 24 % en 1990 à 27 % en 1999, alors que ce taux est resté stable au plan national.

- La situation est bien sûr très différente selon l'âge. Entre 15 et 19 ans, la quasi-totalité des jeunes ligériens vivent chez leurs parents (93 %), cette proportion étant stable entre 1990 et 1999. Parmi les 20-24 ans, ils ne sont plus que 52 % dans ce cas en 1999, cette proportion étant en recul (55 % en 1990). La même évolution avec l'âge est observée au niveau national, mais la vie hors du foyer parental reste plus fréquente chez les jeunes ligériens (figure 1.5).

- Ces comportements varient également selon le sexe : les jeunes femmes quittent plus tôt le domicile parental, moins de 43 % des jeunes ligériennes âgées de 20 à 24 ans vivent chez leurs parents (*vs* 61 % des hommes). Ce départ plus précoce des femmes, bien que plus marqué dans la région, est également observé au niveau national. Ainsi, en 1999, moins de la moitié (47 %) des jeunes françaises âgées de 20 à 24 ans vivent chez leurs parents (*vs* 64 % des hommes du même âge) (figure 1.5).

Encadré 1.1

Décohabitation et indépendance financière

D'après l'étude sur les ressources et les conditions de vie des Français de l'Insee (2005), la « décohabitation » des jeunes et de leurs parents ne s'accompagne pas nécessairement d'une indépendance financière. En effet, 14 % des jeunes de 18 à 29 ans qui ont quitté le domicile parental déclarent bénéficier d'un soutien financier, la plupart du temps, de la part de leurs parents. Chez les étudiants, cette proportion atteint 60 %.

L'indépendance des jeunes adultes : chômeurs et inactifs cumulent les difficultés.

Y. Jauneau. *Insee Première*, Insee, n° 1156, septembre 2007, 4 p.

Les jeunes qui ont quitté le domicile parental sont de plus en plus nombreux à vivre seuls

■ Les jeunes de 20 à 24 ans qui ont quitté le domicile parental vivent le plus souvent en couple (39 %) ou seuls (38 %). Environ 8 % d'entre eux vivent dans des institutions collectives (foyers de jeunes travailleurs, résidences universitaires...) et 13 % cohabitent au sein d'un même logement. Environ 10 % de ces jeunes ont un ou plusieurs enfants, dont moins de 2 % vivent seuls avec leur(s) enfant(s).

Dans la région, la proportion de jeunes de cette tranche d'âge qui vivent seuls est supérieure à celle observée au niveau national (38 % *vs* 34 % en 1999) (figure 1.5).

Figure 1.5

Mode de vie des jeunes de 15-24 ans (en pourcentage)

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990, 1999)

	1990				1999			
	Pays de la Loire		France métrop.		Pays de la Loire		France métrop.	
	15-19 ans	20-24 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-19 ans	20-24 ans	15-19 ans	20-24 ans
Chez les parents	94,1	54,8	93,6	56,2	92,7	52,3	93,2	5,6
Deux parents	84,1	47,6	80,7	46,8	80,2	44,2	76,9	44,8
Un parent	9,9	7,2	12,9	9,4	12,5	8,1	16,3	10,8
Hors domicile parental ⁽¹⁾	5,9	45,2	6,4	43,8	7,3	47,7	6,8	44,4
Seul	1,2	10,6	1,0	10,0	2,4	18,0	1,8	15,3
Vit en couple	0,8	24,6	0,9	22,4	0,7	18,5	0,8	17,0
Sans enfant	0,6	17,0	0,7	14,8	0,6	14,5	0,6	12,6
Avec enfant	0,2	7,6	0,2	7,6	0,1	4,0	0,2	4,5
Parent d'une famille monoparentale	0,0	0,7	0,1	0,9	0,1	0,8	0,1	1,1
Hors ménage ⁽²⁾	1,6	3,7	1,8	4,6	1,9	4,1	1,8	4,9
Autres ⁽³⁾	2,3	5,5	2,6	6,0	2,2	6,3	2,2	6,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Insee (RP 90, population, activité, ménages - RP 99, exploitation complémentaire)

(1) seul, en couple (avec ou sans enfant), parent d'une famille monoparentale, hors ménage, autres

(2) personnes vivant dans des habitations mobiles (y compris les marinières et les sans-abri) et la population des communautés (foyers de travailleurs, résidences universitaires, maisons de détention...)

(3) personnes vivant hors famille dans un ménage de plusieurs personnes (colocation...)

■ Le mode de vie des jeunes âgés de 20 à 24 ans qui ne vivent plus chez leur(s) parent(s) s'est profondément modifié entre 1990 et 1999. En effet, la vie en couple pour cette tranche d'âge est devenue moins fréquente (54 % en 1990 *vs* 39 % en 1999), les jeunes s'installant plus souvent seuls.

Dans la région, la proportion de jeunes vivant seuls, parmi ceux qui ont quitté le domicile parental, a ainsi augmenté de 23 % à 38 % entre 1990 et 1999. Sur l'ensemble des 20-24 ans, ce sont donc 18 % des jeunes qui vivent seuls en 1999 contre 11 % en 1990 (figure 1.5).

Encadré 1.2

Une quarantaine de foyers de jeunes travailleurs en Pays de la Loire

Le logement est une question particulièrement sensible pour les jeunes qui quittent le domicile familial pour un stage ou un emploi. Les Foyers de jeunes travailleurs (FJT) hébergent des jeunes âgés de 16 à 30 ans et les accompagnent dans leur insertion professionnelle. Ils ont pour mission de favoriser leur socialisation par différentes formes d'incitation et d'action dans des domaines où se forment leur qualification sociale : vie quotidienne, mobilité, emploi, formation, loisir, culture... Ils accueillent prioritairement des jeunes âgés de 16 à 25 ans mais les 25-30 ans sont également admis, seuls, en couple, ou en famille (monoparentale). Chaque FJT peut accueillir également des jeunes défavorisés dans un cadre spécifique.

En 2004, la région comptait 44 FJT (35 en 2000), dont 29 bénéficiant d'un financement public partiel pour des postes d'animation et 7 dépendant d'associations compagnotiques.

Une étude réalisée en 2004 sur les 29 foyers bénéficiant d'aides financières de l'Etat a permis de décrire le profil sociodémographique des jeunes accueillis dans les Pays de la Loire. Sur les 7 850 jeunes hébergés dans ces foyers à cette date, près de 5 000 ont accepté de participer à l'enquête. 13 % avaient moins de 18 ans, 71 % entre 18 et 25 ans et 15 % plus de 25 ans. La plupart étaient originaires des Pays de la Loire, 30 % d'une autre région. Près de la moitié d'entre eux étaient en formation professionnelle (48 %), 28 % étaient salariés, 8 % scolarisés et 9 % demandeurs d'emploi. 45 % de ces jeunes disposaient de moins de 460 euros par mois, ces ressources provenant essentiellement de salaires ou d'indemnités de formation (58 %), et d'aides à la personne (16 % ; bourse, revenu minimum d'insertion, fonds d'aide aux jeunes, allocation de solidarité spécifique, allocation personnalisée au logement, allocation de logement à caractère social...).

Les foyers de jeunes travailleurs en Pays de la Loire. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités, janvier 2006, 11 p.

1.2.2 Relations familiales et sociales

Les jeunes se confient volontiers à leur mère et à leurs frères et sœurs, moins souvent à leur père

■ La famille constitue un environnement privilégié, un espace de communication, d'affirmation de soi, de maîtrise des conflits, qui peut procurer la plupart des repères nécessaires à un jeune pour devenir un adulte responsable. Malgré les transformations des modes de vie soulignées précédemment, la famille demeure une référence pour la majorité des jeunes, comme en témoignent les réponses aux questions de l'enquête régionale Baromètre santé jeunes 2005⁴ concernant la famille et l'environnement social.

En effet, 35 % des Ligériens âgés de 18 à 25 ans déclarent que *durant leur jeunesse, il y avait une personne qu'ils considéraient plus particulièrement comme modèle*, et pour 43 % d'entre eux, ce modèle était leur mère ou leur père [9]. Pour les jeunes de 15-19 ans, l'environnement familial constitue un lieu d'échange : 75 % d'entre eux considèrent *qu'il est facile pour eux de parler à leur mère de choses qui les préoccupent vraiment*. Ils sont également nombreux à parler facilement à leurs frères et sœurs (73 %) mais ne sont plus que 50 % à considérer leur père comme un interlocuteur privilégié (figure 1.6).

■ Les échanges semblent également faciles avec les amis puisque la grande majorité des jeunes de 15-19 ans considère *qu'il est facile pour eux de parler à un ami de choses qui les préoccupent vraiment* (91 % à un ami du même sexe et 79 % à un ami du sexe opposé) [10].

■ Le caractère privilégié des échanges avec les parents semble s'être atténué au cours des années récentes dans la région comme en France. Ainsi, en 2000, 86 % des 15 à 19 ans interrogés dans le cadre du Baromètre santé jeunes régional considéraient leur mère comme une interlocutrice privilégiée et 56 % déclaraient parler facilement avec leur père. En 2005, ils n'étaient plus que respectivement 75 et 51 % dans ce cas.

Par ailleurs, les relations entre les jeunes de cette classe d'âge et leurs parents paraissent de moins en moins basées sur des rapports de contrôle et d'autorité, en particulier chez les jeunes ligériens. Ainsi, en 2000, 79 % des jeunes de la région âgés de 15 à 18 ans déclaraient que *leurs parents veulent savoir souvent où ils sont et ce qu'ils font*, ils ne sont plus que 68 % en 2005.

La majorité des jeunes se sentent écoutés par leurs parents (82 % en 2005), cette proportion étant stable entre 2000 et 2005.

En revanche, les jeunes s'estiment moins valorisés par leurs parents : 61 % des 15-18 ans déclaraient être souvent félicités par leurs parents en 2000, 52 % en 2005 (figure 1.6) [10, 11].

4 - cf. éléments de méthode p. 292.

Figure 1.6
Evolution des rapports entre les jeunes et leurs parents
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000, 2005)

	Pays de la Loire		France métropolitaine	
	2000	2005	2000	2005
Proportion de jeunes de 15-18 ans déclarant que leurs parents ⁽¹⁾				
veulent savoir souvent où ils sont et ce qu'ils font ⁽²⁾	79 %	68 % *	81 %	71 % *
leur disent souvent à quelle heure rentrer quand ils sortent ⁽²⁾	47 %	50 %	50 %	50 %
oublient rarement vite un règlement qu'ils ont établi ⁽³⁾	78 %	80 %	76 %	78 %
écoutent souvent leurs idées et leurs opinions ⁽²⁾	78 %	82 %	76 %	75 %
les félicitent souvent ⁽²⁾	61 %	52 % *	57 %	52 % *
Proportion de jeunes de 15-19 ans déclarant qu' ⁽¹⁾				
il est facile de parler à leur mère des choses qui les préoccupent vraiment ⁽⁴⁾	86 %	75 % *	83 %	73 % *
il est facile de parler à leur père des choses qui les préoccupent vraiment ⁽⁴⁾	56 %	51 %	55 %	46 % *
il est facile de parler à leur frère ou sœur des choses qui les préoccupent vraiment ⁽⁴⁾	78 %	73 %	77 %	72 % *

Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2000 et 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

* différence entre 2000 et 2005 statistiquement significative (p<0,05)

(1) proportions standardisées

(2) jeunes ayant répondu « très souvent » ou « assez souvent »

(3) jeunes ayant répondu « jamais » ou « parfois » à l'affirmation « vos parents oublient vite un règlement qu'ils ont établi »

(4) jeunes ayant répondu « très facile » ou « facile »

1

1.2.3 Activités sociales et de loisirs

Les activités sociales et de loisirs jouent un rôle important dans le développement de l'individu et ont un retentissement positif sur la santé des jeunes (confiance en soi, bien-être social, échanges entre pairs...). Mais elles peuvent également dans certains cas présenter des risques pour leur santé. Tout d'abord, les sorties favorisent souvent les consommations d'alcool et de cannabis, et à ce titre exposent parfois les jeunes au risque d'accident de la circulation. Par ailleurs, les activités sportives ou de loisirs constituent l'une des principales causes de lésions traumatiques chez les jeunes (cf. chapitre 5). Enfin, l'exposition à des volumes sonores élevés lors de certaines activités de loisirs (discothèque, concert, baladeurs...) est susceptible d'entraîner des déficiences auditives (encadré 1.3).

Les activités sociales et de loisirs tiennent une place très importante dans la vie des jeunes

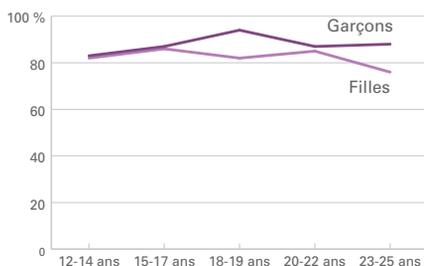
■ Selon l'enquête Baromètre santé jeunes 2005, 85 % des jeunes ligériens de 15 à 25 ans déclarent avoir eu des activités de groupe ou de loisirs au cours des huit derniers jours (réunions, activités religieuses ou d'association, cinéma, sport, soirées...). Cette proportion est un peu plus faible pour les filles (82 %) que pour les garçons (88 %).

Parmi les activités de groupe et de loisirs, le sport occupe une place importante. Plus de la moitié des jeunes ligériens de 15-25 ans (57 %) déclarent avoir fait du sport en club, seul ou avec des amis (en dehors de l'éducation physique à l'école) au cours des sept derniers jours. La pratique sportive diminue sensiblement après 18 ans et est moins fréquente chez les jeunes filles (figure 1.7) (cf. chapitre 6) [10].

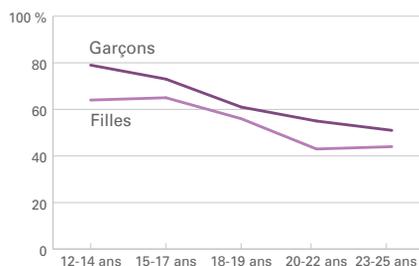
La place des activités sociales et de loisirs dans la vie des jeunes semble peu évoluer entre les enquêtes de 2000 et de 2005 [10, 11].

Figure 1.7
 Activités de groupe et de loisirs selon l'âge et le sexe
 Pays de la Loire (2005)

Proportion de jeunes déclarant avoir eu des activités soit de groupe, soit de loisirs au cours des 8 derniers jours



Proportion de jeunes déclarant avoir pratiqué un sport au cours des 7 derniers jours ⁽¹⁾



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) en dehors des enseignements scolaires

■ Selon l'enquête Escapad⁵ 2005, 91 % des jeunes ligériens de 17 ans sont allés au moins une fois, au cours des douze derniers mois, au cinéma, 65 % en discothèque, 64 % ont assisté à une rencontre sportive, 60 % à un concert ou à sound system, 45 % se sont rendus au musée ou à une exposition et 42 % au théâtre.

Les sorties au cinéma et en discothèque sont les plus fréquentes chez les jeunes : 32 % des jeunes de 17 ans déclarent aller au moins une fois par mois au cinéma, et 30 % en discothèque (dont 9 % au moins une fois par semaine) [12].

5 - cf. éléments de méthode p. 294.

Encadré 1.3**Les risques liés à l'écoute de musiques amplifiées**

Les jeunes sont exposés à des niveaux sonores élevés lors de l'écoute de musiques amplifiées, pratique qui s'est considérablement développée au cours des dernières décennies. Les expositions les plus nocives en termes de santé publique sont les concerts en salle ou en plein air, les discothèques et les baladeurs. L'Organisation mondiale de la santé recommande au public des discothèques et des concerts de ne pas rester exposé à des niveaux sonores moyens supérieurs à 100 décibels pendant plus de quatre heures, plus de quatre fois par an^[1]. Deux études menées en France mettent en évidence une fréquence relativement élevée de déficits auditifs chez les jeunes. Une évaluation de l'audition d'élèves en classe de seconde des lycées de la région Rhône-Alpes montre qu'environ 10 % des jeunes âgés de 17 à 18 ans souffrent d'une perte auditive^[2]. D'après une autre étude, 9 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans fréquentant un centre de sélection de l'armée sont affectés d'une perte auditive pour les fréquences moyennes et 15 % pour les fréquences aiguës^[3]. Selon ces deux études, les otites à répétition dans l'enfance et l'exposition répétée à des volumes sonores élevés lors de loisirs représenteraient les deux principaux facteurs de risque de ces déficiences auditives^[4].

Une population exposée

D'après les résultats du Baromètre santé environnement 2007, près des deux tiers des jeunes ligériens âgés de 18 à 25 ans indiquent utiliser un baladeur, 23 % en ont un usage régulier (plusieurs fois par semaine, voire tous les jours) contre respectivement 15 % et 3 % des 26-64 ans. Par ailleurs, 84 % déclarent s'être rendus en discothèque, à un concert ou avoir joué de la musique à un volume sonore élevé au moins une fois dans l'année (49 % des autres classes d'âge). Les jeunes de 18-25 ans sont également en proportion plus nombreux à avoir pratiqué ces activités régulièrement : ainsi plus de 50 % d'entre eux se rendent à des concerts, en discothèque ou jouent de la musique à un volume sonore élevé au moins dix fois dans l'année (9 % au-delà de 25 ans)^[5].

Par rapport à la moyenne nationale, l'utilisation régulière d'un baladeur est moins fréquente dans la région (23 % *vs* 34 %). En revanche, les jeunes ligériens sont en proportion plus nombreux que les Français de la même classe d'âge à déclarer être allés à un concert, en discothèque ou avoir joué de la musique à un volume sonore élevé au moins dix fois au cours des douze derniers mois (54 % *vs* 45 %)^[5].

Défaut d'information et/ou déni du risque ?

Selon cette étude, dans la région, les plus jeunes sont plus souvent critiques à l'égard de l'information sur le bruit et ses éventuels effets sur la santé que leurs aînés. Les 18-25 ans sont, en effet, en proportion les plus nombreux à déclarer ne pas avoir accès à cette information (11 % vs 4 % des 26-64 ans), et parmi ceux qui sont informés, plus de 40 % n'en sont pas satisfaits (30 % des autres classes d'âge). Ce défaut d'information ressenti est associé à une moindre perception du risque sanitaire : les plus jeunes déclarent moins fréquemment que le bruit présente un risque élevé pour la population (43 % des 18-25 ans vs 68 % des autres classes d'âge). Ils sont également en proportion les moins nombreux à indiquer ressentir les effets du bruit sur leur propre santé (20 % vs 26 %) [5].

Des mesures de protection peu intégrées

En cohérence avec cette moindre information et cette moindre perception du risque sanitaire, les jeunes ligériens déclarent moins fréquemment prendre des précautions lorsqu'ils jouent ou écoutent de la musique à un volume sonore élevé que les générations plus âgées (11 % des 18-25 ans vs 20 % des 26-64 ans). Si les jeunes semblent moins souvent avoir recours à des mesures de protection, ces générations semblent cependant bien dépistées : les 18-25 ans sont en proportion les plus nombreux à indiquer avoir effectué un contrôle auditif au cours de leur vie (92 % vs 85 % des autres classes d'âge) [5].

Par rapport à la moyenne nationale, les jeunes de la région semblent moins souvent avoir recours à des mesures de protection (11 % vs 18 %). En revanche, ils sont en proportion plus nombreux à déclarer avoir déjà effectué un contrôle d'audition au cours de leur vie (92 % vs 83 %) [5].

[1] Le bruit au travail et le bruit ambiant. OMS. *Aide-Mémoire*, n° 258, février 2001
[page internet] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs258/fr/>

[2] Evaluation de l'audition des jeunes Français. G. Prost, J.C. Duclos, J.C. Normand, A. Bergeret, M.P. Herrscher. Institut universitaire de médecine du travail de Lyon, 2000, 43 p.

[3] Hearing status of French youth aged from 18 to 24 years in 1997 : a cross-sectional epidemiological study in the selection centres of the army in Vincennes and Lyon. A. Job, M. Raynal, A. Tricoire, J. Signoret, P. Rondet. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 48, n° 3, 2000, pp. 277-237

[4] Maladies de l'oreille et de l'audition. Dans *La santé observée dans les Pays de la Loire. Tableau de bord régional sur la santé. Edition 2007*. ORS Pays de la Loire, juin 2007, pp. 74-75

[5] Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2007. ORS Pays de la Loire (à paraître)

1.3 De la formation à l'emploi

Les recensements de population apportent des données essentielles sur la scolarisation, le niveau de formation, ainsi que sur l'insertion professionnelle et l'emploi des jeunes.

D'autres sources de données sont également disponibles pour analyser la situation régionale dans ce domaine, notamment les statistiques du Ministère chargé de l'éducation et de l'Académie de Nantes pour l'année scolaire 2006-2007, celles publiées par la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle concernant le chômage ainsi que les résultats de diverses enquêtes régionales ou nationales.

1.3.1 Scolarisation et niveau de formation lors des derniers recensements

Les jeunes sans diplôme sont moins nombreux dans la région

Selon les résultats du recensement de 1999, les deux tiers des jeunes ligériens de 15 à 24 ans sont scolarisés. Dans la région comme en France, ce taux a augmenté entre 1990 et 1999 (de 60 à 66 % dans la région).

Le taux de scolarisation⁶ diminue avec l'âge, au fur et à mesure de l'entrée dans la vie active. Il est de 89 % entre 15 et 19 ans et de 40 % entre 20 et 24 ans. Le taux de scolarisation régional des 15-24 ans est similaire au taux national. En revanche, chez les 20-24 ans, il est inférieur de 2 points et demi au taux national.

Parmi les jeunes de 15 à 24 ans qui ne sont plus scolarisés (un tiers environ), 17 % ne possèdent aucun diplôme. Cette proportion est inférieure de 5 points à celle observée au niveau national.

La région se distingue par contre par une proportion importante de titulaires de BEP et de CAP (34 % *vs* 31 % au niveau national) (figure 1.8).

Des taux de scolarisation plus élevés chez les filles

■ Des différences marquées sont observées selon le sexe, avec un taux de scolarisation de près de 70 % chez les Ligériennes âgées de 15 à 24 ans contre 62 % chez les hommes du même âge. Par ailleurs, la proportion de jeunes sans diplôme est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (19 % *vs* 15 %) (figure 1.8).

6 - Proportion de jeunes d'une classe d'âge scolarisés par rapport à l'ensemble de la population du même âge.

Figure 1.8
Niveau de diplôme des jeunes non élèves-étudiants de 15-24 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (1999)

	Pays de la Loire			France métropolitaine		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Aucun diplôme, CEP	18,8 %	14,7 %	17,1 %	23,7 %	19,3 %	21,7 %
BEPC	11,8 %	9,4 %	10,8 %	11,2 %	10,2 %	10,7 %
CAP, BEP	36,8 %	29,7 %	33,8 %	34,3 %	26,5 %	30,8 %
Bac, bac pro.	21,5 %	27,6 %	24,1 %	19,9 %	26,0 %	22,7 %
Etudes sup.	11,1 %	18,5 %	14,2 %	10,9 %	18,0 %	14,1 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : Insee (RP 99, exploitation principale)

■ Les parcours de formations des hommes et des femmes diffèrent également. Les hommes sont plus nombreux à s’orienter vers les formations professionnelles courtes : 37 % des hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont terminé leurs études sont titulaires d’un BEP ou d’un CAP contre 30 % des femmes. Les femmes, quant à elles, s’orientent plus souvent vers une formation générale ou technologique plus longue. Elles sont ainsi 28 % à être titulaires d’un diplôme de niveau baccalauréat (21 % des hommes), 14 % d’un diplôme de niveau Bac+2 (9 % des hommes) et sont deux fois plus nombreuses que les hommes à détenir un diplôme de niveau supérieur (4 % vs 2 % des hommes) (figure 1.8).

Encadré 1.4

Illettrisme : une situation plus favorable chez les jeunes de la région

Les difficultés des jeunes face à l’écrit et à la lecture sont systématiquement identifiées lors de tests pratiqués au cours des Journées d’appel et de préparation à la défense (JAPD), journées obligatoires pour l’ensemble des jeunes âgés de 17 ans, garçons ou filles. En 2006, parmi les 50 000 jeunes ligériens ayant participé à la JAPD, 8,5 % étaient « en difficulté de lecture » dont 4 % en grande difficulté. Ces proportions sont inférieures à celles observées au niveau national (respectivement 12 % et 5 %). Les Pays de la Loire présentent ainsi l’un des plus faibles taux régionaux (3^e rang) de jeunes en difficulté de lecture identifiés lors de la JAPD de France métropolitaine. Ce taux est supérieur à 14 % en Picardie, Bourgogne et Nord-Pas-de-Calais ^[1].

La situation plus favorable des jeunes de la région au regard de ces indicateurs a également été mise en évidence par l’enquête « Information - Vie Quotidienne » réalisée par l’Insee de novembre 2004 à janvier 2005.

Dans la région, 4 % des jeunes âgés de 18 à 29 ans connaissent de graves ou d'assez fortes difficultés face à l'écrit, contre 6 % au plan national.

Par ailleurs, les effets de générations sont très importants : la proportion de jeunes en difficulté est trois fois moindre que parmi les 50-59 ans, et cinq fois inférieure à celle observée chez les 60-65 ans. Ces différences se retrouvent également au niveau national et s'expliquent, en partie, par le plus faible niveau d'études des plus âgés [2].

[1] Les évaluations en lecture dans le cadre de la journée d'appel de préparation à la défense. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, *Note d'Information*, 07.25, mai 2007, 6 p.

[2] Plus d'un Ligérien sur dix en situation préoccupante face à l'écrit. C. Rieg, *Ehudes*, Insec Pays de la Loire, n° 42, novembre 2005, 4 p.

1.3.2 Scolarisation des jeunes en 2006-2007

Un taux d'accès au niveau V de formation plus élevé dans la région

En 2006, le taux d'accès des jeunes au niveau V⁷ de formation atteint 95 % dans la région, et est supérieur au taux national (92 %) :

- près de 54 % des jeunes poursuivent leur scolarité en seconde générale,
- 21 % d'entre eux s'orientent vers une seconde professionnelle ou une année diplômante de cycle court (CAP ou BEP),
- 20 % intègrent une formation par apprentissage ou une formation agricole (ne relevant pas de l'éducation nationale). Le poids de ces formations est particulièrement élevé dans la région (12,5 % au niveau national) (figure 1.9) [13].

Figure 1.9

Taux d'accès au niveau V

Académie de Nantes, France métropolitaine (1996, 2006)

	1996		2006	
	Académie de Nantes	France métropolitaine	Académie de Nantes	France métropolitaine
Seconde générale ou technologique	51 %	53 %	54 %	56 %
BEP/CAP	23 %	26 %	21 %	24 %
Apprentissage ou formation agricole	19 %	12 %	20 %	12 %
Total niveau V	93 %	91 %	95 %	92 %

Source : Académie de Nantes

7 - Part d'une génération qui accède soit en seconde générale ou technologique, soit en année diplômante de cycle professionnel court (BEP, CAP), dans un établissement public ou privé.

Deux jeunes sur trois sont titulaires du baccalauréat

En 2006, plus de 66 % des jeunes d'une génération sont titulaires du baccalauréat dans l'Académie de Nantes (36 % dans une série générale, 17 % dans une série technologique et 13 % dans une série professionnelle).

Le taux régional de jeunes titulaires du baccalauréat est supérieur au taux national (64 %), positionnant l'Académie de Nantes au 5^e rang des académies présentant les plus forts taux (hors Paris)⁸. Ce taux est plus élevé pour les filles (71 %) que pour les garçons (62 %).

Le taux d'accès au baccalauréat a doublé dans la région entre 1985 (27 %) et 1995 (65 %), puis s'est stabilisé depuis [13].

Plus de 100 000 étudiants fréquentent les établissements d'enseignement supérieur

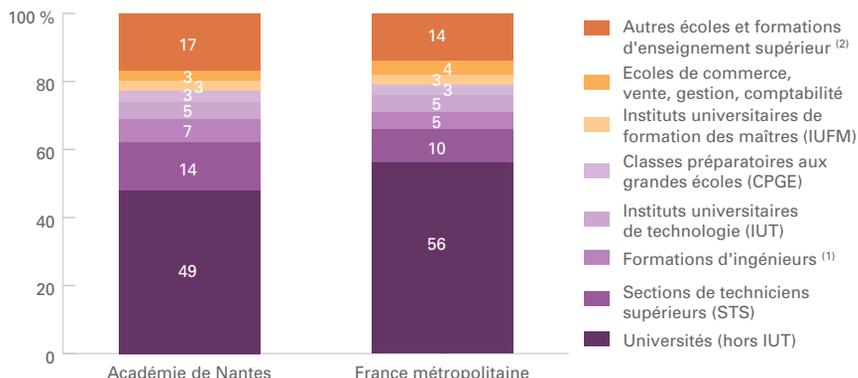
■ Parmi les 28 700 Ligériens titulaires du baccalauréat en 2006, près de 80 % (22 300) se sont inscrits dans un cursus d'études supérieures dans l'Académie de Nantes. Ce taux d'accès aux études supérieures est inférieur de cinq points au taux national mais proche du taux moyen des académies hors Paris. Par ailleurs, il ne prend pas en compte le départ de bacheliers ligériens qui poursuivent leurs études dans une autre académie [14].

■ Après une diminution entre les années 1996 et 2001, le nombre de nouveaux étudiants inscrits dans l'Académie de Nantes a augmenté entre 2002 et 2005. L'année universitaire 2006-2007, se distingue, dans la région comme en France, par une diminution des effectifs étudiants par rapport à l'année précédente (-1,5 %). En 2006-2007, au total, 108 000 jeunes étaient inscrits dans l'enseignement supérieur dans l'Académie de Nantes, dont plus de la moitié dans les universités de la région (Nantes, Angers et Le Mans) [14, 15].

■ Comme dans le secondaire, de nombreux bacheliers ligériens choisissent les filières technologiques appliquées (Instituts universitaires technologiques (IUT) et Sections de techniciens supérieurs (STS)) : 19 % sont inscrits dans ces cursus dans la région contre 15 % au niveau national (figure 1.10) [15].

8 - Les comparaisons entre académies : avec plus de 80 % de bacheliers dans une génération, Paris devance très nettement les autres académies. Cette académie se distingue également par un taux de poursuite d'études supérieures nettement plus élevé. En raison de ces spécificités, l'Académie de Paris est généralement exclue pour les comparaisons interacadémies.

Figure 1.10
Part des différentes filières de l'enseignement supérieur
Académie de Nantes, France métropolitaine (année scolaire 2006-2007)



Source : Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

- (1) ensemble des écoles et formations d'ingénieurs (universitaires ou non), y compris les formations d'ingénieurs en partenariat
- (2) grands établissements, Institut National Polytechnique, universités de technologie, formations comptables, écoles normales supérieures, facultés privées, écoles juridiques et administratives, écoles supérieures artistiques et culturelles, écoles paramédicales et sociales, préparations intégrées

1

Encadré 1.5

L'enseignement supérieur dans les Pays de La Loire en 2005-2006

- 3 universités publiques pluridisciplinaires (Nantes, Angers, Le Mans) dont la plus grande université pluridisciplinaire française en région (Nantes)
- 2 universités privées pluridisciplinaires (Angers et La Roche-sur-Yon)
- 15 grandes écoles d'ingénieurs et de commerce
- 1 institut universitaire de formation des maîtres
- 4 centres universitaires de langues
- 36 disciplines différentes (appelées Unité de Formation et de Recherche)
- Plus de 400 formations techniques courtes (2 ans) concernant l'ensemble des départements de la région
- 37 sites d'enseignement supérieur
- 108 000 étudiants
- Plus de 4 400 étudiants en apprentissage
- 7 500 étudiants en formation ouverte et à distance.

Orientations stratégiques relatives au développement de l'enseignement supérieur.
Schéma régional de l'éducation et de la formation des Pays de la Loire 2007-2011.
Conseil régional des Pays de la Loire, 2007, 90 p.

8 000 étudiants accueillis dans les formations aux professions de la santé et du social

Selon l'enquête annuelle réalisée par les services statistiques du Ministère de la santé en collaboration avec le Conseil régional des Pays de la Loire, plus de 8 000 élèves ont été accueillis en 2006 dans les écoles ou instituts des professions sanitaires et sociales de la région, établissements dont les ressources dépendent dorénavant des Conseils régionaux.

Les écoles des professions sociales de la région dispensent 37 formations. En 2006, 2 400 élèves y étaient inscrits, et plus de 1 100 diplômes ont été délivrés par ces établissements.

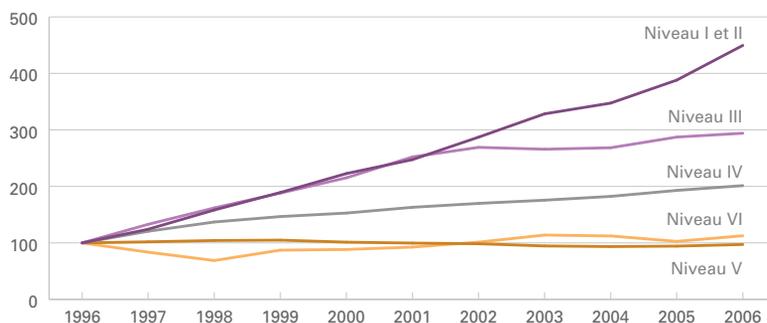
Les écoles ou instituts des professions de santé ont accueilli plus de 5 700 élèves et ont délivré 3 485 diplômes en 2006 [16].

30 000 jeunes apprentis, dont 15 % suivent une formation supérieure

Dans la région, l'enseignement par apprentissage est très développé. Ce mode de formation permet aux jeunes âgés de 16 à 25 ans de préparer un diplôme (BEP, CAP, Bac professionnel, diplômes de l'enseignement supérieur...), ou un titre homologué, dans le cadre d'une formation en alternance.

En 2006, la région comptait 30 840 apprentis, plaçant l'Académie de Nantes au premier rang national, devant l'Académie de Versailles. Plus de la moitié des apprentis (56 %) suivent une formation courte (niveau V), mais la part prise par les formations plus longues (niveaux I à IV) est en augmentation. Les formations du supérieur (niveaux I, II et III) représentent désormais 15 % des formations en apprentissage contre 6 % en 1996 (figure 1.11) [17].

Figure 1.11
Evolution de la part des niveaux des formations par apprentissage
Académie de Nantes (années scolaires 1996-2006)
Base 100 : année 1996



Source : Académie de Nantes

Niveaux I et II : préparation d'un diplôme de 2^e ou 3^e cycles universitaires ou équivalent

Niveau III : préparation d'un diplôme bac+2, de type BTS ou DUT

Niveau IV : préparation d'un diplôme de type brevet professionnel ou baccalauréat

Niveau V : préparation d'un diplôme de second cycle professionnel de type CAP/BEP

Niveau VI : Classe préparatoire à l'apprentissage (CPA)

Encadré 1.6**Les étudiants boursiers dans la région**

En 2005, près de 27 000 étudiants de l'Académie de Nantes ont bénéficié d'une bourse de l'enseignement supérieur pour leur permettre d'entreprendre ou de poursuivre un cursus au-delà du baccalauréat.

Les bourses sur critères sociaux qui ont pour objet de favoriser l'accès à l'enseignement supérieur des jeunes de conditions sociales modestes représentent 96 % des bourses attribuées, soit un pourcentage proche de la moyenne française.

Le pourcentage d'étudiants aidés atteint 35 % dans la région contre 30 % en France métropolitaine, situant les Pays de la Loire au 9^e rang des régions où ce pourcentage est le plus élevé.

Le montant de ces bourses est modulé en fonction des revenus et des charges de la famille. Il atteignait en moyenne 2 579 euros en 2005 dans l'Académie de Nantes contre 2 761 euros en France métropolitaine.

Les boursiers de l'enseignement supérieur en 2005-2006. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, *Note d'Information*, 07.26, mai 2007, 6 p.

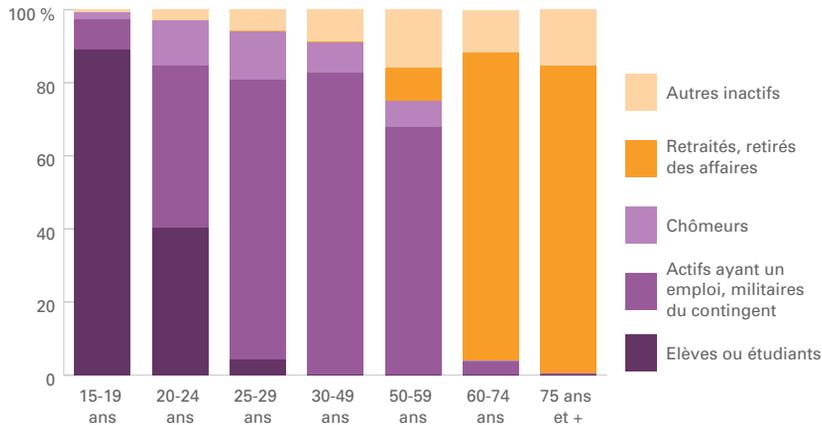
1

1.3.3 Insertion professionnelle**La proportion des 20-24 ans ayant intégré le marché du travail a nettement baissé entre 1990 et 1999**

- Selon les données du recensement de 1999, un jeune de 15 à 24 ans sur trois est actif dans les Pays de la Loire⁹, proportion supérieure à celle observée au niveau national (32 % *vs* 30 %). Ce résultat est à relier au fait qu'une proportion importante de jeunes ligériens privilégie les études courtes, rejoignant plus précocement le marché du travail.
- Si la plupart des Ligériens âgés de 15 à 19 ans poursuivent des études (89 %), la majorité des 20-24 ans (57 %) a, en revanche, intégré le marché du travail (figure 1.12). Toutefois, entre 1990 et 1999, du fait de l'allongement des études, la proportion de jeunes de 20-24 ans présents sur le marché du travail est en diminution (67 % *vs* 57 %), dans les Pays de la Loire comme en France.

9 - Proportion de jeunes non étudiants, non élèves, ayant un emploi (y compris militaires du contingent) ou au chômage parmi la population des 15-24 ans.

Figure 1.12
Type d'activité par tranche d'âge
Pays de la Loire (1999)



Source : Insee (RP 99)

- Par ailleurs, un certain nombre de jeunes scolarisés ont déjà accédé au monde du travail. En effet, des jeunes ont une activité en milieu professionnel dans le cadre de leurs études (stages, apprentissage...) et, une proportion importante des jeunes scolarisés ou étudiants travaillent de façon plus ou moins régulière, parallèlement à leurs études, afin d'acquérir un minimum d'autonomie financière (encadré 1.7).

Encadré 1.7

Le travail des étudiants

En raison du manque d'études qualitatives et d'approches statistiques souvent différentes, le travail des étudiants est mal connu en France. Selon les sources (Insee, Observatoire de la vie étudiante, Céreq...), la définition des étudiants (prise en compte ou non de l'apprentissage ou des étudiants pré-insérés comme les internes en médecine, tranche d'âge étudiée...) ou encore le type d'emploi (nombre d'heures minimal, saisonnalité...), le pourcentage d'étudiants qui travaillent varie entre 17 % et 85 %. Malgré ces différences de champs et de définitions, trois chiffres peuvent être retenus à titre d'ordre de grandeur :

- les trois quarts des étudiants travaillent en cours d'année en incluant la période d'été,
- plus de 40 % exercent une activité rémunérée pendant l'année universitaire,
- 15 à 20 % des étudiants travaillent de façon régulière pendant leurs études.

Les étudiants occupent le plus souvent des emplois dans le secteur tertiaire (commerce de détail, éducation, hôtellerie, restauration). Plus de la moitié des emplois occupés par les étudiants sont à temps partiel et la majorité des étudiants salariés ont un contrat de courte durée (CDD, travail temporaire, emploi saisonnier). Les jeunes femmes travaillent davantage que les jeunes hommes pendant leurs études et les étudiants étrangers sont plus souvent concernés.

Le travail des étudiants. L. Bérail, Conseil économique et social.
Ed. La Documentation française, 2007, 174 p. (Coll. Avis et rapports du Conseil économique et social)

Une entrée sur le marché du travail plus précoce dans les Pays de la Loire

■ D'après une étude réalisée par le Ministère du travail¹⁰, les jeunes ligériens commencent à travailler un peu plus tôt que les jeunes français. En moyenne, un jeune ligérien occupe son premier emploi à l'âge de 22 ans (23 ans au niveau national). Les trois quarts des jeunes ligériens occupent leur premier emploi entre 19 et 22 ans, contre les deux tiers en France. Cet écart s'explique par des formations plus courtes et un apprentissage développé mais également par la structure de l'emploi dans la région. Les Pays de la Loire comptent 8 % de cadres parmi la population active contre 12 % au niveau national.

La moitié des jeunes ligériens, entrés dans la vie active en 1999, ont commencé leur carrière par un emploi d'ouvrier (27 % d'ouvriers non qualifiés et 23 % d'ouvriers qualifiés) soit 13 points de plus qu'au niveau national (37 %, dont 21 % non qualifiés).

Par contre, 3 % des jeunes ligériens ont d'emblée occupé un poste de cadre contre 6 % au niveau national.

■ Le secteur industriel, très développé dans la région (29 % de l'emploi total), représente 15 % des premiers emplois des jeunes ligériens (hors intérim). Cette proportion est supérieure à celle observée chez les jeunes actifs au niveau national (11 %). Viennent ensuite les secteurs de l'éducation, de la santé, de l'action sociale et de l'administration (14 % des premiers emplois dans la région), le secteur de l'hôtellerie et de la restauration (8 %), et le secteur du conseil et de l'assistance (8 %), moins bien représenté dans la région qu'au niveau national (12 %).

■ Les premiers emplois sont souvent précaires : intérim et temps partiel sont très répandus. Près de 26 % des jeunes ligériens commencent à travailler en intérim contre 20 % au niveau national. Dans la région comme en France, 38 % des

10 - Cette étude a été réalisée auprès des personnes de 15-30 ans ayant eu leur premier emploi en 1999, à partir des Déclarations annuelles de données sociales (DADS) remplies par les entreprises. Les emplois saisonniers, les périodes de stage et d'apprentissage n'ont pas été pris en compte.

jeunes commencent leur vie professionnelle par un emploi à temps partiel alors que ce type de contrat représente 18 % de l'ensemble des emplois ligériens [18].

26 000 jeunes demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE fin 2008

■ Fin novembre 2008, 26 000 jeunes âgés de moins de 25 ans étaient inscrits à l'ANPE à la recherche d'un emploi à durée indéterminée et à temps plein dans la région (catégorie 1¹¹), dont 2 700 depuis un an ou plus. 53 % de ces jeunes demandeurs d'emploi sont des femmes.

Dans les Pays de la Loire, les jeunes de moins de 25 ans représentent 24 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi de catégorie 1. Cette proportion est plus élevée qu'en France (21 %).

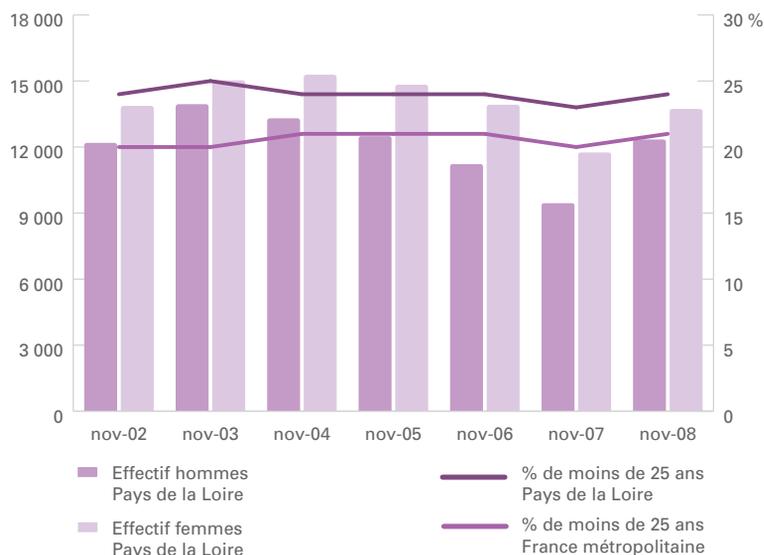
■ Entre novembre 2007 et 2008, le nombre de demandeurs d'emploi de moins de 25 ans a augmenté de 23 % dans la région, cette hausse est plus marquée qu'au plan national (+ 14 %) (figure 1.13).

Cette augmentation du nombre de demandeurs d'emploi en Pays de la Loire est près de deux fois plus importante chez les moins de 25 ans que dans les autres classes d'âge (+ 23 % *vs* + 14,5 % chez les 25-49 ans, + 12 % chez les plus de 50 ans) [19].

Figure 1.13

Demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE en fin de mois (catégorie 1)

Pays de la Loire, France métropolitaine (novembre 2002-2008)



Source : DRTEFP Pays de la Loire

11 - Personnes sans emploi, immédiatement disponibles, tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à temps plein.

Encadré 1.8

Le chômage des jeunes en France

Les jeunes sont plus touchés par le chômage que leurs aînés. En 2007, en France métropolitaine, le taux de chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) s'élevait à 19,3 % chez les 15-24 ans actifs contre 7,3 % chez les 25-49 ans et 5,4 % chez les 50 ans ou plus ^[1].

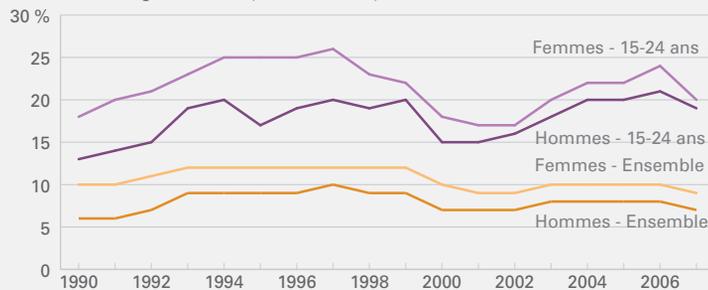
Chez les jeunes, comme pour les autres classes d'âge, le taux de chômage est plus élevé chez les femmes que chez les hommes mais cet écart s'est réduit au cours des années 2000. En 1990, chez les 15-24 ans, le taux de chômage des femmes était supérieur de 5,2 points à celui des hommes alors qu'il n'est plus que 1,5 point en 2007 (20,2 % *vs* 18,6 %) ^[2].

Entre 1990 et 2007, le taux de chômage des jeunes a subi d'importantes fluctuations. Après une phase d'augmentation jusqu'en 1997, ce taux de chômage a connu une baisse au cours des années 1998-2001 (environ 16 % en 2001), il a ensuite fortement augmenté pour atteindre 22,2 % en 2006. Enfin, on observe en 2007 une baisse du chômage chez les jeunes, comme pour les autres classes d'âge. Mais les données conjoncturelles concernant les inscriptions à l'ANPE laissent présager d'une nouvelle dégradation en 2008 ^[2].

Selon les données Eurostat, la France fait partie des pays de l'Union européenne qui ont en 2007 un taux de chômage des jeunes de 15-24 particulièrement élevé, voisin de 20 %, pour une moyenne européenne de 15 % ^[3].

Evolution du taux de chômage chez les 15-24 ans et dans l'ensemble de la population active selon le sexe*

France métropolitaine (1990-2007)



Source : Insee (séries longues sur le marché du travail)

* taux de chômage au sens du BIT moyen dans l'année, données corrigées de la rupture de série en 2002 ; population des ménages, actifs de 15 ans et plus (âge au 31 décembre)

[1] La baisse du chômage se poursuit en 2007. E. Debauche. Dans *France. Portrait social. Edition 2008*. Ed. Insee, 2008, pp. 35-41

[2] Taux de chômage par tranche d'âge, Insee [page internet]
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCCF03302

[3] Chômage des jeunes de 15 à 24 ans dans l'Union européenne, Insee [page internet]
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=98&ref_id=CMPTEF03310

1.4 Jeunes en situation sociale difficile

A tout âge, les situations de pauvreté et de précarité sont complexes à analyser, parce qu'elles correspondent à une grande diversité de circonstances et reposent sur différents indicateurs qui offrent chacun un regard spécifique. En outre, et notamment chez les jeunes, ces situations s'analysent plutôt en termes de trajectoires car cette période de la vie se caractérise par de multiples états intermédiaires entre la formation et l'emploi, entre la vie chez les parents et l'autonomie complète, avec souvent des allers-retours entre ces différentes situations.

Des situations de précarité plus fréquentes chez les jeunes que chez leurs aînés

■ Les travaux de l'Insee montrent que le taux de pauvreté monétaire relative, c'est-à-dire la proportion de ménages ou d'individus qui vivent sous le seuil de pauvreté¹², est plus élevé chez les jeunes que chez leurs aînés. En 2004, dans la région, le taux de pauvreté chez les jeunes de 18-29 ans est supérieur de 30 % à celui des autres adultes (11,1 % vs 8,5 %). Cet écart est cependant moins important qu'au niveau national.

Chez les jeunes, comme pour les enfants et les adultes d'âge moyen (30-64 ans), la pauvreté semble moins marquée dans les Pays de la Loire que dans les autres régions. En France métropolitaine, le taux de pauvreté atteint en effet 14,3 % chez les 18-29 ans (figure 1.14) [20].

Figure 1.14
Taux de pauvreté ⁽¹⁾ selon l'âge
Pays de la Loire, France (2004)

	Pays de la Loire	France métropolitaine	France - province
0-17 ans	12,7 %	16,4 %	17,0 %
18-29 ans	11,1 %	14,3 %	14,8 %
30-64 ans	8,5 %	10,1 %	10,4 %
65 ans et plus	8,4 %	7,8 %	8,3 %
Tous âges	9,9 %	11,7 %	12,1 %

Source : Insee (revenus disponibles localisés 2004)

(1) seuil de pauvreté retenu (60 % du niveau de vie médian) : 788 euros par mois et par unité de consommation

12 - Un individu ou un ménage est considéré comme pauvre lorsque son niveau de vie, incluant les revenus et les prestations, est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est calculé par rapport au niveau de vie médian qui sépare les individus ou les ménages en deux, la moitié étant situé au-dessus et l'autre moitié au-dessous. Pour l'étude citée, le seuil retenu est fixé à 60 % du niveau de vie médian (788 euros par mois et par unité de consommation).

■ Ces taux élevés de pauvreté chez les jeunes doivent toutefois être nuancés car les revenus utilisés pour leurs calculs ne tiennent pas compte des aides de la famille qui peuvent être importantes, ces dernières étant toutefois étroitement liées à la situation socio-économique familiale [21, 22].

Néanmoins, cette situation défavorable chez les jeunes est cohérente avec la part importante des 15-24 ans dans l'ensemble des demandeurs d'emploi de catégorie 1 et un taux de chômage élevé (encadré 1.8).

De même, les jeunes sont en général plus nombreux à avoir des emplois précaires (contrat à durée déterminée, intérim, temps partiel) et des contrats aidés faiblement rémunérés que les autres groupes d'âge et ainsi à percevoir des bas salaires. Selon une étude de l'Insee à partir des Déclarations annuelles de salaire (DADS) de 2005, les 15 à 24 ans représentent dans la région 43 % des salariés à faibles revenus alors qu'ils occupent 16 % des emplois salariés [23].

Face à cette situation, de nombreux dispositifs associent plusieurs partenaires (pouvoirs publics, collectivités territoriales, associations...) ont été mis en place et permettent un accompagnement à différents niveaux : urgence (hébergement, nourriture...), situation administrative (couverture sociale, ANPE...), insertion professionnelle, aides financières, logement, santé [24].

1 500 jeunes de moins de 25 ans perçoivent le Revenu minimum d'insertion, et 5 600 accèdent au Fonds d'aide aux jeunes

■ Le Revenu minimum d'insertion (RMI) concerne essentiellement les plus de 25 ans, mais cette allocation peut également être attribuée aux personnes de moins de 25 ans ayant un ou plusieurs enfant(s) à charge. Dans les Pays de la Loire, fin 2006, environ 1 500 jeunes étaient dans ce cas, essentiellement des femmes (90 %) [25].

■ Le Fonds d'aide aux jeunes (FAJ) s'adresse quant à lui aux jeunes de 18-25 ans qui connaissent des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle. Ce fonds a été créé à la suite de la loi du 1^{er} décembre 1988 qui a instauré le RMI, afin de prendre en compte les problèmes de non-éligibilité des moins de 25 ans au RMI.

En 2004, dans la région, près de 5 600 jeunes ont bénéficié du FAJ, soit 16,1 pour 1 000 Ligériens âgés entre 18 et 25 ans, proportion plus élevée qu'au niveau national (15 pour 1 000 en France métropolitaine). Ce taux atteint 19 pour 1 000 en Vendée et 18 pour 1 000 en Loire-Atlantique. Le taux le moins élevé est celui du Maine-et-Loire (12 pour 1 000) (figure 1.15) [26].

Parmi les bénéficiaires du FAJ, plus de 9 sur 10 sont sortis du système scolaire : 42 % n'ont pas de qualification. Parmi ceux qui sont sortis du système scolaire, un sur deux est au chômage et plus d'un tiers déclare ne disposer d'aucune ressource (39 %). Par ailleurs, 15 % d'entre eux vivent dans un logement précaire (hôtels sociaux, Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), foyers) ou sont sans domicile fixe. La très grande majorité d'entre eux dispose cependant d'une couverture maladie [27].

Figure 1.15
 Nombre de bénéficiaires de fonds d'aide aux jeunes par département
 Pays de la Loire (2001, 2004)

		Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
2004	Effectif	5 589	2 339	1 064	475	741	970
	Taux ⁽¹⁾	16	18	12	17	14	19
2001	Taux	17	20	14	14	16	18

Source : EA7 (Drees, Drass Pays de la Loire)

(1) nombre de bénéficiaires pour 1 000 jeunes de 18-25 ans

Jeunes accueillis dans des structures d'hébergement et de réinsertion

Les jeunes en grande difficulté sociale peuvent être accueillis dans les CHRS qui ont pour mission d'assurer l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes en recherche d'hébergement ou de logement, afin de leur permettre de retrouver une autonomie personnelle et sociale.

259 jeunes âgés de 15 à 25 ans étaient ainsi hébergés dans les CHRS de la région en 2004 (50 % des hommes), ce qui représente plus du quart des personnes accueillies dans ces centres (28 %).

40 % de ces jeunes âgés entre 18 et 25 ans sont au chômage, 26 % sont dans une démarche d'adaptation et d'insertion professionnelle et 8 % ont une activité professionnelle (figure 1.16).

35 % des 18-25 ans hébergés en CHRS perçoivent un revenu de travail ou de stage (moins de 20 % chez les plus de 25 ans). Plus d'un jeune sur trois est sans ressource ni allocation (moins de 15 % chez les plus de 25 ans) [28].

Figure 1.16
 Activité des jeunes de 18-25 ans accueillis dans les CHRS selon le sexe
 Pays de la Loire (2004)

Effectif=223	Hommes	Femmes	Ensemble
Chômage (inscrit ou non à l'ANPE)	39 %	41 %	40 %
Activité professionnelle (salarié ou à son compte)	7 %	10 %	8 %
Activité d'adaptation à la vie active, activités d'insertion par l'activité économique, stage, formation	36 %	15 %	26 %
Impossibilité administrative ou médicale d'exercer une activité professionnelle	5 %	7 %	6 %
Autres inactifs (femmes au foyer, étudiants...)	6 %	17 %	12 %
Autre ou inconnue	6 %	9 %	9 %

Source : Enquête ES 2004 (Drass Pays de la Loire)

La majorité (80 %) des moins de 18 ans fréquente les centres dans un cadre familial (adolescents accompagnant un adulte isolé ou faisant partie d'une famille). Entre 18 et 25 ans, ils ne sont plus que 4 % dans cette situation, la majorité des jeunes étant des adultes isolés avec ou sans enfant(s) (88 % des hommes et 77 % des femmes) (figure 1.17).

Les jeunes hébergés bénéficient dans 25 % des cas d'une couverture de l'assurance maladie ou dans 61 % des cas de la Couverture maladie universelle (CMU) [28].

Figure 1.17
Situation de famille des jeunes de 18-25 ans accueillis dans les CHRS
selon le sexe
Pays de la Loire (2004)

Effectif=223	Hommes	Femmes	Ensemble
Adulte isolé	87 %	61 %	74 %
Adulte isolé avec un enfant	1 %	16 %	9 %
Adulte en couple sans enfant	4 %	8 %	6 %
Adulte en couple avec enfant	4 %	11 %	8 %
Enfant ou adolescent accompagnant un adulte isolé	2 %	2 %	2 %
Enfant ou adolescent faisant partie d'une famille	3 %	2 %	2 %

Source : Enquête ES 2004 (Drass Pays de la Loire)

Jeunes en difficulté sociale, accueillis par les établissements concourant à la protection de l'enfance

Par ailleurs, différents établissements concourant à la protection de l'enfance accueillent des adolescents ou des jeunes adultes en difficulté sociale.

- Les maisons d'enfants à caractère social (une cinquantaine d'établissements dans la région) accueillent des enfants et adolescents sans famille ou dont la famille, en difficulté momentanée ou durable, ne peut assumer la charge et l'éducation. Selon l'enquête ES réalisée par le Ministère chargé de la santé, le tiers des enfants hébergés en 2004 dans ces structures, soit plus de 600 jeunes, étaient âgés de 16 à 20 ans.
- Les centres de placement familial social accueillent des jeunes éloignés de leur famille en raison de difficultés d'ordre social ou éducatif, avec le concours d'assistantes maternelles qui reçoivent ces jeunes à leur domicile (780 places dans la région fin 2004). La moitié des jeunes accueillis par ces familles étaient âgés de 15 à 20 ans en 2004.
- Enfin, les centres d'accueil mère-enfant accueillent les femmes enceintes ou les mères isolées accompagnées d'enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique. La région comptait ainsi huit établissements de ce type fin 2004 (250 places). La majorité des femmes accueillies dans ces structures sont très jeunes (62 % ont moins de 21 ans) et sans activité professionnelle, leur principale ressource étant l'allocation de parent isolé [29].

Encadré 1.9

Dans les Pays de la Loire, une centaine de jeunes femmes âgées entre 15 et 17 ans deviennent mères chaque année

En 2007, 8 500 naissances issues de mères de 15-25 ans, domiciliées dans les Pays de la Loire, ont été enregistrées, représentant 19 % du nombre total de naissances vivantes dans la région.

Parmi ces naissances, 112 concernent des mères âgées de moins de 18 ans. Le nombre de ces naissances a été divisé par deux depuis 1981.

Insee (Etat-civil)

Les jeunes en situation d'insertion sont en moins bonne santé

De nombreuses études ont mis en évidence des liens étroits entre les situations de précarité et la santé [30]. L'influence négative de la précarité sur la santé est en particulier observée chez les jeunes venus consulter dans les centres d'examen de santé des Pays de la Loire¹³. Les jeunes consultants en situation d'insertion ont un état de santé moins bon que les autres consultants. Ces inégalités concernent de nombreux déterminants de santé, notamment le recours aux soins (cf. p. 67), le tabagisme (p. 153), l'obésité (p. 206), et peuvent en outre se cumuler [31].

13 - cf. éléments de méthode p. 294.

Bibliographie

- [1] Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. M. Ruffo, M. Choquet. Ed. Anne Carrière, 2007, 514 p.
- [2] Les jeunes. Ed. Insee, 2000, 174 p. (Coll. Contours et Caractères)
- [3] A vous de jouer ! Quelles perspectives pour les jeunes dans les Pays de la Loire ? Conseil économique et social des Pays de la Loire, 2007, 573 p.
- [4] Forte croissance urbaine dans les Pays de la Loire. S. Fraboul, S. Joseph. *Référence*, Insee Pays de la Loire, n° 30, juin 2000, pp. 33-36
- [5] Une région attractive et dynamique. J. Collobert, S. Fraboul. *Etudes*, Insee Pays de la Loire, n° 37, juillet 2005, 4 p.
- [6] Une augmentation du nombre de ménages plus rapide dans la région. H. Morvan. *Informations Statistiques*, Insee Pays de la Loire, n° 273, septembre 2007, 1 p.
- [7] Les familles monoparentales. Des difficultés à travailler et à se loger. O. Chardon, F. Daguet, E. Vivas. *Insee Première*, Insee, n° 1195, juin 2008, 4 p.
- [8] Sociologie de la jeunesse. O. Galland. Ed. Armand Colin, 4^e éd., 2006, 247 p. (Coll. U Sociologie)
- [9] Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, 2006, 24 p.
- [10] Enquête Baromètre santé jeunes 2005, ORS Pays de la Loire - Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [11] Enquête Baromètre santé jeunes 2000, ORS Pays de la Loire - CFES, exploitation ORS Pays de la Loire
- [12] Enquête Escapad 2005, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire
- [13] Scolarisation et insertion. Dans *Radioscopie 2006-2007*. Académie de Nantes, 2007, pp. 89-99
- [14] L'enseignement supérieur. Dans *Radioscopie 2006-2007*. Académie de Nantes, 2007, pp. 23-36
- [15] Les étudiants. Dans *Repères et références statistiques. Edition 2007*. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2007, p. 172
- [16] Les formations aux professions de la santé et du social (Année de formation : 2006). Drass Pays de la Loire, 2007, 39 p.
- [17] Dix ans d'évolution des effectifs. Dans *Radioscopie 2006-2007*. Académie de Nantes, 2007, pp. 37-44

- [18] Un quart du premier emploi des Ligériens est en intérim. H. Morvan, S. Dehier. *Etudes*, Insee Pays de la Loire, n° 47, juillet 2006, 4 p.
- [19] Marché du travail et politiques d'emploi. Région Pays de la Loire. Novembre 2008. Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle des Pays de la Loire. *Bulletin Mensuel*, n° 11, novembre 2008, 6 p.
- [20] Pauvreté et inégalités moins marquées dans les Pays de la Loire. C. Rortais, S. Seguin. *Etudes*, Insee Pays de la Loire, n° 71, août 2008, 4 p.
- [21] La pauvreté monétaire : dernière actualisation. N. Legendre. Dans *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2001-2002*. ONPES. Ed. La Documentation française, 2002, pp. 71-82
- [22] Quels liens entre chômage, faibles rémunérations et pauvreté ? N. Laïb. Dans *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2005-2006*. ONPES. Ed. La Documentation française, 2006, pp. 135-160
- [23] Bas salaires en 2005 : plutôt les femmes et les jeunes. M. Julé. *Informations Statistiques*, Insee Pays de la Loire, n° 283, novembre 2007, 1 p.
- [24] Les jeunes adultes en quête d'insertion sociale. Dans *Le livre des Etats généraux de la FNARS*. Fnars, 2006, 15 p.
- [25] Jeunes, emploi et territoires. Eléments de diagnostic sur la situation des jeunes de faible niveau de qualification en Pays de la Loire. Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle des Pays de la Loire. *Etudes et Dossiers*, Suppl. septembre 2007, 109 p.
- [26] STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2006, Pays de la Loire. Drass Pays de la Loire, 2006, 47 p.
- [27] Les demandeurs de fonds d'aide aux jeunes en 2001. Drass Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 10, septembre 2002, 4 p.
- [28] Enquête Etablissements sociaux (ES) 2004, Drass Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire
- [29] Activité, clientèle et personnel des établissements accueillant des enfants et des adolescents en difficulté. Drass Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 39, novembre 2007, 4 p.
- [30] Pauvreté précarité. Dans *La santé observée dans les Pays de la Loire. Tableau de bord régional sur la santé. Edition 2007*. ORS Pays de la Loire, 2007, pp. 114-115
- [31] Bases des centres d'examens de santé des Pays de la Loire 2005, CPAM Saint-Nazaire - CPAM La Roche-sur-Yon - IRSA (CES Angers, Cholet, Laval, Le Mans), exploitation ORS Pays de la Loire

CHAPITRE 2

Vue d'ensemble de la santé des 15-25 ans

Dr Anne Tallec, Sandrine David

Introduction	54
2.1 Santé perçue, qualité de vie et problèmes de santé déclarés	54
2.2 Les recours aux professionnels de santé	64
2.3 Les hospitalisations	68
2.4 Les admissions en affection de longue durée	72
2.5 Mortalité et causes de décès	75
Bibliographie	83

Remerciements

L'analyse des données concernant les admissions en affection de longue durée a été validée par le Dr Jacques Pivette, Direction régionale du service médical de l'assurance maladie des Pays de la Loire.

Les données concernant l'acné ont été mises à disposition et ont bénéficié des remarques du Pr Brigitte Dréno, dermatologue au CHU de Nantes.

L'essentiel

Les jeunes de la région sont dans leur grande majorité en bonne santé

En témoignent les différents indicateurs disponibles concernant la fréquence des maladies graves, des hospitalisations et des décès entre 15 et 25 ans, nettement plus faibles que chez leurs aînés. Le regard des jeunes sur leur propre santé conforte ce constat, puisque les deux tiers d'entre eux s'estiment « tout à fait bien portants ».

Ce bilan globalement positif doit toutefois être nuancé

Tout d'abord, dans la région comme en France, ce ressenti favorable des 15-25 ans est surtout lié à leur bonne santé physique, alors que leur santé mentale apparaît moins satisfaisante que celle de leurs aînés, notamment entre 15 et 19 ans.

Par ailleurs, les maladies des jeunes sont le plus souvent sans caractère de gravité. Certaines d'entre elles n'en affectent pas moins leur qualité de vie. C'est notamment le cas de l'acné ou encore de l'asthme et les allergies dont les répercussions sur la vie quotidienne sont importantes.

Les maladies graves n'épargnent pas les jeunes, et notamment les troubles mentaux et du comportement qui constituent de très loin l'affection grave la plus fréquente entre 15 et 24 ans.

Enfin, l'augmentation entre 2000 et 2005 de la proportion de jeunes qui s'estiment « pas bien portants », passée de 3 à 10 % dans la région, doit être considérée avec attention et incite à la vigilance pour les années qui viennent.

Surmortalité des jeunes de la région par accident de la circulation et suicide

La forte baisse de la mortalité des jeunes, divisée par deux dans la région comme en France depuis 20 ans, en lien avec la baisse des accidents de la route constitue le fait le plus marquant. Mais alors que ce recul se poursuivait au niveau national, la mortalité des jeunes de la région a eu tendance à augmenter à la fin des années 90. Cette évolution défavorable est à l'origine de la surmortalité actuelle des jeunes des Pays de la Loire par rapport à la moyenne nationale (+ 9 %), qui résulte principalement d'une plus forte mortalité par accident de transport et par suicide.

La situation de santé des garçons et des filles est très différente

Les garçons apparaissent particulièrement exposés au risque d'accidents de toutes natures. Les taux d'hospitalisation masculins pour lésions traumatiques sont ainsi quatre fois plus élevés que les taux féminins. Ces accidents et notamment les accidents de transport sont à l'origine de la très forte surmortalité des garçons par rapport aux filles entre 15 et 24 ans. En effet, les trois quarts des décès annuels de jeunes de la région concernent des garçons. Ce constat est à mettre en lien avec les spécificités du comportement des garçons plus enclins à prendre des risques, mais aussi plus concernés par les consommations excessives d'alcool ou de cannabis. Le suicide, autre cause de mortalité importante dans cette classe d'âge, concerne également des garçons dans plus de 80 % des cas.

Les filles ressentent par contre leur état de santé de façon moins favorable que les garçons, avec notamment des scores de santé nettement plus faibles que les garçons. Ces écarts s'observent pour la santé physique comme pour la santé mentale et sont particulièrement marqués pour les 15-17 ans.

Entre 15 et 24 ans, elles sont par ailleurs plus souvent hospitalisées que les garçons (+ 55 %), en raison de la fréquence des séjours en lien avec la grossesse.

Certains jeunes apparaissent plus à risque

C'est notamment le cas des jeunes qui habitent en zone rurale dont la surmortalité par rapport à ceux des zones urbaines atteint 60 %, en raison d'une forte mortalité par accident de la route. C'est aussi le cas des jeunes en difficulté d'insertion qui ont moins souvent recours aux soins bien qu'ils semblent avoir un moins bon état de santé.

Introduction

Ce chapitre a pour objectif de porter un regard global sur la santé des jeunes de la région et sur les problèmes de santé les plus importants dans cette classe d'âge, par leur fréquence ou leur gravité. Organisé en cinq parties, il repose sur des éclairages croisés, basés sur les données issues de différents systèmes d'information.

La première porte sur la perception de la santé, la qualité de vie et sur les maladies déclarées par les 15-25 ans. Les données utilisées proviennent pour l'essentiel des enquêtes Baromètre santé jeunes 2000 et 2005 et de l'enquête Escapad [1-3].

La seconde partie aborde la santé des jeunes à travers leurs recours aux différents professionnels de santé, et décrit à la fois leur fréquence, avec des données principalement issues des Baromètres santé jeunes régionaux, et les problèmes de santé à l'origine de ces recours.

Ce regard sur la santé par le prisme du recours aux soins est complété en troisième partie par une analyse de la fréquence et des diagnostics d'hospitalisation des jeunes de la région dans les établissements de santé de court séjour (c'est-à-dire hors psychiatrie et soins de suite et de réadaptation).

La quatrième partie permet d'approcher la fréquence et la nature des maladies graves dont certains jeunes sont atteints, par l'étude des admissions en affection de longue durée des assurés sociaux de la région par les régimes d'assurance maladie.

Enfin, la dernière partie est consacrée aux décès des jeunes et à leur cause. Ces derniers sont peu fréquents dans cette classe d'âge mais ont pour la plupart des causes évitables et constituent donc de ce fait, un axe essentiel pour la prévention.

2.1 Santé perçue, qualité de vie et problèmes de santé déclarés

2.1.1 La santé perçue

La perception de la santé constitue l'une des composantes à part entière de l'état de santé, dans la mesure où il peut exister un décalage pour une même personne entre l'état de santé perçu par l'individu et l'état de santé tel qu'il peut être apprécié à travers l'existence de symptômes, de maladies ou de handicaps. Certaines personnes, bien que ne souffrant d'aucun problème de santé objectivable, peuvent en effet se sentir en mauvaise santé, alors qu'à l'inverse, des personnes malades peuvent avoir un regard positif sur leur

situation. Ce décalage possible entre état de santé « objectif » et perception de cet état est notamment à mettre en lien avec les représentations des individus et les normes de leur environnement social et culturel.

L'intérêt des données concernant la santé perçue est en outre particulièrement important chez les jeunes, car par rapport à leurs aînés, ils relient plus la santé à la notion de bien-être qu'à celle d'absence de maladie.

Les déclarations concernant la santé perçue, collectées par des enquêtes en population au moyen d'interviews ou d'auto-questionnaires, apportent donc un éclairage essentiel sur la santé des jeunes, notamment à travers les comparaisons qui peuvent être réalisées entre les groupes d'âge, entre les garçons et les filles, entre les groupes sociaux, mais aussi par l'analyse des évolutions dans le temps. Le croisement de ce regard des jeunes sur leur santé avec le regard des professionnels, à travers les motifs de recours aux soins, est également riche d'enseignement.

Les données sur la perception de leur santé par les jeunes des Pays de la Loire sont disponibles principalement grâce aux enquêtes Baromètre santé jeunes¹ réalisées par l'ORS dans la région en 2000 et 2005 [1, 2, 4, 5], parallèlement aux enquêtes nationales Baromètre santé de l'Inpes [6, 7].

Des jeunes qui se sentent majoritairement en bonne santé

■ Dans le cadre de l'enquête régionale Baromètre santé jeunes, l'appréciation de la santé perçue est basée sur l'adhésion plus ou moins forte à l'affirmation « *au fond, je suis bien portants* ».

En 2005, 65 % des 15-25 ans de la région se déclarent *tout à fait bien portants*, 25 % *à peu près bien portants* et 10 % *pas bien portants*. La majorité des jeunes ont donc une perception favorable de leur santé.

■ Mais ces données peuvent également être lues en miroir, et la proportion de jeunes qui ne se considèrent *pas bien portants* - 10 % - apparaît alors relativement importante, puisqu'elle est aussi élevée que celle des plus de 50 ans.

Ces résultats sont confortés par ceux de l'enquête Escapad 2005², réalisée lors de la journée d'appel et de préparation à la défense auprès de jeunes d'environ 17 ans. Selon cette enquête, 7 % des jeunes ligériens déclarent que *leur état de santé est peu ou pas du tout satisfaisant par rapport aux personnes de leur âge* [3].

Une perception de la santé moins favorable chez les filles, ainsi que chez les jeunes en difficulté d'insertion

■ Les garçons de la région sont un peu plus nombreux que les filles à se déclarer *tout à fait bien portants* (69 % vs 61 %). Cet écart résulte de la plus forte proportion de filles se considérant *à peu près bien portantes* (29 % vs 21 %). Par contre, la proportion de jeunes se déclarant *pas bien portants* est identique pour les deux sexes [2].

1, 2 - cf. éléments de méthode p. 292 et 294.

■ Les données recueillies par les centres d'examens de santé de la région lors de bilans de santé réalisés notamment auprès de jeunes en difficulté d'insertion apportent un regard complémentaire concernant ce public spécifique³.

Lors de ces bilans de santé, les consultants sont en effet invités à apprécier, compte-tenu de leur âge, leur état de santé sur une échelle de 1 à 10. Les consultants de 16-24 ans en difficulté d'insertion ont beaucoup plus souvent un regard défavorable sur leur santé que les autres jeunes. En effet, 26 % d'entre eux apprécient leur état de santé, en 2005, par une note inférieure à 7, alors qu'ils sont 11 % chez les autres consultants de la même classe d'âge [8].

Une situation plus favorable que la moyenne nationale ?

■ Selon l'enquête Baromètre santé jeunes 2005, la région connaît une situation globalement plus favorable que la moyenne nationale :

- 65 % des 15-25 ans de la région se déclarent *tout à fait bien portants* contre 58 % au niveau national (à structure par âge et sexe comparable),
- 10 % des 15-25 ans de la région se déclarent *pas du tout bien portants* contre 14 % au niveau national (figure 2.1).

Cette situation favorable s'observe chez les garçons comme chez les filles.

■ Ce constat d'une situation régionale favorable avait déjà été établi par l'enquête Baromètre santé jeunes 2000, mais il n'est pas conforté par les résultats de l'enquête Escapad 2005. Cette situation peut résulter de différences méthodologiques entre les deux enquêtes.

Augmentation de la proportion de jeunes « ne se sentant pas bien portants » entre 2000 et 2005

La proportion régionale de jeunes se déclarant *tout à fait bien portants* a diminué entre 2000 et 2005, en lien avec l'augmentation de la proportion de jeunes ne se sentant *pas bien portants* (3 % en 2000, 10 % en 2005, à structure par âge et sexe comparable). La proportion de jeunes *à peu près bien portants* est restée stable au cours de cette période (figure 2.1).

Cette évolution défavorable, qui concerne les garçons comme les filles, n'est pas propre à la région. En effet, au plan national, la proportion de 15-25 ans ne se sentant *pas bien portants* est passée de 9 % à 14 % sur cette période (à structure par âge et sexe comparable). Cette proportion croissante de jeunes qui ont une perception négative de leur santé est préoccupante et devra être suivie avec attention lors du prochain Baromètre santé jeunes.

3 - cf. éléments de méthode p. 294.

Figure 2.1

Evolution de la proportion de jeunes de 15-25 ans se déclarant « pas bien portants »⁽¹⁾

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000, 2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2000 et 2005, ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) proportion standardisée selon l'âge et le sexe

2.1.2 La qualité de vie

■ La qualité de vie est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations ». L'état de santé en constitue l'un des déterminants essentiels, et en influence très fortement toutes les dimensions, qu'elles soient physiques, psychologiques et sociales. La prise en compte de la qualité de vie permet donc de dépasser le modèle biomédical traditionnel pour considérer la santé dans une acception plus large et positive, se rapprochant ainsi des préconisations de l'OMS [7].

Un certain nombre d'outils relativement complexes ont donc été élaborés pour mesurer la qualité de vie en lien avec la santé, et sont désormais utilisés de façon habituelle dans les enquêtes sur la santé en population.

Dans le cadre des enquêtes Baromètre santé, la qualité de vie a été mesurée à travers le profil de santé de Duke [9, 10]. Cet instrument comporte 17 questions qui permettent d'analyser différentes dimensions de la qualité de vie au moyen de scores calculés à partir des réponses (figure 2.2).

Figure 2.2
 Questions du profil de Duke utilisées dans les Baromètres santé,
 et dimensions de qualité de vie liée à la santé correspondante

Question	Dimension
Pour chacune de ces formules, pensez-vous que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, ou pas votre cas	
1- Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2- Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
3- Au fond, je suis bien portant(e)	Santé perçue
4- Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5- J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6- Je suis content(e) de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7- Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview...	
8- Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9- Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours...	
10- Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11- Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12- Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
13- Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
14- Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, anxiété
15- Vous vous êtes retrouvés avec des gens de votre famille qui n'habitent pas avec vous ou avec des copains en dehors de l'école (version pour les moins de 18 ans), ou bien vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversations ou de visites (pour les plus 18 ans)	Sociale
16- Vous avez eu des activités, soit de groupe, soit de loisirs, comme des réunions, des activités religieuses ou d'associations, aller au cinéma, faire du sport, participer à des soirées	Sociale
Est-ce qu'au cours des huit derniers jours...	
17- Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité

- Trois scores sont notamment étudiés ci-après, qui concernent :
 - la santé physique, analysée à travers la facilité à monter un escalier ou à courir, et le ressenti en termes de douleurs, de fatigue, ou de problèmes de sommeil,
 - la santé mentale, explorée à partir de questions concernant l'estime de soi, la capacité de concentration, les sentiments de découragement, de tension, de tristesse,
 - la santé sociale, qui concerne les relations aux autres et les habitudes en termes d'activités de groupe ou de loisirs.

Une qualité moins bonne que celle de leurs aînés en matière de santé mentale

Si l'on considère les scores de santé physique, mentale et sociale, les jeunes évaluent positivement leur qualité de vie dans ces différentes dimensions. La comparaison des scores du profil de Duke des 15-25 ans par rapport à ceux des autres classes d'âge met toutefois en évidence dans la région comme en France un certain nombre de spécificités de la qualité de vie des jeunes.

Il n'est pas surprenant de constater que c'est entre 15 et 25 ans que la qualité de vie dans sa dimension physique apparaît la meilleure. Le score de santé physique atteint en effet à cette période de la vie sa valeur maximale puis décroît ensuite avec l'âge.

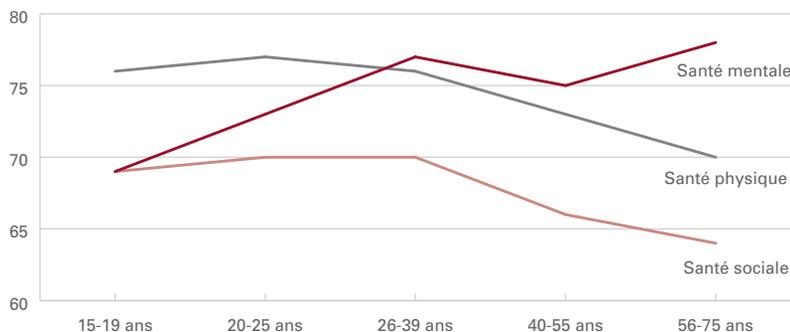
Pour la santé sociale, on observe une situation analogue, avec toutefois des écarts un peu moins marqués entre les différentes classes d'âge.

Par contre, pour la santé mentale, la situation apparaît plus défavorable pour les jeunes que pour les autres classes d'âge. Le score présente en effet son niveau minimal chez les 15-19 ans, puis augmente ensuite relativement régulièrement avec l'âge (figure 2.3) [2, 6].

Figure 2.3

Scores moyens du profil de Duke selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

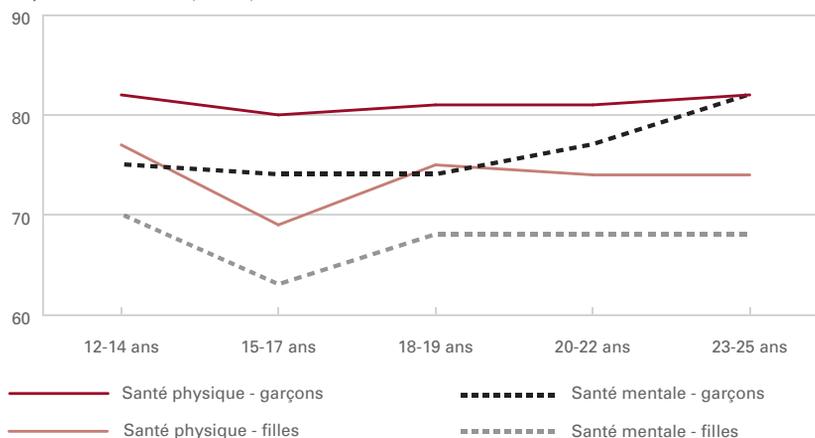
Les scores présentés sont normalisés de 0 à 100, le score le plus favorable (qualité optimale) étant 100.

Des scores moins favorables chez les filles

Pour toutes les dimensions du profil de Duke, les scores des filles sont moins favorables que ceux des garçons. Les écarts entre garçons et filles sont surtout marqués pour les scores de santé physique et de santé mentale, et sont particulièrement importants entre 15 et 17 ans pour ces deux dimensions (figure 2.4). Les différences entre les deux sexes sont par contre moins importantes pour le score de santé sociale.

Ce constat ne concerne pas seulement les jeunes ligériens, puisqu'il s'observe pour la plupart des classes d'âge, et dans la région comme en France [5, 6].

Figure 2.4
Scores moyens de santé physique et de santé mentale du profil de Duke
selon l'âge et le sexe
 Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

Des scores de qualité de vie qui ont peu évolué entre 2000 et 2005, et qui sont proches de la moyenne nationale

Entre 2000 et 2005, la qualité de vie des 15-25 ans de la région, mesurée à travers les scores de santé physique, mentale et sociale du profil de Duke a peu évolué. Par ailleurs, la qualité de vie des jeunes de la région se situe en 2005 à un niveau relativement proche de la moyenne nationale [1, 2].

Encadré 2.1

Fil Santé : ce que disent les jeunes

La ligne téléphonique Fil Santé Jeunes a été créée en 1995 à l'initiative du Ministère chargé de la santé. Ce service téléphonique anonyme et gratuit a traité en 2006 plus de 270 000 appels. Ce dispositif a été complété en 2001 par un site internet filsantejeunes.com, qui offre notamment des forums et la possibilité de questionner des professionnels de santé par mail. Près de 800 000 visites sur le site, 4 300 réponses par mail, 21 000 messages déposés sur le forum ont été dénombrés en 2006.

Les appelants sont dans 91 % des cas des jeunes, 3 % des appels viennent de professionnels. Plus des trois quarts des appelants sont des filles, et sont âgés de 14 à 24 ans.

69 % des appelants utilisent la ligne téléphonique pour la première fois. 38 % des appels reçus concernent la sexualité, la contraception.

20 % sont des appels à contenu relationnel, 19 % des appels à contenu somatique. Les difficultés psychologiques représentent 17 % des appels et le « social » 6 % des appels.

Une approche spécifique des données concernant la santé mentale est réalisée dans le cadre de cette étude page 85. Des données sur le ressenti des jeunes concernant leurs problèmes dermatologiques et notamment l'acné, qui touchent une forte proportion de jeunes sont présentées page 63.

Mal à la vie. Bilan 2006. Fil Santé Jeunes, [2007], 4 p.

2.1.3 Les problèmes de santé déclarés par les jeunes

10 à 15 % des jeunes déclarent être atteints d'une maladie chronique

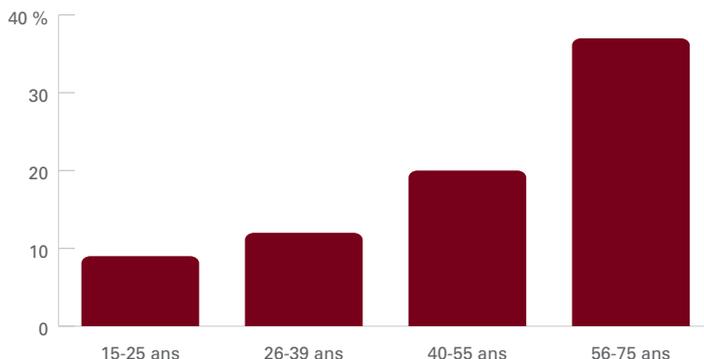
■ Parmi les 15-25 ans interviewés dans le Baromètre santé jeunes régional 2005, 9 % déclarent *avoir une maladie chronique*, qui leur était définie lors de l'interview comme « une maladie qui dure longtemps - au moins six mois - et qui peut nécessiter des soins réguliers » (9 % des garçons et 10 % des filles). Cette proportion, relativement faible par rapport aux autres classes d'âge (figure 2.5), est proche de la moyenne nationale. Comme en France, elle est restée stable entre 2000 et 2005.

Les modalités de l'enquête ne permettent pas une analyse précise des affections en cause, mais l'asthme est l'affection la plus fréquemment citée par les jeunes déclarant souffrir d'une maladie chronique (44 %), devant les allergies (13 %).

Figure 2.5

Proportion de personnes déclarant avoir une maladie chronique ⁽¹⁾ selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

(1) c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps (au moins 6 mois), et qui peut nécessiter des soins réguliers (par exemple : diabète, asthme...)

■ L'enquête Escapad 2005 apporte des résultats sensiblement différents, mais la formulation de la question permet aux jeunes répondants de prendre en compte de façon plus large leurs éventuels problèmes de santé, puisqu'elle ne se limite pas aux affections chroniques. Selon cette enquête, 14 % des jeunes ligériens de 17 ans déclarent *être suivis actuellement par un médecin pour un problème de santé physique* et 3 % *pour un problème de santé psychique*. 10 % déclarent *prendre régulièrement (au moins une fois par semaine depuis six mois) un ou des médicaments pour un problème de santé physique* et 3 % *pour un problème de santé psychique*.

Ces proportions sont plus élevées chez les jeunes filles que chez les garçons : 18 % d'entre elles déclarent *être suivies au moment de l'enquête par un médecin pour un problème de santé physique* (vs 10 % chez les garçons) et 5 % *pour un problème de santé psychique* (vs 2 % chez les garçons).

14 % des jeunes filles de 17 ans déclarent *prendre régulièrement (au moins une fois par semaine depuis six mois) un ou des médicaments pour un problème de santé physique* (vs 7 % chez les garçons) et 6 % *pour un problème de santé psychique* (vs 1 % chez les garçons) [3].

Encadré 2.2

Les affections les plus fréquemment déclarées par les jeunes en France

Selon l'Enquête santé protection sociale 1998 de l'Irdes, les jeunes âgés de 11 à 20 ans déclarent en moyenne 1,6 affection un jour donné. Le nombre d'affections déclarées est 1,5 fois plus important pour les filles que pour les garçons, ces derniers étant en particulier proportionnellement plus nombreux à ne déclarer aucune maladie.

« Les affections déclarées par les adolescents sont en très grande majorité sans caractère de gravité. Par grands groupes de pathologies, les adolescents déclarent souffrir principalement de problèmes dentaires (47 %), de troubles de la réfraction (31 %), de maladies de peau (15 %) et d'affections ORL (11 %). La prévalence des problèmes dentaires, des troubles de la vue et des affections cardio-vasculaires et pulmonaires est identique pour les deux sexes. En revanche, les filles déclarent plus souvent être atteintes par tous les autres groupes d'affections (système nerveux, appareil ostéo-articulaire, troubles mentaux...). Seuls les traumatismes sont plus souvent cités par les garçons.

Plus précisément, les affections les plus citées sont les caries et la myopie qui concernent respectivement 46 % et 18 % des adolescents. Elles sont suivies par les problèmes d'acné dont se plaignent 9 % d'entre eux, 8 % des garçons et 10 % des filles. Celles-ci déclarent également beaucoup plus souvent (10 %) des céphalées ou des migraines que les garçons (4 %). L'asthme est déclaré par près de 7 % des adolescents, les filles autant que les garçons. Viennent ensuite les eczémas et les autres

allergies cutanées déclarés près de deux fois plus souvent chez les filles que chez les garçons, suivis chez les filles par les troubles des règles (près de 6 % d'entre elles). Enfin, les maladies ORL correspondent principalement aux rhumes, angines et sinusites. »

Adolescents : état de santé et recours aux soins. L. Auvray, P. Le Fur. *Questions d'Economie de la Santé*, CreDES, n° 49, mars 2002, 6 p.

Encadré 2.3

Fréquence et retentissement de l'acné sur la qualité de vie des jeunes français

L'acné est un problème de santé particulièrement fréquent chez les jeunes. En effet, selon une enquête menée en 1996 auprès de 900 jeunes de 11 à 18 ans scolarisés en France métropolitaine, la prévalence globale de l'acné diagnostiquée par un dermatologue s'élève à 72 %. Par contre, seulement la moitié (51 %) des jeunes se déclarent acnéiques. La prévalence de l'acné est peu différente selon le sexe, mais cette affection survient plus précocement chez les filles, et elle apparaît plus grave chez les garçons. La prévalence de l'acné-maladie (définie par l'existence de plus de vingt éléments sur le visage) atteint en effet 28 % chez les garçons et 21 % chez les filles ^[1].

Une étude menée fin 2004 auprès de 1 500 jeunes ayant appelé le numéro vert Fil Santé Jeunes met en évidence les répercussions importantes que l'acné a sur la qualité de vie des jeunes, et ce quelle que soit sa gravité. Dans cette enquête, 65 % des jeunes appelants interrogés déclarent avoir ou avoir eu de l'acné. 51 % d'entre eux décrivent leur acné comme légère, 31 % comme modérée et 18 % comme sévère.

48 % des jeunes concernés se disent gênés par leur acné dans la vie quotidienne. Cette proportion atteint 67 % chez les jeunes qui estiment que leur acné est sévère, mais aussi 52 % chez ceux qui l'estiment de gravité modérée et 39 % chez ceux qui l'estiment de faible gravité. Notamment, la proportion de ces jeunes qui se disent obsédés en permanence par ce problème atteint respectivement 44 %, 22 % et 11 % pour ces trois groupes de jeunes ^[2].

[1] Epidémiologie descriptive de l'acné dans la population scolarisée en France métropolitaine pendant l'automne 1996. F. Daniel, B. Dréno, F. Poli et al. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, vol. 127, n° 3, 2000, pp. 273-278

[2] Living with acne. A study of adolescents' personal experiences. H. Pawin, M. Chivot, C. Beylot, M. Faure, F. Poli, J. Revuz, B. Dréno. *Dermatology*, vol. 215, n° 4, 2007, pp. 308-314

2.2 Les recours aux professionnels de santé

Qu'il s'agisse de soins de premier recours ou de soins prescrits par un médecin, de soins curatifs, de prévention primaire ou de dépistage, de très nombreux professionnels de santé interviennent auprès des jeunes : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes et orthodontistes, paramédicaux, infirmiers et médecins de santé scolaire ou universitaires...

Le recours des jeunes aux professionnels de santé a été analysé pour l'essentiel à partir des données collectées dans le cadre des enquêtes Baromètre santé jeunes réalisées dans la région, en 2000 et 2005, auprès des jeunes de 12-25 ans [1, 2].

Le médecin généraliste, interlocuteur privilégié des jeunes

■ Le médecin généraliste est de très loin le professionnel de santé le plus fréquemment rencontré par les 15-25 ans au cours des douze derniers mois. En effet, selon le Baromètre santé jeunes régional⁴, 86 % des 15-25 ans déclarent en avoir vu un sur cette période. Viennent ensuite le dentiste (60 %), les médecins ou infirmiers scolaires (33 %), les gynécologues (43 % des filles) puis les masseurs-kinésithérapeutes (18 %) (figure 2.6).

La plupart des jeunes ont eu en outre plusieurs fois recours dans l'année au médecin généraliste : 38 % à deux ou trois reprises, 16 % à quatre ou cinq reprises et 14 % à six reprises ou plus.

■ Les recours au généraliste, qu'il s'agisse du recours au moins une fois dans l'année ou des recours répétés, n'apparaissent pas moins fréquents pour les jeunes des zones rurales, pourtant moins densément équipées, par rapport à ceux des zones urbaines.

Figure 2.6

Proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant avoir eu recours à un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois selon le sexe
Pays de la Loire (2005)

Professionnel de santé	Garçons	Filles	Total
Médecin généraliste	83 %	90 %	86 %
Chirurgien dentiste ou orthodontiste	54 %	66 %	60 %
Gynécologue ⁽¹⁾	-	43 %	-
Médecin scolaire ou infirmière de santé scolaire ⁽²⁾	32 %	34 %	33 %
Kinésithérapeute	20 %	17 %	18 %
Acupuncteur, mésothérapeute ou ostéopathe	7 %	11 %	9 %
Psychiatre, psychanalyste, psychothérapeute	4 %	9 %	6 %
Homéopathe	4 %	6 %	5 %
Autre médecin (dermatologue, pédiatre, allergologue, ophtalmologiste...)	24 %	34 %	29 %

Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) cette proportion atteint 58 % parmi les filles ayant déjà eu un rapport sexuel

(2) parmi les jeunes scolarisés

4 - cf. éléments de méthode p. 292.

■ Comme en 2000, la proportion de jeunes de la région déclarant au moins un recours au médecin généraliste dans l'année est proche de la moyenne nationale (86 % *vs* 84 %, à structure par âge et sexe identique). En revanche, les recours répétés (au moins deux fois et au moins trois fois dans l'année) semblent un peu plus fréquents dans la région (respectivement 69 % *vs* 64 % et 47 % *vs* 43 %).

Comme au niveau national, ces différentes proportions sont restées stables entre 2000 et 2005.

Encadré 2.4

Quelles sont les raisons des recours aux médecins libéraux des adolescents de 11 à 20 ans en France ?

Les affections les plus souvent déclarées par les jeunes sont très différentes de celles qui les amènent à consulter un médecin. En effet, la plupart des troubles déclarés à un instant donné sont des affections chroniques, du type trouble de la vue, asthme ou migraines, qui en général n'entraînent pas de consultations fréquentes. Seule l'acné apparaît à la fois parmi les affections souvent déclarées et parmi les motifs fréquents de recours aux soins.

Trois groupes de motifs sont ainsi à l'origine de plus de la moitié des recours au médecin de ville* des jeunes âgés de 11 à 20 ans en 1998.

- Les affections ORL constituent le motif de recours au médecin de ville le plus fréquent chez les adolescents (25 % des séances). Dans la grande majorité des cas, il s'agit de rhumes, d'angines et de pharyngites, trachéites ou laryngites.
- Les motifs administratifs et sociaux et la prévention arrivent en seconde position, à l'origine de 19 % des recours. Les vaccinations en sont la raison la plus fréquente (6 %), avec la surveillance sportive (3 %). Chez les filles, la contraception motive 8 % des séances.
- Les maladies de la peau, troisième cause de recours, génèrent 11 % des séances. L'acné motive plus de la moitié de ces recours (6 %), chez les garçons comme chez les filles, devant les eczémas et les autres allergies cutanées (1,7 %).

A l'opposé, les troubles mentaux ou du sommeil entraînent relativement peu de recours à l'adolescence (6 % des séances). Les affections les plus fréquemment en cause sont l'anxiété ou l'anxiété (1,5 %) et les dépressions (1 %). Les migraines et céphalées, qui sont des affections fréquemment déclarées par les jeunes (10 % des filles, 4 % des garçons) motivent à peine plus de 1 % des séances alors que la fatigue, rarement déclarée, représente 1,5 % des motifs de recours.

* médecins libéraux, hors certains spécialistes comme les chirurgiens et les radiologues

Adolescents : état de santé et recours aux soins. L. Auvray, P. Le Fur.

Questions d'Economie de la Santé, CreDES, n° 49, mars 2002, 6 p.

Des recours aux professionnels de santé plus fréquents chez les filles...

Pour tous les professionnels proposés lors de l'enquête Baromètre santé jeunes, les proportions de recours dans l'année sont plus élevées chez les filles que chez les garçons sauf pour les masseurs-kinésithérapeutes, où la situation est inversée (figure 2.6). Les recours répétés au médecin généraliste sont également plus fréquents chez les filles.

Ces écarts entre garçons et filles peuvent être rapprochés de la moins bonne santé ressentie et de la plus grande fréquence des maladies chroniques déclarées par les filles, mais aussi de motifs spécifiques de consultation comme la contraception (encadré 2.4). Mais il est sans doute aussi à mettre en lien avec une relation différente à la santé et aux soins selon le sexe.

Le recours au masseur-kinésithérapeute plus important pour les garçons est par contre cohérent avec la plus grande fréquence des traumatismes chez ces derniers.

... notamment pour les soins bucco-dentaires

C'est pour les soins dentaires que l'écart filles-garçons est le plus marqué, avec respectivement 66 et 54 % de recours au dentiste ou à l'orthodontiste au moins une fois dans l'année (figure 2.6).

Ces proportions sont peu différentes de la moyenne nationale et sont restées stables entre 2000 et 2005.

Par ailleurs, le recours aux soins dentaires au moins une fois dans l'année n'est pas significativement différent entre les jeunes des zones rurales et ceux des communes urbaines (56 % *vs* 61 %).

Encadré 2.5

Santé dentaire des jeunes ligériens ayant bénéficié d'un bilan bucco-dentaire

Les bilans bucco-dentaires mis en place en 1998 par l'assurance maladie permettent aux jeunes de 13 à 18 ans de bénéficier d'un dépistage gratuit, éventuellement suivi de soins pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

Une étude a été réalisée dans les Pays de la Loire par les services médicaux des trois régimes d'assurance maladie auprès d'un échantillon de 1 300 jeunes ligériens de 15 ans ayant bénéficié de ce bilan en 1998-1999.

Elle montre que plus de la moitié (56 %) des adolescents ayant bénéficié de l'examen de prévention n'avaient pas consulté de chirurgien-dentiste au cours de l'année écoulée.

19 % des jeunes ne présentaient aucune atteinte carieuse (indice CAO* égal à 0) et 18 % avaient au contraire un indice CAO très élevé, compris entre 8 et 21.

46 % des jeunes suivaient ou avaient suivi un traitement d'orthopédie dento-faciale ; 8 % n'en avaient pas bénéficié, mais avaient besoin d'un bilan.

* indice CAO : nombre de dents cariées, absentes ou obturées

Prévention bucco-dentaire. Evaluation médicale du dispositif conventionnel dans la région des Pays de la Loire. B. Gonzalez, A. Chaslerie, C. Bouchat et al. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, Cnamts, vol. 32, n° 1, janvier-mars 2001, pp. 19-26

Des recours aux soins moins fréquents chez les jeunes en difficulté d'insertion

Selon les données de 2005 des centres d'examen de santé de la région⁵, les jeunes de 16-24 ans en difficulté d'insertion ont moins souvent recours au médecin que les autres jeunes. Ils sont respectivement 8 % à déclarer ne pas avoir consulté de médecin pendant les deux dernières années *vs* 3 % chez les autres consultants du même âge.

Ce moindre recours des jeunes en difficulté d'insertion est également observé lorsque l'on considère les soins dentaires, avec des proportions de jeunes n'ayant pas consulté de dentiste au cours des deux dernières années respectivement égales à 29 et 20 %.

Un constat analogue est établi pour les soins optiques, avec une fréquence de l'acuité visuelle inférieure à 7/10^e non ou mal corrigée qui atteint 21 % chez les jeunes en difficulté d'insertion contre 13 % chez les autres jeunes.

Ce moindre recours est d'autant plus préoccupant qu'il s'accompagne d'un état de santé qui semble moins bon. Ces jeunes en difficulté d'insertion ont, en effet, à la fois un moins bon état de santé ressenti (cf. p. 48), mais aussi une fréquence plus élevée que les consultants du même âge du tabagisme quotidien (cf. p. 153) et de l'obésité (cf. p. 206) [8].

2

5 - cf. éléments de méthode p. 294.

2.3 Les hospitalisations

Chez les jeunes comme à tout âge, les problèmes de santé à l'origine d'une hospitalisation sont de gravités très variées, depuis les pathologies bénignes mais nécessitant un acte chirurgical sous anesthésie occasionnant une hospitalisation très brève jusqu'aux pathologies les plus graves, justifiant un traitement médical ou chirurgical très lourd.

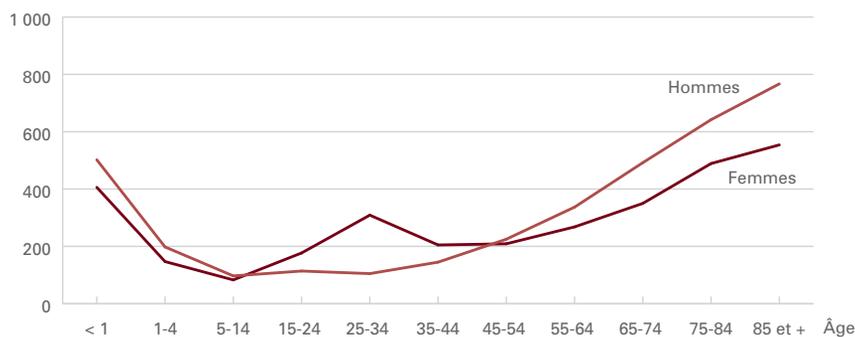
Le PMSI⁶, programme de médicalisation des systèmes d'information qui fonctionne dans les établissements de santé de la région, apporte de très nombreuses informations sur les diagnostics posés lors des séjours hospitaliers. Les données ci-après concernent les hospitalisations des habitants des Pays de la Loire en Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) au cours de l'année 2004 [11].

Des hospitalisations relativement peu fréquentes chez les jeunes

■ Près de 63 000 séjours hospitaliers de jeunes ligériens de 15-24 ans en service de MCO ont été dénombrés en 2004. Ces hospitalisations représentent environ 8 % des 800 000 séjours hospitaliers annuels concernant des habitants de la région, alors que la classe d'âge des 15-24 ans représente 13 % de la population.

Le taux d'hospitalisation varie fortement avec l'âge. Entre 15 et 24 ans, il atteint 145 pour 1 000 habitants, plus élevé que le taux minimum, observé entre 5 et 14 ans, mais très inférieur aux taux observés au cours de la première année de vie et surtout chez les personnes âgées (figure 2.7).

Figure 2.7
Taux d'hospitalisation selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2004)



Sources : Base régionale PMSI-MCO 2004 (ARH, exploitation ORS Pays de la Loire), Insee
Données domiciliées ; unité : pour 1 000

6 - cf. éléments de méthode p. 295.

■ Le graphique 2.7 met également en évidence les écarts de fréquence des hospitalisations entre les deux sexes. Entre 15 et 45 ans, les séjours hospitaliers en MCO sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, en lien avec la grossesse et les problèmes de santé qui lui sont liés. Entre 15 et 24 ans, le taux d'hospitalisation est ainsi 1,6 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (170 *vs* 114 pour 1 000). Dans cette classe d'âge, sur les 63 000 séjours hospitaliers annuels, près de 38 000 soit environ 60 % concernent des femmes et 25 000 des hommes.

■ La grossesse et les états de santé qui lui sont liés, les traumatismes et les maladies de l'appareil digestif sont les trois groupes de diagnostics principaux⁷ d'hospitalisation chez les jeunes de 15-24 ans, à l'origine de près des deux tiers des séjours. Pour chacun de ces trois groupes d'affections qui correspondent à des chapitres de la Classification internationale des maladies (CIM) les séjours sont plus fréquents chez les jeunes que dans l'ensemble de la population (figure 2.8).

Les problèmes de santé en lien avec la grossesse en cause dans une hospitalisation sur trois chez les filles

Entre 15 et 24 ans, 13 650 séjours, soit 35 % des hospitalisations féminines, ont pour diagnostic principal un problème de santé en lien avec la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité⁸. Cela correspond à un taux de 64 séjours pour 1 000 femmes de 15 à 24 ans.

Parmi ces séjours, 3 800 ont pour motif une interruption de grossesse, volontaire dans la grande majorité des cas. Les interruptions de grossesse sont donc à l'origine d'environ une hospitalisation sur dix chez les jeunes femmes de 15-24 ans. Les recours aux soins avant l'accouchement représentent quant à eux 4 % des séjours (figure 2.8).

Des séjours nombreux en lien avec les extractions de dents de sagesse

Les maladies de l'appareil digestif, qui incluent les affections dentaires dans la classification internationale des maladies, sont à l'origine de plus d'un quart des séjours hospitaliers des 15-24 ans, chez les garçons comme chez les filles. Cette situation s'explique par la grande fréquence dans cette classe d'âge des hospitalisations pour affection des dents et du parodonte et notamment pour extraction de dents de sagesse.

Ces séjours hospitaliers de jeunes ligériens pour pathologies dentaires sont très nombreux (13 000 séjours, soit environ 1 sur 5) mais le plus souvent de courte durée. Comme en France, le taux d'hospitalisation pour ces affections est 1,4 fois plus élevé chez les filles que chez les garçons (35 *vs* 25 pour 1 000) (figure 2.8) [12-13].

7 - cf. éléments de méthode p. 295.

8 - Séjours comportant un des codes 000-099 ou Z34-Z36 en diagnostic principal.

Figure 2.8
 Diagnostics d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique
 des habitants de 15-24 ans - Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic principal ⁽¹⁾	15-24 ans		Tous âges
		Nombre séjours	Taux ⁽²⁾	Taux ⁽²⁾
Hommes				
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	7 284	32,5	28,6
K00-K08	<i>dont : - maladies des dents et du parodonte</i>	5 583	24,9	7,0
K35-K38	<i>- appendicite</i>	721	3,2	1,5
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	5 991	26,8	19,2
S00-T14, T90-T94	<i>dont : - traumatismes, séquelles de traumatismes</i>	5 370	24,0	15,3
T36-T50	<i>- intoxication par produit pharmaceutique</i>	288	1,3	0,9
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	2 526	11,3	32,2
Z47.0	<i>dont : soins en lien avec un matériel orthopédique</i>	802	3,6	1,9
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1 959	8,8	15,6
	<i>dont : lésion non traumatique du genou⁹</i>	941	4,2	3,5
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 093	4,9	3,7
L05	<i>dont : - sinus pilonidal</i>	393	1,8	0,6
L60.0	<i>- ongle incarné</i>	265	1,2	0,4
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux, non classés ailleurs	1 047	4,7	14,3
R10	<i>dont : douleur abdominale et pelvienne</i>	363	1,6	2,5
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	982	4,4	13,8
J93	<i>dont : pneumothorax</i>	209	0,9	0,3
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	974	4,4	11,3
N47	<i>dont : phimosis</i>	295	1,3	1,6
	Autres	3 618	-	-
	Total	25 474	113,8	227,2
Femmes				
O00-O99	Grossesse et accouchement	13 207	61,7	37,2
	<i>dont : - accouchement¹⁰</i>	7 596	35,5	25,4
O00-O08	<i>- interruption de grossesse</i>	3 767	17,6	7,6
	<i>- antepartum¹¹</i>	1 517	7,1	3,8
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	9 502	44,4	26,6
K00-K08	<i>dont : - maladies des dents et du parodonte</i>	7 465	34,9	7,6
K35-K38	<i>- appendicite</i>	757	3,5	1,4
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	2 448	11,4	31,6
Z34-Z35	<i>- surveillance d'une grossesse</i>	238	1,1	0,5
Z36	<i>- dépistage prénatal</i>	208	1,0	1,5
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	2 190	10,2	14,4
S00-T14, T90-T94	<i>dont : - traumatismes, séquelles de traumatismes</i>	1 368	6,4	10,2
T36-T50	<i>- intoxication par produit pharmaceutique</i>	634	3,0	1,5
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux, non classés ailleurs	1 511	7,1	13,2
R10	<i>dont : douleur abdominale et pelvienne</i>	822	3,8	3,5
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 835	8,6	14,2
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1 301	6,1	15,9
	<i>dont : lésion non traumatique du genou⁹</i>	440	2,1	1,5
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement ¹²	952	4,4	5,5
F30-F39	<i>dont : troubles de l'humeur</i>	384	1,8	1,7
	Autres	4 921	-	-
	Total	37 867	176,8	250,4

Sources : Base régionale PMSI-MCO 2004 (ARH, exploitation ORS), Insee

Données domiciliées ; (1) sauf mentions contraires ; (2) pour 1 000 habitants

Les lésions traumatiques souvent en cause chez les garçons

Les lésions traumatiques et leurs séquelles constituent le diagnostic principal de 11 % des séjours hospitaliers des jeunes de la région. Dans plus de la moitié des cas, il s'agit de fractures, luxations, entorses ou lésions musculo-tendineuses récentes (notamment du genou) (figure 2.8).

Ces hospitalisations pour lésions traumatiques concernent majoritairement les garçons pour lesquels elles représentent 21 % des séjours hospitaliers en MCO alors qu'elles ne sont en cause que dans 4 % des séjours féminins.

Des séjours hospitaliers chez les jeunes de la région moins fréquents qu'au niveau national

■ Pour l'ensemble de la population, la fréquence des séjours hospitaliers de la population régionale est inférieure de 7 % à la moyenne nationale en 2004, chez les hommes comme chez les femmes. Cette moindre fréquence des recours hospitaliers des Ligériens concerne pratiquement toutes les classes d'âge, sauf les enfants de moins de 15 ans. Elle se retrouve pour la plupart des groupes de pathologies excepté les maladies oculaires, les troubles mentaux, les affections de l'oreille et celles des dents et du parodonte, groupes pour lesquels le recours régional est supérieur à la moyenne nationale. Pour les deux derniers groupes, l'écart est particulièrement marqué, avec une fréquence des séjours chez les habitants des Pays de la Loire supérieure de plus de 40 % à la moyenne nationale.

■ Chez les 15-24 ans, le taux d'hospitalisation des garçons de la région est proche de la moyenne nationale en 2004 (114 *vs* 111 p. 1 000), celui des filles est en revanche inférieur de 6 % (177 *vs* 189 p. 1 000).

Ce moindre recours aux soins hospitaliers des filles de la région résulte principalement d'une moindre fréquence des séjours en lien avec la grossesse, et notamment des séjours pour interruptions de grossesse (cf. chapitre 7).

On observe par ailleurs, comme pour l'ensemble de la population régionale, une plus grande fréquence des séjours de jeunes de la région ayant un diagnostic principal de troubles mentaux, de maladies de l'oreille ou encore d'affections des dents et du parodonte [11, 12].

■ Ces différences entre la situation régionale et la moyenne nationale en matière de taux d'hospitalisation par diagnostics principaux peuvent résulter de réelles différences de morbidité dans la population, mais aussi d'écarts en termes de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours hospitaliers uniques ou itératifs), ou encore de variations dans les modalités de choix et de codage des diagnostics principaux.

9 - Codes M22-M23, M70.4, M70.5, M71.2, M76.5.

10 - cf. codes p. 296.

11 - Séjour avec le code O47 en diagnostic principal, ou séjour avec un des codes O00 à O99 en diagnostic principal et un des codes Z34-Z35 en diagnostic associé.

12 - Ces séjours ne comprennent pas les séjours dans les services de psychiatrie.

En outre, pour les troubles mentaux, la différence observée entre les situations régionale et nationale peut résulter d'une répartition différente des prises en charge entre les services de court séjour et les établissements de santé mentale.

Des évolutions différentes selon les diagnostics d'hospitalisation

Comme en France, le taux d'hospitalisation des 15-24 ans des Pays de la Loire est resté relativement stable entre 1998 et 2004. Cependant, des évolutions différentes sont observées selon le diagnostic principal d'hospitalisation.

Les taux d'hospitalisation pour traumatismes ou intoxications ont fortement diminué (- 18 % dans la région comme en France), avec notamment une baisse des séjours pour traumatisme crânien et pour fracture.

A l'inverse, les taux de séjours hospitaliers pour maladies des dents et du parodonte sont en augmentation (+ 19 % dans la région, + 28 % en France). Les séjours en lien avec la grossesse ont également augmenté entre 1998 et 2004 (près de 10 % dans la région comme en France), ceci étant à relier à une augmentation des naissances et des IVG au cours de cette période chez les 15-24 ans (cf. chapitre 7) [11, 12].

2.4 Les admissions en affection de longue durée

Les Affections de longue durée (ALD) sont des maladies nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette affection. Les statistiques d'admission en ALD établies par les trois principaux régimes d'assurance maladie¹³, permettent ainsi d'approcher l'incidence et la nature de ces maladies graves dans la population des Pays de la Loire et notamment chez les jeunes. Les données présentées ci-après concernent la période 2002-2004 [14, 15].

1 250 jeunes de la région admis chaque année en affection de longue durée

■ Chaque année, 55 000 assurés sociaux de la région sont admis en ALD par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie, dont environ 1 250, soit 2,3 %, sont des jeunes âgés de 15 à 24 ans.

Rapportés à la population de cette tranche d'âge, ce sont environ 3 jeunes sur 1 000 qui sont donc atteints chaque année d'une affection grave, nécessitant des soins longs et coûteux, qui vont justifier de leur admission en ALD.

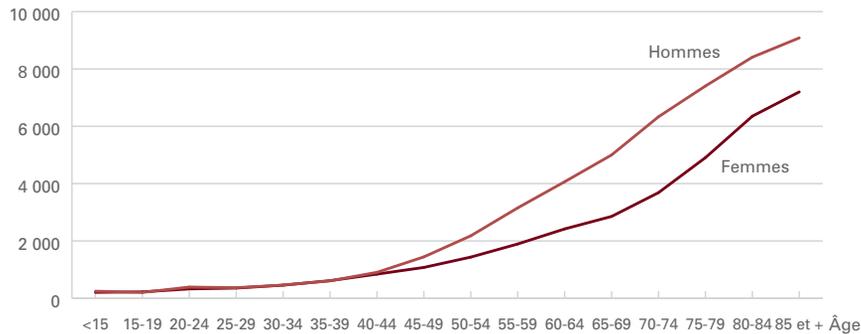
■ Ce taux d'admission progresse régulièrement avec l'âge, et est donc relativement faible chez les jeunes (figure 2.9). Sur les 1 250 admissions annuelles des 15-24 ans, plus de 60 % concernent les 20-24 ans.

¹³ - Les données régionales sont mises à disposition par l'Urcam et les services médicaux de l'assurance maladie (DRSM) ; cf. éléments de méthode p. 292.

■ Les taux d'admission masculins sont supérieurs aux taux féminins dans la plupart des classes d'âge, sauf entre 10 et 19 ans. Entre 15 et 19 ans, le taux d'admission des garçons est inférieur de 8 % à celui des filles (203 vs 222 pour 100 000 habitants) alors qu'il lui est supérieur de 19 % entre 20 et 24 ans (389 vs 327 pour 100 000 habitants).

Figure 2.9

Taux d'admission en affection de longue durée selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : Urcam-DRSM Pays de la Loire, Insee

Unité : pour 100 000

Les troubles mentaux et du comportement à l'origine de plus de 40 % de ces admissions

2

■ Pour l'ensemble de la population, les maladies cardio-vasculaires et les cancers représentent 60 % des motifs d'admission en ALD, et les troubles mentaux et du comportement environ 12 %.

■ Chez les jeunes, la situation est très différente, puisque les troubles mentaux et du comportement constituent le principal motif d'admission en ALD. Ainsi, chaque année, 525 admissions en moyenne sont prononcées pour ces affections chez les 15-24 ans de la région, ce qui représente 42 % du nombre total des admissions de cette tranche d'âge. Ces admissions concernent surtout des personnes atteintes de psychoses, principalement de schizophrénie, et des jeunes souffrant de troubles de la personnalité et du comportement (figure 2.10).

130 admissions par an pour cancer

■ Les cancers sont à l'origine de 130 admissions en ALD de jeunes ligériens de 15-24 ans en moyenne chaque année sur la période 2002-2004, soit 10 % du nombre total d'admissions de cette classe d'âge. Il s'agit le plus souvent de cancers hématologiques, maladie de Hodgkin et leucémies notamment. Les estimations régionales d'incidence de Francim, réseau national des registres des cancers, sont très cohérentes, avec 105 nouveaux cas estimés de cancers en 2000 parmi les 15-24 ans de la région [16].

■ Les maladies du système nerveux constituent la troisième cause d'admission en ALD (120 admissions annuelles), l'épilepsie motivant notamment une quarantaine d'admissions. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn) sont à l'origine de 80 à 90 admissions chaque année chez les 15-24 ans de la région (6 à 7 % des admissions). Enfin, le nombre d'admissions pour diabète est d'environ 80 par an (figure 2.10).

Figure 2.10

Motifs d'admission en affection de longue durée chez les jeunes de 15-24 ans
Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

Code CIM10	Motif d'admission	Garçons		Filles		Deux sexes
		Effectif	Taux ⁽¹⁾	Effectif	Taux ⁽¹⁾	Effectif
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	310	137	215	100	525
F20-F29	<i>dont : psychoses</i>	150	66	37	17	187
C00-C97	Tumeurs malignes	69	31	61	28	130
G00-G99	Maladies du système nerveux	59	26	61	28	120
G40-G41	<i>dont : épilepsie</i>	20	9	24	11	44
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutrition. et métaboliques	50	22	48	22	98
E10-E14	<i>dont : diabète sucré</i>	39	17	41	19	80
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	41	18	51	24	92
K50-K51	<i>dont : rectocolite hém., maladie de Crohn</i>	38	17	48	22	86
M00-M99	Maladies du système ostéo-arti., muscles, tissu conjonctif	32	14	57	27	89
M41	<i>dont : scoliose</i>	12	5	23	11	35
	Autres	108	48	98	46	206
	Total	669	296	591	275	1 259

Sources : Urcam-DRSM Pays de la Loire, Insee

(1) Unité : pour 100 000

Des pathologies en cause différentes chez les garçons et chez les filles

Pour certaines affections, la fréquence des admissions est très différente selon le sexe. Pour les troubles mentaux et du comportement, le taux d'admission des garçons de 15 à 24 ans est 1,4 fois plus élevé que le taux féminin. Cet écart est surtout expliqué par une incidence 4,5 fois plus forte des psychoses chez les garçons de 20-24 ans que chez les filles.

Pour la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn, les filles de 20 et 24 ans, sont plus souvent concernées, avec un taux d'admission 1,7 fois plus élevé que les garçons.

Pour la scoliose (35 admissions annuelles au total), le taux d'admission entre 15 et 19 ans est 2,3 fois plus élevé chez les filles que chez les garçons (figure 2.10).

Enfin, les admissions pour troubles de l'alimentation (anorexie mentale, boulimie...) sont surtout fréquentes chez les filles (35 admissions annuelles contre moins de 5 chez les garçons).

Des admissions moins fréquentes dans la région qu'au niveau national

- Dans l'ensemble de la population régionale, la fréquence des admissions en ALD est inférieure de 9 % à la moyenne nationale pour la période 2002-2004.

- Cette moindre fréquence des admissions des Ligériens concerne toutes les classes d'âge, et notamment les 15-24 ans, pour lesquels l'écart avec la moyenne nationale atteint 19 %.

Cette différence résulte principalement d'une moindre fréquence des admissions pour troubles mentaux (- 19 %) chez les jeunes de la région. Mais elle est également liée à une fréquence inférieure des admissions pour rectocolite hémorragique et maladie de Crohn (- 16 %), pour affections neuro-musculaires et épilepsie (- 25 %) et pour diabète (- 16 %).

Ces différences entre la situation régionale et la moyenne nationale doivent être interprétées avec prudence, en raison notamment des limites concernant les populations de référence utilisées pour le calcul des taux. Elles sont en outre complexes à interpréter, dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer ce qui résulte d'une réelle différence de morbidité dans la population et ce qui est à rattacher aux différences dans les modalités de prise en charge ou dans les pratiques médico-administratives.

2

2.5 Mortalité et causes de décès

Les statistiques des causes médicales de décès, produites par le service CépiDc de l'Inserm à partir des certificats médicaux établis pour chaque décès, constituent une source essentielle de données sur la santé de la population et notamment des jeunes. En effet, leur exhaustivité, leur ancienneté et leur production centralisée selon un protocole rigoureux permettent de réaliser des analyses et des comparaisons à différents niveaux géographiques, et de suivre des évolutions sur de longues périodes.

Dans ce chapitre, l'analyse des causes médicales de décès régionales repose, sauf indication contraire, sur des moyennes annuelles calculées sur la période 2002-2004¹⁴ [17].

240 jeunes de 15-24 ans décèdent chaque année dans la région

Les décès chez les jeunes sont relativement rares par rapport aux autres classes d'âge. Au cours des années récentes, environ 240 jeunes ligériens âgés de 15 à 24 ans sont morts en moyenne chaque année. Cela représente moins de 1 %

14 - cf. éléments de méthode p. 293.

des 29 000 décès qui surviennent annuellement dans la région, alors que les 15-24 ans représentent 13 % de la population des Pays de la Loire.

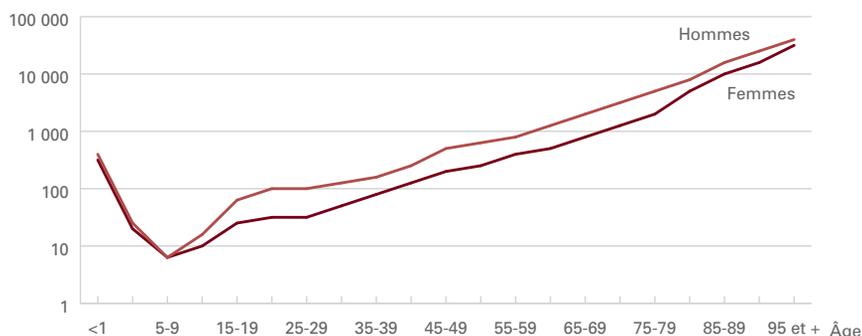
Le graphique ci-dessous, construit en échelle logarithmique pour permettre de visualiser des taux qui varient de 10 à près de 20 000, illustre les écarts de mortalité entre les classes d'âge. Le taux de mortalité des 15-24 ans (54 pour 100 000 habitants) est plus élevé que le taux minimum, observé entre 5 et 9 ans, mais nettement inférieur aux taux observés au cours de la première année de vie et surtout chez les personnes âgées (figure 2.11).

Une surmortalité masculine particulièrement marquée chez les jeunes

Ce graphique met également en évidence la surmortalité masculine, qui existe à tout âge, mais est surtout marquée chez les adolescents et adultes jeunes.

Entre 15 et 24 ans, le taux de mortalité est ainsi trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 79 et 28 pour 100 000 habitants). Dans cette classe d'âge, sur les 240 décès annuels, les trois quarts concernent des garçons.

Figure 2.11
Taux de mortalité globale selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



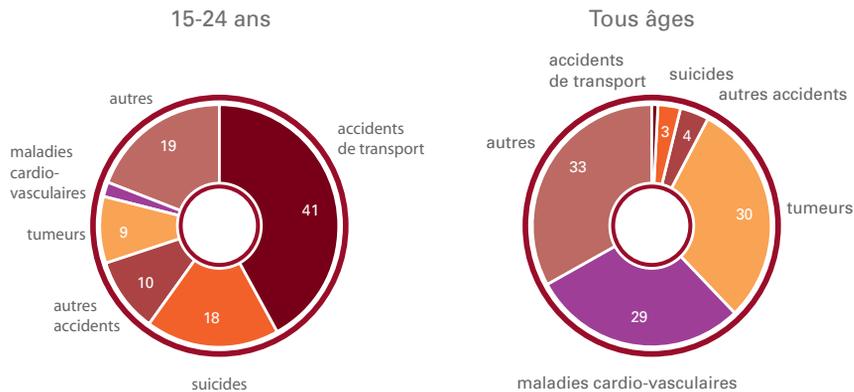
Sources : Inserm, CépiDc, Insee
Echelle logarithmique - unité pour 100 000

Les accidents, première cause de décès chez les jeunes

■ Dans l'ensemble de la population, dans la région comme en France, les cancers et les maladies cardio-vasculaires sont globalement responsables de 60 % des décès, et les morts violentes (accidents, suicides, homicides...) d'environ 8 %.

■ Chez les jeunes, la situation est très différente puisque les morts violentes constituent la principale cause de décès. On en dénombre 172 en moyenne chaque année parmi les 15-24 ans de la région, ce qui représente 72 % des décès dans cette tranche d'âge (figures 2.12 et 2.13).

Figure 2.12
Principales causes de décès selon l'âge
Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Source : Inserm CépiDc

Les accidents de transport constituent la principale cause de mort violente des 15-24 ans. Dans cette classe d'âge, ils sont à l'origine de 100 décès par an dans la région, et constituent donc la principale cause de mortalité des jeunes (41 % des décès).

Les suicides arrivent en seconde position parmi les causes de décès, avec une quarantaine de décès annuels (18 % des décès). Toutefois, contrairement aux décès par accident de transport, les décès par suicide sont plus fréquents chez les personnes âgées que chez les jeunes.

Les accidents autres que ceux liés au transport (noyades, accidents domestiques...), avec 25 décès par an, représentent 10 % des causes de décès des 15-24 ans (figure 2.13).

Enfin, les homicides sont à l'origine de 2 à 3 décès par an de jeunes ligériens de 15-24 ans, et entre 45 et 60 décès annuels au niveau national.

En raison de leur importance dans cette classe d'âge, la mortalité par accident et la mortalité par suicide font l'objet d'une approche détaillée pages 98, 169 et 183 de ce rapport.

Figure 2.13
Principales causes de décès chez les jeunes de 15-24 ans
Pays de la Loire (moyennes 2002-2004 et 1981-1983)

Code CIM10	Cause médicale de décès	15-24 ans					Tous âges
		Moyenne 2002-2004			Moyenne 1981-83	Taux ⁽¹⁾ 2002-04	Taux ⁽¹⁾ 2002-04
		Hommes	Femmes	Deux sexes	Deux sexes	Deux sexes	Deux sexes
V01-Y98	Causes externes de mortalité	136	36	172	386	39	72
	<i>dont : - Accidents¹⁵</i>	98	26	124	304	28	46
V01-V99	- transport	78	21	99	222	22	11
	- vie courante ¹⁶	19	5	24	82	5	33
X60-X84	- Suicides	35	7	42	67	10	22
C00-D48	Tumeurs	13	9	22	30	5	260
G00-G99	Maladies du système nerveux	5	4	9	14	2	39
I00-I99	Maladies de l'app. circulatoire	4	1	5	14	1	255
	Autres causes	20	11	31	48	-	-
	Total	178	61	239	493	54	872

Sources : Inserm CépiDc, Insee

(1) unité pour 100 000

Les tumeurs, principales causes de décès par maladie

Ce poids relatif important des morts violentes dans la mortalité des jeunes s'explique principalement par le caractère relativement rare des maladies graves dans cette population, notamment des cancers et des maladies cardiovasculaires, d'où les faibles taux de mortalité liés à ces affections.

Les tumeurs sont ainsi à l'origine d'une vingtaine de décès de jeunes ligériens âgés de 15-24 ans chaque année, soit 9 % des décès de cette classe d'âge (figure 2.13). Chez les 15-24 ans, il s'agit principalement de décès par tumeurs du système nerveux, de leucémies et de tumeurs osseuses.

Une surmortalité masculine particulièrement élevée pour le suicide et les accidents de transport

La surmortalité masculine des 15-24 ans concerne toutes les causes. Elle est particulièrement élevée pour le suicide, avec un taux de mortalité masculin 4,8 fois plus élevé que le taux féminin, et pour les accidents (taux multiplié par 3,6 pour les accidents de transport comme pour les autres accidents). Mais elle se retrouve également pour les maladies (taux multiplié par 1,4 pour les cancers, par 3,8 pour les maladies de l'appareil circulatoire).

15 - Accidents : codes V01-X59, Y85, Y86.

16 - Accidents de la vie courante : codes W00-W23, W25-W29, W32-W41, W44-W45, W49-W87, X00-X29, X40-X50, X58, X59, Y86.

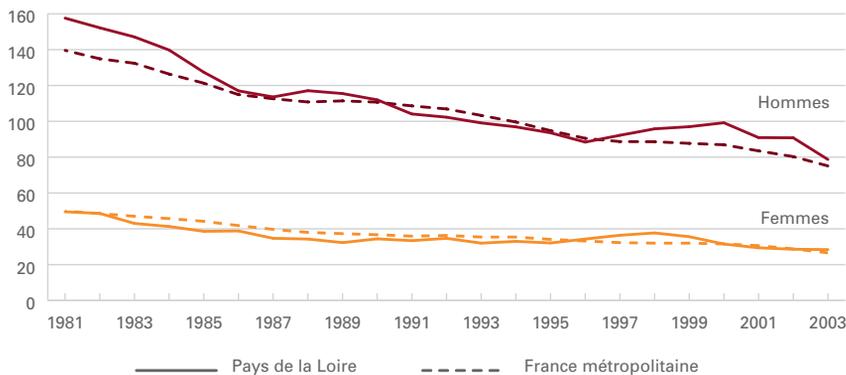
Forte baisse de la mortalité des jeunes depuis 20 ans dans la région comme en France...

- Depuis le début des années 1980, la mortalité de l'ensemble de la population a connu, dans la région comme en France, un recul considérable, avec une baisse du taux comparatif de mortalité de 35 % pour les hommes et de 37 % pour les femmes. Cette évolution résulte d'une baisse significative de la mortalité pour la plupart des causes de décès.
- Cette baisse se retrouve dans toutes les classes d'âge et notamment chez les jeunes, où elle est encore plus marquée, puisque le taux de mortalité des 15-24 ans a été divisé par deux au cours des deux dernières décennies dans la région (- 49 %), comme au niveau national (- 49 %) (figure 2.14). Cette baisse correspond à un nombre de vies épargnées considérable : environ 250 chaque année dans la région. Ce recul est principalement lié à la baisse très marquée des décès par accident de transport (cf. p. 175).

Figure 2.14

Evolution du taux de mortalité des 15-24 ans

Pays de la Loire, France métropolitaine (1981-2003)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Données lissées sur 3 ans - unité pour 100 000

... mais une situation régionale qui a eu tendance à se dégrader au cours des années récentes

Par contre, sur la dernière décennie, l'évolution de la mortalité des jeunes de la région a été moins favorable que celle observée pour l'ensemble de la France (respectivement - 22 % et - 29 %). La région s'est même distinguée par une légère augmentation de la mortalité des 15-24 ans à la fin des années 1990, tant chez les garçons que chez les filles, alors que la mortalité nationale dans cette classe d'âge poursuivait son recul (figure 2.14).

Une mortalité des jeunes qui dépasse de 9 % la moyenne nationale, en lien avec les accidents de transport et les suicides

Cette évolution régionale moins favorable que la moyenne nationale depuis le milieu des années 90 explique la surmortalité actuelle des jeunes de la région. La mortalité des 15-24 ans dépasse en effet de 9 % la moyenne nationale sur la période 1999-2004. Si la région connaissait la même mortalité chez les 15-24 ans que l'ensemble des régions françaises, ce serait une vingtaine de vies de jeunes de la région qui seraient épargnées chaque année.

Cette surmortalité résulte d'une surmortalité des jeunes de la région par suicide et par accident de transport.

Cette surmortalité des jeunes de la région contraste avec la situation des autres classes d'âge, qui toutes connaissent une sous-mortalité, expliquant la sous-mortalité régionale de la population globale (- 3 %) (figure 2.15).

Une surmortalité qui s'observe chez les garçons mais pas chez les filles

Cette surmortalité régionale des jeunes ne concerne que les garçons, pour lesquels elle atteint 11 %, alors que la mortalité des filles ne diffère pas significativement de la moyenne nationale.

Cette surmortalité n'est pas spécifique aux hommes de 15-24 ans mais concerne plus largement les jeunes ligériens entre 15 et 44 ans (figure 2.15). Mais entre 25 et 44 ans, on n'observe pas de surmortalité par accident de transport et seule la surmortalité par suicide est en cause dans cette tranche d'âge.

Figure 2.15

Taux de mortalité globale selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2002-2004)

	Hommes		Femmes		Deux sexes	
	Pays de la Loire	France métrop.	Pays de la Loire	France métrop.	Pays de la Loire	France métrop.
Moins de 15 ans	43	46	32	36	38	41
15-24 ans	80	75	28	26	54	51
25-34 ans	109	106	39	41	74	73
35-44 ans	224	217	101	106	163	161
45-54 ans	552	554	220	245	385	396
55-64 ans	1 031	1 040	413	439	733	751
65-74 ans	2 318	2 437	997	1 095	1 594	1 699
75-84 ans	5 697	5 956	3 156	3 377	4 254	4 469
85 ans et plus	19 394	18 743	15 389	15 345	16 133	15 989

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Unité : pour 100 000

La mortalité des jeunes ruraux est supérieure de 60 % à celle des jeunes urbains

■ Dans l'ensemble de la population régionale, la mortalité des habitants des zones rurales¹⁷ est supérieure de 7 % à celle des habitants des zones urbaines.

■ Mais chez les jeunes de 15-24 ans, l'écart observé est considérable, dans la région comme en France. Ainsi, en Pays de la Loire, le taux de mortalité des jeunes ruraux est supérieur de 60 % à celui des jeunes urbains au cours de la période 1996-2001.

Cette situation est principalement liée à la surmortalité par accident de transport des jeunes des zones rurales. Cette surmortalité accidentelle en zone rurale n'est toutefois pas spécifique aux jeunes, et s'observe également dans la plupart des classes d'âge.

D'importantes disparités de mortalité des jeunes entre les départements

■ La sous-mortalité régionale de l'ensemble de la population se retrouve dans tous les départements, sauf en Loire-Atlantique en raison d'une légère surmortalité masculine (figure 2.16).

Figure 2.16

Indice comparatif de mortalité par département ⁽¹⁾

Pays de la Loire (moyenne 1999-2004)

	15-24 ans			Tous âges		
	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes
Loire-Atlantique	100	89	97	104 *	96 *	99
Maine-et-Loire	108	109	107	94 *	95 *	95 *
Mayenne	118	105	118	91 *	92 *	92 *
Sarthe	122 *	109	120 *	96 *	92 *	95 *
Vendée	126 *	125	128 *	99	95 *	98 *
Pays de la Loire	111 *	104	109 *	98 *	95 *	97 *

Sources : Inserm CépiDc, Insee

* différence statistiquement significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %

(1) L'Indice comparatif de mortalité (ICM) permet de comparer la mortalité dans la région ou dans un département à la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de décès observé dans la zone géographique concernée au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 109 signifie une mortalité supérieure de 9 % à la moyenne nationale et un ICM de 89 une mortalité inférieure de 11 % à cette moyenne.

17 - Zones urbaines et zones rurales : cf. nomenclature p. 23.

L'analyse de la mortalité selon la commune de résidence a été réalisée sur la période 1996-2001, les dernières estimations de population pour l'ensemble des communes des Pays de la Loire datant du recensement de 1999.

■ Pour les 15-24 ans, la situation est plus contrastée selon les départements. En Loire-Atlantique, la mortalité des jeunes est relativement proche de la moyenne nationale. Le Maine-et-Loire et la Mayenne connaissent une légère surmortalité, mais la différence n'est pas significative par rapport à la France (respectivement + 7 % et + 18 %).

La Sarthe et de la Vendée présentent par contre une nette surmortalité chez les 15-24 ans, qui atteint respectivement + 20 % et + 28 % par rapport à la moyenne nationale (figure 2.16). Cette situation résulte principalement d'une forte surmortalité par accident de transport dans ces deux départements, à laquelle s'ajoute, pour les jeunes sarthois, une surmortalité par suicide. Ces résultats sont pour une part liés au caractère plus ou moins rural de ces départements.

Bibliographie

- [1] Enquête Baromètre santé jeunes 2000, ORS Pays de la Loire - CFES, exploitation ORS Pays de la Loire
- [2] Enquête Baromètre santé jeunes 2005, ORS Pays de la Loire - Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [3] Enquête Escapad 2005, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire
- [4] Qualité de vie, santé psychique, accidents et violences chez les jeunes de 12 à 25 ans. Baromètre santé Pays de la Loire 2000. ORS Pays de la Loire, 2004, 24 p.
- [5] Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, 2006, 24 p.
- [6] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [7] Perception de la santé et qualité de vie. A. Gautier, S. Pin, L. Courouve. Dans *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*. Sous la direction de P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2006, pp. 19-28 (Coll. Baromètre Santé)
- [8] Bases des centres d'examens de santé des Pays de la Loire 2005, CPAM Saint-Nazaire - CPAM La Roche-sur-Yon - IRSA (CES Angers, Cholet, Laval, Le Mans), exploitation ORS Pays de la Loire
- [9] The Duke health profile. A 17-item measure of health and dysfunction. G.R. Parkerson, W.E. Broadhead, C.K. Tse. *Medical Care*, vol. 28, n° 11, 1990, pp. 1056-1072
- [10] Le profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé. F. Guillemin, A. Paul-Dauphin, J.M. Virion, C. Bouchet, S. Briançon. *Santé Publique, SFSP*, vol. 9, n° 1, 1997, pp. 35-44
- [11] Bases régionales PMSI MCO 1998-2004, ARH Pays de la Loire - ATIH - Drees, exploitation ATIH (1998-2002), exploitation ORS Pays de la Loire (2003-2004)
- [12] Bases nationales PMSI MCO 1998-2004, ATIH - Drees, exploitation ATIH (1998-2002), exploitation Drees (2003-2004)
- [13] Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003. M.C. Mouquet. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 444, novembre 2005, 12 p.
- [14] Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire
- [15] Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS Pays de la Loire

- [16] Estimations d'incidence des cancers 2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors - ORS Pays de la Loire
- [17] Base nationale des causes médicales de décès 1980-2004, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS Pays de la Loire

CHAPITRE 3

Santé mentale et maladies psychiatriques

Dr Anne Tallec, Sandrine David

Introduction	88
3.1 La santé mentale positive	89
3.2 La détresse psychologique réactionnelle	92
3.3 Les affections psychiatriques caractérisées	96
3.4 Le suicide	98
3.5 Recours aux spécialistes de santé mentale	100
3.6 Facteurs associés à la santé mentale et aux troubles psychiques	101
Bibliographie	104

Remerciements

Ce chapitre a bénéficié des critiques et suggestions du Dr Denis Leguay, psychiatre au CHS de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

L'analyse des données concernant les admissions en affection de longue durée a été validée par le Dr Jacques Pivette, Direction régionale du service médical de l'assurance maladie des Pays de la Loire.

La partie consacrée aux facteurs de risque des suicides et tentatives de suicide a été enrichie par la contribution de Marie Choquet, directrice de recherche à l'unité Inserm 669 « Troubles du comportement alimentaire et santé mentale des adolescents », Maison des adolescents, Paris.

L'essentiel

La jeunesse est l'âge de la vie où les indicateurs de santé mentale sont les moins bons

Ce constat, qui n'est pas spécifique aux jeunes de la région, va à l'encontre du regard habituel porté à la santé des jeunes. L'enquête Baromètre santé, qui utilise le profil de santé de Duke, montre en effet que les jeunes et tout particulièrement les 15-19 ans ont des scores de santé mentale très inférieurs à ceux de leurs aînés.

Une situation qui apparaît nettement plus défavorable chez les filles...

Les scores de santé mentale des femmes sont, à tout âge, plus faibles que ceux des hommes, mais l'écart entre les sexes est particulièrement marqué entre 15 et 25 ans.

Cette moins bonne santé mentale des filles se retrouve si l'on considère les tentatives de suicide, dont la prévalence est également particulièrement élevée entre 15 et 19 ans. Globalement, chez les 15-25 ans, 8 % des filles et 3 % des garçons de la région déclarent ainsi avoir déjà tenté de se suicider. Respectivement 1,4 % des filles et 0,5 % des garçons ont eu ce geste au cours des douze derniers mois.

Enfin, si l'on considère les états dépressifs caractérisés, leur fréquence est également très supérieure chez les filles, avec une prévalence dans l'année qui atteint 10 % alors qu'elle est de 5 % chez les garçons.

Cette plus grande fréquence de l'expression des problèmes de santé mentale des filles s'accompagne d'un recours plus fréquent de ces dernières aux spécialistes de santé mentale. 9 % d'entre elles disent avoir consulté un de ces professionnels au cours de l'année, contre 4 % des garçons.

... mais plus de 80 % des décès par suicide concernent des garçons

Les décès par suicide sont nettement moins fréquents chez les jeunes que chez les personnes âgées, mais dans la mesure où les jeunes sont globalement peu touchés par les maladies, les suicides pèsent, avec les accidents, un poids important dans la mortalité des 15-25 ans. Mais la répartition des suicides selon le sexe contraste singulièrement avec la plus forte expression des problèmes de santé mentale par les filles, puisque dans la région comme en France, plus de 80 % des jeunes qui décèdent par suicide sont des garçons.

Les troubles mentaux graves, justifiant une admission en affection de longue durée par les régimes d'assurance maladie en raison des soins prolongés et coûteux qu'ils nécessitent, sont également plus fréquents chez les garçons (60 %), en raison de la plus forte prévalence masculine des psychoses et notamment de la schizophrénie.

Une prise en charge à améliorer

La prise en compte des problèmes de santé mentale des jeunes est donc essentielle, et une vigilance particulière s'impose pour ceux qui cumulent les facteurs de risque psychologiques, familiaux et comportementaux. Différents indicateurs, comme la proportion de tentatives de suicide n'ayant donné lieu à aucun suivi médical ou d'états dépressifs caractérisés non pris en charge, montrent que des progrès restent à faire.

Introduction

La santé mentale couvre un champ très vaste qui recouvre à la fois celui des pathologies psychiatriques caractérisées et la souffrance psychologique consécutive aux maux relationnels et sociaux. Ce dernier domaine est difficile à cerner sur le plan épidémiologique parce que sa reconnaissance dépend du contexte culturel ou sociétal, et en particulier du degré d'appropriation des catégories et des concepts de la santé mentale par les personnes concernées et les soignants. En référence à différents travaux [1, 2], on distingue désormais habituellement :

- la santé mentale positive, qui recouvre l'épanouissement personnel, et dont l'interdépendance avec la santé physique est de mieux en mieux identifiée,
- la détresse psychologique réactionnelle, qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,
- les maladies psychiatriques caractérisées, qui se réfèrent à des classifications diagnostiques établies sur des critères précis.

Les limites entre ces différentes notions sont toutefois complexes à poser dans la mesure où elles comportent chacune plusieurs degrés de gravité et s'inscrivent dans un continuum allant de la bonne santé mentale aux pathologies les plus lourdes. En outre, hormis pour les psychoses chroniques comme la schizophrénie, il est parfois difficile de statuer sur le caractère pathologique de certains troubles, de faire la distinction entre le malaise passager, le trouble de la personnalité (le « caractère ») et l'authentique symptôme morbide.

Les jeunes sont, comme et peut-être plus que d'autres groupes de population, concernés par les problèmes de la santé mentale, notamment parce que cette période de la vie constitue dans tous les domaines une étape de transition et de choix. Entre 15 et 25 ans, la plupart des jeunes connaissent en effet des transformations importantes de leur vie affective et sociale, passant du monde scolaire ou étudiant à la vie professionnelle, avec ou sans emploi, de la vie avec et chez leurs parents à une vie plus ou moins autonome, seuls, en couple ou avec des amis, avec souvent des allers-retours entre ces différents modes de vie avant que leur situation ne se stabilise (cf. chapitre 1). Faire face à ces évolutions exige de la part du jeune un désir d'indépendance et des capacités d'adaptation, mais nécessite également un environnement familial et social source de soutien et de réassurance. Si certaines manifestations de mal-être ou de souffrance psychique sont inhérentes au « travail psychique de l'adolescence » et sont à mettre en lien avec ces transformations, d'autres s'inscrivent dans une dimension psychopathologique qu'il importe de repérer et de prendre en charge.

Mais dans tous les cas, l'importance de la file active des 15-24 ans suivis par les secteurs de psychiatrie de la région (plus de 9 000 jeunes suivis en 2003, soit 2,1 % des 15-24 ans - auxquels s'ajoutent ceux pris en charge pour des problèmes de santé mentale en médecine générale, psychiatrie de ville ou en établissement de santé privé) illustre les enjeux considérables dans ce domaine, même si la proportion de la population suivie chez les jeunes est peu différente de celle observée chez les personnes plus âgées, jusqu'à 85 ans [3].

Ce chapitre est organisé en six parties. La première porte sur la santé mentale positive des jeunes des Pays de la Loire, étudiée à partir des résultats de l'enquête régionale Baromètre santé jeunes 2005. Les résultats de cette enquête sont également utilisés dans la seconde partie qui porte sur la détresse psychologique réactionnelle des jeunes, et notamment sur les comportements suicidaires et les états dépressifs. La troisième partie approche l'incidence des affections psychiatriques caractérisées chez les 15-24 ans à partir des statistiques de l'assurance maladie concernant les admissions en affections de longue durée pour pathologie psychiatrique. Enfin, après quelques éléments concernant la fréquence des recours aux soins de santé mentale, ce chapitre présente les données concernant la mortalité des jeunes de la région par suicide, sur la base des statistiques établies par l'Inserm CépiDc. La dernière partie du chapitre est consacrée aux facteurs associés à la santé mentale et aux troubles psychiques, avec une présentation de données issues de la littérature ainsi que des informations disponibles pour les jeunes de la région.

3.1 La santé mentale positive

3

La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». Sa mesure est bien sûr très complexe, et au cours des dernières décennies, de nombreux outils d'évaluation, généraux ou spécifiques, ont été élaborés au plan international [4, 5]. Parmi ces outils figure le profil de santé de Duke, qui comprend différents scores de santé dont un score de santé mentale. Ce dernier est calculé à partir de réponses à différentes questions concernant l'estime de soi, la capacité de concentration, les sentiments de découragement, de tension, de tristesse (cf. p. 58). Cet outil de mesure a été utilisé dans le cadre des enquêtes Baromètre santé réalisées en 2000 puis en 2005¹ [6-9]. Il apporte donc des informations récentes sur la santé mentale des jeunes ligériens.

1 - cf. éléments de méthode p. 292.

Les jeunes, et notamment les 15-19 ans, en moins bonne santé mentale que leurs aînés

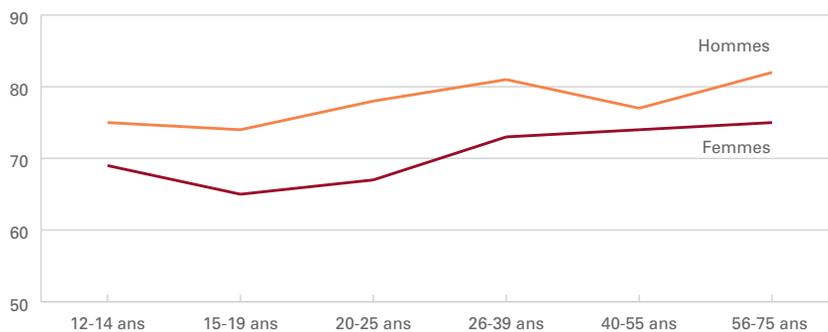
A travers les résultats de cette enquête, la santé mentale positive des jeunes apparaît relativement satisfaisante. Mais elle est toutefois moins favorable que celle des groupes de population plus âgés, dans la région comme en France. Si l'on considère les 12-75 ans, c'est en effet entre 15 et 19 ans que le score de santé mentale est le plus bas. Il est légèrement plus élevé chez les 20-25 ans, puis continue de progresser plus ou moins régulièrement avec l'âge (figure 3.1). En 2005, les jeunes apparaissent ainsi en moyenne plus anxieux, plus déprimés et affichent une moins bonne estime d'eux-mêmes que leurs aînés [9-11]. En l'absence de suivi de cet indicateur sur de longues périodes, il est toutefois difficile de savoir si ce constat résulte d'un effet âge ou d'un effet génération².

Des écarts garçons-filles particulièrement marqués

Les femmes ont de moins bons scores de santé mentale que les hommes dans toutes les classes d'âge. Mais les écarts entre les sexes apparaissent particulièrement marqués chez les 15-25 ans (figure 3.1) [10, 11].

Figure 3.1

Scores moyens de santé mentale du profil de Duke selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

Les scores présentés sont normalisés de 0 à 100, le score le plus favorable (qualité optimale) étant 100.

Attention : le moindre score de santé mentale des hommes de 40-55 ans dans le Baromètre santé régional ne s'observe pas dans l'enquête nationale Baromètre santé et résulte sans doute d'un effet d'échantillon.

2 - Effet âge, effet génération : une association avec l'âge peut traduire : un « effet âge », c'est-à-dire une évolution du comportement au fil du vieillissement des individus ; un « effet génération », c'est-à-dire une différence durable de comportement selon la cohorte de naissance ; ou les deux.

Une situation stable et proche de la moyenne nationale

Chez les 15-25 ans comme à tout âge, les scores de santé mentale des habitants des Pays de la Loire sont proches de la moyenne française. Par ailleurs, entre 2000 et 2005, ces scores ont peu évolué [10-12].

Encadré 3.1

Fil Santé Jeunes : ce que les adolescents nous disent

À l'initiative de Fil Santé Jeunes, et en partenariat avec la fondation Wyeth, les sociétés Thalès et Think-Out ont analysé, sur un an, le contenu de plusieurs milliers de courriels et d'échanges au sein des forums.

« Ce matériau est d'autant plus intéressant qu'il s'appuie sur l'anonymat et un discours spontané des jeunes. Cette « parole vive » permet d'appréhender plusieurs facettes du discours adolescent, l'internaute s'adressant à ses pairs ou à des professionnels ».

Le mal de vivre

« Il en ressort que les messages sont dominés par deux thématiques. Une première série d'interrogations concerne l'amour, la découverte de la sexualité et les transformations du corps. Une deuxième catégorie porte sur le mal-être. Les sentiments négatifs « subis » sont majoritaires : dégoût de soi, déprime, enfermement, perte d'estime de soi, peur, stress, tristesse et souffrance. La question du suicide est évoquée dans 5,9 % des courriels et 9,4 % des forums. Les sentiments « agis » comme la colère ou la haine, beaucoup plus rares, sont généralement retournés contre soi. Peu présents, bonheur et hymne à la vie apparaissent dans les paroles de réconfort ou d'encouragement entre jeunes.

Des clefs pour comprendre

L'étude révèle plusieurs dimensions du discours adolescent. Elle souligne d'abord la préoccupation d'être normal. Cette référence à la normalité est le signe de l'inexpérience (période de puberté, apparition des caractères sexuels), le symptôme d'un complexe (besoin de se comparer, image de soi) ou encore l'expression d'une gêne, d'une culpabilité (exprimée par rapport à la masturbation, la sexualité).

Parallèlement à cette quête d'appartenance au groupe, l'enquête dévoile aussi des formes de rejet de la « normalité » au profit de l'affirmation, par le jeune, de sa singularité.

Plus globalement, l'absence d'expérience produit chez les jeunes « un défaut de sens ». Faute d'avoir intériorisé un certain savoir, tout suscite interrogations et inquiétudes. Le discours s'en trouve marqué par un sentiment d'urgence ».

Fil Santé Jeunes : ce que les adolescents nous disent. *Equilibres*, Inpes, n° 19, septembre 2006, pp. 1-2

3.2 La détresse psychologique réactionnelle

La détresse psychologique des jeunes, en réponse aux situations éprouvantes ou aux difficultés existentielles, peut se traduire de façons très diverses. Les principales manifestations en sont les états dépressifs, les conduites addictives, les conduites suicidaires, les prises de risque et les accidents, les comportements agressifs et violents.

■ Il existe toutefois des spécificités très fortes selon le sexe.

Chez les garçons, on se situe plutôt du côté de l'agi, avec des comportements de prise de risque (addictions, conduite de véhicules, vie sexuelle), des violences contre autrui, voire des suicides. Ces comportements sont en outre très souvent liés. Ils sont évoqués plus en détail dans d'autres chapitres de ce rapport (cf. chapitres 4, 5 et 7).

Chez les filles, il s'agit plutôt de mal-être, de troubles dépressifs plus ou moins caractérisés, d'idées ou de tentatives de suicide.

■ La gravité de ces situations réside dans leur durée, leur répétition, leur cumul, qui traduit leur « fixation pathologique » et risque de désorganiser la trajectoire d'insertion du jeune et de le faire basculer dans des états pathologiques plus lourds.

Les données présentées ci-après relèvent donc pour une part du champ de la détresse psychologique réactionnelle, mais doivent aussi être reliées aux affections psychiatriques caractérisées.

13 % des filles et 3 % des garçons ont eu des idées suicidaires dans l'année

Les pensées suicidaires, notamment si elles sont récurrentes doivent faire l'objet d'une attention particulière, parce que les jeunes concernés constituent une population plus à risque de suicide.

Selon l'enquête régionale Baromètre santé jeunes 2005³, 8 % des Ligériens de 15-25 ans déclarent *avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois*, les filles plus souvent que les garçons (13 % vs 3 %, figure 3.2).

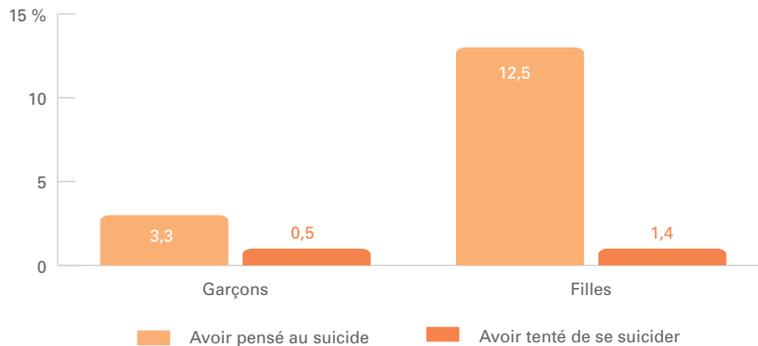
Cette prévalence chez les 15-25 ans de la région est proche de la moyenne nationale et est restée stable entre 2000 et 2005.

Parmi les jeunes qui ont *pensé au suicide au cours des douze derniers mois*, un sur dix est passé à l'acte sur cette période [7].

3 - cf. éléments de méthode p. 292.

Figure 3.2

Idées et tentatives de suicide dans l'année chez les 15-25 ans selon le sexe
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

8 % des filles et 3 % des garçons ont déjà tenté de se suicider

- 6 % des jeunes ligériens de 15-25 ans déclarent⁴ avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie et 1 % au cours des douze derniers mois.

La prévalence-vie des tentatives de suicide chez les jeunes comme la prévalence sur les douze derniers mois est beaucoup plus élevée chez les filles (respectivement 8 % et 1,4 %) que chez les garçons (3 % ; 0,5 %) [7].

- Les récurrences, généralement considérées comme un signe de gravité, concernent une proportion importante des jeunes suicidants. 21 % d'entre eux déclarent en effet déjà avoir fait deux tentatives de suicide, et 24 % trois ou plus [7].

- La proportion des 15-25 ans qui déclarent *avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie* est, en 2005, supérieure dans la région à la moyenne nationale (6 % vs 4 %, à structure par âge et sexe comparable). Cette différence n'était pas observée en 2000, mais au cours de ces cinq années, la proportion de jeunes déclarant avoir déjà tenté de se suicider a connu une tendance à la hausse dans la région alors qu'elle diminuait au niveau national. Bien que chacune de ces évolutions ne soit pas statistiquement significative, leur addition a creusé l'écart entre la région et la moyenne nationale [7]. Les résultats du Baromètre santé jeunes 2010 dans ce domaine devront donc faire l'objet d'une attention particulière.

4 - Ces données, déclaratives, recouvrent des gestes de nature et de gravité très différentes, puisque ce sont les gestes auxquels le jeune a donné une intention suicidaire qui sont pris en compte. Certains peuvent être passés inaperçus de l'entourage, d'autres ont pu donner lieu à une hospitalisation. Cette approche est cohérente avec les conceptions actuelles selon lesquelles la gravité du geste ne réside pas seulement dans l'importance des lésions ou la force de l'intentionnalité, mais aussi dans la signification que lui donne l'adolescent.

Des tentatives de suicide plus fréquentes chez les jeunes qu'aux autres âges de la vie

L'enquête nationale Baromètre santé, qui porte sur toutes les classes d'âge et pas seulement sur les jeunes comme l'enquête régionale, permet de mettre en évidence les effets de l'âge sur la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois.

En France, les tentatives de suicide dans l'année apparaissent ainsi particulièrement fréquentes entre 15 et 19 ans, chez les filles et à un moindre degré chez les garçons. Chez les 20-25 ans, leur prévalence chez les garçons comme chez les filles est nettement moindre et peu différente de celle observée dans les autres classes d'âge.

Pour les pensées suicidaires, le constat est le même pour les filles, alors que pour les garçons la prévalence entre 15 et 19 ans est peu différente de celle observée aux autres âges de la vie [13].

Une prise en charge des tentatives de suicide qui semble insuffisante

La prise en charge médicale de ces jeunes suicidants apparaît insuffisante, eu égard aux recommandations actuelles [14]. En effet, parmi les jeunes de 15-25 ans qui déclarent *avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie*, seulement la moitié disent *être allés à l'hôpital ou avoir été suivis par un médecin ou un « psy »* à la suite de cet évènement [7].

Des actions d'information sur l'importance de la prise en compte de tout acte suicidaire, quelle que soit sa gravité somatique, et des formations sur les modalités de sa prise en charge, ont été mises en place dans la région depuis plusieurs années dans le cadre du plan régional de santé consacré à la prévention du suicide. Elles devraient permettre de faire évoluer cette situation [15].

Encadré 3.2

Les séjours hospitaliers pour tentative de suicide

Les personnes ayant tenté de se suicider font l'objet de prises en charge très diverses. Certaines ne rencontrent aucun soignant, d'autres arrivent directement aux urgences hospitalières, d'autres sont vues par les médecins généralistes libéraux, puis gardées à domicile ou adressées aux urgences. Parmi les personnes qui passent aux urgences, certaines sont hospitalisées en service de court séjour (médecine ou chirurgie), ou en psychiatrie, les autres retournent à domicile sans hospitalisation.

Selon les données issues du PMSI*, environ 1 000 séjours hospitaliers en service de médecine ou chirurgie liés à une tentative de suicide** de jeunes de 15-24 ans de la région ont été dénombrés en 2004.

Mais ce nombre est vraisemblablement sous-estimé, puisqu'il correspond à un taux d'hospitalisation environ 1,3 fois inférieur à la moyenne nationale, alors que les résultats de l'enquête régionale du Baromètre santé jeunes mettent en évidence une situation plutôt inverse pour les tentatives de suicide déclarées dans cette classe d'âge.

Ces données concernant les séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide sont par contre cohérentes avec celles de la littérature et celles issues du Baromètre santé en ce qui concerne la surreprésentation des femmes et des jeunes parmi les suicidants, avec notamment des hospitalisations pour tentative de suicide 2,5 fois plus fréquentes chez les femmes de 15-24 ans que chez les hommes ^[1, 2].

* PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (cf. p. 295)

** codes CIM10 X60-X84 en diagnostic associé

[1] Base régionale PMSI-MCO 2004 (ARH, exploitation ORS Pays de la Loire)

[2] Suicides et tentatives de suicide en France. M.C. Mouquet, V. Bellamy. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 488, mai 2006, 8 p.

10 % des filles et 5 % des garçons ont présenté un état dépressif caractérisé au cours de l'année

7 % des 15-25 ans de la région ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé⁵ au cours des douze derniers mois, les filles deux fois plus souvent que les garçons (10 % vs 5 %). Ces proportions sont proches de la moyenne nationale, et n'apparaissent pas particulièrement différentes de celles observées dans les autres classes jusqu'à 55 ans (les taux diminuant au-delà de cet âge).

Ces épisodes ne sont pas tous de même gravité. Les réponses au test permettent d'estimer que les épisodes dépressifs légers concernent 1 % des jeunes interviewés de 15-25 ans, les épisodes caractérisés de gravité moyenne 4 % et ceux de gravité sévère 2 %.

La moitié de ces épisodes dépressifs caractérisés sont récurrents, ces épisodes à répétition concernant globalement 4 % des 15-25 ans [7, 10].

3

5 - Le Baromètre santé jeunes comportait en 2005 les questions d'un outil standardisé, le CIDI shortform test. Ce questionnaire est destiné à mesurer la prévalence des troubles dépressifs en population générale. En fonction de critères de la classification internationale DSM-IV concernant le nombre de symptômes et de leur retentissement sur les activités habituelles, il permet d'identifier les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) et de les classer en fonction de leur sévérité (EDC sévère, moyen, léger) et de leur répétition (EDC unique, trouble dépressif récurrent ou trouble dépressif chronique).

Les personnes dépressives particulièrement exposées au risque suicidaire

Les épisodes dépressifs nécessitent un diagnostic et une prise en charge adaptée car leur lien avec les tentatives de suicide et le suicide est bien établi. Ainsi, parmi les jeunes de la région ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé sévère dans l'année, 71 % déclarent *avoir pensé au suicide* sur cette période, 46 % *avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie* et 15 % dans l'année. Parmi les jeunes ayant souffert d'un épisode dépressif moyen dans l'année, ces proportions sont moindres, mais restent notables, respectivement égales à 34 %, 25 % et 4 % [7].

Un recours aux soins insuffisant

- Malgré l'information de plus en plus large autour de la gravité de ces situations, la prise en charge des états dépressifs des jeunes apparaît insuffisante dans la région comme en France. Ainsi, parmi les 15-25 ans ayant eu un épisode dépressif sévère au cours des douze derniers mois, seulement :
 - 61 % déclarent *avoir utilisé les services d'un organisme ou avoir consulté un professionnel pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques, ou des problèmes de comportement* durant l'année, dont 54 % ont consulté un psychiatre, un psychologue ou un centre médico-psychologique,
 - et 54 % *avoir pris des antidépresseurs* [7].
- Selon les résultats de l'enquête nationale Baromètre santé, les jeunes de 15-25 ans qui ont présenté un épisode dépressif dans l'année ont eu moins souvent recours aux soins au cours des douze derniers mois que leurs aînés. Les garçons de 15-19 ans ont eu notamment un recours aux soins particulièrement faible [16].

3.3 Les affections psychiatriques caractérisées

Chez les jeunes comme à tout âge, la place des affections psychiatriques les plus lourdes dans la santé de la population est souvent sous-estimée, parce que ceux qui en souffrent sont, au moins pour une part d'entre eux en difficulté d'intégration sociale voire vivent en institution, et sont donc peu « visibles ». Outre les données de l'enquête Baromètre santé jeunes sur les épisodes dépressifs caractérisés présentés ci-avant, les données concernant les jeunes admis en Affection de longue durée (ALD) par les trois principaux régimes d'assurance maladie pour bénéficier d'une exonération du ticket modérateur, permettent d'approcher l'incidence et la nature des troubles mentaux et du comportement nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux dans cette population⁶ [17, 18].

⁶ - Les données présentées dans ce chapitre concernent les admissions en ALD des assurés sociaux de la région relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) sur la période 2002-2004 ; cf. éléments de méthode p. 292.

Les troubles mentaux et du comportement sont de très loin la maladie grave la plus fréquente chez les jeunes

- La fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement progresse régulièrement avec l'âge, et est donc moins élevée chez les 15-24 ans que dans les classes d'âge plus élevées.

- Mais ces affections sont néanmoins les maladies « graves » dont l'incidence est la plus forte chez les jeunes. Dans la région comme en France, elles constituent le principal motif d'admission en ALD des 15-24 ans. Sur près de 1 300 admissions prononcées en moyenne chaque année sur la période 2002-2004, 42 % sont motivées par des troubles mentaux et du comportement.

- Les pathologies les plus fréquemment en cause sont les psychoses (187 cas par an en moyenne) et notamment la schizophrénie, les troubles spécifiques de la personnalité (128 cas) ou les troubles de l'humeur (64 cas), principalement d'ordre dépressif.

On relève également 36 admissions pour troubles des conduites alimentaires, (anorexie notamment), 36 admissions pour retard mental (ces dernières se faisant plus souvent avant 15 ans). Enfin, 15 admissions concernent des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (opiacés, cannabis, alcool...).

Des troubles psychiatriques graves plus fréquents chez les garçons

Les admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement sont plus fréquentes chez les garçons (60 % de cas masculins) en raison principalement de la fréquence nettement plus élevée des admissions pour psychose chez les garçons (80 % de cas masculins), notamment pour schizophrénie.

Les filles sont à l'inverse plus fréquemment concernées par les troubles dépressifs (68 % de cas féminins), et les troubles de l'alimentation, ces derniers concernant presque exclusivement que des filles.

3

Une situation régionale spécifique mais difficile à interpréter

La fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement dans la région est inférieure de 19 % à la moyenne nationale chez les 15-24 ans [17, 18]. Cette moindre fréquence se retrouvant d'une façon globale pour l'ensemble des classes d'âge. Il est toutefois impossible de savoir si cette situation résulte d'une spécificité épidémiologique régionale, d'un moindre recours au dispositif d'ALD par les patients et leurs médecins, et/ou d'une plus grande difficulté d'admission dans ce dispositif [19].

3.4 Le suicide

Le suicide est en général consécutif à la survenue d'un événement qui déborde les mécanismes d'adaptation d'une personne déjà vulnérable.

L'événement qui va déclencher le passage à l'acte est parfois une situation très douloureuse, mais il s'agit souvent, notamment chez les jeunes, d'un acte qui paraît anodin ou peu important aux yeux des adultes (problème scolaire, dispute avec un parent, rupture de liens amicaux ou sentimentaux...).

Mais la vulnérabilité du jeune résulte dans la majorité des cas d'une pathologie mentale (schizophrénie, état dépressif sévère, trouble bipolaire...) identifiée ou non.

L'histoire de vie de l'adolescent peut accroître sa vulnérabilité à l'égard du suicide (absence de soutien parental, antécédents psychiatriques ou de suicide dans la famille, sévices physiques ou sexuels, deuil précoce, maladie chronique...). Mais elle peut aussi constituer un facteur de protection (soutien de la famille, des amis, engagement social...). L'usage de drogues ou d'alcool, outre qu'il constitue souvent l'un des signes de cette vulnérabilité, notamment parce qu'il a une valeur d'autothérapie, constitue un facteur de risque dans la mesure où il favorise le passage à l'acte.

Près de 20 % des décès entre 15 et 24 ans sont des suicides

■ Dans la région comme en France, les décès par suicide sont nettement moins fréquents chez les jeunes que chez les personnes âgées. En effet, sur 750 décès par suicide dénombrés en moyenne chaque année dans la région par les statistiques des causes médicales de décès de l'Inserm CépiDc, moins de 6 % concernent des jeunes de 15-24 ans.

Toutefois, les décès par maladies étant relativement rares dans cette classe d'âge, les suicides sont à l'origine de 18 % des décès chez les 15-24 ans (contre 3 % des décès tous âges) [20].

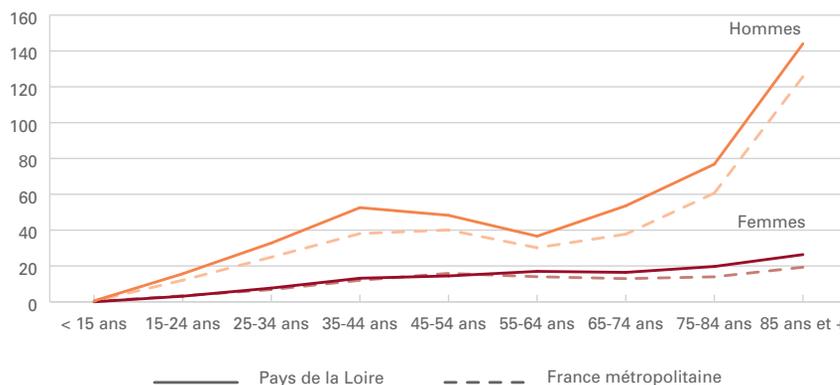
En outre, différents travaux estiment que pour diverses raisons le nombre total de décès par suicide est sous-estimé d'environ 20 %⁷ [21].

7 - Les données concernant les décès par suicide proviennent des statistiques des causes médicales de décès produites par l'Inserm CépiDc à partir des informations contenues dans le certificat établi par le médecin qui a certifié la mort (cf. éléments de méthode p. 293). Toutefois, dans certains cas, l'intentionnalité de la mort n'a pas pu être identifiée par ce professionnel, et n'est pas mentionnée sur le certificat médical de décès. Les décès concernés sont alors classés dans la catégorie « causes inconnues ou non-déclarées » ou « traumatismes et empoisonnements à l'intention non déterminée ». Par ailleurs, lorsqu'un décès nécessite l'intervention d'un institut médico-légal, l'information sur sa nature exacte n'est pas toujours transmise au CépiDc après l'autopsie. Il en résulte une sous-estimation du nombre de décès par suicide dans les statistiques des causes médicales de décès. Pour les 15-24 ans, des travaux l'ont estimé à 21 % au niveau national pour l'année 1998 [21]. Dans cette étude, les données utilisées sont celles issues des certificats médicaux de décès, sans correction de la sous-estimation. Les décès étudiés sont ceux ayant un code « Lésions auto-infligées » en cause initiale de décès (CIM9 E950-E959 de 1990 à 1999, CIM10 X60-X84 de 2000 à 2004).

Figure 3.3

Taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2002-2004)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Unité : pour 100 000

- Plus de la moitié des décès par suicide chez les jeunes ligériens âgés de 15-24 ans font suite à une pendaison, strangulation et suffocation (22 décès sur 42, sur la période 2002-2004). Le recours aux armes à feu (6 décès) reste rare, de même que le saut dans le vide (5 décès) ou l'usage de médicaments (2 décès) [20].

Sur 42 décès annuels par suicide chez les 15-24 ans de la région, plus de 80 % concernent des garçons

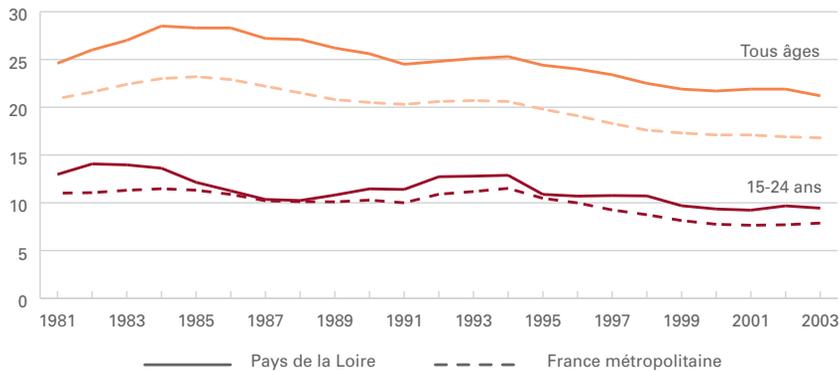
La mortalité par suicide est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, à tous les âges de la vie (figure 3.3). Parmi les 15-24 ans, 35 décès sur 42 concernent des garçons. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette différence, et le moyen utilisé constitue l'une des explications : les filles privilégient en effet l'absorption de médicaments, qui laissent souvent une chance de les sauver, alors que les garçons vont plutôt recourir à la pendaison ou se servir d'une arme. Les garçons sont également plus impulsifs dans leur geste alors que les filles vont plus facilement chercher de l'aide avant le passage à l'acte.

Une mortalité par suicide des jeunes ligériens supérieure à la moyenne nationale

Chez les 15-24 ans des Pays de la Loire, la mortalité par suicide est supérieure à la moyenne nationale (+ 22 % pour la période 1999-2004).

Mais les jeunes de la région ne se distinguent pas sur ce point de l'ensemble de la population régionale. Cette dernière connaît en effet, depuis de nombreuses années, une surmortalité par suicide avec un taux comparatif de mortalité pour la période 2002-2004 qui dépasse la moyenne nationale de 25 % (figure 3.4).

Figure 3.4
Evolution du taux de mortalité par suicide dans l'ensemble
de la population ⁽¹⁾ et chez les 15-24 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (1981-2003)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

(1) Taux comparatif

Une mortalité qui se stabilise depuis quelques années, après avoir connu une tendance à la baisse

Depuis le début des années 1980, la mortalité par suicide a diminué de plus de 25 % chez les 15-24 ans de la région, comme au niveau national (figure 3.4). Cependant, au cours des dernières années, cette mortalité semble se stabiliser chez les jeunes comme pour les adultes d'âge moyen, alors qu'elle continue de reculer chez les plus de 70 ans.

3.5 Recours aux spécialistes de santé mentale

En réponse à la grande diversité de leur nature et de leur gravité, les problèmes de santé mentale des jeunes sont pris en charge par de nombreux professionnels, spécialisés ou non. Le Baromètre santé jeunes régional et l'enquête Escapad⁸ apportent des informations sur la proportion de jeunes qui déclarent avoir consulté un spécialiste de santé mentale au cours des douze derniers mois sans distinguer si ce professionnel est un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute.

Un recours deux fois plus fréquent chez les filles

Selon le Baromètre santé 2005, 6 % des 15-25 ans de la région déclarent avoir consulté un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute ou un psychanalyste au moins une fois au cours des douze derniers mois.

8 - cf. éléments de méthode p. 292 et 294.

Cette proportion est proche de celle observée chez les adultes d'âge moyen (elle diminue au-delà de 55 ans). Le recours à ces spécialistes de santé mentale est plus fréquent chez les filles (9 % ont consulté au moins une fois dans l'année) que chez les garçons (4 %) [10, 11].

Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'enquête Escapad 2005, menée auprès des jeunes de 17 ans lors de la journée d'appel de préparation à la défense. Selon cette enquête, 7 % des jeunes ligériens (6 % des garçons, 9 % des filles) déclarent *avoir consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychanalyste au cours des douze derniers mois* [22].

Ces deux enquêtes retrouvent également une situation régionale dans ce domaine qui ne se distingue pas de la moyenne nationale.

3.6 Facteurs associés à la santé mentale et aux troubles psychiques

Les déterminants de la santé mentale sont multiples, certains jouant un rôle protecteur et favorisant la résilience à l'exposition aux différents événements stressants de la vie, d'autres constituant au contraire des facteurs de risque susceptibles d'accroître la vulnérabilité des personnes qui y sont exposées.

Concernant les troubles psychiques et les conduites suicidaires chez les jeunes, un certain nombre de facteurs de risque sont retrouvés de façon assez constante dans la littérature (encadrés 3.3 et 3.4). Ces facteurs sont souvent intriqués, et c'est bien sûr leur survenue précoce dans l'enfance, leur cumul, leur durée, leur répétition dans la trajectoire de vie du jeune qui apparaissent particulièrement à risque.

3

Encadré 3.3

Traumatismes pouvant affecter le développement normal d'un jeune et altérer sa santé mentale :

- absence de communication intergénérationnelle,
- absence de figures significatives,
- autonomie précoce ou pseudo-autonomie,
- déménagements multiples,
- expériences d'abus ou de violences,
- expériences de séparations prolongées (deuil, divorce...),
- placements nombreux,
- problèmes familiaux,
- troubles de santé mentale chez un parent ou dans la famille immédiate.

© 2003 Association canadienne pour la santé mentale - Filiale de Montréal

Encadré 3.4

Principaux facteurs de risque de suicide et de tentatives de suicide chez les jeunes

Facteurs de risque familiaux :

- dissociation familiale (par divorce ou décès),
- violence entre les parents ou entre parents et enfants, surtout si accompagnée de violences sexuelles,
- psychopathologie parentale (dont alcoolisme, dépression chronique, maladie mentale ou comportement suicidaire),
et à un moindre degré
- faible niveau d'éducation des parents,
- faible niveau de revenus,
- nombre élevé d'enfants dans la famille,
- origine ethnique (filles d'origine maghrébine notamment).

Facteurs de risque psychologiques et psychopathologiques :

- tous les troubles psychiatriques (sauf la démence), et en particulier :
- dépression et troubles de l'humeur,
 - troubles des conduites alimentaires, dont anorexie et boulimie,
 - schizophrénie.

Facteurs de risque comportementaux :

- fugue,
- comportements violents,
- consommation régulière de drogues,
- consommation quotidienne de tabac,
- absentéisme scolaire régulier,
- consommation régulière d'alcool (surtout ivresse « solitaire » et « pour oublier »).

Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. M. Choquet. Dans *La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus*. Fédération française de psychiatrie, Anaes. Ed. John Libbey Eurotext, 2001, pp. 119-121

Pour les jeunes de la région, l'enquête Baromètre santé⁹ permet d'étudier les facteurs associés aux épisodes dépressifs caractérisés et aux tentatives de suicide chez les 15-25 ans des Pays de la Loire, et retrouve des résultats cohérents avec ceux de la littérature [7].

9 - cf. éléments de méthode p. 292.

L'importance de l'environnement familial

Le contexte familial des jeunes, et notamment les situations de conflit entre leurs parents joue un rôle important dans la survenue de troubles psychiques chez les jeunes.

■ Dépressions et tentatives de suicide sont ainsi plus fréquentes chez les jeunes de la région qui *ont connu avant 18 ans de graves disputes ou mésententes entre leurs parents*, ou bien qui ont vécu *la séparation ou le divorce de leurs parents*.

Les jeunes vivant dans une famille monoparentale ont aussi souffert plus souvent de dépression dans l'année que ceux qui vivent avec leurs deux parents.

Les jeunes qui *ont connu avant 18 ans la maladie, le handicap, l'accident grave (voire le décès) d'un de leurs parents* déclarent plus fréquemment avoir *déjà fait une tentative de suicide*.

■ Au-delà de ces situations, la qualité de la relation avec les parents, cause ou conséquence des troubles psychiques, apparaît également importante. Les jeunes qui considèrent qu'*il est difficile pour eux de parler à leur mère de choses qui les préoccupent vraiment* ont plus fréquemment connu des épisodes dépressifs dans l'année ou déjà tenté de se suicider.

Les conduites suicidaires sont également plus fréquentes chez les jeunes qui ne se sentent peu ou pas valorisés par leurs parents.

L'association avec la consommation de substances psychoactives

Les 15-25 ans ayant un usage répété du cannabis et à un moindre degré ceux qui fument quotidiennement ont plus souvent souffert d'épisodes dépressifs dans l'année, et déclarent plus fréquemment *avoir déjà fait une tentative de suicide*.

Les 15-25 ans ayant une consommation régulière d'alcool ou qui connaissent des ivresses répétées ont plus fréquemment déjà tenté de se suicider.

Le lien entre troubles psychiques et violences subies

Les 15-25 ans victimes de violence déclarent plus fréquemment avoir fait une tentative de suicide. Les 15-25 ans déclarant *avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de leur vie* sont cinq fois plus nombreux à avoir souffert d'un épisode dépressif ou pensé au suicide dans l'année ou fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Bibliographie

- [1] Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale. Rapport final. A. Lovell. InVS, 2004, 72 p.
- [2] Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2005, 98 p.
- [3] Rapports de secteur de psychiatrie de l'année 2003, Drees, exploitation ORS Pays de la Loire
- [4] The state of mental health in the European union. European commission, 2004, 79 p.
- [5] Les indicateurs de santé mentale. V. Kovess-Masféty. *ADSP. Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, n° 42, mars 2003, pp. 53-57
- [6] Qualité de vie, santé psychique, accidents et violences chez les jeunes de 12 à 25 ans. Baromètre santé Pays de la Loire 2000. ORS Pays de la Loire, 2004, 24 p.
- [7] Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, 2006, 24 p.
- [8] Inégalités et comportements de santé des 18-75 ans. C. Ménard, A. Gautier. Dans *Baromètre santé 2000. Résultats. Volume 2*. Sous la direction de F. Beck, F. Baudier, A. Gautier. Ed. CFES, 2001, pp. 391-420 (Coll. Baromètres)
- [9] Qualité de vie : une évaluation positive. A. Gautier, C. Kubiak, J.F. Collin. Dans *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, pp. 44-64 (Coll. Baromètres Santé)
- [10] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [11] Enquête Baromètre santé jeunes 2005, ORS Pays de la Loire - Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [12] Enquête Baromètre santé jeunes 2000, ORS Pays de la Loire - CFES, exploitation ORS Pays de la Loire
- [13] Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité. G. Michel, E. Aquaviva, V. Aubron, D. Purper-Ouakil. Dans *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, pp. 487-506 (Coll. Baromètres Santé)
- [14] La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Fédération française de psychiatrie, Anaes. Ed. John Libbey Eurotext, 2001, 446 p.

-
- [15] Les formations sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire. Drass Pays de la Loire, mars 2006 [page internet] <http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/sante/spsmps000.html> (site visité le 21/01/2009)
- [16] La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. Y. Morvan, A. Prieto, X. Briffault, A. Blanchet, R. Dardennes, F. Rouillon, B. Lamboy. Dans *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008 pp. 458-485 (Coll. Baromètres Santé)
- [17] Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire
- [18] Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS Pays de la Loire
- [19] Fréquences des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A Weill, N. Vallier, B. Salanave, R. Bourrel, M. Cayla, C. Suarez et al. *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
- [20] Base nationale des causes médicales de décès 1980-2004, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS Pays de la Loire
- [21] Suicides et tentatives de suicide en France. M.C. Mouquet, V. Bellamy. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 488, mai 2006, 8 p.
- [22] Enquête Escapad 2005, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire

CHAPITRE 4

Consommation de substances psychoactives et conduites addictives

Marie-Christine Bournot, Dr Anne Tallec, Marie-Sylvie Sander, Sandrine David

Introduction	111
4.1 La consommation d'alcool	113
4.2 La consommation de tabac	124
4.3 La consommation de cannabis	131
4.4 Les autres drogues	138
4.5 Contextes et facteurs associés	146
Bibliographie	156

Remerciements

Ce chapitre a bénéficié des critiques et suggestions du Pr Jean-Luc Vénisse, directeur du pôle universitaire d'addictologie et psychiatrie du CHU de Nantes.

La partie consacrée aux addictions aux jeux vidéo a été rédigée par le Dr Bruno Rocher, psychiatre au CHU de Nantes.

Les données concernant les personnes prises en charge pour des problèmes en lien avec la toxicomanie dans les établissements sanitaires et sociaux ont été mises à disposition par le service statistique de la Drass des Pays de la Loire.

L'essentiel

Les consommations de produits psychoactifs ne concernent pas seulement les jeunes, mais elles occupent à cet âge une place particulière. Tout d'abord, la consommation d'alcool et de cannabis joue un rôle important dans la survenue des accidents, qui constitue la première cause de mortalité chez les jeunes. Par ailleurs, chez certains jeunes ces consommations sont susceptibles d'entraîner, à moyen et long terme, une dépendance et donc une consommation durable de produits, pour certains fortement cancérigènes.

L'alcool, un produit expérimenté précocement

Le risque d'installation d'une dépendance à un produit est d'autant plus élevé qu'il est expérimenté tôt dans la vie. D'où l'importance du recul de l'âge d'initiation au tabagisme, observé entre 2000 et 2005 dans la région comme en France. La proportion de jeunes ligériens de 12-14 ans déclarant avoir déjà fumé est ainsi passée de 45 à 24 % sur cette période. L'expérimentation de l'alcool reste par contre particulièrement précoce, puisque 57 % des 12-14 ans déclarent avoir déjà consommé des boissons alcoolisées.

Alcool, tabac, cannabis : des consommations régulières qui concernent de nombreux jeunes

La consommation régulière d'alcool (plusieurs fois par semaine) est déclarée par 20 % des 15-25 ans, et la consommation abusive (au moins six verres au cours d'une même occasion) une fois par mois ou plus souvent par 28 % de cette population. Par ailleurs, 30 % des jeunes fument quotidiennement. Enfin, 7 % ont une consommation régulière de cannabis (dix fois ou plus souvent au cours du mois).

Des habitudes différentes de celles des personnes plus âgées

Les 15-25 ans déclarent, plus fréquemment que leurs aînés, des épisodes d'alcoolisation massive et moins souvent une consommation régulière d'alcool. Le tabagisme quotidien, la dépendance tabagique, ainsi que la consommation de cannabis sont également plus fréquents dans cette classe d'âge.

Des consommations plus souvent masculines

Globalement, chez les jeunes comme pour l'ensemble de la population, la consommation de substances psychoactives est un comportement plutôt masculin. Les épisodes de consommation abusive (une fois par mois ou plus souvent), la consommation régulière d'alcool ainsi que de cannabis sont trois fois plus fréquents chez les garçons que chez les filles. Le tabagisme quotidien concerne 37 % des jeunes hommes de 15-25 ans contre 24 % des femmes.

Toutefois, chez les 15-17 ans de la région, les écarts entre garçons et filles se sont fortement atténués entre 2000 et 2005 pour le tabagisme quotidien, l'expérimentation d'ivresse et du cannabis. Cette tendance à l'homogénéisation des comportements masculins et féminins devra être confirmée par l'enquête régionale Baromètre santé jeunes 2010.

Une situation régionale défavorable en matière d'alcool

La consommation régulière d'alcool, comme les comportements d'alcoolisation massive, sont nettement plus fréquents chez les jeunes des Pays de la Loire qu'au niveau national. Ainsi, dans la région, 28 % des 15-25 ans consomment, une fois par mois ou plus souvent, six verres ou plus au cours d'une même occasion contre 20 % en France. Cette situation défavorable des Pays de la Loire n'est pas propre aux jeunes comme en témoigne le niveau historiquement élevé des indicateurs de mortalité et de morbidité pour les pathologies liées à l'alcool dans la population régionale.

Avec un net recul de la fréquence du tabagisme quotidien chez les 15-25 ans dans la région (40 % en 2000, 30 % en 2005) comme en France, les habitudes des jeunes ligériens en matière de consommation de tabac restent peu différentes de la moyenne nationale. Mais sur cette période, la proportion de jeunes fumeurs dépendants n'a pas diminué (11 % en 2005).

Enfin, bien que l'expérimentation du cannabis ait continué de progresser entre 2000 et 2005, son usage régulier dans la région demeure relativement stable (7 % des 15-25 ans) et peu différent de la moyenne nationale.

Encadré 4.1

Usage, abus et dépendance : quelles définitions ?

En termes de santé, le produit a longtemps été placé au centre des problématiques de consommation de substances psychoactives, conduisant à un dispositif de soins fragmenté entre « alcoolisme », « tabagisme », et « toxicomanie ». Les progrès réalisés relativement récemment dans la connaissance du système nerveux central, en pharmacologie et en addictologie ont permis d'apporter de nouveaux éclairages à ces consommations. Selon le rapport Roques, publié en 1999, toutes les substances licites ou illicites, qui peuvent déclencher une dépendance, agissent sur le cerveau selon des modalités comparables. Par ailleurs, la prise en compte du comportement du consommateur et de ses déterminants est devenue centrale. Cette approche conduit à distinguer différents types de comportements de consommation, et ce quelle que soit la substance concernée :

- **l'usage**, caractérisé par une consommation n'entraînant ni complications somatiques ni dommages, mais susceptibles d'être à l'origine des risques situationnels (conduites de véhicules, grossesse...),
- **l'abus** (DSM) ou **l'usage nocif** (CIM)*, caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société,
- **la dépendance**, avec le désir compulsif du produit, la difficulté de contrôler sa propre consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour conserver le même effet et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.

* Les termes abus et usage nocif correspondent à des classifications différentes.

Abus : utilisé par l'association américaine de psychiatrie, reprise dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders, DSM IV) ;

Usage nocif : utilisé par l'Organisation mondiale de la santé reprise dans la Classification internationale des maladies (CIM 10).

- La dangerosité des drogues. B. Roques. Ed. Odile Jacob, 1999, 316 p.
- Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. J.P. Parquet. Ed. CFES, 1997, 107 p.
- Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. M. Reynaud, J.P. Parquet, G. Lagrue. Ed. Odile Jacob, 2000, 273 p.
- Quelques éléments pour une approche commune des addictions. M. Reynaud. Dans *Traité d'addictologie*. Sous la direction de M. Reynaud. Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 2006, pp. 3-13.

Introduction

Au cours des dernières décennies, les substances psychoactives¹ sont devenues de plus en plus nombreuses, mais aussi de plus en plus accessibles [1]. A côté de l'usage de l'alcool, celui du tabac puis du cannabis se sont ainsi largement répandus dans la population. D'autres produits comme les ecstasy, la cocaïne, les poppers et les champignons hallucinogènes ont également vu leur circulation augmenter très sensiblement au cours des années récentes.

Encadré 4.2

La dangerosité des différentes « drogues »

L'addiction à un produit dépend, outre des facteurs individuels et environnementaux, des niveaux de toxicité et dangerosité de la substance, synthétisés dans le tableau ci-dessous.

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA « ecstasy »	Psycho- stimu- lants	Alcool	Cannabi- noïdes	Tabac
« Suractivation dopaminergique »	+++	++++	+++	++++	+	+	+
Etablissement d'une hypersensibilité à la dopamine	++	+++	?	+++	+ / -	+ / -	?
Activation du système opioïde	++++	++	?	+	++	+ / -	+ / -
Dépendance physique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte ⁽²⁾	(?) moyenne	très forte	très forte	faible	très forte
Neurotoxicité	faible	forte	très forte ^(?)	forte	forte	0	0
Toxicité générale	forte ⁽¹⁾	forte	très forte ⁽³⁾	forte	forte	très faible	très forte
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible (?)	faible ⁽⁴⁾	forte	faible	0
Traitements substitutifs	oui	oui	non	non	oui	non recherché	oui

(1) pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique

(2) mais intermittente

(3) éventuellement très forte

(4) exceptions possibles

La dangerosité des drogues. B. Roques. Ed. Odile Jacob, 1999, 316 p.

1 - De nombreux produits agissent sur le psychisme et peuvent être qualifiés de substances psychoactives : alcool, tabac, médicaments psychotropes, produits stupéfiants et produits détournés de leur usage normal (colle, solvants...). Ces produits sont aussi qualifiés de drogues, licites ou illicites.

Les jeunes sont particulièrement concernés par la consommation de ces produits pour différentes raisons. Tout d'abord, l'adolescence est une période de la vie où l'on cherche à multiplier les expériences, à connaître et à comprendre, l'influence des pairs jouant alors un rôle primordial. C'est aussi un âge propice à la recherche de sensations, ce qui peut se traduire par des prises de risque, des excès (« se défoncer », consommer simultanément plusieurs produits...). Enfin, l'adolescence est un moment de fragilité, de vulnérabilité, et l'usage de produits peut dans ce contexte avoir une dimension autothérapeutique [2, 3].

Les substances psychoactives ont en commun le fait qu'elles sont susceptibles d'avoir des effets négatifs sur la santé dans ses dimensions physique, psychique et sociale. Par leur importance, leur répétition, leur association, leur inscription dans la durée, ces consommations peuvent notamment induire progressivement des comportements addictifs et une dépendance.

En 1999, le rapport Roques a marqué une étape en analysant, à partir des connaissances scientifiques internationales, la dangerosité relative des différentes drogues, licites et illicites (encadrés 4.1 et 4.2) [4].

A côté des addictions aux substances psychoactives, d'autres formes d'addictions sont aujourd'hui décrites : addiction sexuelle, addiction au sport, addiction au travail, jeu pathologique, ou encore achats compulsifs...

Les similitudes comportementales de toutes ces addictions s'expliquent vraisemblablement par des mécanismes neurobiologiques et psychologiques similaires, mettant en jeu les fonctions du plaisir et de l'évitement de la souffrance, de la dépendance et de la gestion des sensations et des émotions [2].

Ce chapitre décrit tout d'abord les habitudes de consommation des habitants des Pays de la Loire âgés de 15 à 25 ans pour l'alcool, le tabac et le cannabis, qui sont les substances psychoactives les plus consommées actuellement chez les jeunes. Il évoque ensuite l'usage des autres drogues, et notamment de l'héroïne, de la cocaïne et des ecstasy dans cette population. Puis les contextes et les déterminants de ces différentes consommations sont analysés. Il présente enfin la question émergente de l'addiction aux jeux vidéo.

Encadré 4.3

Sources statistiques utilisées

Dans les Pays de la Loire, les niveaux d'usage des différentes substances psychoactives (licites et illicites) chez les jeunes, leurs comparaisons avec la situation nationale, ainsi que leurs évolutions récentes, peuvent être appréhendés depuis le début des années 2000 grâce aux résultats de deux enquêtes réalisées en population générale : l'enquête Baromètre santé jeunes, réalisée auprès des 12-25 ans par l'ORS et coordonnée au plan national par l'Inpes et l'enquête Escapad réalisée auprès des

jeunes de 17 ans au cours de la journée d'appel de préparation à la défense et gérée par l'OFDT².

Ces enquêtes, structurées autour des produits (tabac, alcool, cannabis...), fournissent des données de cadrage telles que les proportions d'expérimentateurs et d'usagers réguliers. Mais elles permettent difficilement de repérer l'usage nocif (ou l'abus) et la mesure de la dépendance reste délicate. Elles sont également inadéquates pour observer les drogues dont l'usage est peu répandu et notamment les drogues émergentes. Enfin, ces enquêtes n'ont été réalisées pour la première fois qu'au début des années 2000, ce qui n'offre pas un recul suffisant pour étudier de manière approfondie l'évolution de ces phénomènes [5-22].

Cette étude utilise de façon privilégiée les résultats de l'étude Baromètre santé, car l'échantillon a été construit pour être « représentatif » de la population des jeunes des Pays de la Loire, et que les résultats concernent l'ensemble des 15-25 ans, tranche d'âge cible de l'étude. Toutefois, les résultats de l'enquête Escapad ont été repris lorsqu'ils apportent des informations complémentaires. Par ailleurs, les résultats et les évolutions observées dans l'enquête Baromètre santé ont été systématiquement comparés à ceux de l'enquête Escapad. Des comparaisons avec d'autres études comme les enquêtes Espad et Ireb (pour l'alcool) ont également été effectuées mais plus ponctuellement [23-31].

4.1 La consommation d'alcool

L'alcool³, qui est l'un des produits psychoactifs les plus anciens, a de multiples effets sur l'organisme et la santé.

Tout d'abord, l'alcool détend et désinhibe. Les effets aigus se décomposent en deux phases : une première phase d'euphorie et d'excitation suivie d'une phase de sédation et d'endormissement [32]. Cette désinhibition accroît les prises de risques et explique le rôle important de l'alcool dans les traumatismes et morts violentes de toute nature : accident, chute, suicide, homicide... La conduite sous l'influence de l'alcool (alcoolémie supérieure à 0,5 g/l) est en cause dans la survenue d'environ un tiers de l'ensemble des décès par accident de la route.

2 - cf. éléments de méthode p. 292 et 294.

3 - L'éthanol (ou alcool) est une petite molécule qui se diffuse très rapidement dans l'organisme dès qu'elle est consommée. La réaction d'une personne face à une consommation d'alcool dépend de sa corpulence, de son sexe, de son état de santé physique et psychique, du fait de s'être alimenté ou pas, d'une consommation de médicaments, du moment où elle consomme. Par exemple, la durée d'élimination d'un verre d'alcool chez une femme de 55 kg est de 2h30 lorsqu'elle est à jeun ou si elle a pris un repas plus de 2 heures avant, et d'1h30 dans le cas contraire. Chez un homme de 70 kg, ces durées sont respectivement égales à 1h30 et 1h [33].

Par ailleurs, la consommation importante, répétée et prolongée d'alcool peut induire l'apparition d'une dépendance. Le rapport Roques a ainsi classé l'alcool parmi les produits entraînant une dépendance psychologique et physique forte (encadré 4.2) [4].

Enfin, à long terme, la toxicité tissulaire de l'alcool favorise le développement de multiples pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux... L'augmentation du risque de maladies graves et de décès liés à la consommation d'alcool apparaît au-delà de 20 grammes d'alcool pur par jour chez la femme (2 verres de boissons alcoolisées) et 30 grammes chez l'homme (3 verres). Au total aujourd'hui en France, l'alcool est responsable de près d'un décès sur neuf (un décès sur 7 chez les hommes, un décès sur 33 chez les femmes) [34-36].

4.1.1 Les débuts de la consommation d'alcool

Le premier produit expérimenté

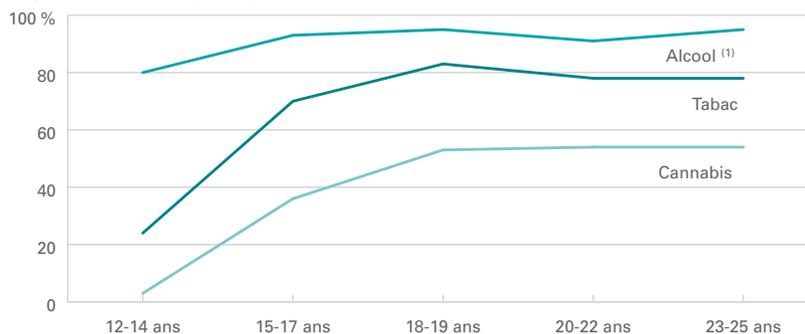
■ L'expérimentation de la consommation d'alcool a lieu en grande majorité avant l'adolescence. Selon l'enquête Baromètre santé de 2005, 57 % des jeunes ligériens de 12-14 ans déclarent *avoir déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées* (bière, vin...). Lorsqu'on demande aux jeunes de cette classe d'âge qui ont répondu ne jamais avoir consommé ce type de boisson s'ils ont *déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre, du panaché ou de la bière légère*, cette proportion atteint 80 %.

Cette expérimentation précoce est beaucoup plus fréquente que celle du tabac et du cannabis (figure 4.1) [9]. Cette situation témoigne d'une certaine banalisation par les jeunes mais aussi par leur famille, de l'usage de l'alcool par rapport à celui des autres produits.

Figure 4.1

Proportion de jeunes déclarant avoir déjà consommé de l'alcool, du tabac et du cannabis au cours de leur vie selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) bière, vin, cidre, panaché ou tout autre type d'alcool

- Chez les 12-14 ans, l'expérimentation de boissons alcoolisées concernent autant les filles que les garçons.
- La situation régionale apparaît peu différente de la situation nationale.
- Entre 2000 et 2005, aucune évolution de l'âge de la première consommation d'alcool n'est observée. La proportion de jeunes de 12-14 ans qui déclarent avoir déjà consommé des boissons alcoolisées est restée stable [9, 10].

L'alcool s'installe tôt dans la vie d'un certain nombre de jeunes

- La grande majorité des 12-14 ans restent peu concernés par des habitudes de consommation d'alcool. Toutefois pour certains jeunes, ces habitudes apparaissent précocément. Ainsi, 12 % des 12-14 ans déclarent boire de l'alcool deux à quatre fois par mois ou plus souvent⁴, et 4 % une ou plusieurs fois par semaine. Ces comportements sont importants à prendre en compte dans la mesure où de nombreux travaux montrent que cette précocité d'usage constitue un facteur de risque de dépendance ultérieure (cf. encadré 4.17, p. 150).
- Chez les 12-14 ans, ces habitudes de consommation d'alcool concernent autant les filles que les garçons.
- La situation régionale apparaît peu différente de la situation nationale, avec une proportion équivalente de jeunes de 12-14 ans qui déclarent boire de l'alcool deux à quatre fois par mois ou plus souvent [9].

L'expérimentation de l'ivresse : une situation plus défavorable dans les Pays de la Loire

- 2 % des Ligériens de 12 ans déclarent *avoir déjà été ivres au cours de leur vie*. Cette proportion augmente ensuite rapidement avec l'âge, passant à 12 % à 14 ans et 54 % à 17 ans. A la fin de l'adolescence, la majorité des jeunes déclarent donc *avoir déjà été ivres*.

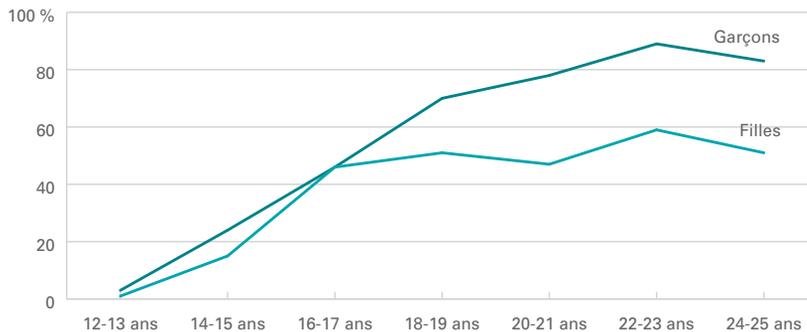
Il est possible que malgré leurs niveaux pourtant déjà élevés, ces fréquences soient sous-estimées, notamment au regard des résultats régionaux de l'enquête Escapad et d'autres travaux nationaux (enquêtes Espad) [9, 21, 25].

- Les filles de 18-25 ans sont moins nombreuses que les garçons à déclarer avoir déjà connu un épisode d'ivresse au cours de la vie (52 % vs 79 %). Cette différence entre les deux sexes est confirmée par l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad de 2005 réalisée auprès des jeunes de 17 ans lors de la journée d'appel de préparation à la défense [9, 21].

Pour les 15-17 ans, cet écart entre garçons et filles n'est pas observé dans l'enquête Baromètre santé des Pays de la Loire (figure 4.2). Mais ce résultat doit être pour l'instant considéré avec prudence dans la mesure où la différence entre les deux sexes est constatée au plan national dans cette tranche d'âge. Les données du Baromètre santé jeunes 2010 permettront d'approfondir cette analyse, et notamment de savoir si l'on assiste actuellement dans la région à une homogénéisation des comportements des garçons et des filles en matière d'expérimentation de l'ivresse.

4 - La période de référence est celle des douze mois précédant l'enquête.

Figure 4.2
Proportion de jeunes déclarant avoir déjà été ivres au cours de leur vie
selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

- Les jeunes des Pays de la Loire sont plus nombreux qu'au plan national à déclarer *avoir déjà été ivres* (59 % vs 46 % pour les 15-25 ans). Cette situation régionale défavorable, observée pour les 18-25 ans comme pour les 15-17 ans, est confirmée par l'enquête Escapad 2005.
- L'enquête Baromètre santé ne permet pas d'étudier l'évolution de l'expérimentation de l'ivresse. Mais au plan national les différentes sources de données disponibles ne montrent aucun changement de la fréquence de cette expérimentation entre 2000 et 2005 [22].

4.1.2 La consommation régulière d'alcool et les comportements d'alcoolisation massive

20 % des Ligériens de 15-25 ans consomment régulièrement de l'alcool...

Parmi les Ligériens de 15-25 ans, 38 % déclarent boire des boissons alcoolisées toutes les semaines, et 20 % déclarent le faire à plusieurs reprises dans la semaine⁵.

Ces habitudes de consommation régulière d'alcool se développent progressivement avec l'âge. La consommation hebdomadaire d'alcool concerne ainsi 23 % des 15-17 ans et 44 % des 18-25 ans et la consommation régulière respectivement 10 % et 24 % (figure 4.3).

Ces niveaux de consommation sont cohérents avec ceux obtenus dans l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad [9, 21].

5 - Consommation régulière d'alcool : déclarer avoir consommé plusieurs fois par semaine (y compris tous les jours) des boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois.

... et 28 % consomment plus de six verres au cours d'une même occasion une fois par mois ou plus souvent

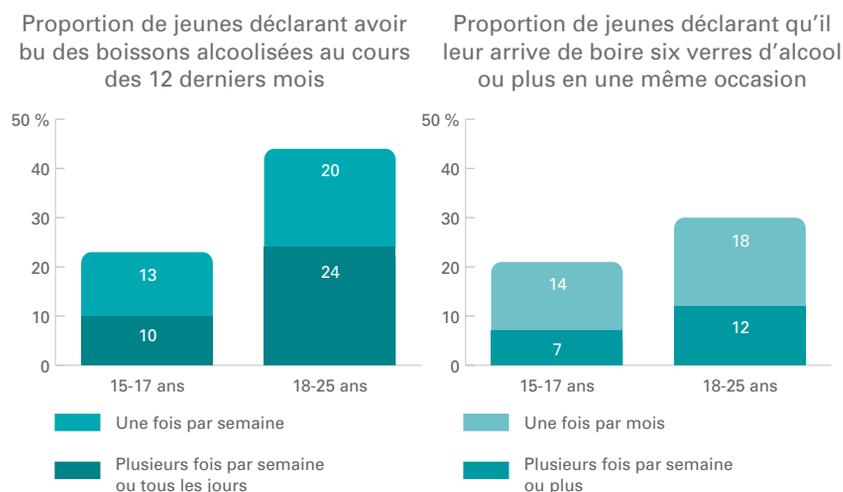
Depuis 2005, l'enquête Baromètre santé permet d'étudier la consommation ponctuelle de quantités importantes d'alcool (encadré 4.4). 28 % des Ligériens de 15-25 ans déclarent ainsi qu'il leur arrive de boire six verres ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par mois, et 11 % une fois par semaine ou plus souvent.

Ces épisodes d'alcoolisation massive deviennent plus fréquents avec l'âge au cours de l'adolescence, mais cette évolution est beaucoup moins marquée que pour la consommation régulière d'alcool. Ainsi, la proportion de jeunes qui déclarent qu'il leur arrive de boire six verres ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par mois passe de 21 % chez les 15-17 ans à 30 % chez les 18-25 ans (figure 4.3).

Figure 4.3

Les habitudes de consommation d'alcool chez les jeunes

Pays de la Loire (2005)



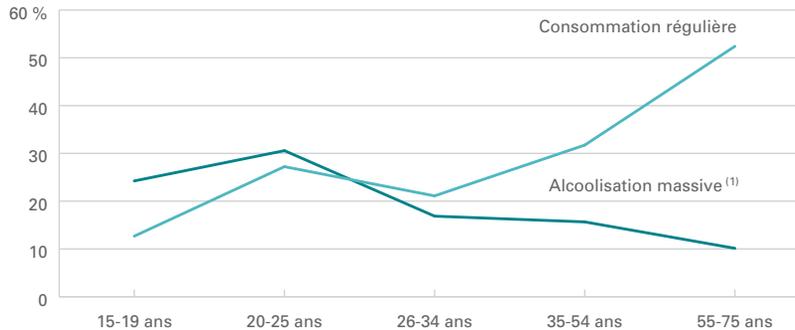
Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

Les jeunes consomment de l'alcool moins régulièrement que leurs aînés mais déclarent plus fréquemment des épisodes d'alcoolisation massive

Dans les Pays de la Loire, les jeunes consomment moins souvent de l'alcool que leurs aînés. La proportion de consommateurs réguliers est ainsi deux fois moins élevée chez les 20-25 ans que chez les 55-75 ans, en raison de la forte augmentation de consommateurs quotidiens avec l'âge⁶. En revanche, les épisodes d'alcoolisation massive sont deux à trois fois plus fréquemment déclarés par les jeunes que par les adultes (figure 4.4) [9, 11].

6 - Effet âge, effet génération : une association avec l'âge peut traduire un « effet âge », c'est-à-dire une évolution du comportement au fil du vieillissement des individus ; un « effet génération », c'est-à-dire une différence durable de comportement selon la cohorte de naissance ; ou les deux.

Figure 4.4
Les habitudes de consommation d'alcool selon l'âge
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

(1) déclarer boire 6 verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion au moins 1 fois/mois

Encadré 4.4

Ivresses et comportements d'alcoolisation massive : le choix des indicateurs

Dans ce rapport, l'étude des comportements d'alcoolisation massive a été privilégiée à celle des ivresses. En effet, l'ivresse est une notion relativement subjective, et dont l'interprétation dans les enquêtes en population générale est délicate. Ainsi, dans l'enquête Escapad, certains répondants soulignent dans les commentaires libres « *lorsque je dis « être ivre », ce n'est pas être malade... »* (2002), « *il faudrait expliquer ce que vous entendez par ivre (bien gai, malade, coma)* » (2003), « *je bois souvent mais je n'ai jamais été saoul, joyeux mais pas saoul* » (2003). Cette subjectivité peut expliquer certaines différences observées d'une enquête à l'autre en ce qui concerne les fréquences et les évolutions observées [5-31].

Les questions relatives aux comportements d'alcoolisation massive font référence à la consommation ponctuelle de quantités importantes d'alcool. Mais n'ayant été introduites que récemment (en 2005), l'évolution de ce comportement n'a pu être étudiée.

Des habitudes de consommation régulière et d'alcoolisation massive trois fois plus fréquentes chez les garçons que chez les filles

Les habitudes de consommation d'alcool sont plus masculines que féminines et l'écart s'accroît avec l'intensité de l'usage. La consommation régulière d'alcool et les habitudes d'alcoolisation massive (une fois par mois ou plus souvent) sont trois fois plus souvent déclarées par les garçons que par les filles (figure 4.5).

Ces différences entre les deux sexes, observées chez les 18-25 ans et les 15-17 ans, sont confirmées par l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad [6, 21].

Une situation régionale particulièrement défavorable

■ La région des Pays de la Loire se distingue par une proportion de jeunes, pour qui la consommation d'alcool fait partie des habitudes de vie, plus élevée qu'au plan national.

Chez les garçons, les différences sont importantes. La consommation régulière concerne ainsi 31 % des garçons de 15-25 ans de la région *vs* 23 % en France. Cet écart se retrouve pour la consommation massive (*consommer six verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion*), et est particulièrement marqué lorsque ces comportements se produisent toutes les semaines (18 % *vs* 10 %) (figure 4.5). Ces différences s'observent chez les garçons de 18-25 ans comme chez ceux de 15-17 ans.

Une situation régionale défavorable se retrouve chez les filles, mais les différences sont moins marquées. On note toutefois un écart important chez les 15-17 ans, qui, dans la région, déclarent beaucoup plus fréquemment qu'au niveau national *consommer six verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion une fois par semaine ou plus souvent* (5 % *vs* 1 %) [6].

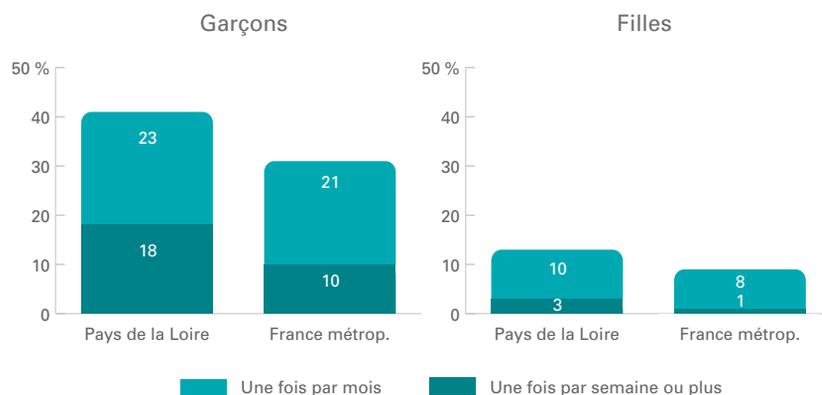
Les données du Baromètre santé jeunes 2010 permettront de mieux explorer cette spécificité régionale.

Les résultats de l'enquête Escapad confirment cette situation régionale défavorable [21].

Figure 4.5

Proportion des jeunes de 15-25 ans déclarant qu'il leur arrive de boire six verres d'alcool ou plus en une même occasion ⁽¹⁾

Pays de la Loire, France métropolitaine (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) proportions calculées à structure par âge identique

- La fréquence des hospitalisations de jeunes ligériens de 15-24 ans liées à une intoxication aiguë à l'alcool⁷ conforte également ce constat. En 2006, 706 d'entre eux ont été hospitalisés pour ce motif, ce qui, rapporté au nombre de jeunes de 15-24 ans, correspond à un taux d'hospitalisation supérieur de 5 % à la moyenne nationale [37, 38].
- Cette problématique de consommation excessive d'alcool dans la région n'est pas propre aux jeunes même si les modalités d'usage ont fortement évolué. La fréquence des admissions en affection de longue durée et des décès causés par des pathologies liées à une consommation d'alcool (cirrhose du foie notamment) sont en effet depuis de nombreuses années plus élevés dans les Pays de la Loire qu'en France [39].

Encadré 4.5

Comparaison européenne

Selon l'enquête Espad, réalisée auprès des lycéens d'Europe de 15-16 ans, la France occupe en 2003 une position intermédiaire par rapport aux autres pays européens pour la consommation régulière d'alcool et un niveau bas pour les ivresses régulières et les épisodes réguliers d'alcoolisation massive.

- En France, 7 % des 15-16 ans ont consommé de l'alcool dix fois ou plus souvent au cours des trente derniers jours *vs* 11 % en moyenne dans les pays de l'Union européenne*. Cette proportion dépasse 20 % aux Pays-Bas et en Autriche.
- 9 % des lycéens français de 15-16 ans ont consommé plus de cinq verres d'alcool au cours d'une même occasion plus de trois fois au cours des trente derniers jours *vs* 19 % en moyenne dans les pays de l'Union européenne**. Cette proportion est trois fois plus élevée en Allemagne, Irlande, Pays-Bas et Royaume-Uni.

* moyenne calculée sur 25 pays (hors Espagne et Luxembourg)

** moyenne calculée sur 24 pays (hors Espagne, Luxembourg et Autriche)

The ESPAD report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 european countries. B. Hibell, B. Andersson, T. Bjarnason, S. Ahlström, O. Balakireva, A. Kokkevi et al. Swedish council for information on alcohol and other drugs, Groupe Pompidou, 2004, 455 p.

7 - Séjour avec un diagnostic principal F10.0 « intoxication aiguë due à l'alcool ».

Des conduites d'alcoolisation en augmentation ?

■ En ce qui concerne la consommation régulière d'alcool, la proportion de jeunes de 15-25 ans concernés est restée stable entre 2000 et 2005, dans la région comme en France [6].

■ En ce qui concerne les comportements d'alcoolisation massive, aucune analyse de l'évolution n'est possible, les enquêtes Baromètre santé et Escapad n'ayant introduit que récemment des questions relatives à ces conduites.

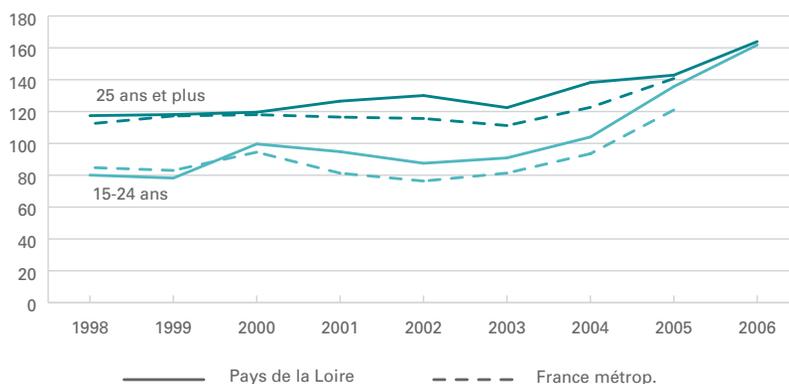
L'évolution des situations d'ivresses déclarées est une information disponible mais la divergence des résultats observés d'une enquête à l'autre, au plan régional et au plan national, rendent son analyse délicate (encadré 4.4).

Par contre le nombre d'hospitalisations pour intoxication aiguë à l'alcool a fortement augmenté ces dernières années, en particulier chez les 15-24 ans (figure 4.6). Cette évolution doit toutefois être interprétée avec prudence pour diverses raisons. D'une façon générale, il est possible que l'entourage amical ou familial, voire les forces de l'ordre, soient plus préoccupés qu'auparavant par ces situations et leurs conséquences éventuelles, d'où un recours plus fréquent aux urgences. Par ailleurs, les soignants ont pu également modifier leurs pratiques dans ce domaine. En effet, la nécessité de réaliser un bilan global de la situation du jeune en état d'intoxication aiguë à l'alcool accueilli dans un service d'urgence peut en effet conduire à une hospitalisation plus systématique. Une recommandation dans ce sens a d'ailleurs été publiée en 2001 par la Haute autorité de santé (HAS) [37, 38, 40].

Figure 4.6

Evolution du taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO pour intoxication aiguë due à l'alcool ⁽¹⁾ selon l'âge

Pays de la Loire, France métropolitaine (1998-2006)



Sources : Bases régionales PMSI-MCO (ARH, exploitation ORS Pays de la Loire), Bases nationales PMSI-MCO (exploitation Drees), Insee

Données domiciliées - Unité : pour 100 000

(1) séjour avec un diagnostic principal F10.0 « intoxication aiguë due à l'alcool »

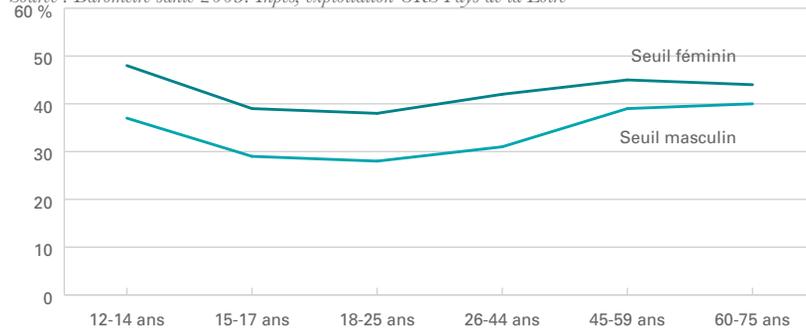
4.1.3 La perception des risques liés à la consommation d'alcool

Une connaissance des seuils de dangerosité de la consommation quotidienne d'alcool qui s'améliore

- Les seuils de dangerosité⁸ de la consommation quotidienne d'alcool sont assez mal identifiés. Lorsqu'on demande aux jeunes de 15-25 ans « à partir de combien de verres d'alcool par jour pensez-vous qu'un homme qui boit quotidiennement met sa santé en danger ? », 28 % citent quatre verres ou plus par jour, soit un niveau au-dessus des recommandations actuelles. La situation est encore plus défavorable pour le seuil féminin puisque 39 % des jeunes surestiment ce niveau.
- La méconnaissance du seuil masculin de dangerosité de la consommation quotidienne d'alcool est toutefois moins marquée chez les jeunes que chez les générations plus âgées, puisque 40 % des personnes de plus de 45 ans surestiment ce seuil (vs 28 % parmi les 15-25 ans). Pour le seuil féminin, on observe moins de différence (figure 4.7) [9].

Figure 4.7
Personnes surestimant le seuil de dangerosité de la consommation
quotidienne d'alcool pour la santé selon l'âge
Pays de la Loire (2005)

Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire



- Le niveau de connaissance en matière de seuil de dangerosité de la

8 - L'augmentation du risque de maladies graves et de décès liés à la consommation d'alcool apparaît au-delà de 30 grammes d'alcool pur par jour chez l'homme (3 verres de boissons alcoolisées) et 20 grammes chez la femme (2 verres) [34].

consommation quotidienne d'alcool est similaire chez les garçons et les filles de 15-25 ans.

- Le niveau de connaissance des jeunes de la région est peu différent de celui observé au plan national.
- Entre 2000 et 2005, la connaissance des seuils de dangerosité de la consommation quotidienne d'alcool s'est nettement améliorée. La proportion de Ligériens de 15-25 ans qui les surestiment est passée de 48 % en 2000 à 28 % en 2005 pour le seuil masculin, et de 61 % à 38 % pour le seuil féminin.

Ces baisses se retrouvent au plan national mais de façon moins marquée, estompant ainsi les écarts observés entre la région et la France au début de la décennie [9, 10]. Les nombreuses campagnes d'information et de sensibilisation réalisées dans ce domaine expliquent vraisemblablement ces évolutions.

Encadré 4.6

Les types d'alcool consommés

Selon l'enquête Baromètre santé de 2005, les 15-19 ans qui ont bu de l'alcool au cours des sept derniers jours ont principalement consommé de la bière et des alcools forts, observations qui sont cohérentes avec les données de l'enquête Escapad. A ces deux produits vient s'ajouter le vin chez les 20-25 ans.

Les **prémix** (ou alcopop) sont des boissons alcoolisées aromatisées et sucrées. Disparus du marché en 1997 à la suite de la mise en place d'une taxe spécifique, ces produits sont réapparus en 2002 par contournement de la réglementation. L'ajustement permanent des stratégies de commercialisation et de promotion de ces produits auprès des jeunes invite à considérer avec attention l'évolution de leur usage. En 2005, 22 % des Ligériens de 15-25 ans déclarent en avoir déjà consommé (20 % en France).

- Enquête Baromètre santé jeunes 2005, ORS Pays de la Loire - Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- Les drogues à 17 ans. Evolutions, contextes d'usages et prises de risque. F. Beck, S. Legleye, S. Spilka. *Tendances*, OFDT, n° 49, septembre 2006, 4 p.

4.2 La consommation de tabac

Le tabac, dont l'usage s'est répandu dans la population au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, a un effet psychostimulant. Il augmente la vigilance et la capacité de réflexion. Il possède également un effet « coupe-faim » et antidépresseur. Si le fumeur ne ressent que peu d'euphorie, peu de modifications d'humeur et jamais d'hallucinations, le manque de nicotine provoque une humeur négative. L'effet produit est de courte durée, de sorte que le sujet est conduit à répéter la consommation [32].

Le tabac est comme l'héroïne une substance ayant un pouvoir addictif puissant. Pour une faible consommation de ces produits, il est retrouvé une dépendance moyenne ou forte chez 50 à 60 % des usagers [2].

Les conséquences du tabagisme sur la santé sont bien documentées sur le plan scientifique. Les fumeurs ont un risque accru de cancer du poumon, des voies aérodigestives supérieures, de la vessie, du rein et du pancréas. Les pathologies cardio-vasculaires ainsi que les maladies respiratoires sont aussi plus fréquentes chez les fumeurs.

En France, en 1999, on estime à 66 400 le nombre de décès attribuables au tabac, dont 59 000 chez les hommes et 7 400 chez les femmes. Dans la mortalité générale, le tabac est donc responsable d'un décès sur neuf (un décès sur cinq chez les hommes et un sur trente-cinq chez les femmes). Entre 35 et 69 ans, ces proportions atteignent même un décès sur trois chez les hommes et un décès sur seize chez les femmes. Environ un fumeur sur deux décède d'une maladie favorisée ou causée par le tabac [41, 42].

4.2.1 L'expérimentation du tabac

Un âge d'initiation au tabagisme qui recule

■ L'expérimentation du tabac commence dans l'immense majorité des cas à l'adolescence. Selon l'enquête Baromètre santé jeunes⁹ Pays de la Loire, à 12 ans, 9 % des Ligériens déclarent avoir déjà fumé. Cette proportion augmente ensuite rapidement avec l'âge : elle atteint 38 % à 14 ans et dépasse 80 % à 17 ans (figure 4.8).

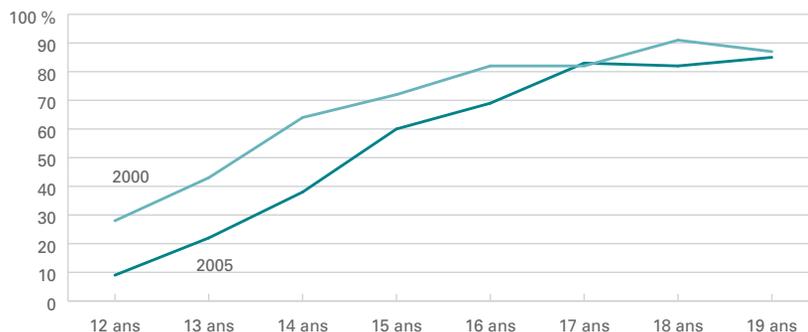
■ L'âge d'initiation au tabagisme est peu différent chez les garçons et chez les filles : à 14 ans, 36 % des garçons et 39 % des filles ont déjà fumé.

■ L'âge d'initiation au tabagisme dans les Pays de la Loire est proche de celui observé en France. Les proportions de jeunes de 12-14 ans qui déclarent avoir déjà fumé au cours de leur vie y sont en effet équivalentes.

■ Cet âge d'initiation a fortement reculé entre 2000 et 2005. La proportion de jeunes de 12-14 ans qui déclarent avoir déjà fumé au cours de leur vie est ainsi passée de 45 % en 2000 à 24 % en 2005 (figure 4.8) [6].

9 - cf. éléments de méthode p. 292.

Figure 4.8
Evolution entre 2000 et 2005 de la proportion de jeunes déclarant avoir déjà fumé au cours de leur vie selon l'âge
Pays de la Loire (2000, 2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2000 et 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

4.2.2 L'usage quotidien et la dépendance au tabac

30 % de fumeurs quotidiens parmi les 15-25 ans...

La prévalence du tabagisme quotidien augmente rapidement avec l'âge, au cours de l'adolescence. Chez les 12-14 ans, 3 % des jeunes déclarent fumer quotidiennement (au moins une cigarette par jour). A partir de 15 ans, cette prévalence augmente fortement : 20 % des 15-17 ans et 35 % des 18-25 ans fument tous les jours (figure 4.9).

Ces niveaux de prévalence sont cohérents avec ceux issus de l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad¹⁰, réalisée auprès des jeunes de 17 ans [6, 21].

... dont environ un tiers présente une dépendance forte ou moyenne

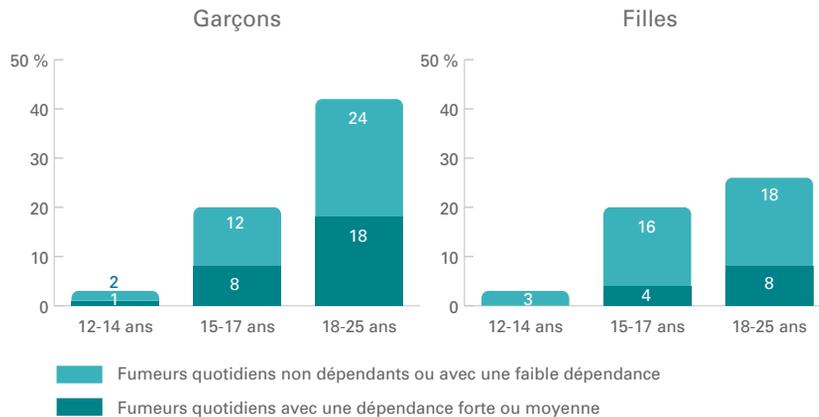
■ Les signes de dépendance tabagique sont couramment mesurés à l'aide du Fagerström Test for Nicotine Dependence (Fagerström et Schneider, 1989). Mais ce test est difficilement utilisable dans les enquêtes en population générale en raison de la longueur du questionnaire. Aussi utilise-t-on le mini-test de Fagerström, portant sur les quantités consommées et le délai entre le réveil et la première cigarette de la journée¹¹.

10 - cf. éléments de méthode p. 294.

11 - Selon le *mini-test de Fagerström* (Oddoux et al., 2001), le degré de dépendance est calculé à partir d'un score tenant compte : du nombre de cigarettes fumées quotidiennement (0 à 10 = 0 ; 11 à 20 = 1 ; 21 à 30 = 2 ; 31 et + = 3), et du délai entre le réveil et la première cigarette (plus de 60 minutes = 0 ; de 31 à 60 min = 1 ; de 6 à 30 min = 2 ; dans les 5 min = 3). La dépendance est : faible si le score est égal à 0 ou 1, moyenne si le score est égal à 2 ou 3, forte si le score est égal à 4, 5 ou 6.

La proportion de jeunes qui présentent une dépendance forte ou moyenne au tabac augmente avec l'âge et la prévalence du tabagisme quotidien : 6 % des 15-17 ans et 13 % des 18-25 ans sont concernés. Cela correspond à environ un tiers des fumeurs quotidiens de chacune de ces tranches d'âge (figure 4.9) [9].

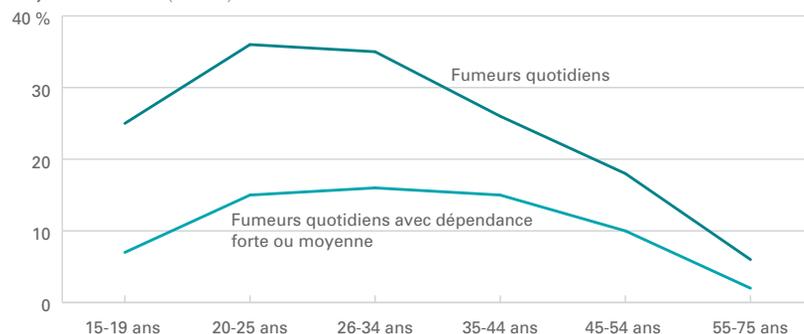
Figure 4.9
Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

■ Les jeunes sont particulièrement concernés par le tabagisme. C'est en effet chez les 20-25 ans, comme chez les 26-34 ans, que les prévalences du tabagisme quotidien et de la dépendance forte ou moyenne au tabac sont les plus élevées. Ces proportions sont plus faibles chez les personnes de plus de 35 ans pour le tabagisme quotidien et de plus de 45 ans pour la dépendance tabagique¹² (figure 4.10) [9, 11].

Figure 4.10
Prévalence du tabagisme selon l'âge
Pays de Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

12 - Effet âge, effet génération : cf. précisions p. 117.

Des différences entre les filles et les garçons qui évoluent beaucoup selon les générations

■ En 2005, les filles de 18-25 ans des Pays de la Loire sont moins souvent concernées par le tabagisme quotidien que les garçons. D'après l'enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire, 26 % des filles de cette tranche d'âge fument tous les jours *vs* 43 % des garçons, 8 % des filles ont une dépendance forte ou moyenne au tabac *vs* 18 % des garçons.

En revanche, chez les Ligériens plus jeunes, c'est-à-dire âgés de 15 à 17 ans, les prévalences du tabagisme quotidien sont proches chez les filles et les garçons et ce résultat est confirmé par l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad concernant les jeunes de 17 ans (figure 4.9).

L'analyse de l'ensemble des données disponibles entre 2000 et 2005, au plan régional montre que, contrairement aux générations précédentes et aux générations suivantes, les filles de la région nées au début des années 80 ont été moins concernées par le tabagisme quotidien que les garçons¹³ [5, 6, 20, 21]. Les données du Baromètre santé jeunes 2010 permettront d'approfondir l'analyse de l'évolution de ces comportements.

■ Globalement, pour l'ensemble des 15-25 ans, les prévalences du tabagisme quotidien et de la dépendance au tabac sont proches dans les Pays de la Loire et en France.

Mais cette situation globale masque une situation régionale plus favorable chez les filles de la région âgées de plus de 18 ans (26 % d'entre elles fument tous les jours *vs* 33 % en France ; 8 % d'entre elles présentent une dépendance forte ou moyenne *vs* 12 % en France).

Par contre, chez les plus jeunes, âgés de 15 à 17 ans, aucune différence n'est observée entre la région et l'ensemble de la France, pour les garçons comme pour les filles. Ce résultat est confirmé par l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad [6, 21].

■ La moindre consommation de tabac, qui a longtemps caractérisée la région et dont témoigne encore la plus faible mortalité des régions françaises par cancer du poumon, est donc en voie de disparition au sein des jeunes générations [43].

Baisse importante du tabagisme quotidien entre 2000 et 2005, mais pas de recul de la dépendance tabagique

Entre 2000 et 2005, dans la région comme en France, la fréquence du tabagisme quotidien a fortement diminué. Chez les Ligériens de 15-25 ans, elle est ainsi passée de 40 % en 2000 à 30 % en 2005¹⁴ (figure 4.11). Cette diminution concerne les 18-25 ans (46 % en 2000, 35 % en 2005) et les 15-17 ans (29 %, 20 %). Elle est confirmée par l'exploitation des données des enquêtes Escapad réalisées après des jeunes de 17 ans [9, 10, 20, 21].

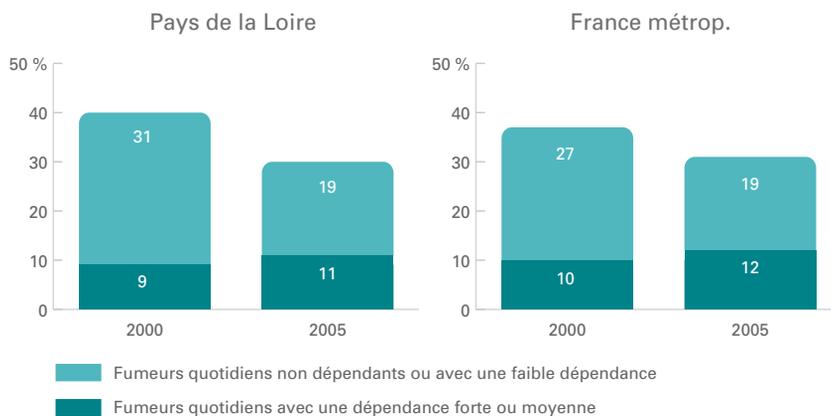
13 - Effet âge, effet génération : cf. précisions p. 117.

14 - Entre 2003 et 2004, les pouvoirs publics ont fortement augmenté les taxes sur les produits du tabac. Le prix du paquet de cigarettes le plus vendu est ainsi passé de 3,60 euros à 3,90 euros en janvier 2003, puis à 4,60 en octobre de la même année, avant d'atteindre 5 euros en janvier 2004 [16].

Mais cette évolution favorable n'a pas permis une baisse de la proportion de fumeurs dépendants. Parmi l'ensemble des Ligériens de 15-25 ans, la proportion de jeunes qui présentent selon le mini-test de Fagerström une dépendance tabagique forte ou moyenne est restée stable (9 % en 2000, 11 % en 2005).

Figure 4.11
Evolution de la prévalence du tabagisme chez les 15-25 ans
entre 2000 et 2005 ⁽¹⁾

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000, 2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2000 et 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes
(1) proportions calculées à structure par âge et sexe identique

Encadré 4.7

Comparaison européenne

Selon l'enquête Espad, réalisée auprès des lycéens d'Europe de 15-16 ans, la France occupe une position moyenne en 2003 pour la prévalence de la consommation récente de tabac : 23 % des 15-16 ans fument quotidiennement (vs 24 % en moyenne dans les pays européens).

Les consommations des adolescents : la France, élève moyen de l'Europe. S. Spilka, C. Hassler, S. Legleye, D. Morin, F. Beck, M. Choquet. *La Santé de l'Homme*, Inpes, n° 383, mai-juin 2006, pp. 43-46

La perception des risques liés au tabac : le paradoxe des fumeurs

Les jeunes fumeurs quotidiens n'ignorent pas que leur comportement est néfaste pour leur santé. Ainsi l'enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire montre que :

- 65 % des fumeurs quotidiens de 15-25 ans sont *tout à fait d'accord* avec l'affirmation « *les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue* »,

- 60 % sont *tout à fait d'accord* avec l'idée que « *les fumeurs sont responsables des problèmes de santé qui leur arrivent* ».

Mais seulement 14 % des fumeurs quotidiens de 15-25 ans « *ont un projet précis d'arrêter de fumer dans le mois à venir ou dans les six prochains mois* ».

Par ailleurs, l'arrêt du tabagisme est moins souvent motivé par la peur pour la santé que par le prix des cigarettes¹⁵ [6].

Martin Denscombe explique ce paradoxe par le fait que les jeunes conçoivent le tabagisme « *comme un moyen leur permettant de maintenir un certain contrôle sur eux-mêmes, d'affirmer qu'ils sont maîtres de leur propre destinée* ». Ainsi « *à l'adolescence, la majorité des fumeurs pensent que le tabagisme est une question privée, et que l'essentiel est de savoir contrôler sa consommation* » [44, 45].

Encadré 4.8

De nouveaux usages du tabac ?

De nouveaux usages du tabac se développent depuis quelques années.

- « les bidis, petites cigarettes fabriquées en Inde de façon artisanale ou semi-industrielle, contiennent du tabac additionné de divers arômes selon l'origine de production. Très curieusement, elles sont très bon marché car indemnes de taxes ! Les adolescents commencent à les fumer, parfois en croyant que ce n'est pas du tabac, alors que les apports en nicotine et en goudrons sont très importants ;
- le narghilé, ou pipe à eau, très prisé au Maghreb et au Moyen-Orient, voit son utilisation augmenter, notamment dans des situations festives ;
- le tabac sans fumée est très employé en Suède sous forme d'une pâte, le snus, comme succédané de la cigarette ; il rend rapidement très dépendant, mais toutes les complications liées à la fumée de tabac, les cancers du poumon et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), n'existent évidemment pas. Il est utilisé comme substance dopante dans certains sports (par exemple, le base-ball aux Etats-Unis, le ski alpin dans les pays scandinaves), en raison des propriétés de la nicotine qui améliorent la concentration et la rapidité des réflexes. Cette pratique commence à s'étendre en France dans les vallées alpines et à toucher les adolescents de ces régions ; elle gagne aussi le milieu ouvrier du bâtiment ».

Tabagisme et adolescents. G. Lagrue. Dans *Traité d'addictologie*. Sous la direction de M. Reynaud. Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 2006, pp. 411-417.

15 - Lorsqu'on demande aux jeunes fumeurs quotidiens, ayant déjà arrêté de fumer pendant au moins une semaine, les raisons de cet arrêt, 46 % citent le prix des cigarettes et 35 % la peur pour la santé.

Encadré 4.9

Tabac et lycée : évolution de la législation

En France, la loi Veil (1976) a établi l'interdiction de fumer en milieu scolaire. Mais le décret de septembre 1977 n'a jamais été appliqué sur le terrain, ni fait l'objet d'une quelconque évaluation administrative.

La loi Evin (1991) a rappelé ce principe : « *il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, (...), sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs* » (Article L. 3511-7 du Code de la Santé Publique). Le décret du 29 mai 1992 précise que « *l'interdiction (...) s'applique dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail (...)* » et, en ce qui concerne les établissements scolaires, « *dans les lieux non couverts fréquentés par les élèves (...) pendant la durée de cette fréquentation* » (R 3511-1) et que « *l'interdiction de fumer ne s'applique pas dans les emplacements qui sont mis à la disposition des fumeurs, au sein des lieux visés à l'article 8.3511-7* ». Il établit que « *ces emplacements sont déterminés (...) en tenant compte de leur volume, disposition, condition d'utilisation, d'aération et de ventilation et de la nécessité d'assurer la protection des non-fumeurs* » (83511-2), que « *dans l'enceinte des lycées, lorsque les locaux sont distincts de ceux des collèges (...) des salles (...) peuvent être mises à la disposition des usagers fumeurs* » (R3511-9) et enfin que les mineurs de moins de seize ans « *n'ont pas accès aux emplacements mis à la disposition des fumeurs* » (83511-10).

Le décret de novembre 2006 qui remplace le texte de mai 1992 pris en application de la loi Evin, interdit totalement l'usage du tabac en public, notamment en milieu scolaire (écoles, collèges et lycées). Cette mesure s'applique depuis le 1^{er} février 2007. Les lycées n'ont donc, dans leur enceinte, ni « fumoirs », ni espaces autorisés aux fumeurs à l'extérieur des bâtiments. Cette règle s'applique à tous, quels que soient les âges ou les statuts des personnes.

Tabac et lycées : principales évolutions 2002-2006. S. Karsenty, C. Diaz Gomez. *Tendances*, OFDT, n° 51, novembre 2006, 4 p.

4.3 La consommation de cannabis

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé, dans la région comme en France. Son usage s'est fortement développé depuis le début des années 1990, surtout du fait des jeunes générations.

Le principe actif du cannabis, responsable de ses effets psychoactifs, est le THC (tétrahydrocannabinol) dont la concentration est variable selon la provenance et les types de produits. La consommation de cannabis entraîne une légère euphorie, un sentiment d'apaisement, une facilitation des contacts avec les autres, une envie spontanée de rire et une légère somnolence. Ces effets commencent quinze à vingt minutes après la prise et durent entre deux et dix heures selon la dose consommée et la sensibilité individuelle [32].

La dépendance liée au cannabis est beaucoup moins fréquente que la dépendance tabagique (on considère qu'environ 10 % des sujets consommant régulièrement du cannabis seraient dépendants). Le degré de gravité de la dépendance est liée à l'importance de la consommation.

Le lien entre la consommation importante et prolongée de cannabis et différents troubles psychologiques et psychiatriques est désormais bien établi. Il s'agit notamment de syndromes amotivationnels se traduisant par un désintérêt scolaire et social, une déscolarisation et une désocialisation progressive, de troubles psychotiques aigus ou chroniques, de troubles anxieux majeurs.

Fumer du cannabis constitue aussi un facteur de risque pour un certain nombre de pathologies : affections broncho-pulmonaires (bronchites, cancers bronchiques et ORL) ou cardio-vasculaires [46].

Enfin, le cannabis joue également un rôle dans l'accidentalité et la mortalité routière. Une étude menée en France entre 2001 et 2003 a en effet montré que les conducteurs sous influence de cannabis ont 1,8 fois plus de risque d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs qui ne sont pas dans ce cas. En France, le nombre de décès par accident de la route imputables au cannabis est estimé à 230 par an sur la période 2001-2003, époque à laquelle environ 6 000 accidents mortels de la circulation étaient dénombrés chaque année. Ce rôle du cannabis est d'autant plus important que sa consommation est souvent associée à celle de l'alcool [2, 36, 47].

Encadré 4.10

Le cannabis peut être consommé sous plusieurs formes

- Herbe (marijuana) : un mélange séché de sommités fleuries pouvant contenir aussi en proportions variables, des feuilles, des tiges et des graines.
- Résine de cannabis (ou haschich) : obtenue en tamisant ou en séparant les sommités florales séchées (plus ou moins mélangées aux feuilles) de façon artisanale ou industrielle, comprimées ensuite sous forme de barrettes, pains, savons...
- Huile de cannabis : liquide brun vert à noirâtre, obtenu à partir de l'herbe ou du haschich par extraction de la résine par de l'alcool à 90°. Réputée particulièrement riche en THC, son usage est peu répandu en Europe.

Le joint est une cigarette de résine de cannabis ou d'herbe de cannabis, souvent mélangé à du tabac en France, avec dans ce cas renforcement des effets de chaque produit.

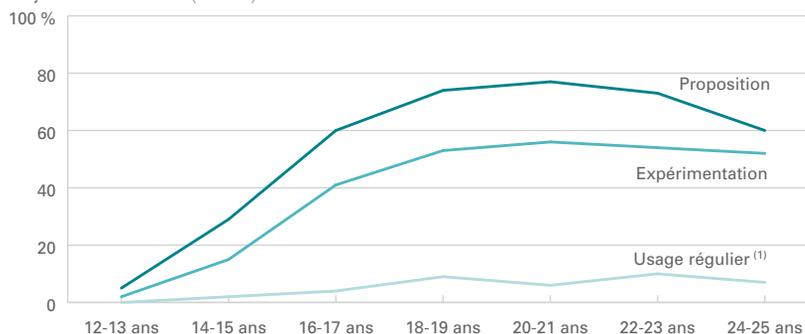
4.3.1 L'expérimentation

Le cannabis : une substance présente dans la vie des jeunes, déjà expérimentée par la majorité d'entre eux à la fin de l'adolescence

- Le cannabis est une substance illicite aujourd'hui très accessible pour les adolescents : selon l'enquête régionale Baromètre santé jeunes¹⁶ 2005, 76 % des jeunes ligériens de 19 ans s'en sont déjà vu proposer (figure 4.12).

Figure 4.12
Proportions de jeunes déclarant s'être déjà vu proposer du cannabis et ayant consommé du cannabis selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) cf. définitions p. 134.

16 - cf. éléments de méthode p. 292.

■ L'expérimentation de la consommation de cannabis a lieu très massivement au cours de la période de l'adolescence, la proportion de jeunes concernés passant de 24 % à 15 ans à 58 % à 19 ans (figure 4.12).

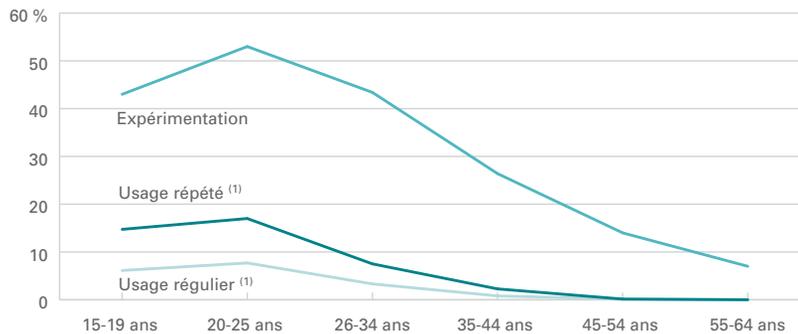
Malgré son niveau déjà important, il est possible que cette fréquence soit sous-estimée au regard des résultats des autres enquêtes disponibles au plan régional et au plan national [6, 19].

■ L'expérimentation du cannabis est surtout le fait des jeunes générations. La proportion de personnes concernées est ainsi de 20 % chez les 35-54 ans des Pays de la Loire alors qu'elle dépasse 40 % chez les 26-34 ans et atteint environ 50 % chez les 20-25 ans (figure 4.13) [9, 11].

Figure 4.13

Proportion de personnes ayant consommé du cannabis selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

(1) cf. définitions p. 134.

■ Chez les 18-25 ans, dans la région comme en France, le cannabis a été un peu plus fréquemment expérimenté par les garçons que par les filles (62 % vs 44 % chez les Ligériens de 18-25 ans).

Par contre, entre 15 et 17 ans, ces prévalences sont proches pour les deux sexes. Il est possible que ce résultat soit lié à une homogénéisation des comportements des filles et des garçons (nés à la fin des années 80) vis-à-vis de l'expérimentation du cannabis, d'autant plus qu'une situation analogue est observée au plan national [6]. Les données du Baromètre santé jeunes 2010 permettront de confirmer ou non cette hypothèse.

■ Selon l'enquête Baromètre santé, les Pays de la Loire ont une proportion de jeunes concernés par l'expérimentation du cannabis un peu plus élevée qu'au plan national, chez les 18-25 ans comme chez les 15-17 ans. Mais cette différence est peu importante et elle n'est d'ailleurs pas retrouvée dans l'enquête Escapad¹⁷ [21].

17 - cf. éléments de méthode p. 294.

Une expérimentation dont la progression s'est ralentie depuis 2000

Les données nationales, disponibles sur des périodes relativement longues, montrent que si la fréquence de l'expérimentation du cannabis a fortement progressé chez les jeunes de moins de 19 ans au cours des années 90 en France, ce rythme d'évolution s'est nettement ralenti depuis 2000 [22, 24].

Ce rythme de progression relativement modéré observé au plan national au cours des années récentes se retrouve dans les Pays de la Loire. Selon l'enquête Baromètre santé jeunes, la fréquence de l'expérimentation du cannabis parmi les 15-19 ans est passée de 37 % en 2000, à 43 % en 2005 [6].

4.3.2 L'usage régulier

Le niveau actuel de l'expérimentation du cannabis révèle la banalisation du produit chez les jeunes. Mais si certains d'entre eux n'ont pas renouvelé cette première expérience, d'autres ont par contre développé un usage plus ou moins régulier de ce produit.

7 % des 15-25 ans consomment régulièrement du cannabis...

■ La consommation de cannabis au cours de l'année reste le plus souvent ponctuelle chez les jeunes. D'après l'enquête Baromètre santé 2005, 25 % des Ligériens de 15-25 ans ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois, de façon occasionnelle (9 %), répétée (9 %)¹⁸.

La consommation régulière concerne toutefois une proportion non négligeable de jeunes puisque 7 % d'entre eux déclarent *avoir consommé du cannabis au moins dix fois au cours des trente derniers jours*.

Les habitudes de consommation se développent progressivement avec l'âge, l'usage régulier du cannabis concerne ainsi 4 % des 15-17 ans et 8 % des 18-25 ans (figure 4.14).

Toutefois, il est possible que ces niveaux de consommation soient sous-estimés au regard de l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad [6, 21].

■ La consommation de cannabis se rencontre principalement chez les adolescents et les jeunes adultes. Elle est plus rare chez les personnes de 35-44 ans et quasi inexistante chez les plus de 45 ans¹⁹ (figure 4.13) [9, 11].

18 - Définitions

- Usage occasionnel de cannabis : déclarer avoir consommé du cannabis une à neuf fois au cours des douze derniers mois,
- Usage répété (non régulier) : déclarer avoir consommé du cannabis dix fois et plus au cours des douze derniers mois mais pas dix fois et plus au cours des trente derniers jours,
- Usage régulier : déclarer avoir consommé du cannabis dix fois et plus au cours des trente derniers jours.

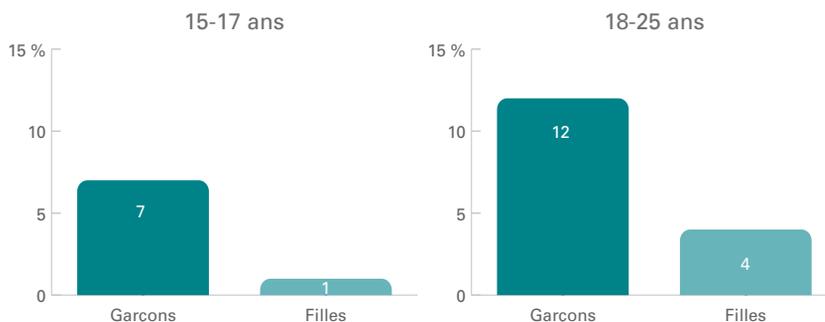
19 - Effet âge, effet génération : cf. précisions p. 117.

... les garçons trois fois plus souvent que les filles

■ La consommation de cannabis au cours de l'année concerne plus fréquemment les garçons que les filles, et la différence est d'autant plus importante que l'usage est fréquent. La consommation régulière de cannabis concerne ainsi 10 % des garçons de 15-25 ans et 3 % des filles. Cette différence, qui concerne les 18-25 ans comme les 15-17 ans (figure 4.14), est confirmée par l'exploitation des données de l'enquête Escapad [6, 21].

Figure 4.14

Proportion de jeunes déclarant avoir consommé du cannabis au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

■ Selon l'enquête Baromètre santé, la fréquence de l'usage régulier de cannabis chez les 15-25 ans des Pays de la Loire est très proche de celle observée au plan national. Mais ce résultat n'est pas confirmé par l'exploitation des données de l'enquête Escapad 2005, qui montre un usage régulier moins important dans la région que la moyenne nationale pour les jeunes de 17 ans.

4

Encadré 4.11

Des modes d'approvisionnement qui varient avec le niveau de consommation

Plus le niveau de consommation de cannabis augmente et plus le don fait place à l'achat. Ainsi, selon l'enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire, 82 % des Ligériens de 15-25 ans consommateurs occasionnels de cannabis déclarent qu'en général, lorsqu'ils fument, on leur en a offert et 18 % qu'on le leur en a vendu. Ces proportions sont respectivement de 69 % et 31 % pour les usagers répétés (non réguliers), de 28 % et 65 % pour les usagers réguliers*.

* cf. définitions p. 134.

Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans.

Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, 2006, 28 p.

Une situation qui a peu évolué dans la région depuis 2000

La fréquence de la consommation régulière de cannabis est restée relativement stable entre 2000 et 2005 dans les Pays de la Loire, chez les 18-25 ans comme chez les 15-17 ans.

En revanche, au plan national, une tendance à la hausse de cet usage a pu être observée sur cette période chez les 18-25 ans [22]. Elle n'est pas retrouvée chez les 15-17 ans.

Encadré 4.12

Comparaison européenne

Selon l'enquête Espad réalisée auprès des lycéens d'Europe de 15-16 ans, les prévalences de la consommation de cannabis chez les jeunes français sont parmi les plus élevées des pays de l'Union européenne [1].

Cette position défavorable de la France est confortée par les données de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Au cours des années 2000, la France se situe, en effet, parmi les pays européens ayant les proportions les plus élevées de jeunes de 15-24 ans qui ont consommé du cannabis au cours des trente derniers jours (12,7 % en France *vs* 9,1 % en moyenne pour les 27 pays de l'Union européenne) [2].

[1] The ESPAD report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 european countries. B. Hibell, B. Andersson, T. Bjarnason, S. Ahlström, O. Balakireva, A. Kokkevi et al. Swedish council for information on alcohol and other drugs, Groupe Pompidou, 2004, 455 p.

[2] Etat du phénomène de la drogue en Europe. Rapport annuel 2008. OEDT. Office des publications officielles des Communautés européennes, 2008, 106 p.

4.3.3 L'usage problématique

Les enquêtes Baromètre santé et Escapad, comme les autres enquêtes réalisées en population générale, ne permettent pas pour l'instant d'évaluer l'usage nocif ni la dépendance au cannabis. Mais elles comportent des questions sur un certain nombre de signes, faits ou états ressentis, permettant de déceler un usage problématique du cannabis²⁰.

Selon l'enquête Baromètre santé 2005, 37 % des consommateurs réguliers de 15-25 ans déclarent *avoir souvent fumé du cannabis en étant seul* au cours de l'année.

37 % des usagers réguliers déclarent avoir connu à cause du cannabis *des effets indésirables (bad trip, crise d'angoisse, hallucinations)*, 30 % *des problèmes de mémoire* et 10 % *des difficultés scolaires ou professionnelles* (figure 4.15). Ces effets du cannabis sont encore plus fréquemment décrits par les consommateurs réguliers de 17 ans dans l'exploitation régionale de données de l'enquête Escapad [6, 21].

20 - Usage problématique : selon l'OFDT, il s'agit d'un usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux pour soi ou pour autrui, ainsi qu'une dépendance.

Figure 4.15

Signes d'usage problématique du cannabis chez les consommateurs réguliers de 15-25 ans

Pays de la Loire (2005)

	Souvent	De temps en temps	1 ou 2 fois	Total (eff. =75)
Consommateurs réguliers de cannabis de 15-25 ans déclarant, au cours des 12 derniers mois...				
« avoir fumé en étant seul »	37 %	38 %	7 %	81 %
« que des amis ⁽¹⁾ leur ont dit de réduire leur consommation »	16 %	18 %	12 %	45 %
« avoir fumé du cannabis le matin avant d'aller en cours ou au travail » ⁽²⁾	4 %	11 %	14 %	29 %
« avoir trouvé qu'il est difficile de passer une journée sans joint »	10 %	21 %	2 %	33 %
« avoir ressenti des effets indésirables ⁽³⁾ à cause du cannabis »	11 %	10 %	16 %	37 %
« avoir essayé de réduire sa consommation de cannabis sans y arriver »	5 %	9 %	9 %	23 %
« avoir eu des problèmes de mémoire à cause du cannabis »	4 %	19 %	7 %	30 %
« avoir eu des difficultés scolaires/professionnelles à cause du cannabis »	1 %	8 %	1 %	10 %
« avoir eu des disputes ou des problèmes d'argent à cause du cannabis »	1 %	6 %	1 %	8 %

Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) « ou des membres de leur famille »

(2) proportions calculées parmi les jeunes scolarisés ou ayant un emploi

(3) « bad trip, crise d'angoisse ou de parano, hallucinations »

4.3.4 Prise en charge médicale dans une structure spécialisée

4

La majorité des prises en charge médicales pour consommation régulière et prolongée de cannabis concerne des 15-25 ans

Selon l'enquête sur la prise en charge des consommateurs de drogues illicites dans les structures sanitaires et sociales réalisée en novembre 2003, 128 jeunes des Pays de la Loire âgés de 15 à 25 ans étaient pris en charge dans une structure spécialisée pour consommation régulière et prolongée de cannabis, soit un taux de 2,6 pour 10 000 jeunes de cette tranche d'âge.

Chez les 15-25 ans, le cannabis est le principal produit à l'origine d'une prise en charge dans une structure sanitaire ou sociale, devant les opiacés (héroïne et autres opiacés, 106 jeunes). Au total, 71 % des patients pris en charge dans une structure spécialisée pour consommation régulière et prolongée de cannabis sont des jeunes de cette tranche d'âge [48].

Encadré 4.13

Polyconsommation régulière d'alcool, tabac et cannabis

Selon l'enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire réalisée en 2005, 13 % des 15-25 ans consomment de façon régulière au moins deux substances psychoactives, l'association tabac+alcool étant la plus fréquente (9 %), devant celle du tabac et du cannabis (4 %), puis celle de l'alcool du tabac et du cannabis (2 %). Le cumul cannabis+alcool sans le tabac est plus rarement observé (moins de 1 %).

Les garçons sont trois à quatre fois plus fréquemment concernés que les filles par ces polyconsommations régulières.

Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, 2006, 28 p.

4.4 Les autres drogues

A côté de l'alcool, du tabac, et du cannabis, les jeunes peuvent avoir accès à de nombreuses autres substances psychoactives : ecstasy, poppers, cocaïne, héroïne (encadré 4.15).

L'enquête régionale Baromètre santé jeunes²¹ explore l'expérimentation de ces différents produits, mais ne permet pas une étude approfondie de leur usage, qui reste actuellement relativement rare en population générale.

Cette approche est complétée par une analyse des jeunes pris en charge dans une structure spécialisée de la région.

4.4.1 Expérimentation des autres drogues

Poppers, champignons hallucinogènes, ecstasy et cocaïne sont les plus accessibles

Globalement, 16 % des 15-17 ans et 34 % des 18-25 ans déclarent s'être déjà vu proposer une drogue illicite autre que le cannabis, les produits les plus concernés étant les poppers, les champignons hallucinogènes, les ecstasy et la cocaïne [6].

21 - cf. éléments de méthode p. 292.

Une expérimentation qui concerne surtout les jeunes générations...

■ Globalement 5 % des 15-17 ans et 13 % des 18-25 ans ont déjà consommé une drogue illicite autre que le cannabis.

Les poppers sont en 2005 les plus expérimentés (6 % des 15-25 ans), devant les champignons hallucinogènes, les ecstasy et la cocaïne (3 à 4 %). Mais très peu de jeunes adoptent un usage répété de ces drogues puisque seulement 1 % à 2 % des 15-25 ans déclarent en avoir consommé au cours des douze derniers mois. Enfin, l'héroïne est très rarement citée parmi les produits expérimentés mais les acteurs régionaux soulignent actuellement une augmentation de son usage (figure 4.16).

Figure 4.16

Proposition et consommation d'une drogue illicite autre que le cannabis chez les jeunes de 15-25 ans

Pays de la Loire (2005)

	Proposition	Expérimentation	Usage dans l'année
Drogues illicites autres que le cannabis	29 %	11 %	5 %
ecstasy	18 %	4 %	2 %
poppers	13 %	6 %	2 %
champignons hallucinogènes	12 %	4 %	1 %
cocaïne	11 %	3 %	1 %
produits à inhaler ⁽¹⁾	7 %	2 %	< 1 %
amphétamines	7 %	1 %	< 1 %
LSD	6 %	1 %	< 1 %
crack	6 %	1 %	0 %
héroïne	5 %	< 1 %	< 1 %

Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) colles, solvants

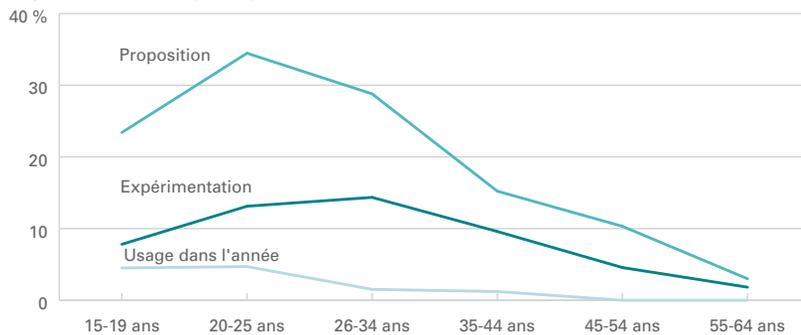
4

■ L'expérimentation d'une drogue illicite autre que le cannabis est surtout le fait des jeunes générations. Au-delà de 35 ans, les proportions de personnes qui se sont vues proposer ou qui ont expérimenté une drogue illicite autre que le cannabis sont nettement plus faibles que dans les tranches d'âge plus jeunes (figure 4.17) [9, 11].

Figure 4.17

Proposition et consommation d'une drogue illicite autre que le cannabis
selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

... les garçons plus souvent que les filles

Les garçons sont plus nombreux que les filles à s'être déjà vu proposer une drogue illicite autre que le cannabis (37 % *vs* 21 % chez les 15-25 ans). Cet écart entre les deux sexes est retrouvé, et de façon plus marquée, pour l'expérimentation de ces produits (16 % *vs* 4 %) et pour leur usage dans l'année (7 % *vs* 2 %).

Une expérimentation plus fréquente chez les garçons
des Pays de la Loire

En ce qui concerne la fréquence de proposition au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis, la situation des jeunes des Pays de la Loire est analogue à celle observée au plan national.

Pour l'expérimentation, la situation régionale apparaît plus défavorable chez les garçons de 18-25 ans de la région : 20 % d'entre eux déclarent *avoir déjà consommé une drogue illicite autre que le cannabis* au cours de leur vie *vs* 14 % en France. Mais ces écarts constatés pour l'expérimentation ne sont pas observés pour l'usage dans l'année. Chez les filles, aucune spécificité régionale n'est observée.

Chez les 15-17 ans, la situation des Pays de la Loire n'est également pas différente de la moyenne nationale et ce constat est confirmé par l'exploitation des données de l'enquête Escapad²², réalisée auprès de jeunes de 17 ans [6, 21].

22 - cf. éléments de méthode p. 294.

Encadré 4.14**Comparaison européenne**

Selon les données présentées dans le dernier rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), la prévalence de consommation de cocaïne chez les 15-34 ans au cours de l'année en France est proche de la moyenne européenne (1,2 %). C'est en Espagne et au Royaume-Uni que les consommations sont les plus élevées (> 2,5 % chez les 15-34 ans).

Par contre, pour l'ecstasy et les amphétamines, la France se situe parmi les pays d'Europe où les prévalences de consommation chez les 15-34 ans au cours de l'année sont les plus faibles (ecstasy : 1 % en France *vs* 1,8 % en moyenne en Europe ; amphétamines : 0,2 % *vs* 1,3 %). C'est en République tchèque (> 7,5 %), au Royaume-Uni et en Estonie (> 3,5 %) que les consommations d'ecstasy sont les plus élevées. Pour les amphétamines, c'est en Estonie, Lettonie, Royaume-Uni et Danemark que les prévalences de consommations sont les plus importantes (> 2 % chez les 15-34 ans).

Ce rapport ne présente pas de données concernant l'héroïne et les autres opiacés.

Etat du phénomène de la drogue en Europe. Rapport annuel 2008. OEDT. Office des publications officielles des Communautés européennes, 2008, 106 p.

Ecstasy et cocaïne : une expérimentation en hausse

L'évolution de l'expérimentation d'une drogue illicite autre que le cannabis dans la région peut être analysée pour quatre produits : les ecstasy, les amphétamines, la cocaïne et l'héroïne. Les autres produits et en particulier les poppers et les champignons hallucinogènes ne sont en effet pas étudiés spécifiquement dans l'enquête Baromètre santé de 2000.

- Entre 2000 et 2005, on observe une hausse significative de la proportion de 15-25 ans des Pays de la Loire ayant déjà consommé des ecstasy (1 % en 2000, 4 % en 2005) et de la cocaïne (moins de 1 %, 3 %). La situation est restée stable pour les amphétamines et l'héroïne. Les mêmes tendances évolutives se retrouvent au plan national [6].

- On observe par ailleurs une augmentation au cours des dernières années du nombre d'interpellations pour usage ou usage-revente d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy dans la région, confirmant ainsi la relative diffusion de la cocaïne et des ecstasy en Pays de la Loire (figure 4.18).

Figure 4.18
Evolution des interpellations pour usage ou usage-revente d'héroïne,
de cocaïne et d'ecstasy
Pays de la Loire (1997-2006)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre d'interpellations	152	97	129	203	111	117	184	164	174	161
Taux ⁽¹⁾	1,7	1,1	1,4	2,3	1,2	1,3	2,1	1,8	1,9	1,8

Sources : OCRTIS, Insee

(1) pour 10 000 habitants de 20-39 ans

4.4.2 Prise en charge médicale dans une structure spécialisée

Selon l'enquête sur la prise en charge des consommateurs de drogues illicites dans les structures sanitaires et sociales réalisée en novembre 2003, 106 jeunes de 15-25 ans ont été pris en charge dans une structure spécialisée des Pays de la Loire pour consommation régulière et prolongée d'opiacés (héroïne et autres opiacés), soit un taux de 2,2 pour 10 000 jeunes de cette tranche d'âge.

Chez les 15-25 ans, les opiacés constituent le produit le plus fréquemment à l'origine d'une prise en charge dans une structure sanitaire ou sociale, après le cannabis (128). Globalement 46 % des patients pris en charge dans une structure spécialisée pour consommation régulière et prolongée d'opiacés sont des jeunes de cette tranche d'âge.

Les prises en charge pour consommation régulière et prolongée de drogues de synthèse et de cocaïne sont moins fréquentes (elles concernent respectivement 13 et 10 jeunes de 15-25 ans dans la région) [48].

Encadré 4.15

Nature, effets sur la santé et modes d'usage des différentes drogues illicites

L'héroïne et les opiacés

L'héroïne est un dérivé de la morphine, elle-même dérivée de l'opium, substance provenant de la culture du pavot. Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche ou brune. L'héroïne peut être injectée, sniffée ou fumée. Elle est consommée pour ses propriétés euphorisantes et relaxantes. Son utilisation induit une très forte dépendance physique et psychique.

La toxicité directe sur les neurones n'est pas démontrée. Les problèmes sanitaires sont essentiellement liés à son usage par injection et aux risques de contamination virale (VIH, hépatites) ou bactérienne qui

en résultent. L'absorption d'une dose trop importante peut provoquer une insuffisance respiratoire entraînant une perte de connaissance et éventuellement la mort.

En raison du développement des produits de substitution, l'héroïne est restée au cours de la décennie 90 peu disponible et/ou peu visible, mais cette tendance s'inverse depuis le milieu des années 2000.

En 2006, l'usage d'héroïne concerne principalement les personnes bénéficiaires d'un traitement de substitution, les personnes en situation de grande précarité sociale. Depuis quelques années, mais d'une façon qui reste modérée, il s'étend aux usagers plus jeunes, dans un cadre festif, pour accompagner la « descente » après la prise de stimulants.

La cocaïne et le crack

La cocaïne est un dérivé de la feuille de coca qui se présente sous la forme d'une fine poudre blanche, généralement sniffée. La cocaïne est un stimulant*, qui n'engendre pas de dépendance physique, mais pour lequel la dépendance psychique peut être extrêmement forte.

La neurotoxicité de la cocaïne est élevée. La cocaïne provoque une contraction des vaisseaux sanguins, susceptible d'entraîner des lésions de la cloison nasale, et des troubles du rythme cardiaque. Elle provoque également des insomnies, des amnésies, des épisodes d'excitation, voire des troubles psychiques plus graves (épisodes paranoïaques, attaques de panique).

La consommation de cocaïne concernait il y a quelques années, des milieux sociaux ayant un fort pouvoir d'achat, proches du monde du spectacle, ou des usagers de drogues très marginalisés. Depuis le milieu des années 90, l'usage de ce produit s'est « démocratisé », et se diffuse dans des sphères toujours plus larges de la société.

Le crack (ou free-base) est le résultat du mélange de bicarbonate ou d'ammoniaque à la cocaïne. Il se présente généralement sous forme de cailloux ou de galettes qui se consomment le plus souvent fumés.

La consommation de crack induit une dépendance et une neurotoxicité plus rapide que celle de la cocaïne.

Les drogues de synthèse : amphétamines et ecstasy

Les amphétamines (speed) sont des produits de synthèse de la famille des amphétaminiques. L'ecstasy est une autre amphétaminique, désignant une variété de produits contenant de la MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine, dérivée de l'amphétamine). Les amphétamines et les ecstasy se présentent le plus souvent en comprimés.

Il s'agit de psychostimulants très puissants, qui ont également des propriétés anorexigènes. Leur usage peut occasionner des passages à vide, crises d'angoisses, états dépressifs. Consommés régulièrement, les amphétaminiques peuvent entraîner une dépendance psychique et

une tolérance**, ainsi qu'une dégradation de l'état général, résultant de la dénutrition et de l'épuisement général lié à la veille prolongée. Ces produits sont neurotoxiques.

Les consommations d'amphétamine et d'ecstasy se sont développées au cours des années 90, notamment avec l'essor du mouvement techno. L'usage tend à s'élargir à des personnes très précarisées. Certains l'utilisent pour améliorer leurs performances sportives ou professionnelles ou comme coupe-faim.

Les champignons hallucinogènes

Produits hallucinogènes*** naturels, d'origine française ou exotique (mexicains, hawaïens, colombiens...), qui sont ingérés secs, crus ou cuits (omelette).

L'usage des champignons n'entraîne pas de dépendance, mais à forte dose il peut occasionner des troubles neurologiques et psychiques (crises de panique, angoisse, paranoïa...).

La consommation relève de l'espace festif, et plus particulièrement des soirées privées ou du milieu techno alternatif.

Le LSD (acide lysergique)

Parfois appelé « acide » ou « buvard », le LSD est un hallucinogène synthétique puissant, produit par un champignon (l'ergot de seigle), qui se présente le plus souvent sous la forme d'un buvard.

Sa consommation n'entraîne pas de dépendance physique et la dépendance psychique est faible. En revanche, son usage peut conduire à des troubles psychiatriques plus ou moins graves et durables (« bad trip », crises de panique, angoisse, paranoïa, bouffées délirantes aiguës...). Les hallucinations peuvent également augmenter le risque d'accidents, notamment en cas de consommation solitaire ou chez des usagers « inexpérimentés ».

Les usagers de LSD sont proches des milieux techno « alternatifs ».

Les poppers

Les poppers sont des solvants contenant des dérivés de nitrite d'amyle, qui se consomment par inhalation. Leur effet désinhibant et vaso-dilatateur est bref et intense provoquant rire, euphorie avec accélération du rythme cardiaque, sensation vertigineuse, sensualité exacerbée. Certains les utilisent pour améliorer leurs performances sexuelles.

L'usage de poppers peut entraîner à court terme des maux de tête et des vertiges. A forte dose, il peut entraîner une dépression respiratoire et endommager les cloisons nasales. Une consommation régulière est susceptible de conduire à une anémie grave.

Utilisés initialement dans certains milieux homosexuels, les poppers se sont progressivement diffusés auprès d'autres usagers. Les poppers sont particulièrement consommés par les personnes fréquentant l'espace festif techno.

Les autres produits à inhaler

Il s'agit des colles, solvants, détachants, vernis, protoxyde d'azote, air sec, dérivés du pétrole... Les principes actifs les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone.

Ces produits provoquent des distorsions auditives et visuelles, une forme d'ivresse. La toxicité neurologique, cardiologique et pneumologique des solvants est considérable en cas d'usage répété. Leur consommation peut également entraîner des complications psychiatriques graves.

Ces produits sont aisément disponibles, pour la plupart en vente libre en grande surface en raison de leur usage banal. Certains, dont l'usage est médical, font cependant l'objet d'une surveillance particulière (protoxyde d'azote, autres produits anesthésiques).

Les principaux utilisateurs sont les adolescents car ils sont d'accès facile et de prix très bas.

* stimulants (ou psychoanaleptiques) : produits ayant pour particularité d'augmenter l'activité psychique. Ils provoquent une euphorie, une stimulation intellectuelle, donnant un sentiment de vigilance et d'hyperconcentration, une indifférence à la fatigue.

** tolérance : se caractérise par une diminution des effets produits par une même dose de drogue et donc une perte de sensibilité à la drogue. L'usager, pour ressentir les mêmes effets, doit consommer des doses de plus en plus fortes ou augmenter la fréquence des prises.

*** hallucinogènes : substances psychoactives dont l'usage est recherché pour sa capacité à induire des distorsions des perceptions en agissant sur les neurones du cerveau. Celles-ci peuvent être visuelles, auditives, spatiales, temporelles ou concerner la perception que l'individu a de son propre corps.

- Baromètre santé 2005. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, 593 p. (Coll. Baromètres Santé)
- Les drogues. N. Mastracci. Ed. Puf, 2005, 126 p. (Que Sais-Je n° 1514)
- Drogues et dépendances, données essentielles. Sous la direction de J.M. Costes, OFDT. Ed. La Découverte, 2005, 202 p.
- Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. A. Cadet-Taïrou, M. Grandilhon, A. Toufik, I. Evrard. OFDT, 2008, 189 p.

4.5 Contextes et facteurs associés

4.5.1 Contextes de consommation de l'alcool et du cannabis

L'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad²³ réalisée auprès des jeunes de 17 ans apporte des informations sur le contexte de la dernière consommation d'alcool et de cannabis.

Cette étude s'est attachée à analyser ce contexte pour les jeunes dont la consommation de ces produits est régulière ou abusive c'est-à-dire pour le cannabis déclarer en avoir fumé et pour l'alcool, déclarer en avoir bu au moins dix fois dans le mois qui a précédé l'enquête ou avoir consommé plus de cinq verres en une même occasion trois fois ou plus au cours de la même période [21].

Les consommations d'alcool et de cannabis se déroulent principalement entre amis...

- Pour l'alcool comme pour le cannabis, la principale caractéristique des consommations régulières ou abusives est qu'elles se déroulent dans plus de 90 % des cas « *avec des amis, frères ou sœurs* ». Toutefois, dans 20 à 30 % des cas, il s'agit de consommations « *avec les parents* » pour l'alcool, et de consommations solitaires pour le cannabis.
- Par ailleurs, l'alcool est surtout consommé le week-end, alors que le cannabis est consommé à la fois en semaine et le week-end.

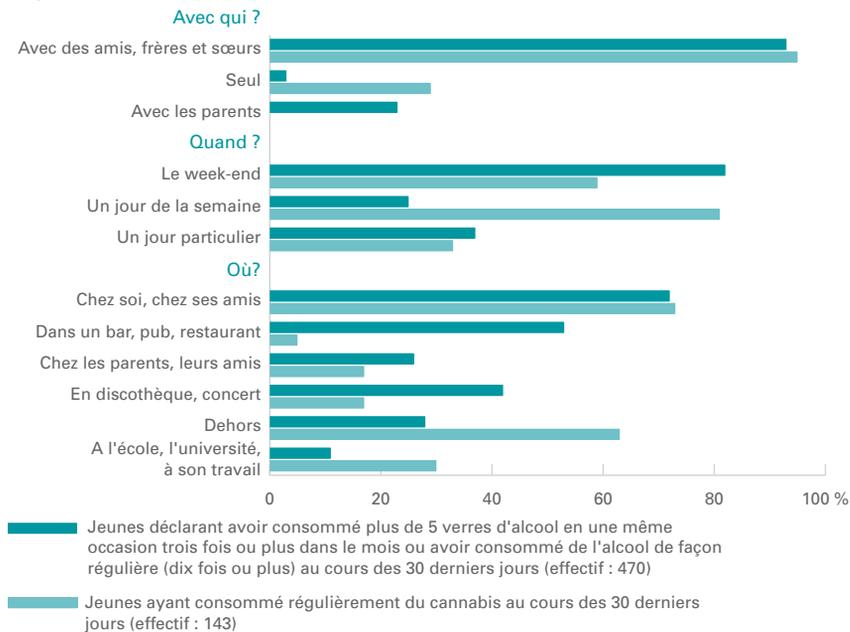
... et dans plusieurs endroits au cours d'une même soirée

- L'observation des lieux de consommation illustre la notion de parcours de consommation des buveurs réguliers ou abusifs d'alcool, et des fumeurs réguliers de cannabis. En effet, la dernière fois qu'ils ont consommé de l'alcool, 66 % des jeunes buveurs réguliers ou abusifs disent en avoir bu dans plus de deux endroits différents, et 42 % dans plus de trois. Une situation analogue est observée pour les fumeurs réguliers de cannabis (60 %, 33 %).
- Parmi les lieux de consommation, le domicile privé (« *chez soi ou chez ses amis* », « *chez les parents, leurs amis* ») arrive en tête, pour l'alcool et pour le cannabis. Mais pour les autres endroits, la situation diffère selon les produits. La consommation d'alcool a ainsi également fréquemment lieu dans les débits de boissons (bars, pubs, discothèques, concerts) alors que ces lieux sont rarement cités par les fumeurs réguliers de cannabis. A l'inverse, le cannabis est plus souvent consommé « *dehors* » et dans une moindre mesure « *à l'école, à l'université, ou au travail* » que l'alcool (figure 4.19). Le caractère licite ou non de chacun de ces produits explique bien sûr ce constat.

23 - cf. éléments de méthode p. 294.

Figure 4.19

Contexte de la dernière consommation d'alcool et de cannabis au cours du mois selon la fréquence de la consommation, chez les jeunes de 17 ans Pays de la Loire (2005)



Source : Escapad 2005. OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire

Des consommations perçues comme festives par les jeunes

■ Pour le cannabis, le Baromètre santé jeunes régional²⁴ 2005 montre que parmi les usagers réguliers de 15-25 ans, comme parmi les consommateurs plus occasionnels, les motivations évoquées ont principalement une dimension positive et festive (*détente, plaisir, envie de rigoler, convivialité*). La dimension anxiolytique, voire anesthésiante (*oublier les problèmes, soulager les douleurs, défoncer, dormir*) est citée par une faible proportion d'entre eux [6].

■ En ce qui concerne l'alcool, il n'existe pas de données régionales analogues, mais la dimension positive et festive de ces consommations se retrouve dans les résultats nationaux de l'enquête LMDE : la majorité des étudiants interrogés associent avant tout l'alcool à *la fête* (75 % d'entre eux) et à *la convivialité* (58 %). Viennent ensuite *la détente* (34 %) et *le plaisir* (37 %). Les connotations négatives sont moins souvent exprimées (*l'excès*, 23 % ; *la dépendance*, 18 % et enfin *la déprime* 11 %). Les étudiants les plus jeunes sont plus nombreux à associer l'alcool à la fête, tandis que le plaisir est de plus en plus cité quand l'âge augmente [49].

Toutefois, ces résultats restent complexes à analyser. Les limites liées à leur dimension déclarative et notamment au poids de la norme sociale, sont en effet importantes, particulièrement à cet âge.

24 - cf. éléments de méthode p. 292.

Encadré 4.16

La fête jusqu'à plus soif

« Comment rendre compte de la culture de la fête, de la déjante, de la prise de drogues et de la prise de risques qui caractérisent [...] la jeunesse contemporaine ? Comment expliquer ces débordements et ces excès, qui parfois se terminent par de violents accidents de la route [...] ? Quelle complicité la prise de risque établit-elle avec d'autres valeurs [...] : culture de l'aléatoire et de la précarité, compétition, machisme, dépassement de soi, performance, culte de la vitesse [...] ? La défonce routière semble-t-elle plus légitime que d'autres types de comportements violents ou transgressifs ? En jouant avec ses limites [...], la jeunesse pose-t-elle un défi à une société hyper organisée qui tend à prévenir tous les dangers ? Quel vide comble ce comportement, quelle frustration colmate-t-il, à quelle recherche d'identité correspond-il ? Quels liens les divers types de défonce (vitesse, alcool, tabac, cannabis, autres drogues, risques sanitaires) nouent-ils entre eux ?

Pour aborder ces questions [...] une centaine de jeunes de 18-24 ans ont été interviewés en 2005 à Marseille, Tours, Saint-Etienne, Amiens, et en banlieue parisienne. Le critère [...] de recrutement [...] est de faire abondamment la fête, et donc de s'adonner souvent à des pratiques à risque.

Qui sont ces fêtards ? Les jeunes enquêtés ne sont pas en rupture avec les pratiques des membres de leur âge. Comme profil sociologique et profil scolaire, ils sont proches de leurs congénères [...]. Les interviewés n'ont pas un style de vie atypique [...] dans la journée. Mais le soir, ils sortent, boivent et consomment des drogues un peu plus et parfois nettement plus [...]. Pour résumer : ils sont dans le moule, mais avec une propension à l'excès [...].

Cette enquête met à bât beaucoup d'idées reçues. Ainsi l'image de la famille est moins radieuse que le sens commun aime à l'évoquer. Vis-à-vis de leurs enfants jeunes adultes, les parents raisonnent responsabilisation et maturation, les seconds se cabrent devant un tel projet et se complaisent dans les délices des plaisirs infinis et de l'oubli que procurent ces virées nocturnes. Cette prise de distance par rapport aux projections parentales est redoublée par les difficultés objectives à entrer dans le monde du travail que connaissent les jeunes français [...], et la cascade des expériences qu'ils sont amenés à affronter - stages, emplois à durée déterminée, statuts précaires - pour y parvenir. Une grande partie des adeptes de la déjante avouent que le monde adulte ne les tente guère, qu'ils n'envisagent de s'y intégrer qu'à reculons [...].

L'allongement de la durée des études [...], conjugué à la difficile entrée dans l'univers du travail, aboutit à une situation inédite : la post-adolescence [...] peut mener jusqu'à trente ans, voire plus. Elle touche

plus cruellement [...] les catégories sociales de bas et moyens revenus [...], et concerne plus directement certains profils scolaires : les sans diplômes et surtout les étudiants de première ou seconde années de faculté dans des filières peu valorisées.

L'absence d'autonomie économique prend un visage différent quand on l'examine à l'aune des relations à l'argent [...]. D'une part, beaucoup [...] bénéficient d'un certain soutien matériel de la part de leurs parents. D'autre part, avoir un petit boulot pour assurer ses fins de mois confine à la banalité, car c'est une façon de s'affilier au niveau moyen du modèle de consommation propre à cette classe d'âge. Enfin, la débrouille [...] rend acceptable les conditions de vie [...]. Remarquons enfin que tous ces jeunes, indifféremment de leur contexte social, bénéficient du confort communicationnel : portable et poste de télévision, accès à internet, et pour la moitié d'entre eux, possession d'une voiture [...]. Probablement, ce sont ces mécanismes d'amortissement financier [...], qui tout à la fois rendent peu obsessionnelles les projections vers un travail, et permettent de jouir [...] de sa jeunesse.

Beaucoup d'éléments se télescopent toutefois pour générer de l'incongruité. D'une part, des jeunes gens encouragés à s'autonomiser dès leur plus tendre enfance se trouvent enfermés dans un statut d'incertitude et de dépendance économique à l'âge où, précisément, ils sont censés agir en adulte autonome [...]. Leur autonomie [...] devient alors une question-clé.

Les 18-24 ans sont installés dans une situation infantile par la génération parentale, sans d'ailleurs que les responsabilités soient clairement établies : maintien d'avantages acquis par les parents et les grands parents ? Cocooning des familles [...] ? Inefficacité et hypocrisie du système scolaire et universitaire français ? Vague complaisance des jeunes à se lover dans une semi-dépendance confortable, dénuée de vraies responsabilités, tout en bénéficiant d'une immense liberté individuelle par ailleurs : il est possible que cette [...] contradiction incite ces « faussement adultes » à se délecter d'une certaine régression : « la fête, sinon rien !!! ».

Tous ces facteurs sont à l'évidence en jeu, seule varie la pondération accordée à chacun d'eux selon les situations [...]. Pour les jeunes en décrochage scolaire ou social, la fête comble un vide, et dessine un rituel qui scande l'organisation du temps. Pour les autres [...], la fête peut être une évasion, un acte d'affirmation de leur [...] sentiment d'invincibilité, un vecteur de cohésion d'une classe d'âge. Et entre ces extrêmes, maintes figures intermédiaires se profilent ».

La fête jusqu'à plus soif. Regards sur la génération montante : les 18-24 ans.
M. Dagnaud. CNRS-EHESS, Centre d'études des mouvements sociaux, 2005, 3 p.

4.5.2 Facteurs associés

Concernant l'installation d'un usage nocif de substances psychoactives, un certain nombre de facteurs de risque individuels et environnementaux (famille, pairs) sont retrouvés de façon assez constante dans la littérature. Ces facteurs sont multiples et souvent associés (encadré 4.17).

Mais à côté de ces facteurs de vulnérabilité, les travaux mettent également en avant l'existence de facteurs « protecteurs » à la consommation nocive de substances psychoactives.

Encadré 4.17

Facteurs favorisant l'installation d'un usage nocif de substances psychoactives

Facteurs individuels

La période de l'enfance et de l'adolescence

- difficultés émergeant à l'adolescence : symptômes dépressifs, troubles des conduites sociales (absentéisme scolaire, fugues, bagarres...), troubles somatiques (malaises...),
- précocité des consommations (l'adolescence et la période pubertaire représentant une période de sensibilité particulière à la dépendance).

Les traits de personnalité et de tempérament, les troubles du comportement

- faible estime de soi, autodépréciation, timidité, réactions émotionnelles excessives, difficultés à faire face aux événements, difficultés à établir des relations stables et satisfaisantes, difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels,
- niveau élevé de recherche de sensations et de nouveautés, faible évitement du danger, niveau élevé de réactivité émotionnelle, faible niveau de sociabilité,
- comportements perturbateurs précoces dans l'enfance (caractère agressif).

Les événements de vie

- pertes et deuils, grossesses non désirées, abus sexuels, maladies graves.

Les comorbidités psychiatriques

- troubles des conduites, hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles de l'humeur, troubles anxieux.

Facteurs environnementaux

La famille

- relations parents-enfants insatisfaisantes et conflictuelles,
- style d'éducation parental (permissif, rejetant, négligeant),
- ambiance familiale délétère, violences intra-familiales,
- habitudes de consommation familiales, niveau de tolérance pour leur usage, histoire familiale de dépendance à un produit,
- évènements de vie familiaux.

L'environnement social

- dimension culturelle des usages (ou acceptation sociale du produit),
- milieux socioculturels favorisant la perte des repères sociaux (misère familiale, chômage, quartiers défavorisés, perte des valeurs),
- problèmes scolaires (absence d'encadrement pédagogique cohérent, exclusion et rupture scolaire),
- marginalité.

Les amis ou les pairs

Usage nocif de substances psychoactives. Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir. Sous la direction de M. Reynaud. Ed. La Documentation française, 2002, 277 p.

L'influence de la précocité des consommations et de certains facteurs psychocomportementaux

L'enquête Baromètre santé jeunes des Pays de la Loire et l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad retrouvent chez les jeunes ligériens un certain nombre de résultats de la littérature concernant l'influence de certains facteurs individuels et environnementaux dans l'installation d'un usage nocif de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues).

■ Dans la région comme en France, l'âge précoce d'expérimentation des substances psychoactives joue un rôle important dans l'installation des consommations régulières et de la dépendance pour l'alcool comme pour le tabac et le cannabis. Les fumeurs quotidiens de 18-25 ans qui ont consommé du tabac pour la première fois avant 14 ans présentent deux fois plus fréquemment une dépendance forte au tabac²⁵ que les autres fumeurs quotidiens du même âge. Les 18-25 ans qui ont connu leur première ivresse avant l'âge de 16 ans déclarent deux fois plus souvent que ceux qui l'ont connu plus tardivement une consommation régulière d'alcool et trois fois plus souvent des ivresses régulières. Enfin, les jeunes qui ont expérimenté le cannabis avant l'âge de 15 ans présentent plus fréquemment un usage régulier de ce produit [9].

25 - cf. précisions p. 125.

■ Les consommations régulières et abusives sont très liées à un certain nombre de troubles psychiques (épisodes dépressifs caractérisés dans l'année, pensées suicidaires), ou des conduites sociales (absentéisme scolaire, violence) [5, 6].

■ Certains aspects psychologiques, certains traits de comportement ou de personnalité s'avèrent également associés aux consommations nocives.

Les jeunes fumeuses ont en moyenne un score d'estime de soi (cf. figure 2.2, p. 58) plus défavorable que les autres jeunes filles du même âge [6].

Un lien avec certaines réactions ou attitudes en cas de difficultés relationnelles avec un ami proche²⁶ peut également être observé. Ainsi, face à une telle situation, les jeunes qui déclarent « *ne pas chercher à se calmer, à se détendre* », « *ne pas essayer de voir ce qui peut sortir de bon de la situation* », « *ne pas raconter ce qu'ils ressentent à un ami* », et « *ne pas exprimer le fait qu'ils auraient aimé que cela ne leur soit jamais arrivé* », sont plus sujets aux consommations nocives de substances psychoactives [10].

L'importance de la recherche de sensations et de nouveautés se retrouve dans le fait que les jeunes consommateurs réguliers de cannabis sont trois fois plus enclins aux ivresses répétées et à l'expérimentation d'une drogue illicite autre que le cannabis [9].

■ Au-delà de ces difficultés, les événements de vie ont également une grande importance. Les filles de 15-25 ans qui déclarent avoir subi des agressions sexuelles au cours de leur vie ont deux à trois fois plus de risque d'adopter une consommation régulière et abusive de substances psychoactives [50].

L'influence de l'environnement familial et des pairs

Le Baromètre santé jeunes retrouve également l'importance du contexte familial des jeunes, et notamment la qualité des relations que les jeunes entretiennent avec leurs parents et des situations de conflits entre ces derniers.

■ Les consommations de substances psychoactives sont ainsi plus fréquentes parmi les jeunes de la région qui expriment des difficultés relationnelles avec leurs parents (manque de valorisation²⁷, *difficultés à parler à leur mère de choses qui les préoccupent vraiment*) et qui jugent ces derniers *peu ou pas autoritaires*²⁷, et parmi ceux qui ont connu avant l'âge de 18 ans *de graves disputes ou mésententes entre leurs parents*.

Par ailleurs, les jeunes dont l'un des parents est fumeur sont eux-mêmes plus enclins au tabagisme et à l'usage de cannabis [6].

■ L'influence des pairs est aussi très marquée. Plus les jeunes de 17 ans *passent du temps en soirée avec leurs amis, chez eux ou chez leurs amis*, plus ils sont concernés par les consommations régulières ou abusives de tabac, d'alcool et de cannabis [21].

26 - La situation que le jeune de 15-19 ans devait imaginer était celle d'une grosse dispute avec un(e) ami(e) proche, au cours de laquelle il a eu le sentiment que cet(te) ami(e) ne le comprenait pas ou n'écoutait pas ce qu'il disait.

27 - Telles que ces informations ont pu être mesurées dans l'enquête Baromètre santé.

En ce qui concerne la pratique d'un sport en club, si elle est associée à un moindre tabagisme des 15-25 ans, aucune différence n'est observée en revanche concernant l'alcool et le cannabis [6].

- Enfin, la moindre consommation de cannabis observée parmi les 15-25 habitant une commune rurale suggère pour ces derniers un plus faible risque d'exposition à ce produit. Aucune différence n'est observée pour le tabac et l'alcool.

Un tabagisme plus fréquent dans les milieux sociaux moins favorisés mais une situation qui semble différente pour l'alcool

- Les données recueillies par les centres d'examens de santé de la région lors de bilans de santé réalisés notamment auprès de jeunes de 16-24 ans en difficulté d'insertion mettent en évidence, parmi ces derniers, une fréquence du tabagisme quotidien deux fois plus élevée que parmi les autres consultants du même âge. Leur consommation est également quantitativement plus importante : ils sont trois fois plus nombreux à fumer dix cigarettes et plus par jour [51].

- L'enquête Baromètre santé jeunes et l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad retrouvent cette plus forte propension au tabagisme parmi les jeunes qui vivent dans des milieux moins favorisés (parents bénéficiaires du RMI, chef de famille exerçant un métier d'ouvrier, d'employé ou d'agriculteur). En revanche pour la consommation régulière ou abusive d'alcool, c'est la situation inverse qui est observée, avec des fréquences plus élevées chez les jeunes des milieux favorisés [6, 21].

- Selon l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad, les jeunes de 17 ans qui ont quitté le système scolaire, et qui de fait travaillent ou vivent une situation d'insertion ou de chômage, sont deux à trois fois plus souvent concernés par le tabagisme quotidien et l'usage régulier de cannabis que les autres jeunes de leur âge [21].

Encadré 4.18

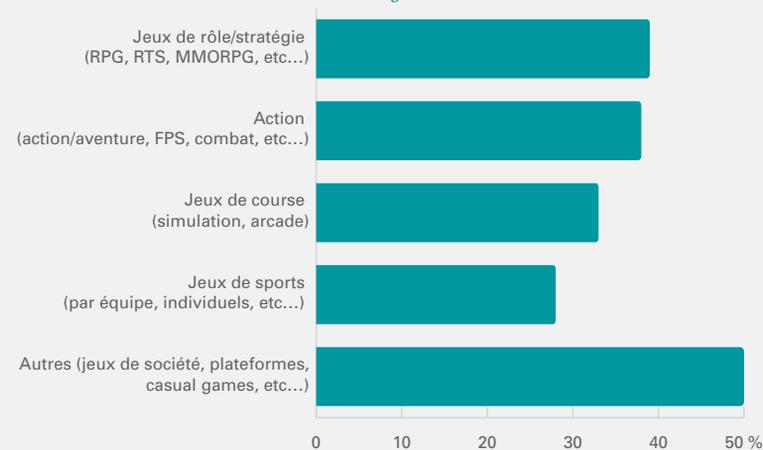
Addictions aux jeux vidéo

La pratique des jeux vidéo a connu un développement considérable aux cours des dernières décennies grâce aux avancées technologiques de l'informatique qui permettent de nouvelles pratiques virtuelles de loisir. Cette évolution s'intègre aussi à un mouvement sociétal plus large où la place de la communication et des échanges est devenue prépondérante. Les avancées technologiques réduisent les espaces-temps et entraînent de nouveaux types de communication.

Selon une étude TNS Sofres réalisée en 2006, 76 % des 15-24 ans déclarent jouer aux jeux vidéo et les joueurs de cette tranche d'âge consacraient 6 heures et 10 minutes en moyenne par semaine à cette activité.

Le monde des jeux vidéo est particulièrement vaste. Des titres sont proposés pour les tout-petits, d'autres s'adressent à un public majeur uniquement. Les personnes peuvent y jouer seuls ou à plusieurs, sur le même ordinateur (ou console de jeux) ou à distance via internet. Enfin, il existe des jeux d'action, de stratégie ou de réflexion, des jeux de rôle (MMORPG*), jeux de courses, jeux de sports, jeux de société, casual-games etc..., qui possèdent des caractéristiques très différentes.

A quel(s) genre(s) de jeux jouez-vous régulièrement sur votre ordinateur et/ou votre console de jeux ? ⁽¹⁾



Source : Panorama des jeux vidéo en France en 2006. Chiffres clés. TNS Sofres. Dans L'année du jeu vidéo 2006-2007. Agence française pour le jeu vidéo. Ed. Digital Games, 2007, pp. 141-146

(1) parmi les personnes de 15 ans et plus ayant déclaré jouer aux jeux vidéo sur PC ou console en France (effectif : 311)

La notion d'addiction aux jeux vidéo est de plus en plus souvent évoquée dans différents domaines (médias, sociologie, familles, joueurs eux-mêmes). Les médecins s'étant intéressés à cette question considèrent que certaines personnes (notamment des hommes jeunes, entre l'adolescence

et la trentaine) souffrent effectivement d'une pratique problématique, qui nécessite une évaluation voire des soins médicaux.

Les symptômes évocateurs d'une utilisation addictive des jeux vidéo sont :

- un temps consacré à ces pratiques important, venant entraver les autres activités nécessaires à l'équilibre d'un individu, sur le plan social (réduction des relations sociales, amicales et familiales, isolement au domicile), professionnel ou scolaire, ou ayant des répercussions sur l'hygiène de vie (équilibre alimentaire, sommeil...);
- une souffrance psychique rattachée à l'utilisation des jeux (tristesse, anxiété, agressivité);
- une incapacité à réduire les temps de jeu.

Les débats se poursuivent pour savoir quelles sont les spécificités et les facteurs impliqués, forcément multiples et complexes, de ces nouveaux comportements. Mais il semble que certains jeux entraînent plus souvent que d'autres un usage problématique. C'est le cas des jeux de rôle (ou MMORPGs), non pas qu'ils soient dangereux par essence, mais parce qu'ils se déroulent en univers persistant (c'est-à-dire 24/24 h) et nécessitent un temps de pratique important pour progresser.

Bruno Rocher

Praticien hospitalier. Service Addictologie CHU de Nantes

* Les MMORPGs (Massive Multiplayer Online Role Playing Game) sont des jeux de rôle dans lesquels le joueur est représenté dans le « monde virtuel » par un « Avatar ». Les quêtes proposées nécessitent souvent des interactions entre les différents joueurs qui s'associent en « Guildes ». Le titre ayant le plus de succès actuellement est WoW (World of Warcraft), qui réunit plus de 9 millions de joueurs à travers le monde.

- Addictions aux jeux vidéo : mythe ou réalité ? B. Rocher. Université de Nantes, Faculté de médecine, 2007, 170 p. (thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine, DES de psychiatrie)
- Quand le jeune est scotché à l'ordinateur : les consommations estimées excessives. J.M. Hayez. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 54, n° 3, 2006, pp. 189-199
- Addiction à l'internet. M. Lejoyeux, L. Romo, J. Adès. Dans *Encyclopédie médico chirurgicale*. Ed. Elsevier Masson, 2003, pp. 37-396-A-27
- Qu'est-ce que le virtuel ? P. Lévy. Ed. La Découverte, 1998, 153 p.
- La cyberdépendance en 60 questions. J.C. Nayebi. Ed. Retz, 2007, 128 p.
- Guérir par le virtuel. Une nouvelle approche thérapeutique. M. Stora. Ed. Presses de la Renaissance, 2005, 215 p.
- L'enfant au risque du virtuel. S. Tisseron, S. Missonnier, M. Stora. Ed. Dunod, 2006, 200 p.
- Sexe, passion et jeux vidéo. M. Valleur, J.C. Matysiak. Ed. Flammarion, 2003, 282 p.
- Du bon usage des jeux vidéo et autres aventures virtuelles. B. Virole. Ed. Hachette Littérature, 2003, 174 p.
- Panorama des jeux vidéo en France en 2006. TNS Sofres. Dans *L'année du jeu vidéo 2006-2007*. Agence française pour le jeu vidéo. Ed. Digital Games, 2007, pp. 141-146

Bibliographie

- [1] Sociologie des addictions. S. Karsenty. Dans *Clinique des addictions. Théories, évaluation, prévention et soins*. L. Fernandez, M. Catteeuw. Ed. Nathan Université, 2002, pp. 5-18
- [2] Traité d'addictologie. Sous la direction de M. Reynaud. Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 2006, 800 p.
- [3] Médecine de l'adolescent. Sous la direction de P. Alvin, D. Marcelli. Ed. Masson, 2000, 309 p. (Collection pour le Praticien)
- [4] La dangerosité des drogues. B. Roques. Ed. Odile Jacob, 1999, 316 p.
- [5] Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12 à 25 ans. Baromètre santé Pays de la Loire 2000. ORS Pays de la Loire, 2002, 20 p.
- [6] Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, 2006, 28 p.
- [7] Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Sous la direction de P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2006, 170 p. (Coll. Baromètres Santé)
- [8] Baromètre santé 2005. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, 593 p. (Coll. Baromètres Santé)
- [9] Enquête Baromètre santé jeunes 2005, ORS Pays de la Loire - Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [10] Enquête Baromètre santé jeunes 2000, ORS Pays de la Loire - CFES, exploitation ORS Pays de la Loire
- [11] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [12] Regards sur la fin de l'adolescence. Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000. F. Beck, S. Legleye, P. Peretti-Watel. OFDT, 2000, 220 p.
- [13] Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans. ESCAPAD 2001. F. Beck, S. Legleye, P. Peretti-Watel. OFDT, 2002, 200 p.
- [14] Drogues à l'adolescence. Usage de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes. ESCAPAD 2002. F. Beck, S. Legleye. OFDT, 2003, 164 p.
- [15] Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France. ESCAPAD 2003. F. Beck, S. Legleye, S. Spilka. OFDT, 2004, 251 p.
- [16] Les drogues à 17 ans. Evolutions, contextes d'usages et prises de risque. F. Beck, S. Legleye, S. Spilka. *Tendances*, OFDT, n° 49, septembre 2006, 4p.
- [17] Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. F. Beck, S. Legleye, S. Spilka. OFDT, 2005, 224 p.

-
- [18] Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. S. Legleye, F. Beck, S. Spilka, O. Le Nézet. OFDT, mai 2007, 77 p.
- [19] Analyse régionale ESCAPAD 2005. F. Beck, S. Legleye, O. Le Nézet, S. Spilka. OFDT, 2007, 4 p.
- [20] Enquêtes Escapad 2002-2003, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire
- [21] Enquête Escapad 2005, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire
- [22] Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, France. S. Legleye, O. Le Nézet, S. Spilka, F. Beck. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 13, mars 2008, pp. 89-92
- [23] Adolescents. Enquête nationale. M. Choquet, S. Ledoux. Ed. Inserm, 1994, 346 p. (Coll. Analyses et Prospectives)
- [24] Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée. ESPAD 99 France. Tome II. F. Beck, S. Legleye, P. Peretti-Watel. OFDT, 2002, 225 p.
- [25] Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis 10 ans. M. Choquet, F. Beck, C. Hassler, S. Spilka, D. Morin, S. Legleye. *Tendances*, OFDT, n° 35, mars 2004, 6 p.
- [26] La consommation d'alcool des jeunes scolarisés de 12 à 18 ans en France et en Europe. Enquête ESPAD 2003. B. Hibbel, M. Choquet, D. Morin, B. Andersson. *Focus*, Ireb, n° 8, 1^{er} trimestre 2005, 36 p.
- [27] Les consommations des adolescents : la France, élève moyen de l'Europe. S. Spilka, C. Hassler, S. Legleye, D. Morin, F. Beck, M. Choquet. *La Santé de l'Homme*, Inpes, n° 383, mai-juin 2006, pp. 43-46
- [28] The ESPAD report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 european countries. B. Hibell, B. Andersson, T. Bjarnason, S. Ahlström, O. Balakireva, A. Kokkevi et al. Swedish council for information on alcohol and other drugs, Groupe Pompidou, 2004, 455 p.
- [29] Les adolescents français face à l'alcool. Comportement et évolution. Ireb, 1998, 119 p. + ann.
- [30] Les adolescents français face à l'alcool. Comportement et évolution. Deuxième enquête transversale Ireb 2001. M. Choquet, L. Com-Ruelle. *Focus*, Ireb, n° 5, 1^{er} trimestre 2003, 20 p.
- [31] Les 13-20 ans et l'alcool en 2001. Comportements et contextes en France. M. Choquet, L. Com-Ruelle, N. Leymarie. Ireb, 2003, 126 p.
- [32] Les drogues. N. Maestracci. Ed. Puf, 2005, 126 p. (Que Sais-Je n° 1514)
- [33] Nos limites ?! Crips-Cirdd Ile-de-France, 2007, 40 p. [brochure]
- [34] Alcool. Effets sur la santé. Les éditions Inserm, 2001, 358 p. (Expertise Collective)

- [35] Alcool et risque de cancer. C. Hill. *THS. La Revue des Addictions*, vol. 1, n° 3, 1999, pp. 46-49
- [36] Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats. B. Laumon, B. Gadegbku, J.L. Martin, M.B. Biecheler-Fretel. Groupe Sam, Umrestte, OFDT, 2005, 3 p.
- [37] Bases régionales PMSI MCO 1998-2004, ARH Pays de la Loire - ATIH - Drees, exploitation ATIH (1998-2002), exploitation ORS Pays de la Loire (2003-2004)
- [38] Bases nationales PMSI MCO 1998-2004, ATIH - Drees, exploitation ATIH (1998-2002), exploitation Drees (2003-2004)
- [39] Consommation excessive d'alcool. Dans *La santé observée dans les Pays de la Loire. Tableau de bord régional sur la santé. Edition 2007*. ORS Pays de la Loire, 2007, pp. 94-95
- [40] Orientations diagnostiques et prise en charge au décours d'une intoxication éthylique aiguë des patients admis aux urgences des établissements de soins. Recommandations. Haute autorité de santé, 2001, 22 p.
- [41] Journée mondiale sans tabac. Numéro thématique. In VS. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 22-23, mai 2003, pp. 97-107
- [42] Le tabac, la première cause de décès évitable en France. INCa, 2006, 12 p.
- [43] Tabagisme. Dans *La santé observée dans les Pays de la Loire. Tableau de bord régional sur la santé. Edition 2007*. ORS Pays de la Loire, 2007, pp. 96-97
- [44] Les comportements à risque. Sous la direction de P. Peretti-Watel. *Problèmes Politiques et Sociaux*, n° 919, 2005, 119 p.
- [45] Les conduites déviantes des lycéens. R. Ballion. Cadis, OFDT, 1999, 243 p.
- [46] Cannabis et santé. Vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge. Coordonné par M. Reynaud. Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 2004, 194 p.
- [47] Cannabis, données essentielles. Sous la direction de J.M. Costes. OFDT, 2007, 231 p.
- [48] Enquête sur les consommateurs de drogues illicites ayant eu recours au système sanitaire et social, novembre 2003, Drees, Drass Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire
- [49] La santé des étudiants 2005-2006. Enquête nationale et synthèses régionales. LMDE. Editions de la vie universitaire, 2006, 299 p.
- [50] Qualité de vie, santé psychique, accidents et violences chez les jeunes de 12 à 25 ans. Baromètre santé Pays de la Loire 2000. ORS Pays de la Loire, 2004, 24 p.
- [51] Bases des centres d'examens de santé des Pays de la Loire 2005, CPAM Saint-Nazaire - CPAM La Roche-sur-Yon - IRSA (CES Angers, Cholet, Laval, Le Mans), exploitation ORS Pays de la Loire

CHAPITRE 5

Les accidents et leurs conséquences sur la santé

Dr Anne Tallec, Sandrine David

Introduction	162
5.1 Les accidents déclarés	162
5.2 Les accidents de la vie courante	164
5.3 Les accidents de la circulation	169
5.4 Les accidents du travail	177
5.5 Les conséquences des accidents sur la santé : hospitalisations, séquelles, décès	179
5.6 Les facteurs associés aux accidents	184
Bibliographie	192

Remerciements

Les données concernant les accidents de la circulation ont été mises à disposition par l'Observatoire régional de sécurité routière.

La partie de ce chapitre concernant les accidents du travail s'appuie sur les travaux de l'Observatoire régional de santé au travail et les données mises à disposition par la Caisse régionale d'assurance maladie des Pays de la Loire. Celle consacrée aux facteurs de risque des accidents a été enrichie par les suggestions de Jean-Pascal Assailly, chargé de recherche au laboratoire de psychologie de la conduite de l'Inrets.

L'essentiel

Les accidents, un risque fréquent et grave pour la santé des 15-24 ans

Les accidents constituent l'un des risques les plus importants pour la santé des jeunes comme en témoignent leur fréquence et leur gravité. Ainsi, 13 % des Ligériens de 15-25 ans déclarent avoir été victimes d'au moins un accident ayant nécessité un recours aux soins dans l'année. Cette fréquence particulièrement élevée résulte d'une plus grande implication de cette population dans tous les types d'accidents, qu'ils soient de sport ou de loisirs, du travail ou de la circulation. Par ailleurs, les accidents représentent la première cause de décès chez les jeunes, à l'origine de la moitié des 240 décès dénombrés chaque année chez les jeunes de la région.

Des facteurs de risque d'accidents qui se cumulent chez les jeunes

Ce niveau élevé du risque accidentel chez les jeunes résulte du cumul et de l'interaction de l'importance de leur niveau d'exposition au risque, de leur relative inexpérience et de leur sentiment d'invincibilité, et surtout de la fréquence des prises de risque, conscientes ou non, dans cette classe d'âge. Ces prises de risque sont inhérentes à la jeunesse, mais l'environnement qu'il s'agisse de la famille, des pairs, ou plus largement de la société et des représentations qu'elle porte, joue un rôle favorisant ou au contraire protecteur dans leur survenue.

Accidents de sport ou de loisirs et accidents du travail hors trajet plus fréquents mais souvent moins graves que chez leurs aînés

Les accidents de la vie courante, et notamment les accidents de sport ou de loisirs, sont particulièrement fréquents chez les jeunes. Mais leurs conséquences en termes d'hospitalisation et de mortalité sont moins importantes que chez leurs aînés.

Les accidents du travail chez les jeunes sont peu souvent évoqués, alors que la fréquence des accidents avec arrêt, qu'il s'agisse d'accident de trajet ou d'accident du travail hors trajet, est plus élevée chez les moins de 25 ans que dans les autres classes d'âge. Les accidents du travail avec arrêt (hors trajet) sont plutôt moins graves chez les jeunes que chez leurs aînés, alors que la situation est inverse pour les accidents de trajet.

Les accidents de la route sont à l'origine de la surmortalité des jeunes de la région

Sur les 120 décès par accident qui surviennent chaque année dans la région, 80 % sont liés aux accidents de transport et principalement aux accidents de la circulation. La mortalité par accident de transport chez les jeunes a été divisée par deux depuis 20 ans, dans la région comme en France. Mais pour les jeunes des Pays de la Loire, elle reste supérieure de plus de 20 % à la moyenne nationale. La surmortalité des jeunes de la région des zones rurales est par ailleurs deux fois plus élevée que celle des jeunes des zones urbaines.

Près de 1 800 jeunes de 15-24 ans ont été blessés, dont 750 ont été hospitalisés plus de 24 heures, suite à un accident sur les routes de la région en moyenne chaque année sur la période 2005-2007. Et un nombre important d'entre eux, estimé par certains travaux au moins équivalent au nombre des tués, garderont des séquelles majeures de l'accident.

L'alcool, principal facteur de risque des accidents de la route, chez les jeunes comme chez leurs aînés

Le rôle de l'alcool dans les accidents est considérable chez les jeunes comme à tout âge, notamment dans les Pays de la Loire où les habitudes de consommation sont plus défavorables que la moyenne nationale.

24 % des conducteurs de 18-24 ans impliqués dans un accident mortel de la circulation, sur les routes de la région, ont un taux d'alcoolémie positif en 2007.

L'étude nationale SAM, menée au début des années 2000, a montré que, par rapport aux conducteurs qui ne sont pas dans ce cas, les conducteurs ont un risque d'être responsable d'un accident mortel 8,5 fois plus élevé lorsqu'ils sont sous l'influence de l'alcool, 1,8 fois plus élevé lorsqu'ils sont sous l'influence du cannabis et 14 fois plus élevé lorsqu'ils sont sous l'influence de ces deux produits.

Des garçons plus souvent victimes que les filles

Globalement, les garçons ont plus d'accidents que les filles. Ils sont, en effet, deux fois plus nombreux à déclarer avoir été victimes d'un accident ayant nécessité un recours aux soins dans l'année. Cet écart entre les deux sexes est encore plus marqué pour la mortalité : 79 % des décès par accident chez les 15-24 ans concernent des hommes.

Introduction

Les accidents sont de plus en plus souvent désignés sous le terme de traumatismes non intentionnels, par opposition aux traumatismes intentionnels que constituent principalement les suicides et les tentatives de suicide, les agressions et les violences [1]. Cette terminologie présente l'intérêt d'écarter les notions d'aléa, de fatalité voire de destin qui restent trop souvent rattachées au terme d'accident, pour favoriser une approche préventive, en lien avec l'analyse des facteurs de risque des accidents. L'intentionnalité reste toutefois une notion complexe, pas toujours aisée à déterminer. Ainsi, la dimension suicidaire de certains accidents de la route, liés à des prises de risque très importantes ou survenant dans des circonstances particulières, peut par exemple être interrogée.

On distingue habituellement, en fonction de leur lieu et circonstances de survenue :

- les accidents de la circulation, qui ont lieu sur la voie publique et impliquent un véhicule en mouvement,
- les accidents du travail, qui surviennent sur le lieu de travail, ou aussi lors du trajet entre le domicile et le lieu de travail,
- les accidents de la vie courante, qui regroupent les accidents survenant en dehors des situations définissant les accidents de la circulation et les accidents du travail.

Le présent chapitre analyse la fréquence et les caractéristiques épidémiologiques de ces différents types d'accidents chez les jeunes de la région. Après une approche globale du risque accidentel à travers les données déclaratives issues des enquêtes Baromètre santé menées en population, sont présentées des informations détaillées sur les accidents de la vie courante, les accidents de la circulation et les accidents du travail. Une étude des conséquences de ces accidents est ensuite menée, notamment à partir des données concernant les séjours hospitaliers pour traumatismes. La dernière partie du chapitre porte sur les facteurs associés aux accidents des jeunes, et notamment sur les risques liés à la consommation excessive d'alcool.

5.1 Les accidents déclarés

Les jeunes, une population particulièrement exposée aux accidents

Les accidents sont particulièrement fréquents chez les jeunes puisque selon l'enquête Baromètre santé¹ 2005, 13 % des 15-25 ans de la région déclarent avoir été victimes d'au moins un accident suffisamment grave pour avoir entraîné un recours au médecin ou à l'hôpital au cours des douze derniers mois.

1 - cf. éléments de méthode p. 292.

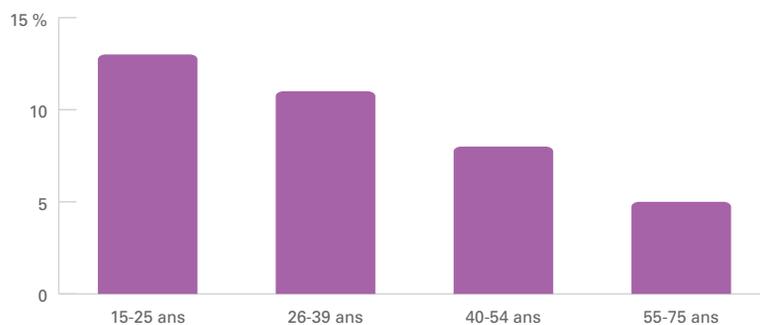
Cette proportion est supérieure à celles observées dans toutes les autres classes d'âge (figure 5.1).

Par ailleurs, les accidents à répétition ne sont pas rares : 2 % des 15-25 ans déclarent ainsi avoir été victimes de deux accidents ou plus au cours de l'année [2, 3].

Figure 5.1

Proportion de personnes déclarant avoir été victimes d'au moins un accident ayant nécessité un recours à des soins médicaux au cours des 12 derniers mois selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

Les garçons deux fois plus souvent victimes que les filles

La fréquence des accidents diffère très fortement selon le sexe : 18 % des garçons déclarent avoir été victimes d'un accident avec recours aux soins au cours des douze derniers mois, et seulement 9 % des filles. L'écart garçons-filles est surtout marqué chez les 18-25 ans, avec respectivement 19 % et 6 % de victimes déclarées.

La plus grande fréquence des accidents chez les jeunes par rapport à leurs aînés s'observe pour les deux sexes, mais la différence est plus marquée chez les garçons que chez les filles [2-4].

Une baisse très nette de la fréquence des accidents déclarés depuis 2000

La fréquence des accidents avec recours aux soins déclarés par les jeunes ligériens a nettement diminué entre 2000 et 2005, passant de 17 à 13 %. Ce recul se retrouve au niveau national avec une proportion de victimes chez les 15-25 ans qui est passée de 22 % à 15 % sur la même période [2, 4, 5].

Des accidents de nature diverse

Les accidents de la vie courante sont les plus fréquents chez les jeunes puisqu'ils représentent plus de 40 % des accidents déclarés. Il s'agit principalement d'accidents de sport ou de loisirs. Viennent ensuite les accidents de la circulation (34 %), qui sont pour une large part des accidents de deux-roues, puis les accidents du travail (20 %) [2].

La fréquence globalement élevée des accidents chez les jeunes résulte du cumul dans cette population d'une fréquence élevée de ces différents types d'accidents : accidents de la vie courante et notamment de sport ou de loisirs, accidents de la circulation et accidents du travail.

5.2 Les accidents de la vie courante

Les accidents de la vie courante sont définis comme ceux survenant au domicile ou dans ses abords immédiats (accidents domestiques), sur les aires de sport ou de loisirs ou à tout autre moment de la vie privée. Leurs mécanismes peuvent être très divers : chutes, suffocations, noyades, intoxications, brûlures...

Deux sources fournissent des données spécifiques à la région concernant les accidents de la vie courante : le Baromètre santé régional², qui apporte des données déclaratives sur ces événements, et les statistiques des causes médicales de décès établies par l'Inserm CépiDc² [2, 4, 5-7]. L'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac), menée auprès de quelques hôpitaux français et qui fait actuellement référence en France sur ce sujet, permet d'enrichir ces données régionales (encadrés 5.1 et 5.2).

Chez les jeunes, les sports et les loisirs sont en cause dans la grande majorité des cas

■ Selon le Baromètre santé jeunes de 2005, 5,3 % des 15-25 ans de la région déclarent avoir été victimes d'au moins un accident de la vie courante ayant nécessité un recours au médecin, en ville ou à l'hôpital, au cours des douze derniers mois.

La grande majorité de ces accidents de la vie courante sont survenus dans le cadre d'activités de sport ou de loisirs. La proportion de jeunes de 15-25 ans de la région qui déclarent avoir été victimes d'un accident de sport ou de loisirs ayant nécessité un recours aux soins au cours des douze derniers mois³ est ainsi également proche de 5 %.

■ Ces accidents de sport ou de loisirs sont plus fréquents chez les garçons (6 %) que chez les filles (4 %), et entre 15 et 17 ans (9 %) qu'entre 18 et 25 ans (4 %). Cette situation peut être rapprochée de la fréquence de la pratique sportive, plus importante chez les garçons que chez les filles, et qui diminue avec l'âge.

■ Les sports collectifs, très largement pratiqués par les jeunes (cf. chapitre 6), sont en cause dans 65 % des accidents de sport ou de loisirs. Par ailleurs, dans les trois quarts des cas, ces accidents sont survenus dans le cadre d'une pratique en groupe organisé, ou dans un club avec encadrement.

2 - cf. éléments de méthode p. 292 et 293.

3 - Jeunes ayant déclaré avoir eu, au cours des douze derniers mois, un accident de sport ou de loisirs (dont le ski) ou un accident de vélo (ou VTT, BMX) ou un accident de roller (patins à roulettes) ou un accident de skate (ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital).

Baisse de la fréquence déclarée des accidents de sport ou de loisirs

La proportion des jeunes déclarant avoir été victimes d'un accident de sport ou de loisirs ayant nécessité une intervention médicale au cours des douze derniers mois a diminué de façon considérable entre 2000 et 2005, passant de 8 à 5 %. Ce recul est également observé au plan national.

Cette baisse de la fréquence des accidents de sport ou de loisirs est la principale cause du recul de la fréquence globale des accidents déclarés sur cette période, la fréquence des autres accidents étant restée à peu près stable.

Les accidents de la vie courante le plus souvent peu graves chez les jeunes

L'enquête Epac ne permet pas d'analyses régionales, mais fournit des données relativement détaillées sur l'origine et le mécanisme des accidents de la vie courante, et sur la nature et la gravité des lésions (encadré 5.1). Elle met notamment en évidence que, chez les jeunes, les accidents de la vie courante sont le plus souvent peu graves, notamment par rapport à ce qui est observé chez les personnes âgées [8]. Cette enquête n'apporte, par contre, aucune information sur les éventuelles séquelles à long terme résultant de ces lésions accidentelles, séquelles qui pour certains auteurs seraient souvent sous-estimées.

Encadré 5.1

Accidents de la vie courante : les principaux enseignements de l'enquête Epac

L'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) est menée dans le cadre d'un réseau animé par l'Institut de veille sanitaire qui associe plusieurs hôpitaux français. Selon cette enquête, les accidents de la vie courante (AcVC) donnant lieu à un recours aux services d'urgence hospitaliers sont surtout fréquents avant 20 ans et au-delà de 70 ans. Sur la période 2002-2003, 16 % des recours aux urgences pour AcVC concernent des jeunes de 15-24 ans. Dans cette classe d'âge, les deux tiers des AcVC concernent des hommes.

Les AcVC sont en général moins graves chez les jeunes que chez leurs aînés. C'est, en effet, entre 15 et 24 ans que le taux d'hospitalisation à la suite d'un AcVC est le plus faible (5 %) alors qu'il est en moyenne de 11 % pour l'ensemble des classes d'âge et atteint 35 % au-delà de 75 ans. De plus, la durée moyenne d'hospitalisation à la suite d'un AcVC est trois fois plus courte chez les 15-24 ans que chez les personnes âgées (environ 3 jours chez les 15-24 ans *vs* 9 jours pour les 75 ans et plus).

La chute est le mécanisme le plus souvent à l'origine des AcVC accueillis dans les services d'urgence hospitaliers (53 % des cas).

Cette prépondérance s’observe à tout âge, et notamment chez les 15-24 ans, avec toutefois dans cette classe d’âge un poids relatif moins marqué (40 % des AcVC) que chez les enfants ou les personnes âgées.

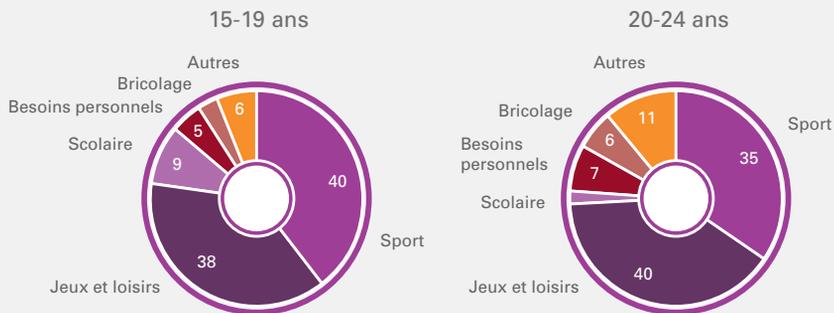
Les autres mécanismes fréquemment en cause chez les 15-24 ans sont les coups et collisions (23 % des AcVC chez les 15-19 ans et 21 % chez les 20-24 ans) et les contacts avec un corps étranger (respectivement 15 et 21 %).

Les lésions dont souffrent les jeunes victimes accueillies aux urgences touchent les membres dans près de 80 % des cas. Il s’agit de contusions dans plus d’un tiers des cas, puis d’entorses, de plaies, et enfin de fractures dans 13 % des cas chez les 15-19 ans et 11 % des cas chez les 20-24 ans.

Le sport, les jeux et les loisirs sont en cause dans les trois quarts des AcVC chez les jeunes accueillis aux urgences.

Répartition des accidents de la vie courante chez les 15-24 ans selon l’âge et l’activité

Réseau Epac (2002-2003)



Source : Enquête permanente sur les accidents de la vie courante 2002-2003. Réseau Epac, InVS

Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Résultats 2002-2003. Réseau Epac. B. Thélot, C. Ricard. InVS, 2005, 68 p.

Plus de 15 000 accidents de sport concernant des jeunes de la région pris en charge chaque année par les services d’urgence

Concernant plus spécifiquement les accidents du sport, les données 2004 de l’enquête Epac ont permis d’estimer à 3,7 % le taux annuel d’incidence des accidents de sport avec recours aux urgences hospitalières chez les 15-24 ans (encadré 5.2) [9]. Ce taux paraît cohérent avec le taux déclaré de 5 % d’accidents de sport ou de loisirs, ayant nécessité des soins médicaux en ville ou à l’hôpital, dans l’enquête Baromètre santé jeunes 2005 [2].

L'application de ce taux d'incidence à l'effectif de la population régionale des 15-24 ans permet d'estimer que 15 000 à 17 000 accidents de sport donnent lieu chaque année à un recours aux services d'urgence chez les 15-24 ans de la région.

Encadré 5.2

Accidents de sport : une exploitation spécifique de l'enquête Epac

Une analyse détaillée des accidents de sport a été réalisée à partir des données de l'enquête Epac 2004-2005. Près de 30 % des accidents de sport, ayant fait l'objet d'un recours aux services d'urgence d'un des établissements de santé enquêtés, concernent des jeunes de 15-24 ans.

Le taux d'incidence annuel des accidents de sport est estimé à 3,7 % [3,5 %-3,9 %] dans cette classe d'âge, ce qui permet d'estimer entre 270 000 et 310 000 le nombre d'accidents de sport avec un recours aux urgences chaque année en France chez les 15-24 ans.

Ce taux d'incidence est peu différent de celui observé chez les 0-14 ans (3,4 %), les accidents de sport étant les plus fréquents entre 10 et 14 ans, mais il est nettement supérieur aux taux observés chez les 25 ans et plus (1,6 % pour les 25-34 ans, 0,3 % chez les 35 ans et plus).

Les données concernant les sports pratiqués lors des accidents chez les jeunes ne sont pas disponibles. Il est néanmoins vraisemblable qu'au regard des résultats obtenus pour l'ensemble de la population, les sports d'équipe et notamment le football soient les plus fréquemment en cause chez les jeunes. Par ailleurs, ces accidents liés aux sports collectifs sont le plus souvent peu graves puisque, tous âges confondus, seulement 3 % de leurs victimes sont hospitalisées à la suite de leur passage aux urgences. Cette proportion dépasse 15 % pour les accidents de sport hippique ou de sports d'hiver.

Description et incidence des accidents de sport. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante 2004-2005. Réseau Epac. C. Ricard, A. Rigou, B. Thélot. InVS, 2007, 18 p.

5

Des décès par accident de la vie courante rares chez les 15-24 ans, mais néanmoins en cause dans un décès sur dix

■ Sur plus de 1 000 décès annuels par accident de la vie courante dénombrés chaque année dans la région en moyenne sur la période 2002-2004, seulement 24, soit 2 %, concernent des 15-24 ans, alors que ces jeunes représentent 13 % de la population totale (figure 5.2).

Les AcVC n'en constituent pas moins une cause notable de décès chez les jeunes, puisqu'ils sont à l'origine de 10 % des décès des 15-24 ans [7].

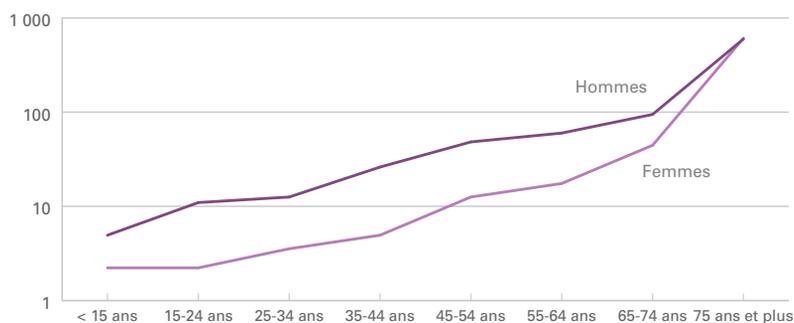
Figure 5.2
 Décès par accident de la vie courante
 Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

Code CIM10	Cause médicale de décès	15-24 ans			Tous âges		
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
W00-W19, X59+S72	Chutes	2	0	2	220	319	539
W75-W84	Suffocations	1	0	1	81	95	176
W65-W74	Noyades	4	1	5	58	19	77
X40-X49	Intoxications	1	1	2	19	25	44
X00-X09	Accidents par le feu	0	0	0	16	10	26
	Autres	11	3	14	150	93	242
	Accidents de la vie courante⁴	19	5	24	544	561	1 104

Source : Inserm CépiDc

- La surmortalité masculine par accident de la vie courante est considérable : sur les 24 décès annuels dénombrés dans la région, 19 concernent des garçons. Cette surmortalité masculine liée à ces accidents n'est toutefois pas propre aux jeunes, et s'observe à tous les âges jusqu'à 75 ans (figure 5.3).
- Enfin, chez les 15-24 ans comme pour la plupart des classes d'âge, la mortalité par accident de la vie courante des habitants de la région est peu différente de la moyenne nationale [7].

Figure 5.3
 Taux de mortalité par accident de la vie courante selon l'âge et le sexe
 Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Echelle logarithmique ; unité : pour 100 000

⁴ - Accidents de la vie courante : codes W00-W23, W25-W29, W32-W41, W44-W45, W49-W87, X00-X29, X40-X50, X58, X59, Y86.

5.3 Les accidents de la circulation

Selon le Baromètre santé régional, la fréquence des accidents de la circulation chez les jeunes est un peu plus faible que celle des accidents de la vie courante, puisque 4,6 % des 15-25 ans de la région déclarent avoir été victimes d'au moins un accident de la circulation ayant nécessité un recours au médecin, en ville ou à l'hôpital, au cours des douze derniers mois⁵ [2].

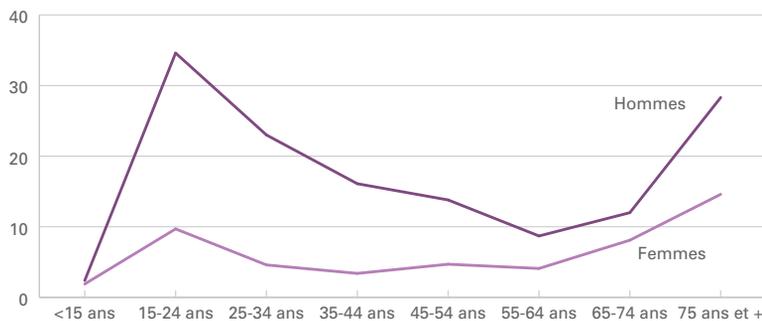
Mais leur gravité est souvent plus importante, comme en témoignent les données régionales disponibles concernant les tués et blessés par accident de la circulation, issues :

- d'une part, des statistiques de décès par accident de transport, établies par l'Inserm CépiDc, qui concernent les habitants de la région, quel que soit le lieu de survenue du décès.
- d'autre part, du système d'information géré par les services de sécurité routière à partir des données recueillies par la police et la gendarmerie pour tout accident corporel survenant sur les routes de la région, quel que soit le lieu de domicile des personnes accidentées (encadré 5.3).

27 % des décès par accident de transport concernent des 15-24 ans

■ Selon les données recueillies par l'Inserm CépiDc, les décès par accident de transport⁶, accident de la circulation principalement, sont à l'origine de 99 décès par an chez les 15-24 ans de la région. Ces décès représentent 27 % du nombre total de décès par accident de transport qui surviennent annuellement dans la région, alors que la classe d'âge des 15-24 ans représente 13 % de l'ensemble de la population.

Figure 5.4
Taux de mortalité par accident de transport selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Unité : pour 100 000

5 - Jeunes ayant déclaré avoir eu au cours des douze derniers mois un accident de moto, mobylette, scooter ou un accident de voiture (ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital).

6 - Décès par accident de transport : codes CIM10 V01-V99 ; cf. éléments de méthode p. 293.

■ Le taux de mortalité par accident de transport atteint ainsi sa valeur maximale entre 15 et 24 ans (22 pour 100 000 habitants). Ce taux diminue ensuite progressivement avec l'âge jusqu'à 74 ans, puis augmente sensiblement au-delà, retrouvant un niveau relativement proche de celui observé chez les jeunes de 15-24 ans (20 pour 100 000 habitants) (figure 5.4) [7].

80 % de décès masculins

L'écart garçons-filles est tout à fait considérable. A tout âge, la mortalité par accident de transport des hommes est supérieure à celle des femmes, mais la différence est particulièrement marquée chez les jeunes et les adultes de 25-44 ans (figure 5.4).

Ainsi, sur 99 décès annuels par accident de transport de jeunes âgés de 15 à 24 ans, 78 concernent des garçons. Le taux de mortalité masculin dans cette classe d'âge est 3,5 fois plus élevé que le taux féminin (respectivement 35 et 10 pour 100 000) (figure 5.5) [7]. Ce surrisque masculin serait toutefois atténué si l'on prend en compte la distance parcourue (encadré 5.8).

Figure 5.5
 Décès par accident de transport
 Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

	15-24 ans			Tous âges		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Nombre annuel de décès	78	21	99	266	101	367
Taux de mortalité pour 100 000 habitants	35	10	22	16	6	11

Sources : Inserm CépiDc, Insee

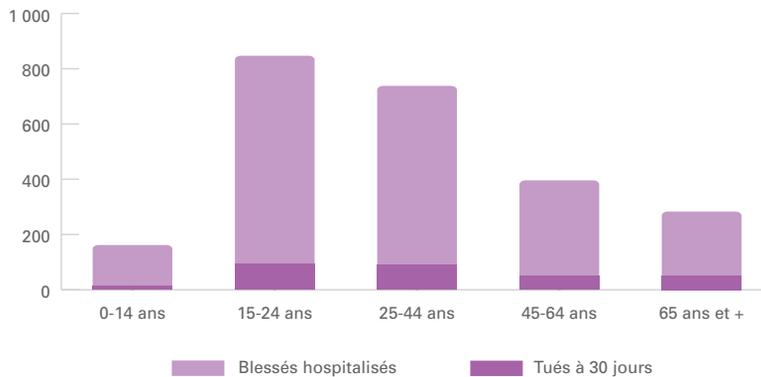
Les données de la sécurité routière confirment la gravité de la situation chez les jeunes

■ Les données de l'Observatoire régional de sécurité routière, qui concernent les accidents de la circulation survenus sur les routes des Pays de la Loire, confirment la gravité du problème des accidents de la route chez les jeunes. En effet, selon cette source, en moyenne chaque année au cours de la période 2005-2007, 93 jeunes de 15-24 ans sont décédés sur le coup ou dans les 30 jours qui ont suivi l'accident. Cet effectif représente 31 % du nombre total de décès liés à des accidents de la circulation survenus sur les routes de la région [10]. Ces données de la sécurité routière ne sont pas strictement comparables à celles des causes médicales de l'Inserm CépiDc, d'une part parce qu'elles concernent les décès survenus sur les routes de la région et non ceux des personnes habitant dans la région, et d'autre part parce qu'elles ne comptabilisent que les décès survenant dans les 30 jours qui suivent l'accident.

■ Ce système a, par ailleurs, dénombré 1 709 blessés chez les 15-24 ans, dont 754 ont été hospitalisés plus de 24 heures (figure 5.6). 35 % des blessés hospitalisés plus de 24 heures, suite à un accident de la circulation survenus dans la région, ont donc entre 15 et 24 ans [10]. Ce nombre, bien que très élevé, est en outre vraisemblablement très sous-estimé, comme en témoignent des travaux récents menés dans le département du Rhône (encadré 5.4) [11, 12].

Figure 5.6

Nombre de victimes d'accidents ⁽¹⁾ de la circulation selon l'âge
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Source : Observatoire régional de sécurité routière des Pays de la Loire

(1) accidents survenus sur les routes des Pays de la Loire

Encadré 5.3

Le fichier national des accidents corporels de la circulation routière

Pour chaque accident corporel de la circulation routière, les forces de l'ordre (police ou gendarmerie) établissent un procès-verbal. Parallèlement à cette procédure, elles remplissent un Bulletin d'analyse d'accident corporel (BAAC) qui précise les caractéristiques principales de l'accident, le lieu de l'accident, les véhicules et les usagers impliqués. Ces données sont centralisées par les directions générales des forces de l'ordre puis regroupées dans le fichier national des accidents corporels de la circulation routière. Elles sont ensuite contrôlées, validées et diffusées par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR). Dans les Pays de la Loire, les données relatives aux accidents de survenus sur les routes de la région sont analysées par l'Observatoire régional de sécurité routière, situé au sein de la Direction régionale de l'équipement.

De ce recueil, sont exclus d'une part, les accidents survenant sur une voie non ouverte à la circulation publique, d'autre part, les piétons ou usagers de patins ou planches à roulettes se blessant seuls, sans avoir été heurtés par un véhicule. Enfin, un procès-verbal peut ne pas être établi, notamment lorsque les secours arrivent avant les forces de l'ordre.

Au 1^{er} janvier 2005, afin de faciliter les comparaisons avec les autres pays européens, la France a adopté les définitions internationales de « tué à 30 jours » et du « blessé hospitalisé ». Le nombre de personnes tuées prend désormais en compte les personnes tuées sur le coup ou décédées dans les 30 jours après l'accident (et non dans les 6 jours comme précédemment). La notion de blessé hospitalisé plus de 24 heures a remplacé la notion de blessé grave, qui concernait les personnes hospitalisées plus de 6 jours. Cette évolution des définitions rend plus difficile le suivi des évolutions.

Les jeunes particulièrement exposés au risque d'accidents de deux-roues

- Plus de la moitié des tués à 30 jours et 36 % des blessés hospitalisés âgés entre 15 et 24 ans étaient conducteur ou passager d'une voiture de tourisme. Les usagers de deux-roues représentent également une part importante des victimes graves chez les jeunes de 15-24 ans : 41 % des tués et 57 % des blessés hospitalisés dans cette classe d'âge.
- Par rapport aux autres groupes d'âge, la surreprésentation des jeunes parmi les victimes graves des accidents de deux-roues est considérable. Les 15-24 ans représentent, en effet, 44 % de l'ensemble des tués et 50 % des blessés hospitalisés par accident de vélo, cyclomoteur, scooter ou moto (figure 5.7) [10].

Figure 5.7
Part des 15-24 ans parmi les victimes d'accidents⁽¹⁾ de la route selon le mode de déplacement
Pays de la Loire (moyenne 2005-2006)

	Tués à 30 jours	Blessés hospitalisés
Piétons	15 %	15 %
Deux-roues (vélo, cyclomoteur, scooter, moto)	44 %	50 %
Véhicules légers	29 %	30 %
Autres véhicules	18 %	21 %

Source : Observatoire régional de sécurité routière des Pays de la Loire

(1) accidents survenus sur les routes des Pays de la Loire

Lecture : 15 % des piétons tués (à 30 jours) étaient âgés de 15 à 24 ans.

■ Des travaux spécifiques menés par l'Observatoire régional de sécurité routière sur les accidents de deux-roues apportent des éléments d'information complémentaires concernant la région :

- 80 % des cyclomotoristes impliqués dans un accident de la route dans la région ont entre 14 et 25 ans. Les 16-17 ans, et surtout les cyclomotoristes de sexe masculin, sont les plus concernés. Par ailleurs, 83 % des victimes (tuées ou blessées) cyclomotoristes de 16-18 ans sont des jeunes hommes [13].
- plus de la moitié (53 %) des conducteurs de moto, impliqués dans un accident de la route, ont moins de 30 ans. Les 22-24 ans sont les plus souvent concernés [14].

Des accidents survenant surtout la nuit et le week-end

Par rapport aux autres classes d'âge, les jeunes de 15-24 ans sont proportionnellement plus nombreux à être victimes d'accidents de la route la nuit ou le week-end. Les 15-24 ans représentent, en effet, 37 % des tués et 44 % des blessés hospitalisés lors d'accident ayant lieu la nuit, et 40 % des tués et des blessés le week-end, alors que cette tranche d'âge regroupe 31 % des tués et 35 % des blessés graves d'accident de la circulation (figure 5.8) [10].

Figure 5.8

Part des 15-24 ans parmi les victimes d'accident ⁽¹⁾ de la route selon les circonstances de l'accident

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	15-24 ans	Tous âges	Part des 15-24 ans
Tués à 30 jours	93	298	31 %
Dans un accident ayant lieu la nuit	48	130	37 %
Dans un accident ayant lieu le week-end	48	121	40 %
Blessés hospitalisés	754	2 131	35 %
Dans un accident ayant lieu la nuit	321	732	44 %
Dans un accident ayant lieu le week-end	323	799	40 %

Source : Observatoire régional de sécurité routière des Pays de la Loire

(1) accidents survenus sur les routes des Pays de la Loire

Une situation très défavorable pour les jeunes habitant en zone rurale

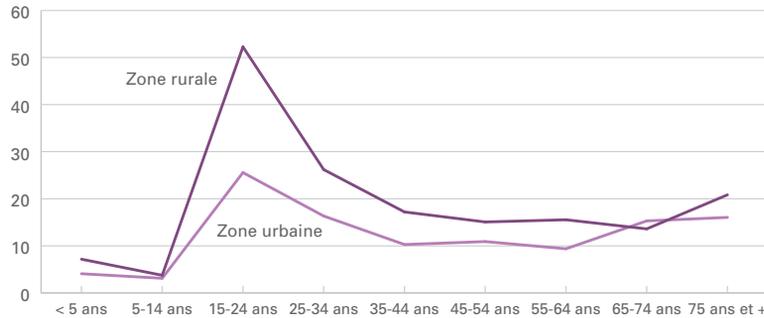
■ Selon les données de l'Inserm CépiDc, la mortalité par accident de transport des habitants des zones rurales⁷ est globalement supérieure de près de 60 % à celle des habitants des zones urbaines, et ce constat concerne la plupart des classes d'âge (figure 5.9).

■ Mais chez les jeunes de 15-24 ans, l'écart observé est considérable. Ainsi, le taux de mortalité des jeunes ruraux est deux fois plus élevé que celui des jeunes urbains au cours de la période 1996-2001 [7].

7 - Zones rurales, zones urbaines : cf. nomenclature p. 23. L'analyse de la mortalité selon la commune de résidence a été réalisée sur la période 1996-2001, les estimations de population, détaillées par âge, disponibles pour l'ensemble des communes des Pays de la Loire datant du recensement de 1999.

Pour les 15-24 ans habitant en zone rurale, la surmortalité accidentelle propre aux jeunes est ainsi fortement majorée par celle en lien avec leur zone de résidence.

Figure 5.9
Taux de mortalité par accident de transport selon l'âge et la zone de résidence
Pays de la Loire (moyenne 1996-2001)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Unité : pour 100 000

Des séquelles dont la fréquence est vraisemblablement importante

Bien qu'aucune donnée concernant les situations de handicap d'origine accidentelle ne soit disponible au niveau régional et national, le risque de séquelles majeures apparaît considérable au regard des travaux réalisés sur l'ensemble des classes d'âge à partir des données du registre des victimes d'accidents de la circulation du Rhône (encadré 5.4) [11, 12].

Encadré 5.4

Estimation de la morbidité routière en France à partir du registre des victimes d'accidents de la circulation du Rhône

La confrontation des données recueillies par le registre médical des victimes d'accidents de la circulation routière mis en place en 1995 dans le département du Rhône, à celles de la sécurité routière, recueillies par les forces de l'ordre, a mis en évidence pour cette dernière source un dénombrement satisfaisant des tués, mais un sous-enregistrement important du nombre de blessés, et une répartition souvent imprécise entre blessés légers et blessés graves. A partir de ces deux sources et à l'aide de méthodes de capture-recapture et de projections, des travaux récents permettent d'estimer la morbidité routière en France métropolitaine et son évolution entre 1996 et 2004.

Les effectifs annuels moyens de victimes sont ainsi estimés à 514 000 blessés dont 61 000 blessés graves (hospitalisés plus de 6 jours), soit respectivement 3,4 et 2,2 fois plus que les décomptes des forces de l'ordre.

Ces écarts importants sont également observés chez les jeunes. Ainsi, les taux d'incidence annuelle moyenne sont estimés pour les blessés toutes gravités à 2 165 pour 100 000 chez les 15-19 ans et 1 795 pour 100 000 chez les 20-29 ans, pour les blessés graves à respectivement 276 et 188 pour 100 000, et pour les blessés avec séquelle(s) majeure(s) à 31,8 et 24,2 pour 100 000.

Par ailleurs, les estimations obtenues par ces travaux mettent en évidence une diminution du nombre de blessés entre 1996 et 2004 de moindre ampleur que celle observée à partir des données de la sécurité routière, et ce notamment chez les jeunes. Ainsi, chez les 15-19 ans et les 20-29 ans, l'incidence de blessés toutes gravités aurait diminué de - 3,6 % chez les 15-19 ans et de - 4,3 % chez les 20-29 ans en moyenne chaque année au cours de cette période (*vs* respectivement - 4,7 % et - 5,6 % selon les données des forces de l'ordre).

Enfin, selon les projections réalisées sur l'ensemble de la population, il y aurait chaque année en France autant de blessés avec séquelles majeures que de tués. Parmi les victimes cyclistes et usagers de deux-roues motorisés, le nombre de personnes lourdement handicapées serait même respectivement 3,3 et 1,7 fois supérieur au nombre de tués ^[1-2].

[1] Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. E. Amoros, J.L. Martin, B. Laumon. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS n° 19, mai 2008, pp. 157-160

[2] Les blessés par accidents de la route : estimation de leur nombre et de leur gravité lésionnelle, France, 1996-2004. E. Amoros. Université de Lyon 1, 2007, 157 p. + ann. (thèse de doctorat en épidémiologie)

La situation s'est nettement améliorée depuis vingt ans

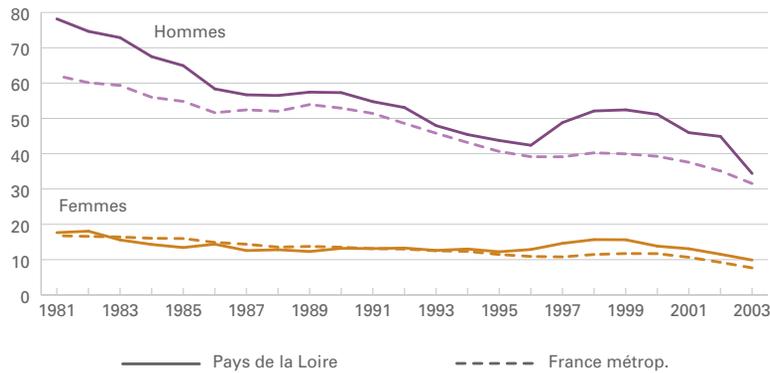
5

■ Au cours des deux dernières décennies, le taux de mortalité par accident de transport chez les 15-24 ans de la région a été divisé par deux, comme en France. Cette situation favorable s'observe chez les filles comme chez les garçons (figure 5.10).

Toutefois, cette diminution a été relativement régulière au niveau national alors que dans la région, la mortalité des jeunes ligériens a connu une augmentation sensible à la fin des années 90, tant chez les garçons que chez les filles, avant de reprendre sa tendance à la baisse au début des années 2000 [7].

Les données de la sécurité routière confirment ce constat et montrent une poursuite de la diminution du nombre des tués sur les routes de la région, comme au niveau national, entre 2005 et 2007 [10, 15].

Figure 5.10
Evolution du taux de mortalité par accident de transport des 15-24 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (1981-2003)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans ; unité pour 100 000

■ Concernant les blessés, les données de l’Observatoire régional de sécurité routière mettent également en évidence cette tendance à l’amélioration. Le nombre total de blessés (hospitalisés ou légers) âgés de 15 à 24 ans a notamment fortement chuté entre les périodes 1996-1998 et 2005-2007 dans la région (- 33 %), comme en France (- 39 %) [10, 15]. Néanmoins, selon les travaux menés à partir des données du registre des victimes d’accidents de la circulation du Rhône, il est vraisemblable que cette diminution du nombre de blessés ne soit pas aussi importante (encadré 5.4) [11, 12].

Mais la région conserve une forte surmortalité des jeunes par accident de la route

Les Pays de la Loire se trouvent, depuis de nombreuses années, dans une situation très défavorable par rapport à la moyenne nationale en matière d’accidentologie chez les jeunes. Ainsi, selon les données de l’Inserm CépiDc, la mortalité régionale des 15-24 ans par accident de transport est supérieure à la moyenne nationale de 23 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes sur la période 1999-2004.

Cette surmortalité régionale n’est pas spécifique aux jeunes ; elle se retrouve pour l’ensemble de la population, mais de façon moins marquée chez les hommes (environ +10 %) que chez les femmes (+ 20 %) [7].

5.4 Les accidents du travail

Entre 15 et 24 ans, si la majorité des jeunes sont encore élèves ou étudiants, environ un sur trois est dans la vie active (cf. chapitre 1). Les accidents du travail touchent cette population de façon importante, comme en témoignent les résultats du Baromètre santé jeunes. Lors de cette enquête, 7 % des jeunes ligériens actifs âgés de 18 à 25 ans déclarent en effet avoir été victimes d'au moins un accident du travail (ou d'atelier) ayant nécessité des soins médicaux au cours des douze derniers mois [2].

Les statistiques relatives aux accidents du travail⁸ établies par les caisses d'assurance maladie confirment ces déclarations, et montrent que les jeunes courent un risque d'être blessés sur leur lieu de travail supérieur à celui des travailleurs plus âgés.

Dans la région, cette surexposition des jeunes aux accidents du travail a fait l'objet d'une étude spécifique, menée en 2007-2008 par l'Observatoire régional de santé au travail. Dans le cadre de cette étude, une analyse approfondie des statistiques d'accidents de travail de la Caisse régionale de l'assurance maladie a été réalisée, complétée par une enquête par questionnaire et d'entretiens auprès d'un échantillon d'entreprises de la région [16].

Les accidents du travail plus fréquents chez les jeunes que chez leurs aînés

- Environ 30 % des accidents de trajet avec arrêt⁹ dénombrés en moyenne chaque année, au cours de la période 2003-2006, parmi les ressortissants du régime général, concernent des jeunes de moins de 25 ans alors que cette classe d'âge représente seulement 11 % de l'ensemble des salariés [16].

Cette surreprésentation des jeunes se retrouve pour les accidents graves, puisque 18 % des accidents de trajet avec incapacité permanente⁹ concernent des moins de 25 ans en moyenne chaque année sur la période 2003-2004 [17].

Les accidents de trajet avec arrêt sont donc à la fois plus fréquents et plus graves chez les jeunes.

- Pour les accidents du travail avec arrêt hors trajet, la surreprésentation des jeunes est également importante, puisque 20 % des victimes sont âgées de moins de 25 ans au cours de la période 2003-2006 [16].

Toutefois, cette surreprésentation des jeunes ne se retrouve pas pour les accidents graves, puisque 8 % des accidents hors trajet avec incapacité permanente concernent des moins de 25 ans en moyenne chaque année sur la période 2003-2004 [17].

8 - L'accident du travail est défini par le code de la sécurité sociale comme l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, quelle qu'en soit la cause. Ainsi, les accidents survenus pendant le trajet aller et retour entre le lieu de travail et le domicile ou le lieu de repas sont considérés comme accidents de travail.

9 - Accident avec arrêt : accident ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour de la survenue de l'accident et ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnités journalières.

Accident avec incapacité permanente (IP : atteinte partielle ou totale de la capacité de travail de la victime) : accident ayant entraîné soit la reconnaissance d'une incapacité permanente (IP), soit le décès.

Les accidents de travail avec arrêt (hors trajet) sont donc plus fréquents mais plutôt moins graves chez les jeunes.

Un risque plus marqué pour les jeunes dans le travail temporaire et la restauration

■ 80 % des accidents de travail et des accidents de trajet avec arrêt chez les salariés de moins de 25 ans surviennent dans les branches d'activité « BTP », « travail temporaire », « métallurgie » et « commerce non alimentaire ».

Par rapport aux salariés plus âgés, les jeunes de moins de 25 ans sont plus fréquemment victimes d'accidents dans les secteurs du travail temporaire et de la restauration.

■ Les lésions de la main sont les plus fréquentes lors d'accident du travail (hors trajet) chez les salariés de moins de 25 ans, représentant 38 % de l'ensemble des lésions dans cette tranche d'âge.

Par rapport aux salariés plus âgés, les jeunes ont plus souvent des lésions au niveau des mains et moins fréquemment des atteintes du tronc [16].

Des accidents du travail plus fréquents chez les garçons

D'après le Baromètre santé jeunes 2005, les accidents du travail ou d'atelier apparaissent particulièrement fréquents chez les garçons. Chez les 18-25 ans, 11 % des garçons qui travaillent déclarent en effet en avoir été victimes au cours des douze derniers mois (vs 2 % des filles) [2]. Cette situation contribue pour une large part à la fréquence élevée des accidents déclarés par les garçons dans cette classe d'âge.

Encadré 5.5

Accidents et conditions de travail des salariés de moins de 25 ans : les résultats de l'enquête Sumer

En 2002 et 2003, l'enquête Sumer (Surveillance médicale des risques), menée auprès de 50 000 salariés par la Direction des relations du travail (inspection médicale du travail) et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du Ministère du travail, a permis de dresser un état des lieux des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France métropolitaine.

Selon les résultats de cette étude, 7,9 % des jeunes de moins de 25 ans salariés ont été victimes d'au moins un accident du travail* avec arrêt dans l'année précédant l'enquête (vs 4,5 % pour l'ensemble des salariés). Les apprentis (9,6 %) sont encore plus souvent concernés ^[1].

Cette enquête met, par ailleurs, en évidence que les jeunes sont plus fréquemment exposés à certains risques sanitaires sur leur lieu de travail que les autres classes d'âge.

En effet, plus de 17 % des travailleurs de moins de 25 ans sont exposés à un ou plusieurs produits cancérigènes (*vs* 13,5 % pour l'ensemble des salariés). Cette proportion atteint même 19 % chez les apprentis et les salariés en contrat de formation ^[2].

Le constat est identique pour les contraintes posturales et articulaires. Les situations fatigantes (déplacements fréquents à pied, position debout prolongée, gestes répétitifs à cadence élevée) concernent plus de 45 % des salariés de moins de 25 ans *vs* 32 % de l'ensemble des salariés. Pour les postures pénibles (à genoux, les bras en l'air ou dans une position en torsion), ces proportions sont respectivement égales à 28 % et 21 % ^[3].

* hors accident sur le trajet de leur travail

[1] Accidents et conditions de travail. S. Hamon-Cholet, N. Sandret. *Premières Informations et Premières Synthèses*, Dares, n° 31.2, août 2007, 7 p.

[2] Les expositions aux produits cancérigènes. N. Guignon, S. Sandret. *Premières Informations et Premières Synthèses*, Dares, n° 28.1, juillet 2005, 8 p.

[3] Contraintes posturales et articulaires au travail. B. Arnaudo, S. Hamon-Cholet, D. Waltisperger. *Premières Informations et Premières Synthèses*, Dares, n° 11.2, mars 2006, 6 p.

5.5 Les conséquences des accidents sur la santé : hospitalisations, séquelles, décès

Les conséquences des accidents sur la santé sont très diverses dans leur nature et leur gravité, allant des lésions bénignes ne nécessitant aucun recours aux soins, aux traumatismes les plus lourds exigeant une hospitalisation ou provoquant un décès. Les accidents peuvent également être à l'origine de séquelles physiques ou psychiques (angoisse, symptômes dépressifs post-traumatiques) plus ou moins graves. Enfin, les accidents peuvent également avoir des répercussions sur la santé de l'entourage des victimes. Notamment, les décès des jeunes ou les handicaps lourds liés à ces événements sont susceptibles de retentir durablement sur la santé de leurs parents, frères et sœurs, ou amis.

Les données régionales disponibles sur ces conséquences des accidents sur la santé chez les jeunes sont :

- d'une part, les données issues du PMSI¹⁰, qui concernent les hospitalisations pour lésions traumatiques des habitants de la région [18],
- d'autre part, les statistiques des causes médicales de décès établies par l'Inserm CépiDc¹⁰, qui concernent les décès par accident survenus dans la population des Pays de la Loire [7].

10 - cf. éléments de méthode p. 293 et 295.

5.5.1 Les hospitalisations

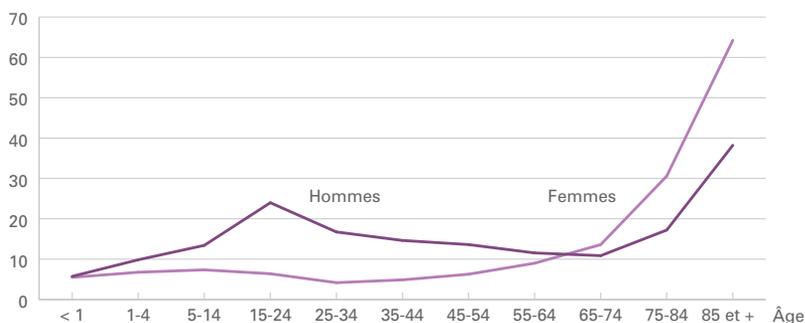
Une plus grande fréquence des séjours masculins pour traumatismes

■ Les lésions traumatiques sont un motif très fréquent d'hospitalisation¹¹ des jeunes. Elles constituent en effet le diagnostic principal de 11 % des séjours hospitaliers en service de médecine-chirurgie-obstétrique des 15-24 ans de la région (6 700 séjours). Ce constat global recouvre toutefois des réalités très différentes selon le sexe, puisque 80 % de ces 6 700 séjours concernent des garçons et 20 % des filles.

Chez les filles, 4 % des séjours hospitaliers des 15-24 ans de la région ont pour diagnostic principal une lésion traumatique. Rapporté à la population concernée, cela correspond à un taux d'hospitalisation pour traumatisme de 6 séjours pour 1 000 filles de 15-24 ans.

Chez les garçons, les hospitalisations pour lésions traumatiques sont beaucoup plus fréquentes. Ces affections constituent le diagnostic principal de 21 % des séjours hospitaliers, ce qui les place au second rang des motifs d'hospitalisation derrière les maladies de l'appareil digestif. Rapporté à la population concernée, cela correspond à une fréquence annuelle des séjours pour lésions traumatiques qui atteint 24 séjours pour 1 000 jeunes garçons de 15 à 24 ans (figure 5.11).

Figure 5.11
Taux d'hospitalisation pour lésions traumatiques selon l'âge et le sexe
Pays de la Loire (2004)



Sources : Base régionale PMSI-MCO 2004 (ARH, exploitation ORS Pays de la Loire), Insee
Données domiciliées ; unité : pour 1 000

11 - Le PMSI, d'où sont issues les données concernant les hospitalisations pour lésions traumatiques, ne comporte aucune information sur les circonstances de survenue de ces lésions. Toutefois, ces dernières sont dans leur très grande majorité d'origine accidentelle, en raison de la relative rareté des traumatismes intentionnels hospitalisés. Les tentatives de suicide sont en effet dans leur grande majorité des intoxications médicamenteuses, et les lésions liées à des violences ou des agressions suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation sont relativement rares ; cf. éléments de méthode p. 295.

■ Cette situation défavorable des garçons en matière d'hospitalisation en lien avec une lésion traumatique n'est pas spécifique aux 15-24 ans. Elle se retrouve en effet dans toutes les classes d'âge entre 1 et 64 ans ; au-delà de cet âge, les femmes connaissent les taux les plus élevés (figure 5.11).

38 % des séjours pour lésions traumatiques sont liés à une fracture

■ Les lésions les plus fréquemment à l'origine d'une hospitalisation chez les 15-24 ans sont les fractures (38 % des séjours pour lésions traumatiques). Il s'agit principalement de fractures du membre supérieur (44 % des séjours pour fractures), de fractures du membre inférieur (29 %) et de fractures du crâne et de la face (19 %) (figure 5.12).

Figure 5.12

Séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique des habitants de 15 à 24 ans ayant pour diagnostic principal une lésion traumatique ou une séquelle

Pays de la Loire (2004)

Code CIM10	Diagnostic principal	Nombre de séjours		Taux d'hospitalisation ⁽¹⁾	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	Fractures ¹²	2 129	450	9,5	2,1
S42, S52, S62, T02.1-T02.5	dont : - membre supérieur	989	154	4,4	0,7
	- membre inférieur ¹³	605	145	2,7	0,7
S02	- crâne, os de la face	409	91	1,8	0,4
	Luxations, entorses, lésions musculo-tendineuses récentes ¹⁴	1 066	254	4,8	1,2
S73, S76, S83, S86, S93, S96	dont : - membre supérieur	659	110	2,9	0,5
S43, S46, S53, S56, S63, S66	- membre inférieur	340	101	1,5	0,5
S06	Traumatisme crânien	690	246	3,1	1,1
	Trauma. intra-thoracique ou intra-abdominal ¹⁵	122	33	0,5	0,2
	Traumatisme des nerfs	154	40	0,7	0,2
	Plaies ¹⁶	639	142	2,9	0,7
T90-T94	Séquelles traumatiques	204	37	0,9	0,2
	Autres	366	166	1,6	0,8
S00-T14, T90-T94	Total	5 370	1 368	24,0	6,4

Sources : Base régionale PMSI-MCO 2004 (ARH, exploitation ORS Pays de la Loire), Insee

Données domiciliées

(1) nombre de séjours hospitaliers pour 1 000 habitants

Viennent ensuite les luxations, entorses ou lésions musculo-tendineuses récentes (20 % des séjours). Les luxations et entorses du poignet ou de la main et celles du genou représentent respectivement 39 et 25 % de ces pathologies.

Les traumatismes crâniens, avec 950 séjours hospitaliers, sont à l'origine de 14 % des séjours pour traumatismes chez les jeunes. Enfin, les plaies représentent 12 % de ces séjours.

■ Pour chacun de ces diagnostics principaux d'hospitalisation, les taux de séjours masculins sont beaucoup plus élevés que les taux féminins. Le taux de séjours masculins pour fractures est ainsi plus de quatre fois supérieur au taux féminin (respectivement 9,5 séjours et 2,1 pour 1 000 jeunes). Près de 1 % des jeunes hommes de la région sont donc hospitalisés dans l'année suite à une fracture (figure 5.12).

5.5.2 Les séquelles

La fréquence des séquelles liées aux accidents, ainsi que leur nature et leur gravité sont difficiles à connaître, car elles surviennent souvent à distance des accidents, et leur lien avec l'accident n'est pas toujours clairement établi.

Elles ont fait l'objet jusqu'à présent de très peu de travaux, alors que les données récemment publiées par le registre des victimes des accidents de la circulation routière du Rhône mettent en évidence leur grande fréquence et leur gravité.

En effet selon cette source, il y aurait chaque année dans la population tous âges autant de blessés pour lesquels des séquelles majeures sont prévisibles que de tués, et chez les 15-19 ans, le risque de séquelles majeures serait même supérieur au risque de décès (encadrés 5.4 et 5.6) [11, 12].

Encadré 5.6

Les séquelles des accidents de la circulation

Le registre des victimes d'accidents de la circulation routière du département du Rhône apporte, depuis 1995, des données sur la gravité des lésions dont sont atteintes les victimes, et leurs séquelles prévisibles.

Près des trois quarts des victimes concernées par les séquelles majeures sont des hommes, dont plus d'un tiers sont âgés de 15 à 24 ans.

Les séquelles majeures résultent de lésions concernant principalement la tête, les membres inférieurs et la colonne vertébrale :

- les séquelles d'origine encéphalique, consécutives notamment à des hématomes et à des hémorragies, sont les plus fréquentes (environ la moitié des cas) et les plus graves,
- 15 % des séquelles majeures proviennent de lésions de la colonne vertébrale et notamment d'atteintes de la moelle épinière ; elles sont plus d'une fois sur trois de type tétra ou paraplégie,

- un tiers de ces séquelles ont pour origine des atteintes des membres inférieurs, ligamentaires le plus souvent, et sont de gravité modérée. La localisation des lésions à l'origine de ces séquelles majeures varie selon le mode de transport. Les automobilistes, qui représentent 40 % des blessés pour lesquels des séquelles majeures sont prévisibles, sont particulièrement concernés par des atteintes médullaires cervicales. Les usagers de deux-roues motorisés (29 % des victimes avec séquelles majeures prévisibles) sont les plus touchés au plexus brachial, à la moelle dorsale et aux membres inférieurs. Les piétons (19 % des victimes) sont les plus concernés par les atteintes du membre supérieur. Les lésions à la tête concernent l'ensemble des usagers.

Séquelles majeures en traumatologie routière, registre du Rhône, 1996-2003.
B. Gadegbeku, A. Ndiaye, M. Chiron. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 36, septembre 2006, pp. 267-272

5.5.3 Les décès

■ Globalement, plus de 1 500 décès par accident ont été dénombrés en moyenne chaque année dans la région sur la période 2002-2004. 124 de ces décès, soit 8 %, concernaient des jeunes de 15-24 ans alors que cette classe d'âge représente 13 % de la population (figure 5.13). Cette moindre fréquence des décès chez les jeunes est à rapprocher du nombre élevé de décès par accident de la vie courante, et principalement par chute, chez les personnes âgées.

Toutefois, les accidents constituent la principale cause de décès chez les jeunes, à l'origine d'un décès sur deux chez les 15-24 ans de la région chaque année.

■ La surmortalité masculine par accident est particulièrement marquée chez les jeunes : la part des décès masculins d'origine accidentelle atteint 79 % chez les 15-24 ans *vs* 55 % pour l'ensemble de la population [7].

Figure 5.13
Décès par accident

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

	15-24 ans			Tous âges		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Accidents de la vie courante	19	5	24	544	561	1 104
Accidents de transport	78	21	99	266	101	367
Autres accidents	1	0	1	30	32	62
Total	98	26	124	840	694	1 534

Source : Inserm CépiDc

5.6 Les facteurs associés aux accidents

5.6.1 Les facteurs de risque d'accidents chez les jeunes

Des facteurs de risque qui se cumulent chez les jeunes

- La fréquence particulièrement élevée des accidents chez les jeunes résulte de la plus grande implication de cette population dans tous les types d'accidents, qu'ils soient de sport, de loisirs, du travail ou de la circulation. Les facteurs à l'origine de cette situation, dont certains ont déjà été évoqués dans les pages précédentes, sont nombreux et très intriqués, et de nombreuses publications y sont consacrées.
- D'une façon globale, mais forcément schématique et réductrice, le niveau élevé du risque accidentel chez les jeunes résulte du cumul et de l'interaction :
 - de l'importance de leur niveau d'exposition au risque (usage des deux-roues, conduite la nuit, notamment sur les petites routes pour les jeunes des zones rurales, pratique plus fréquente du sport...),
 - de leur relative inexpérience et de leur sentiment d'invincibilité, qui limite à la fois leur connaissance et leur perception des situations dangereuses, et leur aptitude à les prévenir et à les gérer,
 - et surtout de la fréquence des prises de risque, conscientes ou non, dans cette classe d'âge [19].

Des prises de risque inhérentes à la jeunesse, mais amplifiées dans certains contextes

- Les conduites à risque des jeunes sont pour une large part inhérentes à la jeunesse. Tous les travaux insistent sur leur caractère constitutif au développement des adolescents, du fait notamment de la recherche de sensations et de limites mais aussi de l'impulsivité, propres à cette période de la vie.
- Mais ils soulignent également l'influence de l'environnement dans leur survenue, qu'il s'agisse du rôle de la famille (encadré 5.7), des pairs (encadré 5.8), ou plus largement de la société et des représentations qu'elle porte.
- Enfin, l'éventuelle dimension psychopathologique de ces conduites quand elles sont graves et répétées, est également mise en avant. Pour certains auteurs, si la survenue d'un premier accident peut être le fait du hasard, la répétition d'accidents relativement sérieux à l'adolescence témoigne très souvent d'un trouble psychique sous-jacent [20-25].

Encadré 5.7

Mise en danger de soi : le rôle du contrôle familial précoce et de l'apprentissage social du danger

Concernant la mise en danger de soi, deux mécanismes principaux, complémentaires et en constante interaction, peuvent être distingués :

« La contention sociale du danger et de la violence

Nous partirons de l'hypothèse suivante : le rapport au danger et le rapport à la loi sont deux processus qui se construisent d'abord et essentiellement à l'intérieur de la famille. L'influence de la famille sur les rapports au danger et à la loi représente une forme de contrôle social (informel) du comportement, très souvent négligé par rapport au contrôle social formel du comportement (*mais que fait la police ?*).

La contention sociale de la mise en danger de soi prend forme à travers deux principaux mécanismes : d'une part, les processus d'attachement et, d'autre part, la structure familiale, sa composition et ses valeurs.

Contention des émotions de l'enfant par sa mère... contention du risque pris et de la violence ? Ce point réunit les théoriciens de la relation objectale (Klein, Bion), l'école britannique de psychiatrie de l'enfant (Winnicott, Balint) et la théorie de l'attachement (Bowlby) l'enfant n'est pas la créature « béate » de Rousseau mais sujet à la dépression, à l'ambivalence vis-à-vis de sa figure d'attachement. Tout dépend comment celle-ci réagit à ces problèmes de l'enfant. Entre la conception rousseauiste d'une nature humaine bonne, mais pervertie par l'entourage, et la conception freudienne d'un enfant pervers polymorphe sujet à ses pulsions, les théories du lien postulent de manière intermédiaire que nous sommes essentiellement des êtres de relation, des êtres en relation, donc des êtres ambivalents.

Qu'est-ce qui fonde le contrôle social informel par la famille du danger et de la prise de risques ? Nous partons de l'idée que le jeune s'engage dans le danger et la prise de risques ou dans la transgression de la loi parce que ces derniers lui semblent attractifs, excitants et que les bénéfices l'emportent sur les coûts.

La famille produit à la fois un contrôle interne du danger et de la transgression (normes, représentations, valeurs transmises depuis l'enfance sur les risques, nécessité de respecter les règles et autrui) et un contrôle externe du danger, plus dépendant des évolutions de la structure familiale et pouvant devenir plus ou moins défaillant avec le temps (modifications de la structure familiale, débuts de l'adolescence, événements sociaux, etc.).

Ces contrôles sociaux internes et externes sont dépendants des liens d'attachement. L'attachement influence les positions fondamentales de l'individu par rapport au danger, mais permet aussi d'intérioriser la

signification personnelle de la loi : le jeune respectera la loi, intégrera la norme et prendra moins de risques, « domptera le danger », car ne pas respecter la règle ou prendre trop de risques compromettrait la stabilité du lien. Dans ce cadre, l'engagement dans une prise de risques excessive ou une violation de la loi provient du fait que le jeune n'a « rien à perdre » d'un dysfonctionnement du lien parent/enfant.

Pour conclure sur les théories du contrôle, on voit qu' (...) elles correspondent plutôt à une vision pessimiste de la nature humaine : chacun de nous est naturellement enclin à être dans la toute-puissance, à consommer des produits s'ils sont disponibles, à repousser les limites de nos prises de risques, à violer les règles qui nous gênent. La question fondamentale n'est pas de savoir pourquoi nous faisons tout cela, mais pourquoi nous ne le faisons pas ! Et précisément, c'est le contrôle produit par les liens qui créera la conformité, l'apaisement et la pacification...

L'apprentissage social du danger et de la règle

L'apprentissage social du danger et de la règle prend forme à travers deux principaux mécanismes : l'imitation et le renforcement. Dans le cas de l'imitation, l'individu « modèle » son comportement sur celui d'un autrui significatif, réagissant ainsi par la manifestation d'une conduite à risques ; dans le cas du renforcement, on « apprend » à se mettre en danger en fonction de ses relations, à consommer des produits ou à commettre des actes délinquants, car ces comportements seront plus ou moins renforcés positivement ou négativement. Par exemple, c'est la balance entre les renforcements négatifs des parents et les renforcements positifs des pairs qui fera basculer le comportement : aux associations que le sujet construit avec certaines personnes correspondra l'anticipation de renforcements positifs ou négatifs de ses prises de risques ou de ses déviations. Si la contention est essentiellement le fait de la famille, le modelage est un mécanisme à l'oeuvre aussi bien chez les parents que chez les pairs.

Les effets de l'imitation ou des renforcements peuvent être *directs* (l'influent agit directement sur le comportement de l'influencé), *indirects* (l'influent agit sur des attitudes, des valeurs ou d'autres comportements qui agiront ensuite sur le comportement en question de l'influencé) ou *contingents* (une source d'influence modifie la susceptibilité de l'individu à l'influence d'une autre source). Les théories de l'apprentissage social posent, à l'inverse des théories du contrôle, que la conformité pourrait être « naturelle », et soulignent la nécessité de se demander pourquoi nous prenons trop de risques ou ne respectons pas les règles ».

Jeunes en danger. Les familles face aux conduites à risques. J.P. Assailly. Ed. Imago, 2007, 245 p.

5.6.2 Les facteurs de risque d'accidents de la circulation

L'alcool, premier facteur de risque d'accidents graves de la route

Les facteurs de risque d'accidents de la route ont été particulièrement étudiés, en raison de la fréquence et de la gravité de ces évènements. Alors que la vitesse a longtemps été la première incriminée, l'alcool est désormais le premier facteur d'accident.

■ Pour l'ensemble de la population, l'ONISR estime ainsi qu'en 2007, 27 % des accidents mortels et des tués auraient pu être évités par le non-dépassement des taux légaux d'alcoolémie (encadré 5.9).

La proportion de morts évitables par le respect des limitations de vitesse par les conducteurs est de 20 %.

Malgré un taux de port proche de 98 %, la proportion de tués évitables par le port de la ceinture de sécurité par tous les occupants est de 8,3 %.

Toujours selon cette source, environ 2,5 % des accidents mortels auraient pu être évités par le respect par les conducteurs de la législation sur le cannabis. Enfin, la fatigue et la somnolence sont relevées dans 2,8 % des accidents mortels [15].

■ Ces principaux facteurs de risque se retrouvent chez les jeunes, avec toutefois certaines spécificités. Ainsi, somnolence et fatigue apparaissent particulièrement en cause dans cette population, qui est plus souvent en dette de sommeil, notamment en période d'examens pour les jeunes étudiants ou en raison d'un déséquilibre loisirs-travail pour les jeunes travailleurs.

S'y ajoute la suroccupation des véhicules, liée aux styles de vie des jeunes qui entre 15 et 24 ans sortent souvent en groupe. Cette caractéristique a des conséquences à la fois sur la tenue de routes des véhicules, mais aussi sur le nombre des victimes lors des accidents [26].

Encadré 5.8

Les résultats de l'enquête MARC auprès de 3 000 jeunes conducteurs

L'enquête MARC menée entre 2003 et 2005 auprès de 3 000 détenteurs de permis B âgés de 18 à 24 ans permet d'enrichir la connaissance du risque routier des jeunes conducteurs par des points de vue de nature sociologique, psychologique et économique.

Les résultats de cette enquête permettent d'abord de nuancer le surrisque masculin. Alors que selon les données du fichier national des accidents corporels de la circulation de 2003, le surrisque masculin atteint 1,5 pour les accidents corporels et 3,2 pour les accidents mortels, celui-ci ne serait que de 1,1 pour les accidents corporels et matériels

à distance égale parcourue car les jeunes femmes circulent beaucoup moins que les jeunes hommes (9 260 km par an *vs* 15 070 km). Le risque d'accident matériel pour une même distance parcourue serait le même pour les hommes et les femmes.

Cette enquête montre également que l'expérience de la conduite réduit bien le risque d'accident. « Le taux d'accident pour 100 000 kilomètres décroît en fonction de l'ancienneté du permis, particulièrement après la première année de conduite. Le pic d'occurrence du premier accident après l'obtention du permis se situe à 5 mois, pour décliner ensuite, de manière identique selon le sexe et la nature des accidents. L'apprentissage de la conduite et de la maîtrise des situations profite à tous les conducteurs pour tous risques d'accident.

L'apprentissage accompagné n'améliore pas la conduite du jeune conducteur du point de vue de la sécurité. Il ne modifie en rien le moment de l'arrivée du premier accident et aurait même tendance à augmenter le risque d'accident la première année de conduite et à favoriser des infractions plus précoces, dès la première année. Ce comportement se manifeste plutôt la deuxième année de conduite pour les jeunes conducteurs de la filière traditionnelle. Comme si l'excès de confiance apporté par 3 000 kilomètres d'apprentissage accompagné encourageait la prise de risque ».

Enfin, cette enquête montre l'influence des pairs dans la transgression des limites de vitesse. Interrogés sur leur intention de « rouler à plus de 110 km/h sur une route où la vitesse est limitée à 90 km/h », il apparaît que cette intention est aussi répandue qu'on soit homme ou femme, conducteur débutant ou plus expérimenté. « Mais les motivations diffèrent. Les hommes sont davantage influencés par l'incitation de leurs amis garçons tandis que les femmes le sont par le mauvais exemple de leurs proches (conjoint, amis). A l'inverse, une image non négative de soi (se considérer peu frimeur, peu inconscient) réduit l'intention de commettre cette transgression, principalement chez les femmes.

Les débutants dépassent les limites de vitesse essentiellement parce qu'ils connaissent un jeune en transgression dont ils se sentent proches et parce qu'ils valorisent la vitesse. Avec un an d'expérience, c'est le sentiment du conducteur qu'il contrôle sa conduite qui prédit le mieux l'intention de transgresser. Après trois ans de permis, c'est la sanction passée qui a le plus d'influence pour réduire cette intention ».

La mortalité routière en France peut encore reculer. C. Got, P. Delhomme, S. Lassarre. *Population et Sociétés*, Ined, n° 434, mai 2007, 4 p.

Concernant l'alcool, on dispose de données régionales et comparatives spécifiques aux accidents impliquant des jeunes.

Les accidents avec alcoolémie positive à l'origine de 30 % des décès des 15-24 ans

Selon les données de l'Observatoire régional de sécurité routière, chaque année en moyenne sur la période 2005-2007, 28 jeunes de 15-24 ans sont morts et 121 ont été blessés et hospitalisés suite à un accident survenu sur les routes des Pays de la Loire impliquant au moins un conducteur avec une alcoolémie supérieure à 0,5 g/l. Ainsi, 30 % des tués et 16 % des blessés hospitalisés âgés de 15 à 24 ans étaient impliqués dans un accident avec alcool (encadré 5.9).

Ces proportions sont particulièrement élevées, mais elles ne sont pas notablement différentes de celles observées dans les autres classes d'âge (respectivement 28 % et 14 %) [10].

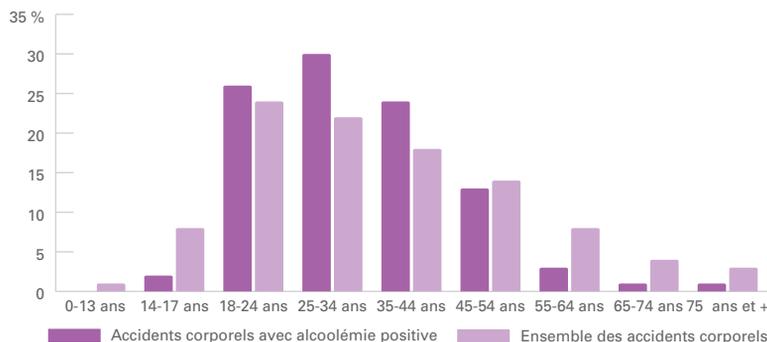
Surrisque d'accident des jeunes conducteurs par rapport à leurs aînés : l'alcool n'est pas seul en cause

En 2007, dans les Pays de la Loire, les 18-24 ans ne sont proportionnellement pas beaucoup plus nombreux parmi les conducteurs impliqués dans les accidents corporels avec alcoolémie positive que dans l'ensemble des accidents corporels (respectivement 26 % et 24 %) (figure 5.14). Pour les accidents survenant le week-end, veille et jour de fête, l'écart entre ces proportions est toutefois plus marqué (respectivement 34 % et 28 %) (encadré 5.9) [10].

Chez les jeunes comme à tout âge, l'alcool constitue le principal facteur de risque d'accident de la route. Mais le surrisque d'accident des jeunes par rapport à leurs aînés trouve donc, pour partie, son origine dans d'autres causes que dans la consommation excessive d'alcool.

Figure 5.14

Répartition du nombre de conducteurs impliqués dans l'ensemble des accidents⁽¹⁾ corporels et dans l'ensemble des accidents corporels avec conducteur ayant un taux d'alcoolémie positif selon leur âge Pays de la Loire (2007)



Source : Observatoire régional de sécurité routière des Pays de la Loire

(1) accidents survenus sur les routes des Pays de la Loire

Encadré 5.9

Les limites des données d'alcoolémie du fichier national des accidents corporels de la circulation routière

Lorsque les forces de l'ordre arrivent sur les lieux d'un accident corporel de la circulation, elles doivent contrôler l'alcoolémie (par éthylotest et/ou prise de sang) de tous les conducteurs impliqués et le cas échéant des piétons.

L'alcoolémie du ou des conducteurs n'est pas toujours connue pour diverses raisons : les résultats de la prise de sang ne sont pas connus par les forces de l'ordre lors de l'envoi du bulletin d'analyse d'accident corporel, la gravité de l'accident est telle qu'il est impossible de réaliser une prise de sang...

En 2007, pour 20,8 % des accidents corporels et 23,7 % des accidents mortels survenus sur les routes de France, le taux d'alcoolémie d'au moins un des conducteurs n'était pas connu (les taux des éventuels autres conducteurs étant inférieurs au taux d'alcoolémie autorisé).

Alcool et accidents de la route. Dans *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2007*. Observatoire national interministériel de sécurité routière. Ed. La Documentation française, 2007, pp. 147-155

Alcool et accident : une situation régionale défavorable

Les habitudes de consommation d'alcool des habitants de la région sont plus défavorables qu'au niveau national (cf. chapitre 4). Il n'est donc pas surprenant que les accidents mortels avec alcool, et plus généralement la conduite d'un véhicule après consommation de boissons alcoolisées, soient plus fréquents dans la région, notamment chez les jeunes.

- En 2007, selon les données de la sécurité routière, 21 % des conducteurs impliqués dans un accident mortel en Pays de la Loire ont un taux d'alcoolémie positif, contre 17 % en France. Ce constat s'observe également chez les conducteurs de 18-24 ans (respectivement 24 % vs 20 %), même si l'écart entre ces proportions n'est pas significatif en raison des faibles effectifs concernés. Enfin, l'écart le plus marqué concerne les 25-44 ans (28 % vs 21 %) [10, 15].
- Les résultats de l'enquête Escapad 2005 vont également dans ce sens. Selon cette enquête, la proportion de jeunes des Pays de la Loire âgés de 17 ans qui déclarent avoir conduit une voiture ou un deux-roues (moto, mobylette, scooter) après avoir bu plus d'un verre d'alcool au cours des douze derniers mois est supérieure à la moyenne nationale (17 % vs 12 %) [27].

Consommation de cannabis et conduite d'un véhicule

- Même s'il s'est particulièrement développé au cours des dernières années, l'usage du cannabis reste moins répandu que celui de l'alcool (cf. chapitre 4). Ce moindre usage est cohérent avec les résultats de l'enquête Escapad 2005 selon lesquels la conduite d'un véhicule sous l'influence du cannabis est moins fréquente que celle sous l'influence de l'alcool : 11 % des Ligériens âgés de

17 ans déclarent *avoir conduit une voiture ou un deux-roues (moto, mobylette, scooter) sous l'effet du cannabis au cours des douze derniers mois, vs 17 % pour l'alcool* [27].

- En cohérence avec un usage de cannabis dans l'année chez les jeunes des Pays de la Loire proche de la moyenne nationale (cf. chapitre 4), les fréquences de la conduite d'un véhicule automobile (essentiellement un deux-roues motorisé) sous l'effet du cannabis chez les jeunes de 17 ans dans la région et en France sont peu différentes (respectivement 11 % vs 9 %) [27].
- Le risque d'être responsable d'un accident mortel est 1,8 fois plus élevé pour les conducteurs sous l'influence de cannabis que pour ceux qui ne sont pas dans ce cas. Cette augmentation est moins importante que celle observée pour les conducteurs sous l'influence de l'alcool (risque multiplié par 8,5). Mais l'association alcool-cannabis majore considérablement ce risque (multiplié par 14) (encadré 5.10).

Encadré 5.10

Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière

L'étude SAM a été mise en place au début des années 2000 pour apporter des données fiables concernant l'impact d'une consommation de stupéfiants, dans les accidents de la route, la recherche systématique de ces produits (cannabis et ses dérivés, opiacés, cocaïne et amphétamines) chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière ayant été instaurée à cette époque par le législateur. L'étude a été menée de 2001 à 2003 auprès de 11 000 conducteurs impliqués dans environ 7 500 accidents mortels. Parmi ces conducteurs, 7,9 % se sont révélés positifs aux stupéfiants (dont 7 % au cannabis) et 20,9 % avaient une alcoolémie supérieure au taux légal.

L'étude a montré qu'en matière de responsabilité d'un accident mortel, les conducteurs sous l'influence du cannabis (toutes concentrations de THC confondues) ont 1,8 fois plus de risque d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs négatifs.

Ces données ont pu être mises en parallèle avec celles concernant l'alcool, également recueillies lors de l'étude. En matière d'accident mortel, les conducteurs sous l'influence de l'alcool (tous taux d'alcoolémie confondus) ont 8,5 fois plus de risque d'être responsables que les conducteurs qui ne sont sous l'influence ni de l'alcool ni du cannabis.

Enfin, les effets du cannabis et de l'alcool se cumulent : le risque d'être responsable d'un accident mortel chez les conducteurs positifs à la fois au cannabis et à l'alcool est 14 fois supérieur à celui des conducteurs qui ne sont pas dans ce cas.

Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM). Synthèse des principaux résultats. B. Laumon, J.M. Costes, H. Martineau, Groupe SAM, OFDT, Inrest/UCBL/InVS Umrestte, 2005, 39 p.

Bibliographie

- [1] Accidents : les plus fréquents sont ceux de la vie courante. H. Bourdessol, B. Thélot. Dans *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, pp. 379-412 (Coll. Baromètres Santé)
- [2] Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, 2006, 24 p.
- [3] Enquête Baromètre santé jeunes 2005, ORS Pays de la Loire - Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [4] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [5] Enquête Baromètre santé jeunes 2000, ORS Pays de la Loire - CFES, exploitation ORS Pays de la Loire
- [6] Qualité de vie, santé psychique, accidents et violences chez les jeunes de 12 à 25 ans. Baromètre santé Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, 2004, 24 p.
- [7] Base nationale des causes médicales de décès 1980-2004, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS Pays de la Loire
- [8] Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Résultats 2002-2003. Réseau Epac. B. Thélot, C. Ricard. InVS, 2005, 68 p
- [9] Description et incidence des accidents de sport. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante 2004-2005. Réseau Epac. C. Ricard, A. Rigou, B. Thélot. InVS, 2007, 18 p.
- [10] Fichiers départementaux des accidents corporels, 1996-2007, ONISR, exploitation Observatoire régional de sécurité routière Pays de la Loire
- [11] Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. E. Amoros. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 19, mai 2008, pp. 157-160
- [12] Les blessés par accidents de la route : estimation de leur nombre et de leur gravité lésionnelle, France, 1996-2004. E. Amoros. Université de Lyon 1, 2007, 157 p. + ann. (thèse de doctorat en épidémiologie)
- [13] Les accidents de cyclomoteur en Pays de la Loire 2001-2005. Observatoire régional de sécurité routière Pays de la Loire, 2007, 12 p.
- [14] Les accidents de moto en Pays de la Loire 2001-2005. Observatoire régional de sécurité routière Pays de la Loire, 2007, 12 p.
- [15] La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2007. Observatoire interministériel de sécurité routière. Ed. La Documentation française, 2008, 270 p.

- [16] Etude sur la sensibilisation à la santé et à la sécurité au travail chez les jeunes salariés de moins de 25 ans. Observatoire régional de santé au travail des Pays de la Loire, 79 p. (*à paraître*)
- [17] Nombre d'accidents du travail chez les bénéficiaires du régime général par tranche d'âge, 2003-2005, exploitation Cram Pays de la Loire
- [18] Base régionale PMSI MCO 2004, ARH Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire
- [19] Les jeunes et le risque. Une approche psychologique de l'accident. J.P. Assailly. Ed. Vigot, 1992, 255 p.
- [20] Comportement de prise de risque et accidents à l'adolescence dans les pays développés. A. Tursz, V. Courtecuisse, O. Jeanneret, A. Sand. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 34, n° 2, 1986, pp. 81-88
- [21] L'adolescence à risque. Corps à corps avec le monde. Dirigé par D. Le Breton. Ed. Autrement, 2002, 183 p.
- [22] Conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vivre. D. Le Breton. Ed. Puf, 2002, 223 p.
- [23] Jeunes en danger. Les familles face aux conduites à risque. J.P. Assailly. Ed. Imago, 2007, 245 p.
- [24] Médecine de l'adolescent. Sous la direction de P. Alvin, D. Marcelli. Ed. Masson, 2000, 309 p.
- [25] Chronique d'une guerre non déclarée. Les accidents de la route : première cause de mortalité des 15-24 ans. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire, 2000, 292 p.
- [26] La mortalité chez les jeunes. J.P. Assailly. Ed. Puf, 2001, 126 p. (Coll. Que sais-je ?)
- [27] Enquête Escapad 2005, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire

CHAPITRE 6

Surpoids, alimentation, activités physiques et sédentarité

Marie-Christine Bournot, Dr Anne Tallec, Sandrine David

Introduction	198
6.1 Surpoids et obésité	201
6.2 Habitudes et apports alimentaires	206
6.3 Activités physiques et sportives, occupations sédentaires	211
Bibliographie	228

Ce chapitre a bénéficié de la relecture :

- du Pr Michel Krempf, endocrinologue, clinique d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition au CHU de Nantes,
- du Pr Serge Herberg, directeur de l'unité 557 Inserm (UMR Inserm/Inra/Cnam/Paris 13) et de l'unité de surveillance de l'épidémiologie nutritionnelle (Usen, InVS/Cnam/Paris 13), président du comité de pilotage du programme national nutrition santé.

L'essentiel

Les jeunes, notamment ceux des milieux les moins favorisés : une population touchée par le surpoids et l'obésité

Même si le surpoids et l'obésité ne concernent pas uniquement les jeunes, ce problème de santé a connu une forte progression dans les années 80 et 90 et touche désormais une part non négligeable d'entre eux. En l'absence de données régionales précises, l'Étude nationale nutrition et santé (ENNS) réalisée en 2006 montre que 25 % des Français de 15-29 ans présentent un surpoids (obésité incluse) et 8 % une obésité. Les écarts entre groupes sociaux sont marqués, avec une situation plus défavorable dans les milieux les moins favorisés.

Une situation qui reste plus favorable dans les Pays de la Loire, mais un avantage qui se réduit

Les sources d'informations disponibles dans les Pays de la Loire ne permettent pas d'évaluer avec précision la prévalence régionale du surpoids et de l'obésité chez les jeunes. Mais leur confrontation permet de constater que la prévalence régionale du surpoids est plus faible qu'au plan national, et qu'elle est même l'une des moins élevées de France. Cependant, l'écart se réduit, et alors que la prévalence du surpoids se stabilise en France depuis le début des années 2000, elle connaît toujours une tendance à la hausse dans les Pays de la Loire.

Excès d'apports alimentaires et manque d'activité physique, déterminants essentiels du surpoids

L'excès de poids résulte d'une suralimentation relative, c'est-à-dire d'un apport alimentaire supérieur à la dépense énergétique, même si différents facteurs d'origine nutritionnelle, génétique, psychologique ou sociale sont toutefois susceptibles d'influencer ces comportements, mais aussi d'amplifier ou au contraire de limiter les conséquences de ce déséquilibre.

L'excès d'apports alimentaires et le manque d'activité physique constituent donc les déterminants essentiels du surpoids et de l'obésité. En outre, il existe des liens importants entre l'équilibre nutritionnel (apports en macro et micronutriments) et la survenue d'un grand nombre de pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète, ostéoporose...). Les effets positifs de l'activité physique sur la santé sont également aujourd'hui bien démontrés.

Ces éléments ont conduit à la mise en place du Programme national nutrition santé (PNNS) et à la diffusion depuis 2000 auprès du grand public des repères en matière de consommation alimentaire et d'activité physique. Un Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS) est par ailleurs actuellement en préparation.

Une pratique sportive chez les jeunes des Pays de la Loire en augmentation, caractérisée par la place accordée au sport en club

Le sport n'est pas la seule source d'activité physique, mais il en représente une part importante, notamment chez les jeunes. Selon les données du Baromètre santé 2005, 57 % des Ligériens de 15-25 ans ont fait du sport au cours de la semaine en dehors des enseignements scolaires obligatoires, en club ou à titre individuel. Ce niveau de pratique, qui a augmenté depuis 2000, est globalement équivalent à celui observé au plan national. Mais les jeunes de la région se distinguent par la place plus importante qu'ils accordent au sport en club : 41 % des Ligériens de 15-25 ans déclarent pratiquer habituellement un sport en club *vs* 35 % en France.

Des occupations sédentaires qui tiennent une place importante dans la vie des jeunes

Au cours d'une journée, les occasions d'être sédentaire sont nombreuses, et dans ce domaine, les évolutions sont rapides. Or les occupations sédentaires, si elles sont trop investies, jouent un rôle non négligeable dans le manque d'activité physique.

L'enquête Baromètre santé permet d'apprécier le temps passé à regarder la télévision, à utiliser un ordinateur ou une console de jeux ainsi qu'à lire. Ces occupations font partie de la vie de la majorité des jeunes et leurs habitudes diffèrent peu de celles des adultes d'âge moyen. Ainsi, en semaine, plus de 90 % des Ligériens de 15-25 ans passent du temps chaque jour devant un écran, 46 % le font pendant plus de deux heures et 28 % plus de trois heures. La situation régionale est un peu différente de la moyenne nationale.

Des habitudes alimentaires susceptibles d'être améliorées

En l'absence de données régionales, l'étude ENNS montre que la majorité des Français ont des apports alimentaires insuffisamment équilibrés si l'on se réfère aux recommandations du PNNS, et que la situation est plus critique chez les 15-29 ans. Des tendances favorables sont toutefois observées depuis 2000 (augmentation de la consommation de fruits et légumes et baisse de celles de produits sucrés) et peuvent être directement rapprochées des actions menées dans le cadre du PNNS.

Introduction

L'augmentation considérable de la fréquence du surpoids et de l'obésité, observée au cours des dernières décennies en France comme dans l'ensemble des pays industrialisés, a été révélatrice des profondes transformations des comportements alimentaires et des modes de vie qui ont caractérisé la seconde moitié du 20^e siècle. Le déséquilibre de la balance énergétique, résultant d'un excès d'apports d'origine alimentaire et d'une insuffisance d'activité physique, constitue en effet le principal mécanisme en cause dans l'augmentation pondérale.

Cette prise de conscience des enjeux nutritionnels a coïncidé avec la mise en évidence, par de nombreux travaux de recherche, des liens importants existants entre l'équilibre nutritionnel (apports en micro et macronutriments¹) d'une part et le risque de survenue d'un grand nombre de pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète, ostéoporose...) d'autre part. Les effets positifs de l'activité physique sur la santé sont également aujourd'hui bien démontrés [1, 2].

Ces éléments ont conduit à la mise en place en 2001 du premier Programme national nutrition santé (PNNS) qui a été prolongé en 2006 pour une nouvelle période de cinq ans. Ce programme repose sur une approche globale de la santé nutritionnelle. Il associe en effet des objectifs nutritionnels, exprimés pour le grand public en « repères » de consommation alimentaire, des objectifs portant sur des marqueurs de l'état nutritionnel (cholestérol, tension artérielle, poids) et des objectifs concernant l'activité physique. Par ailleurs, un Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS) est actuellement en préparation [3-5].

Les jeunes d'aujourd'hui sont très concernés par ces enjeux en lien avec la nutrition pour différentes raisons. Tout d'abord, cette population a été particulièrement touchée par la fréquence croissante du surpoids au cours des années 90, en lien avec les excès en apports alimentaires et le développement des activités sédentaires. De ce fait, une proportion relativement importante de jeunes démarre leur vie d'adulte avec ce problème.

Par ailleurs, les modes de vie connaissent des évolutions considérables entre 15 et 25 ans : passage d'un environnement scolaire au monde étudiant et/ou à la vie professionnelle, départ du domicile parental, mobilité géographique... Dans ce contexte, certains jeunes sont enclins à abandonner les habitudes alimentaires acquises dans le cadre familial pour en adopter de nouvelles, parfois moins favorables : modification du lieu, du rythme

1 - Les nutriments sont les éléments utiles et assimilables fournis à l'organisme à la suite de la digestion des aliments. On distingue les macronutriments (protéines, glucides, lipides) dont l'apport est indispensable en quantités importantes, de l'ordre de dizaines de grammes ou grammes par jour et les micronutriments (vitamines, minéraux) dont les apports nécessaires se situent dans la gamme des microgrammes ou milligrammes par jour [1].

et de l'environnement des repas, changements sur la nature et la quantité des aliments consommés. La pratique sportive diminue également de façon notable entre 15 et 25 ans.

Enfin, les jeunes sont, sans doute plus que leurs aînés, réceptifs aux nouvelles tendances de la société, et notamment à celles observées en matière d'habitudes alimentaires et de loisirs.

Ce chapitre présente tout d'abord les données disponibles concernant la fréquence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes. Il détaille ensuite leurs habitudes et leurs apports alimentaires. La troisième partie est consacrée aux activités physiques et sportives et aux occupations sédentaires de cette population.

Les données utilisées et présentées dans ce chapitre proviennent essentiellement du Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005 et de l'Etude nationale nutrition et santé réalisée en 2006 (encadré 6.1).

Encadré 6.1

Précisions sur les sources statistiques utilisées

Prévalence du surpoids et de l'obésité

Les Baromètres santé jeunes Pays de la Loire 2000 et 2005 et les données régionales de l'enquête Escapad 2002-2003² constituent les seules sources statistiques régionales disponibles concernant le poids et la taille des jeunes ligériens de plus de 15 ans. Mais ces informations ne permettent pas d'évaluer avec précision la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes, car leur caractère déclaratif est manifestement à l'origine d'une sous-estimation de la corpulence, en particulier chez les filles [6-10]. Ces données présentent par contre un intérêt pour réaliser des comparaisons géographiques ou pour suivre des évolutions dans le temps, en faisant l'hypothèse que les biais de déclaration soient identiques.

Les prévalences du surpoids et de l'obésité, présentées ci-après, sont donc issues de l'Etude nationale nutrition et santé (ENNS) réalisée en 2006, pour laquelle le recueil du poids et de la taille repose sur des mesures standardisées (encadré 6.4) [11].

2 - cf. éléments de méthode p. 292 et 294.

Apports alimentaires

- Depuis quelques années, la connaissance sociologique et épidémiologique des comportements alimentaires de la population française s'est sensiblement accrue, avec la cohorte SU.VI.MAX (étude en supplémentation en vitamines et en minéraux antioxydants, 1994), le Baromètre santé nutrition (depuis 1996), l'enquête Obépi (enquête sur le surpoids et l'obésité, depuis 1997), l'enquête Inca (enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires, depuis 1998-1999) et l'étude ENNS 2006 [11-18].
- En revanche, pour le niveau régional, de telles données, dont le recueil nécessite la mobilisation de moyens importants, ne sont pas disponibles.
- Les informations concernant les apports alimentaires des jeunes présentées dans ce chapitre sont donc nationales et proviennent essentiellement de l'étude ENNS 2006. Elles ont été privilégiées à celles issues des enquêtes téléphoniques ou par autoquestionnaire comme le Baromètre santé nutrition 2002, parce qu'elles sont plus récentes, mais aussi plus fiables (recueil réalisé par des professionnels de la santé et de la nutrition).
- L'enquête Inca 2006-2007, réalisée et financée par l'Afssa (Agence française de sécurité sanitaire des aliments), constitue une autre étude nationale de référence dans ce domaine. Mais à la date de rédaction de ce rapport, l'exploitation des données est toujours en cours et seules celles concernant l'évolution globale des consommations entre 1998-1999 et 2006-2007 ont pu être utilisées.

Activité physique, sport et occupations sédentaires

- L'enquête Baromètre santé jeunes régionale de 2005 apporte un certain nombre d'informations sur la pratique sportive, la pratique de la marche, le temps consacré à certaines occupations sédentaires et le temps passé assis par les 15-25 ans. Il s'agit toutefois de données déclaratives, qui comportent de ce fait un certain nombre de limites. Les données nationales de l'enquête Baromètre santé 2005 permettent de mettre en regard la situation observée chez les 15-25 ans avec celles concernant des personnes plus âgées [19-20].
- Les résultats nationaux de l'enquête ENNS 2006 apportent un éclairage complémentaire grâce à une mesure de l'activité physique dans sa globalité au moyen du questionnaire IPAQ.

6.1 Surpoids et obésité

Ces dernières décennies, les situations de surpoids et d'obésité ont vu leur fréquence augmenter chez les jeunes, en France comme dans l'ensemble des pays industrialisés.

Outre son fort retentissement sur le bien-être social des individus, l'obésité est en elle-même une maladie. Elle favorise également l'apparition de nombreuses pathologies : diabète de type 2, pathologies biliaires, hypertension artérielle, maladies coronariennes, accidents cérébro-vasculaires, certains cancers (sein, utérus, côlon notamment), arthrose, difficultés respiratoires... Chez les jeunes, le principal risque de l'obésité est sa persistance à l'âge adulte, qui s'observe dans 50 à 70 % des cas lorsqu'elle est constatée après la puberté [21].

Dans tous les cas, le gain de poids et de masse grasse résulte d'un bilan énergétique positif, c'est-à-dire d'une situation dans laquelle les apports énergétiques sont supérieurs aux dépenses. Les apports énergétiques étant directement liés à l'alimentation, et les dépenses énergétiques résultant de l'activité physique, ces deux facteurs jouent un rôle prépondérant dans la prise de poids. De nombreux facteurs d'ordre nutritionnel ou métabolique, génétique, psychologique ou social sont toutefois susceptibles d'influencer ces comportements, mais aussi d'amplifier ou de réduire les conséquences en termes de gain de poids du déséquilibre de la balance énergétique [1]. Des travaux récents suggèrent également le rôle possible de déterminants précoces, *in utero* ou postnatals [22].

Encadré 6.2

Surpoids, obésité, indice de masse corporelle : définitions

Le surpoids et l'obésité sont le fait pour une personne d'avoir un poids trop élevé par rapport à sa taille, en raison d'un excès de masse grasse.

La mesure de référence internationale actuelle de la corpulence est l'Indice de masse corporelle (IMC). Il est égal au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre), soit P/T^2 .

Chez l'adulte (plus de 18 ans), le surpoids est défini par un IMC supérieur à 25 kg/m² et l'obésité par un IMC supérieur à 30 kg/m² [1].

Chez les moins de 18 ans, les seuils utilisés pour définir le surpoids et l'obésité varient avec l'âge. Pour l'ensemble des enquêtes présentées dans ce chapitre, les seuils de référence utilisés sont ceux de l'International obesity task force (IOTF) sauf pour l'enquête Obépi qui utilise pour les 15-17 ans les mêmes seuils que les adultes [2].

[1] Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Les éditions Inserm, 2006, 217 p. (Expertise collective)

[2] Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. T.J. Cole, M.C. Bellizzi, K.M. Flegal, W.H. Dietz. *British Medical Journal*, 2000, vol. 320, n° 7244, pp. 1240-1243

Surpoids et obésité : une situation préoccupante chez les jeunes comme pour les générations plus âgées...

■ Le Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005 constitue la seule source de données récente concernant le poids et la taille des jeunes ligériens, et donc sur leur Indice de masse corporelle (IMC), qui permet de définir les situations de surpoids ou d'obésité.

L'analyse des résultats de cette enquête met en évidence une sous-estimation manifeste de l'IMC au regard des résultats d'autres travaux. Ce constat est à rapprocher du fait que le poids et la taille ne soient pas mesurés mais seulement déclarés, et qu'ils sont mal appréciés par un certain nombre de jeunes. Ces données n'apportent donc pas une information fiable sur le niveau de prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes de la région, et présentent seulement un intérêt pour des comparaisons géographiques (cf. ci-après).

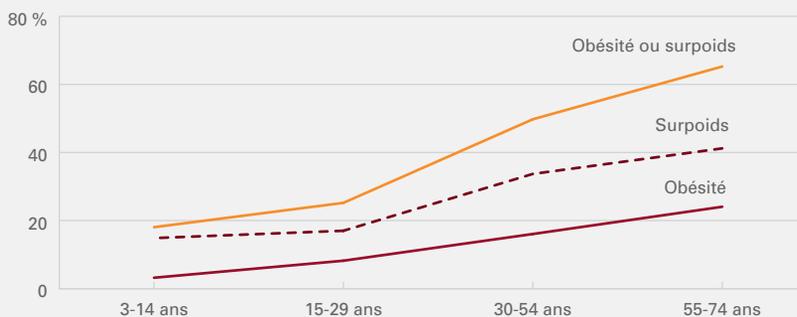
■ L'Etude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée en 2006 sur la base de données mesurées, fournit par contre une estimation fiable de la prévalence du surpoids dans la population (encadré 6.4). Selon cette enquête, 25 % des jeunes français de 15-29 ans présentent un surpoids ou une obésité : 17 % un surpoids et 8 % une obésité. Ces prévalences progressent ensuite fortement avec l'âge (encadré 6.3).

La prévalence du surpoids (y compris obésité) est plus élevée chez les jeunes hommes de 15-29 ans que les jeunes femmes (29 % vs 22 %), et cet écart se retrouve chez les générations plus âgées [11].

Encadré 6.3

Une prévalence élevée du surpoids et de l'obésité chez les jeunes, mais inférieure à celles de leurs aînés

Prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge
France métropolitaine (2006)



Source : ENNS 2006 (InVS, Université Paris 13, Cnam), exploitation ORS Pays de la Loire

Encadré 6.4**Présentation de l'Etude nationale nutrition et santé (ENNS)**

L'Etude nationale nutrition et santé (ENNS) a été réalisée en 2006 par l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen, unité mixte de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Université de Paris 13 et du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam)). L'objectif principal de cette étude était de décrire les apports alimentaires, l'état nutritionnel et l'activité physique d'un échantillon national de 3 000 adultes (18-74 ans) et 1 600 enfants (3-17 ans) résidant en France métropolitaine.

Le recueil des données alimentaires a été réalisé à partir des déclarations des personnes concernant trois journées réparties sur deux semaines, interrogées par téléphone pour les personnes de 15 ans et plus, et en face à face pour les plus jeunes. Les réponses ont été ensuite confortées par un enquêteur qui s'est rendu au domicile et a posé des questions complémentaires. Le recueil des données d'activité physique a été effectué à cette occasion. En ce qui concerne les données anthropométriques, les personnes ont été pesées et mesurées de façon standardisée.

Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats. Colloque du PNNS, 12 décembre 2007. InVS, Cnam, Université Paris 13, 2007, 74 p.

... mais pour laquelle les Ligériens demeurent relativement protégés

L'enquête Baromètre santé jeunes 2005 permet par contre de réaliser des comparaisons, notamment entre la situation des jeunes de la région et la moyenne nationale (encadré 6.1). L'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad 2002-2003 menée auprès des jeunes de 17 ans de la région, lors de la journée d'appel à la préparation à la défense, permet de conforter les différences observées³.

Ces études montrent ainsi que le taux de prévalence du surpoids (obésité incluse) chez les jeunes des Pays de la Loire est plus faible qu'au plan national, et se situe même parmi les taux régionaux les plus bas de France avec la Bretagne et la Basse-Normandie [9, 10, 20]. Une moindre prévalence du surpoids dans les régions Ouest de la France (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes) se retrouve également dans l'enquête réalisée en milieu scolaire auprès des élèves de troisième en 2003-2004 [23].

3 - cf. éléments de méthode p. 292 et 294.

Cette situation régionale favorable était déjà observée par le Baromètre santé jeunes régional 2000, et en 1996 dans une étude concernant les jeunes garçons conscrits [7, 24].

Elle concerne d'ailleurs l'ensemble de la population puisqu'elle a été observée chez les enfants, comme dans la population adulte, et ceci au moins depuis le début des années 90 [14, 25-28].

Les raisons de cette situation sont forcément complexes, à rechercher tant dans les traditions alimentaires que dans les modes de vie. Cependant, les écarts entre le niveau régional et le niveau national semblent se réduire, reflétant sans doute l'homogénéisation des comportements observée dans tous les domaines. En effet, on ne retrouve pas dans les Pays de la Loire la stabilisation du niveau de prévalence du surpoids constatée en France depuis le début de la décennie (encadré 6.6). La comparaison des résultats des Baromètres santé jeunes 2000 et 2005 montre en effet une augmentation de la prévalence du surpoids chez les jeunes de la région.

Encadré 6.5

Comparaison européenne

Il existe d'importantes variations de la prévalence du surpoids et de l'obésité entre pays européens. Chez les adolescents âgés de 15 ans, les données disponibles font état d'une prévalence du surpoids et de l'obésité plus élevée dans les pays d'Europe du Sud (Malte, Portugal, Grèce, Italie, Espagne), alors que les positions les plus favorables sont occupées par les pays d'Europe de l'Est (Lituanie, Roumanie et Lettonie). La France occupe une position relativement moyenne.

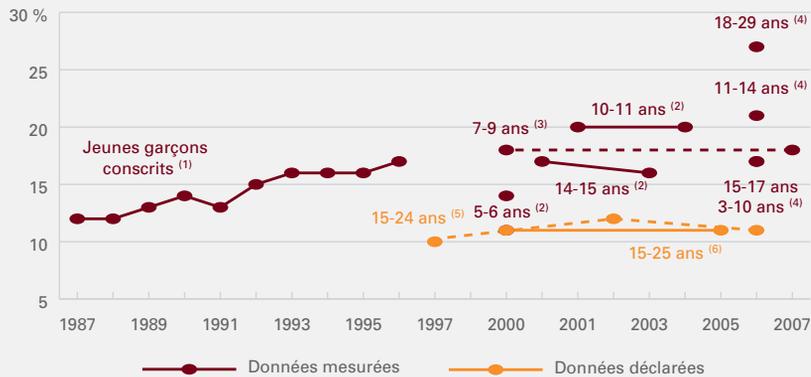
Overweight and obesity. Dans *Inequalities in Young people's health : Health behaviour in school-aged children (HBSC) survey : international report from the 2005-2006 survey*. OMS Bureau régional de l'Europe, Université d'Edimbourg, 2008, pp. 75-78 (Health Policy for Children and Adolescents n° 5)

Encadré 6.6

Surpoids et obésité : stabilisation récente chez les jeunes en France

L'augmentation importante de la prévalence du surpoids et de l'obésité observée en France entre le milieu des années 80 et la fin des années 90 chez les jeunes semble s'être interrompue depuis, au regard de l'ensemble des différentes enquêtes disponibles ^[1-11].

Evolution de la prévalence du surpoids (obésité incluse) France métropolitaine (1987-2007)



- (1) jeunes garçons en âge de faire leur service militaire, données à structure d'âge identique, base de données médicales des conscrits ^[1]
- (2) jeunes de 5-6 ans scolarisés en grande section de maternelles, 10-11 ans scolarisés en CM2, 14-15 ans scolarisés en 3^e (hors agglomération parisienne) ^[2-6]
- (3) jeunes de 7-9 ans scolarisés en CE1-CE2 ^[7]
- (4) jeunes de 3-10 ans, 11-14 ans, 15-17 ans et 18-29 ans, ENNS 2006 ^[8]
- (5) jeunes de 15-24 ans, ObÉpi ^[9]
- (6) jeunes de 15-25 ans, Baromètre santé ^[10-11]

- [1] Géographie d'une crise française : obésité, l'épidémie. G. Salem, S. Rican, M.L. Kürzinger. *La Recherche*, n° 330, avril 2000, pp. 30-36
- [2] L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire. N. Guignon, X. Niel. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 250, juillet 2003, 12 p.
- [3] La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002. C. Labeyrie, X. Niel. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 313, juin 2004, 11 p.
- [4] La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats. N. Guignon. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 632, avril 2008, 11 p.
- [5] Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. C. De Perretti, K. Castetbon. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 283, janvier 2004, 8 p.
- [6] La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats. N. Guignon. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 573, mai 2007, 8 p.
- [7] Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans scolarisés en CE1 et CE2 en France, 2007. Journées de veille sanitaire 29 et 30 novembre 2007. B. Salanave, K. Castetbon, S. Péneau, M.F. Rolland-Cachera, S. Hercberg, 2007, 13 diapositives
- [8] Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats. Colloque du PNNS, 12 décembre 2007. InVS, Cnam, Université Paris 13, 2007, 74 p.
- [9] Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité ObÉpi Roche. Inserm, TNS Healthcare Sofres, Roche, 2006, 52 p.
- [10] Enquête Baromètre santé 2000, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [11] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

Une situation plus défavorable dans les milieux sociaux défavorisés

■ De nombreuses études ont mis en évidence le rôle particulièrement discriminant des facteurs socio-économiques, l'obésité comme le surpoids apparaissant nettement plus fréquents dans les populations les moins favorisées, chez les jeunes comme chez les adultes [14, 21, 23]. Par ailleurs, des travaux récents montrent que si depuis le début des années 2000, la prévalence de la surcharge pondérale est restée globalement stable, les inégalités entre les classes sociales se sont creusées [27, 29].

Les disparités selon les milieux sociaux concernant les prévalences du surpoids et de l'obésité se retrouvent dans les Pays de la Loire. L'analyse des données collectées à l'occasion des bilans réalisés par les centres d'examen de santé en 2005 montre ainsi une fréquence de l'obésité deux fois plus élevée chez les consultants de 16-24 ans en situation d'insertion que chez les autres consultants du même âge [30].

Les résultats du Baromètre santé sont plus délicats à interpréter dans la mesure où l'écart entre classes sociales observé en 2000 pour les 12-19 ans ne se retrouve pas en 2005 [6, 7]. La prochaine enquête prévue en 2010 permettra d'approfondir cette analyse.

■ Une situation plus défavorable du surpoids et de l'obésité dans les communes rurales est également souvent rapportée dans la littérature, au plan national mais également en régions Poitou-Charentes et Aquitaine [21, 24, 31, 32]. Cette spécificité des communes rurales se retrouve en 2005 dans les Pays de la Loire, même si la différence avec les communes urbaines n'est pas statistiquement significative [6]. Toutefois dans la mesure où ces comparaisons ne sont pas réalisées toutes choses égales par ailleurs, il est possible que ces différences soient, du moins en partie, le reflet des disparités entre milieux sociaux. Mais cette hypothèse ne peut être vérifiée à partir des données Baromètre santé jeunes Pays de la Loire disponibles, en raison de la faiblesse des effectifs concernés.

6.2 Habitudes et apports alimentaires

Depuis la seconde moitié du 20^e siècle, en France comme dans l'ensemble des pays industrialisés, les habitudes alimentaires ont connu des modifications plus importantes qu'au cours des siècles précédents.

Tout d'abord, les populations ont spontanément réduit leurs apports énergétiques en réaction à la diminution des dépenses énergétiques musculaires ou thermorégulatrices, liées aux transformations du mode de vie. Par ailleurs, l'amélioration des conditions économiques et l'industrialisation de l'alimentation ont favorisé, par l'intermédiaire d'une baisse relative des prix, l'accès de la population à des aliments diversifiés sur le plan nutritionnel.

Ces évolutions se sont avérées bénéfiques pour la santé sur certains points et néfastes sur d'autres. Ainsi, l'alimentation des Français est incontestablement plus variée, plus diversifiée, plus accessible à l'ensemble des groupes sociaux, et les grands problèmes de carence sévère ont disparu. Mais elle est devenue trop riche en lipides, trop pauvre en fibres et en glucides complexes... et les apports énergétiques globalement trop importants par rapport aux besoins des individus [1, 33].

Les transformations des modes de consommations alimentaires constituent une autre caractéristique de ces dernières décennies. Les rythmes traditionnels ont eu tendance à se déstructurer (grignotage, « saut » de repas, diminution du nombre de plats). Ces facteurs sont susceptibles d'influencer la nature et la quantité des éléments consommés, en ne garantissant pas la couverture de certains besoins et/ou en favorisant certains excès (encadrés 6.7 et 6.8). Par ailleurs, la restauration hors foyer (cantine, restaurant collectif, restaurant...) a connu un essor important, modifiant le contexte des repas, sans toutefois avoir obligatoirement un effet négatif sur les apports alimentaires.

De multiples travaux de recherche ont par ailleurs mis en évidence le rôle protecteur ou au contraire délétère d'apports alimentaires insuffisamment équilibrés. Or une alimentation suivant quelques recommandations de base réduit le risque d'apparition de certaines maladies chroniques. Ainsi, une consommation suffisante en fruits et légumes, en aliments riches en glucides complexes ou en fibres, ainsi qu'une limitation de la consommation de certains aliments comme les acides gras saturés ou les glucides complexes, a un effet protecteur vis-à-vis de certaines maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, certains cancers, le diabète de type 2 ou encore l'ostéoporose [33].

Ces constats sont à la base des objectifs nutritionnels du PNNS et des repères de consommation diffusés depuis les années 2000 auprès du grand public pour favoriser des choix alimentaires favorables à la santé.

Equilibre nutritionnel : une situation plus défavorable chez les jeunes ?

Il n'existe pas de données représentatives concernant les apports énergétiques et l'équilibre alimentaire des habitants des Pays de la Loire, mais l'Etude nationale nutrition santé de 2006 apporte des éléments d'informations au niveau national. Selon cette enquête, la majorité des personnes de 15-29 ans ont des apports alimentaires insuffisamment équilibrés, et le constat est particulièrement défavorable chez les filles. Cette situation n'est pas spécifique aux jeunes adultes mais ces derniers sont plus souvent concernés que les générations plus âgées (encadré 6.8).

Encadré 6.7

Prises alimentaires : une organisation moins favorable chez les jeunes

Les consommations alimentaires sont encore aujourd'hui très fortement structurées autour des trois principaux repas traditionnels. Selon l'enquête Baromètre santé nutrition de 2002, 90 % des 12-75 ans déclarent avoir pris la veille de l'enquête un petit déjeuner, un déjeuner et un dîner. Quant au grignotage, il concernerait 9 % de la population. Chez les jeunes adultes de 18-29 ans, l'organisation de ces prises alimentaires apparaît moins favorable : 82 % d'entre eux disent avoir pris trois repas la veille et 11 % sont concernés par le grignotage.

Baromètre santé nutrition 2002. Sous la direction de P. Guilbert, H. Perrin-Escalon. Ed. Inpes, 2004, 259 p. (Coll. Baromètres)

Encadré 6.8

Apports alimentaires des 15-29 ans en France en 2006

Des repères alimentaires du PNNS insuffisamment atteints

Si l'on considère la contribution des différents groupes d'aliments, la majorité des jeunes ne respectent pas les repères de consommation fixés par le Plan national nutrition santé (PNNS) :

- 77 % des 15-29 ans ne mangent pas suffisamment de fruits et de légumes, au regard du repère qui fixe à 5 le nombre minimum de portions quotidiennes. Pour la moitié des jeunes, la consommation est même très éloignée de ce seuil (inférieure à 3,5),
- 64 % des 15-29 ans ont une alimentation trop riche en lipides,
- 55 % des 15-29 ans ne consomment pas suffisamment de produits laitiers (moins de trois par jour),
- 51 % des 15-29 ans ne mangent pas suffisamment de féculents, avec une consommation inférieure à trois portions par jour,
- 45 % des 15-29 ans ont une alimentation trop riche en produits sucrés,
- 35 % des 15-29 ans ne mangent pas assez de « viandes, poissons, ou œufs » (moins de 1 ou 2 portions quotidiennes) ^[1].

Une situation plus critique chez les jeunes adultes, ... surtout chez les femmes

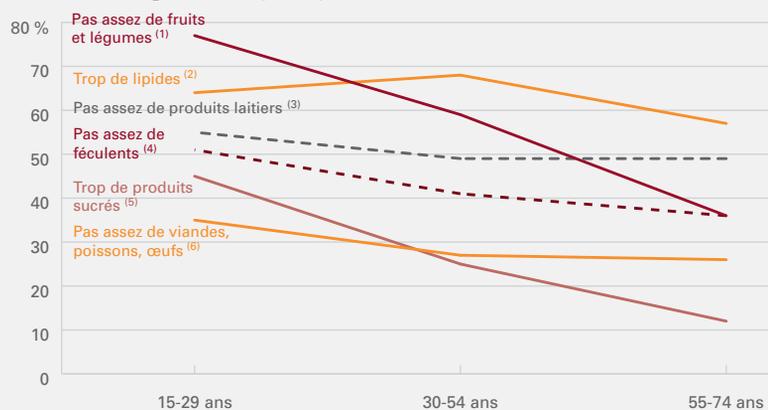
Le non-respect des repères de consommation du PNNS n'est pas spécifique aux 15-29 ans, mais ces derniers sont toutefois plus souvent concernés que les générations plus âgées. Les écarts sont particulièrement importants pour les fruits et légumes et les produits sucrés. Il reste difficile de savoir si ces constats résultent d'un effet âge ou d'un effet génération.

Au regard de ces repères, les femmes de 15-29 ans sont plus nombreuses que les hommes à ne pas manger suffisamment de féculents (70 % *vs* 31 %), de « viandes, poissons, œufs » (47 % *vs* 22 %), et dans une moindre mesure de produits laitiers (62 % *vs* 48 %). Pour les fruits et légumes et pour les produits sucrés, on n'observe pas de différence entre les deux sexes (cf. figures ci-après) ^[1].

Une évolution favorable de la consommation de fruits et légumes et de produits sucrés ces dernières années

Les enquêtes réalisées depuis la fin des années 90 au plan national permettent d'analyser l'évolution des consommations alimentaires chez les jeunes. Ces dernières années la consommation de fruits et légumes, et plus particulièrement de fruits (frais ou transformés) a augmenté chez les 15-29 ans. Celle de produits sucrés a également connu une évolution favorable, avec une baisse de la consommation « du sucre et de ses dérivés », « des viennoiseries et biscuits sucrés ». Ces évolutions, qui font suite à une période de stabilité dans les années 90 pour le premier groupe d'aliments et de hausse pour le deuxième, peuvent être rapprochées des actions du PNNS ^[2]. Pour les produits laitiers et les féculents, la consommation est restée stable depuis le début de la décennie ^[3]. Enfin, une détérioration de la situation est observée pour la consommation de « viandes, poissons et œufs », en baisse pour les 15-29 ans comme pour l'ensemble de la population. Cette tendance poursuit celle constatée dans les années 90 ^[1, 2, 4-7].

Proportion de personnes ne respectant* pas les repères de consommation du PNNS selon la catégorie d'aliments et l'âge France métropolitaine (2006)

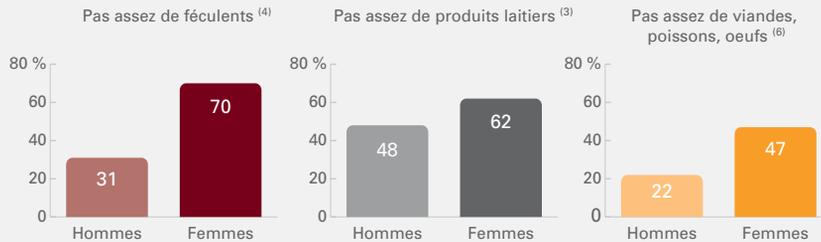


Source : ENNS 2006 (InVS, Université Paris 13, Cnam), exploitation ORS Pays de la Loire

* les consommations supérieures aux repères du PNNS pour les produits laitiers, les féculents, et la catégorie « viandes, poissons, œufs » ne sont pas présentées.

Proportion de jeunes de 15-29 ans ayant une consommation insuffisante de certaines catégories d'aliments selon le sexe**

France métropolitaine (2006)



Source : ENNS 2006 (InVS, Université Paris 13, Cnam), exploitation ORS Pays de la Loire

** seules les différences notables entre les hommes et les femmes sont présentées.

- (1) consommation de fruits et légumes inférieure à 5 portions par jour
- (2) apports en lipides totaux supérieurs (ou égaux) à 35 % des apports énergétiques sans alcool (AESA)
- (3) consommation de produits laitiers inférieure à 3 par jour
- (4) consommation de féculents (pain, céréales, légumes secs, pommes de terre) inférieure à 3 portions par jour
- (5) apports en produits sucrés supérieurs (ou égaux) à 12,5 % des apports énergétiques sans alcool (AESA)
- (6) consommation de viandes, poissons, oeufs inférieure à 1 portion par jour

- [1] Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats. Colloque du PNNS, 12 décembre 2007. InVS, Cnam, Université Paris 13, 2007, 74 p.
- [2] Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires INCA. Coordonné par J.L. Volatier, Crédoc, Afssa, Ministère de l'agriculture et de la pêche. Ed. Tec & Doc, 2000, 158 p.
- [3] Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions. HCSP. Ed. ENSP, 2000, 275 p. (Coll. Avis et Rapports)
- [4] Consommation alimentaire des Français : les premiers résultats de l'enquête INCA. Afssa. *A-Propos*, n° 19, décembre 2007, pp. 2-4
- [5] Consommation alimentaire des Français. Les premiers résultats d'une enquête d'intérêt général INCA 2 2006-2007. Afssa, 2007, 14 p.
- [6] Résultats de l'étude INCA 2 : évolution des consommations alimentaires depuis INCA 1. Colloque PNNS la situation nutritionnelle en France en 2007, 12 décembre 2007. C. Dubuisson, S. Lioret. Afssa, DERNS, PASER, Observatoire des consommations alimentaires, 2007, 35 diapositives
- [7] Baromètre santé nutrition 2002. Sous la direction de P. Guilbert, H. Perrin-Escalon. Ed. Inpes, 2004, 259 p. (Coll. Baromètres)

6.3 Activités physiques et sportives, occupations sédentaires

La modernisation de la société dans la seconde moitié du 20^e siècle a réduit les opportunités de pratiquer une activité physique dans la vie quotidienne : utilisation de moyens de transports motorisés, diminution au travail de tâches manuelles demandant un effort physique, développement des appareils électroménagers... Parallèlement, la pratique sportive a connu un fort développement au cours des dernières décennies [34, 35]. Enfin, les loisirs sédentaires tels que la télévision, les jeux vidéo, l'utilisation d'« internet » se sont fortement développés.

A tous les âges de la vie, l'activité physique et sportive constitue un déterminant majeur de l'état de santé des individus et des populations. Même d'intensité modérée, sa pratique régulière diminue la mortalité, augmente la qualité de vie et prévient les principales pathologies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète, ostéoporose et maladies ostéo-articulaires). Elle contribue au maintien du poids corporel et est associée à une amélioration de la santé mentale, en réduisant l'anxiété et la dépression.

Chez les jeunes, l'activité physique et sportive a des effets positifs sur le développement physique et psychologique ainsi que sur la vie sociale et relationnelle. Les liens entre pratique sportive et bien-être psychologique sont notamment bien établis. Enfin, l'activité physique et sportive s'inscrit dans un continuum tout au long de la vie, et la pratique juvénile prépare et favorise celle de l'adulte.

La pratique sportive comporte aussi des risques, essentiellement de nature traumatique (atteinte des ligaments, muscles et tendons, fractures...). Ces traumatismes sont le plus souvent peu graves, mais ils peuvent parfois être à l'origine de séquelles qui vont avoir un retentissement prolongé (cf. chapitre 5). S'y ajoutent, pour certains jeunes qui ont une pratique particulièrement intensive notamment dans le cadre du sport de haut niveau, des effets éventuels sur la croissance et sur l'équilibre psychique [2, 5, 34-37].

Les jeux vidéo, les réseaux, et plus globalement les activités sur écran occupent aujourd'hui une place essentielle dans la vie des jeunes. Les effets positifs et négatifs de ces occupations sédentaires sur la santé font encore l'objet de controverses. Mais lorsqu'elles sont trop investies, il est certain que ces activités jouent un rôle non négligeable dans le manque d'activité physique. Elles peuvent également être à l'origine de conduites addictives (cf. chapitre 4).

L'augmentation de l'activité physique notamment dans les activités de la vie quotidienne constitue l'un des objectifs du PNNS. La recommandation de « *pratiquer au moins l'équivalent de trente minutes de marche rapide par jour* » est ainsi diffusée depuis le début des années 2000 auprès du grand public. Celle-ci reprend sous une formulation simplifiée celle des experts qui consiste à recommander à « *tout adulte de pratiquer au moins trente minutes d'activité*

physique modérée au moins cinq jours par semaine (...) en plus du niveau minimum d'activité physique correspondant à la réalisation de tâches de la vie quotidienne » [19]. Chez les jeunes, les consensus internationaux préconisent même actuellement une activité physique plus importante [38].

Encadré 6.9

Définitions de l'activité physique et de l'activité sportive

L'activité physique se définit comme « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une augmentation substantielle de la dépense d'énergie au-dessus de la dépense énergétique de repos* ». Elle peut résulter des activités de la vie courante (transport, ménage...), des activités professionnelles ou des activités de loisirs, dont le sport ^[1, 2].

L'activité sportive est une activité physique codifiée et organisée. Elle comprend des activités compétitives et non compétitives ^[3].

[1] Physical activity and health : a report of the surgeon general. US department of health and human services, 1996, 300 p.

[2] Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques. J.M Oppert, C. Simon, D. Rivière, C.Y. Guezennec, Société française de nutrition, Société française de médecine du sport, Ministère de la santé et des solidarités, 2005, 55 p. (Les Synthèses du Programme National Nutrition Santé)

[3] Activités physiques et santé. P. Laure. Ed. Ellipses, 2007, 319 p.

6.3.1 La pratique sportive

La pratique sportive peut s'exercer dans différents contextes : compétition sportive de masse organisée par les clubs, pratique de haut niveau qui relève désormais de clubs plus ou moins professionnels, activité sportive exercée à titre individuel en dehors de tout cadre organisé. A ces composantes, vient s'ajouter, pour les jeunes, le sport scolaire pratiqué sur une base volontaire dans les établissements de l'enseignement secondaire. Les heures obligatoires d'éducation physique et sportive, dont la finalité est d'abord éducative, ne sont donc pas prises en compte dans l'observation de la pratique sportive présentée dans cette étude [2].

Un peu plus de la moitié des 15-25 ans pratiquent un sport

- Selon le Baromètre santé, 57 % des Ligériens de 15-25 ans ont pratiqué un sport au cours des sept jours précédant l'enquête en 2005, en dehors des enseignements scolaires obligatoires, que ce soit en club (ou associations sportives scolaires) ou « *seul ou avec des amis* » :
 - 34 % déclarent avoir fait du sport en club, dont 20 % pendant plus de deux heures,
 - 40 % en ont fait « *seul ou avec des amis* », dont 18 % pendant plus de deux heures.

Ces résultats sont cohérents avec les données recueillies dans d'autres enquêtes et notamment Escapad 2005⁴.

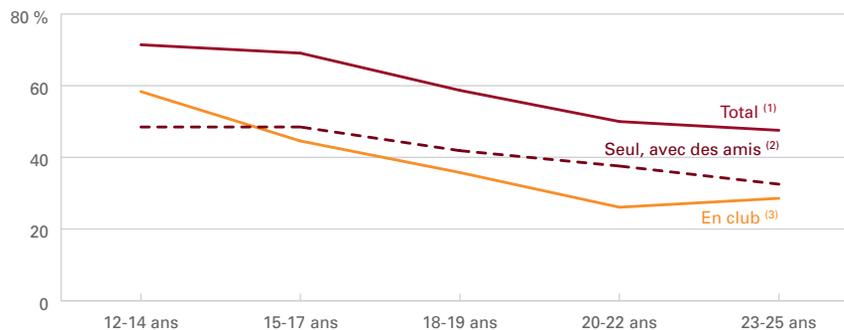
Il est toutefois possible que la prévalence de la pratique sportive à titre individuel soit sous-estimée. En effet, lorsqu'elle n'est pas pratiquée dans un cadre organisé, une activité sportive peut ne pas être perçue comme telle par le pratiquant. L'enquête sur les pratiques sportives des jeunes réalisée en 2001 par le Ministère chargé des sports montre ainsi que la pratique du roller « avec des copains » est identifiée comme une activité sportive par moins de 40 % des 12-17 ans alors que 9 sur 10 considèrent que courir ou faire du jogging constitue une activité sportive [39, 40].

■ A partir de 18 ans, la fréquence de la pratique sportive, diminue sensiblement (69 % chez les 15-17 ans, 52 % chez les 18-25 ans), que le sport soit pratiqué en club ou à titre individuel (*seul ou avec des amis*) (figure 6.1).

Figure 6.1

Pratique d'un sport au cours des 7 derniers jours selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) en dehors des enseignements obligatoires à l'école (cours d'éducation physique et sportive)

(2) en dehors d'un cadre organisé (club, école, université, travail)

(3) en club ou associations sportives scolaires (UNSS...)

Une pratique du sport plus importante chez les jeunes que chez leurs aînés...

Malgré la baisse sensible de la pratique sportive après 18 ans, celle-ci reste globalement plus fréquente chez les jeunes adultes que chez leurs aînés. Ainsi, selon l'enquête Baromètre santé nationale 2005, la proportion de personnes qui déclarent avoir fait du sport la semaine qui précède l'enquête passe de 55 % chez les 18-25 ans à 44 % chez les 26-39 ans puis à 39 % chez les plus de 40 ans (encadré 6.12) [20].

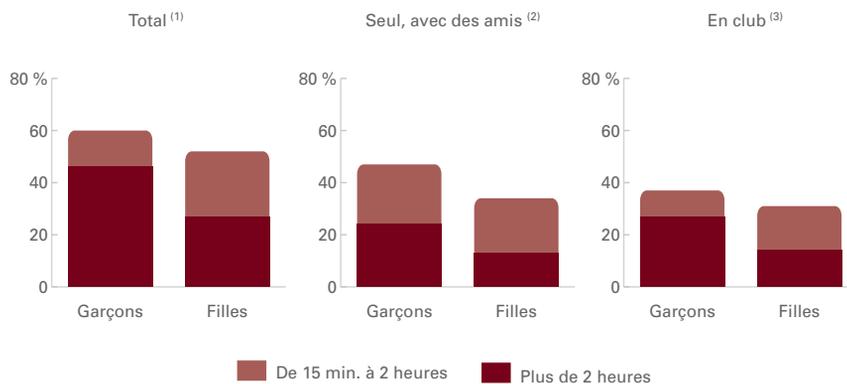
4 - cf. éléments de méthode p. 292 et 294.

... et chez les garçons que chez les filles

Globalement, la pratique sportive est légèrement plus fréquente chez les garçons de 15-25 ans des Pays de la Loire que chez les filles (60 % vs 53 %). Ce résultat global recouvre une nette différence entre les deux sexes pour la pratique « seul ou avec des amis » (47 % vs 34 %), alors que l'écart est beaucoup moins marqué pour la pratique en club (36 % vs 31 %) (figure 6.2).

Par ailleurs, les garçons consacrent plus de temps à ces activités : 46 % d'entre eux ont fait plus de deux heures de sport dans la semaine contre 27 % des filles [9]. Cette situation peut s'expliquer pour partie par la nature même des sports pratiqués, différente chez les garçons et chez les filles. Les premiers sont en effet plus enclins à choisir des sports collectifs, qui occasionnent un nombre d'heures d'entraînement et de compétition plus élevé (encadré 6.11).

Figure 6.2
Proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant avoir pratiqué un sport ⁽¹⁾
au cours des 7 derniers jours selon le sexe
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) en dehors des enseignements obligatoires à l'école (cours d'éducation physique et sportive)

(2) en dehors d'un cadre organisé (club, école, université, travail)

(3) en club ou associations sportives scolaires (UNSS...)

Plus de sport en club dans la région

■ De façon globale, la proportion de jeunes des Pays de la Loire qui pratiquent un sport en 2005 est proche de la moyenne française. Ce résultat est confirmé par l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad.

Mais les conditions de cette pratique semblent différentes, avec une pratique en club plus développée dans la région. En effet, 41 % des Ligériens de 15-25 ans déclarent pratiquer habituellement un sport en club vs 35 % en France [9, 39].

■ Ce constat peut être rapproché de celui concernant les licenciés en clubs ou associations sportives. En effet, tous âges confondus, le taux de licenciés est plus élevé dans les Pays de la Loire qu'au plan national. On ne dispose pas de données sur les licenciés par âge spécifiques à la région. Mais dans la mesure où au niveau national la grande majorité des licences sportives sont délivrées à des personnes âgées de moins de 20 ans, on peut faire l'hypothèse que le taux de licenciés chez les jeunes est également plus élevé dans la région (encadré 6.10) [41, 42].

Encadré 6.10

Les licenciés sportifs en Pays de la Loire

En 2005, plus de 900 000 licences sportives ont été délivrées par des fédérations agréées dans les Pays de la Loire. Le taux de licenciés tous âges confondus et tous sports confondus s'élève ainsi à 2 652 pour 10 000 habitants dans la région (*vs* 2 347 en France métropolitaine). Ce taux a progressé de 2,5 % entre 2000 et 2005 (+ 4,1 % en France).

Dans les Pays de la Loire, les fédérations unisport qui délivrent le plus de licences sont le football (475 *vs* 340 en France) et le basket-ball (166 *vs* 72). Ces deux fédérations ont connu une baisse du taux de licenciés entre 2000 et 2005 (- 3 % et - 6 %) [1].

La grande majorité des licenciés sportifs sont des jeunes. En effet, au niveau national, plus de la moitié des licences sportives ont été délivrées à des jeunes de 19 ans et moins en 2006 [2].

[1] Les licences sportives de 2000 à 2006. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, août 2008 [page internet]
http://www.jeunesse-sports.gouv.fr/accueil_5/statistiques_203/chiffres-cles_218/chiffres-cles_824.html

[2] Les licences et les clubs des fédérations sportives agréées en 2006. S. Bouffin. *Stat-Info*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, n° 07-05, décembre 2007, 4 p.

Une tendance à la hausse de la pratique sportive « individuelle »

Les Ligériens de 15-25 ans sont plus nombreux en 2005 qu'en 2000 à déclarer pratiquer un sport, évolution qui s'observe également au plan national. Cette hausse est liée à l'augmentation de la pratique à titre individuel, déclarée par 40 % des 15-25 ans en 2005 contre 29 % en 2000 (figure 6.3).

A l'inverse, le sport en club voit sa fréquence diminuer lorsqu'il est pratiqué pendant plus de deux heures par semaine, alors que celle-ci reste stable lorsque la durée est moindre. La tendance à la baisse de la pratique du football et du basket-ball en club, dont témoigne l'évolution des taux de licenciés (tous âges confondus) sur cette période, pourrait constituer l'une des raisons de cette évolution (encadré 6.10) [8, 9, 41].

Figure 6.3
Evolution entre 2000 et 2005 de la pratique sportive
chez les jeunes de 15-25 ans
Pays de la Loire (2000, 2005)

	2000	2005
Proportion de jeunes déclarant avoir fait du sport, au cours des 7 derniers jours		
Total ⁽¹⁾		
Ensemble	51 %	56 % *
Plus de 2 heures	36 %	36 %
En club ⁽²⁾		
Ensemble	37 %	33 %
Plus de 2 heures	24 %	20 % *
Seul ou avec des amis ⁽³⁾		
Ensemble	29 %	40 % *
Plus de 2 heures	16 %	18 %

Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2000 et 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

* différence entre 2000 et 2005 statistiquement significative au seuil de 5 %

Les proportions présentées sont standardisées selon l'âge et le sexe.

(1) en dehors des enseignements obligatoires à l'école (cours d'éducation physique et sportive)

(2) en club ou associations sportives scolaires (UNSS...)

(3) en dehors d'un cadre organisé (club, école, université, travail)

Encadré 6.11

Quels sports chez les 12-17 ans ?

Selon une enquête menée en novembre 2001 par le Ministère chargé des sports auprès de jeunes de 12-17 ans, les deux tiers des jeunes de cet âge pratiquent un sport en dehors des cours d'éducation physique et sportive, et la moitié pratiquent un sport en club.

La natation (ou la baignade) et le vélo sont les sports les plus répandus, pratiqués chacun par près de 40 % des jeunes. Les sports collectifs occupent également une place importante dans la pratique sportive des jeunes, notamment le football (32 % des jeunes déclarent pratiquer ce sport) et le basket-ball (18 %).

Les garçons se distinguent par une pratique sportive un peu plus fréquente que celle des filles (77 % vs 60 %), mais surtout par la place plus importante qu'ils accordent aux sports collectifs, en particulier au football (50 % vs 13 %), basket-ball (22 % vs 14 %).

Part des jeunes de 12-17 ans déclarant pratiquer une activité sportive France (2001)

	Jeunes déclarant pratiquer cette activité	Nombre de filles pour 100 jeunes sportifs dans cette discipline
Natation, baignade	39 %	45
Vélo	38 %	39
Football	32 %	20
Marche, balade	24 %	54
Tennis de table	19 %	30
Footing, jogging	19 %	44
Basket-ball	18 %	38
Badminton, squash	17 %	42
Tennis	16 %	33
Sports boules	15 %	32
Roller, skate	15 %	41
Danse	12 %	76
Sports de neige	12 %	36
Gymnastique	10 %	68
Sports de glace	10 %	44
Pêche	10 %	24
Handball	9 %	26
Volley-ball	9 %	37
Judo et autres arts martiaux	8 %	37
Aviron, canoë	7 %	42
Athlétisme (non compris footing)	7 %	45
Escalade montagne	7 %	35
Autres sports collectifs	6 %	38
Rugby	6 %	10
Equitation	5 %	71
Sports mécaniques	5 %	10

Source : Enquête Ministère de la jeunesse et des sports (novembre 2001)

Lecture : 39 % des jeunes de 12 à 17 ans pratiquent la natation. Parmi eux, 45 % sont des filles.

- Le sport chez les jeunes de 12 à 17 ans. A. Moreau, A. Pichault, G. Truchot.

Stat-Info Sports, Ministère des sports, n° 02-04, octobre 2002, 4 p.

- Les adolescents et le sport. Enquête 2001. Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Institut national du sport et de l'éducation physique, 2004, 200 p.

6.3.2 L'activité physique

L'étude de l'activité physique des jeunes ne peut se réduire à celle des activités sportives, les activités de la vie quotidienne étant également source d'activité physique. C'est le cas des déplacements par exemple, le temps de marche quotidien pouvant être suffisamment long pour constituer une réelle activité physique, avec un impact positif sur la santé. S'y ajoute, pour les jeunes qui travaillent, l'activité physique liée à la vie professionnelle.

D'un point de vue global, la mesure de l'activité physique reste particulièrement complexe, même si ces dernières années, différents outils ont été développés à cette fin, comme le questionnaire International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) [43].

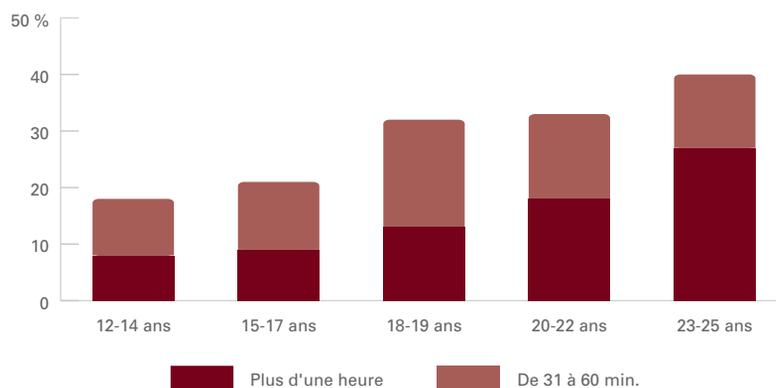
La marche : une pratique qui devient plus fréquente après 18 ans

Selon le Baromètre santé, 31 % des Ligériens de 15-25 ans déclarent avoir marché plus d'une demi-heure⁵ la veille de l'enquête. Parmi eux, la moitié a marché pendant plus d'une heure.

Contrairement à celle du sport, la pratique de la marche devient plus fréquente après 18 ans (35 % des 18-25 ans déclarent avoir marché plus de trente minutes la veille de l'enquête *vs* 21 % des 15-17 ans) (figure 6.4).

Les données nationales de l'enquête Baromètre santé montrent que cette tendance à l'augmentation du temps quotidien de marche se poursuit pour les générations plus âgées (encadré 6.12) [9, 20].

Figure 6.4
Jeunes déclarant avoir marché pendant plus de 30 minutes⁽¹⁾
la veille de l'enquête selon l'âge
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) dont au moins dix minutes d'affilée

5 - Le temps de marche au cours d'une même journée a été comptabilisé à partir du moment où les personnes déclaraient avoir marché plus de dix minutes d'affilée.

Une situation moins favorable chez les jeunes de la région ?

La proportion des jeunes des Pays de la Loire qui marchent régulièrement est inférieure à la moyenne française (31 % des Ligériens de 15-25 ans déclarent avoir marché plus de trente minutes la veille de l'enquête *vs* 40 % en France). Ce constat pouvant résulter d'habitudes spécifiques aux jeunes de la région Ile-de-France, la situation des Pays de la Loire a également été comparée à celle de l'ensemble des autres régions hors Ile-de-France. Cette comparaison conforte la spécificité de la situation régionale avec une proportion inférieure de jeunes ligériens déclarant marcher régulièrement (31 % *vs* 37 %). Cependant, ce résultat doit être considéré avec précaution dans la mesure où les contextes de passation des questions relatives à la marche étaient différents dans les Baromètres santé jeunes national et régional [9, 20].

Encadré 6.12

Activités physiques : des habitudes différentes chez les jeunes et leurs aînés

Pratique de la marche et du sport selon l'âge

France métropolitaine (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

(1) dont au moins dix minutes d'affilée

Encadré 6.13**En France, les deux tiers des jeunes adultes pratiquent une activité physique à un niveau bénéfique pour la santé**

L'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* est un outil qui permet de mesurer l'activité physique globale des individus, et d'étudier ainsi la fréquence au sein de la population de la pratique d'une activité physique au moins équivalente au niveau modéré recommandé de façon consensuelle par les experts internationaux. Ce seuil consiste, pour tout adulte, à *pratiquer au moins trente minutes d'activité physique modérée au moins cinq jours par semaine (...) en plus du niveau minimum d'activité physique correspondant à la réalisation de tâches de la vie quotidienne***^[1].

En France, 67 % des 15-29 ans pratiquent une activité physique journalière au moins équivalente au niveau modéré recommandé. Un tiers des jeunes adultes ne pratiquent donc pas suffisamment d'activité physique en France.

Cette situation, relativement similaire pour les 15-29 ans et pour les générations plus âgées, est un peu plus favorable chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes (73 % *vs* 62 %). Ce résultat peut être directement rapproché du fait que les hommes consacrent chaque semaine plus de temps à la pratique d'un sport que les femmes^[2].

* l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) estime une dépense énergétique hebdomadaire en équivalents métaboliques. Cette mesure permet de classer les individus selon leur niveau d'activité physique.

** cette recommandation a été reprise dans le PNNS, sous une formulation simplifiée : « au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide chaque jour ».

[1] Activité physique : entre sport et sédentarité. H. Escalon, A. Vuillemin, M.L. Erpelding, J.M. Oppert. Dans *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, pp. 241-266 (Coll. Baromètres Santé)

[2] Étude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats. Colloque du PNNS, 12 décembre 2007. InVS, Cnam, Université Paris 13, 2007, 74 p.

6.3.3 Les occupations sédentaires

Au cours d'une journée, les occasions d'être sédentaire sont nombreuses, notamment chez les jeunes de 15-25 ans, en raison de la place qu'occupe le travail scolaire et universitaire dans cette classe d'âge. Les déplacements en véhicules motorisés, les occupations telles que la télévision, l'ordinateur, les jeux vidéo, la lecture, l'écoute de musique, les discussions téléphoniques et les repas pris assis... constituent d'autres sources de sédentarité.

La quantification de la sédentarité peut reposer sur la mesure du « temps assis global » mais également sur la mesure de la fréquence et de la durée de certaines occupations sédentaires telles que l'usage de la télévision, ou de l'ordinateur ou la pratique de la lecture.

Les jeunes : une population concernée par la sédentarité

Le temps que les personnes passent assises est une information recueillie depuis 2005 dans l'enquête Baromètre santé. En semaine, les Ligériens de 15-25 ans déclarent passer en moyenne six heures assis chaque jour. Cette durée est plus élevée chez les 15-17 ans que chez les 18-25 ans. Les données recueillies au plan national montrent que cette baisse avec l'âge se poursuit pour les générations plus âgées.

La situation est équivalente chez les jeunes des Pays de la Loire et en France [9].

Télévision, ordinateur et jeux vidéo, lecture : des occupations sédentaires qui concernent chaque jour la quasi-totalité des jeunes...

Le Baromètre santé jeunes régional 2005 permet d'apprécier le temps consacré à certaines occupations sédentaires telles que la télévision, l'ordinateur, les jeux vidéo, la lecture. Cette approche est réalisée sans distinction de lieu (à l'école ou au travail, chez soi) ni de motif (études, loisirs...).

- Les occupations sédentaires telles que la télévision, l'ordinateur, les jeux vidéo, la lecture font partie des habitudes de vie des jeunes de la région. En semaine, 92 % des Ligériens de 15-25 ans passent du temps chaque jour devant un écran⁶ (de télévision ou d'ordinateur⁷) et 67 % lisent quotidiennement. Ces proportions sont peu différentes entre les 15-17 ans et les 18-25 ans (figure 6.5).

Les données régionales de l'enquête Escapad 2005 apportent un éclairage complémentaire : 60 % des Ligériens de 17 ans déclarent avoir surfé sur internet (hors jeux en réseaux) la semaine qui précède l'enquête et 48 % avoir joué à des jeux vidéo [9, 39].

- Pour un certain nombre de jeunes, le temps passé devant un écran est important : en semaine, 46 % des 15-25 ans déclarent y passer plus de deux heures chaque jour et 28 % plus de trois heures. Si de façon globale, les 15-17 ans sont aussi nombreux que les 18-25 ans à avoir passé du temps devant

6 - Chez eux, sur leur lieu d'études ou de travail.

7 - Y compris console de jeux.

un écran, ils y consacrent moins de temps. 40 % des 15-17 ans déclarent y passer plus de deux heures devant un écran et 20 % plus de trois heures alors que ces proportions sont respectivement de 48 % et 38 % pour les 18-25 ans (figure 6.5). Cette progression avec l'âge s'observe pour la télévision comme pour l'utilisation d'un ordinateur.

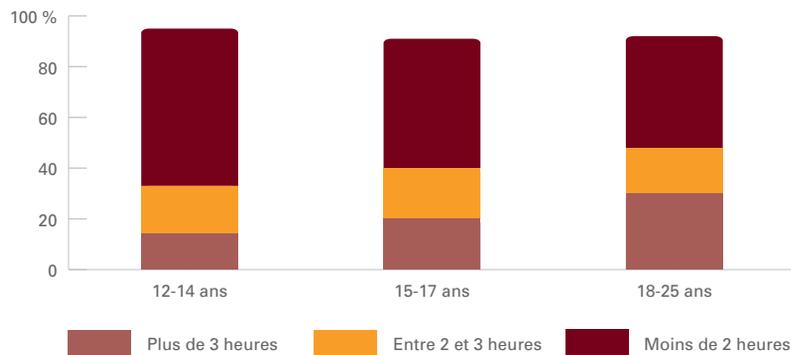
Malgré son niveau élevé, le temps passé devant un écran recueilli dans l'enquête Baromètre santé apparaît sous-estimé au regard des résultats de l'Etude nationale nutrition et santé 2006 [9, 11].

■ En ce qui concerne la lecture, 40 % des 15-25 ans déclarent y passer plus d'une demi-heure, et 24 % plus d'une heure chaque jour, en semaine. Ces proportions varient peu avec l'âge [9].

Figure 6.5

Proportion de jeunes déclarant passer du temps devant un écran ^(1,2) un jour de semaine ⁽³⁾ selon l'âge

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) télévision, ordinateur ou console de jeux

(2) chez eux, sur leur lieu d'études ou de travail

(3) du lundi au vendredi

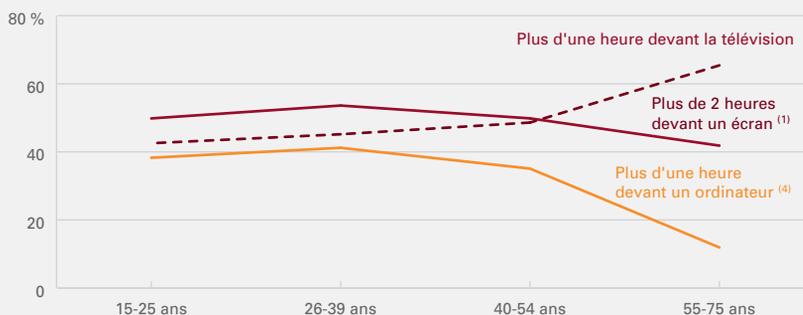
... comme les adultes d'âge moyen

■ Les jeunes sont souvent stigmatisés à propos du temps qu'ils passent devant un écran. Pourtant leurs habitudes dans ce domaine ne sont pas différentes de celles des adultes d'âge moyen. A défaut de données régionales, les données nationales de l'enquête Baromètre santé montrent en effet qu'en semaine, les proportions de personnes qui passent du temps chaque jour devant un écran et qui le font pendant plus de deux heures sont proches pour les 15-25 ans et pour les 26-54 ans (encadré 6.14).

■ Les proportions de personnes qui déclarent lire et y consacrer plus d'une demi-heure sont également similaires dans ces deux groupes d'âge [20].

Encadré 6.14
Occupations sédentaires : les habitudes des jeunes et de leurs aînés

Proportion de personnes déclarant passer du temps devant un écran ^(1,2) un jour de semaine ⁽³⁾, selon l'âge France métropolitaine (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

- (1) télévision, ordinateur ou console de jeux
- (2) chez eux, sur leur lieu d'études ou de travail
- (3) du lundi au vendredi
- (4) ou console de jeux

Les filles passent moins de temps devant un écran

■ Les filles sont aussi nombreuses que les garçons à regarder la télévision et à utiliser un ordinateur, mais elles y consacrent moins de temps : en semaine, 40 % des filles des Pays de la Loire de 15-25 ans déclarent passer chaque jour plus de deux heures devant un écran *vs* 53 % des garçons (figure 6.6).

Cette différence, confirmée par les données nationales des enquêtes Baromètres santé et ENNS, s'observe essentiellement pour l'utilisation de l'ordinateur (chaque jour, 27 % des filles l'utilisent pendant plus d'une heure *vs* 35 % des garçons). Elle peut s'expliquer par la nature même des activités pratiquées sur l'ordinateur. Ainsi, selon l'exploitation régionale des données de l'enquête Escapad réalisée en 2005, les filles de 17 ans des Pays de la Loire déclarent aussi fréquemment que les garçons avoir surfé sur internet dans la semaine qui précède l'enquête mais elles sont trois fois moins nombreuses à avoir joué à des jeux vidéo (24 % *vs* 71 %) [9, 11, 20, 39].

Ces résultats sont toutefois susceptibles d'évoluer très rapidement. Ainsi, depuis 2005, les discussions en réseau via internet ont connu un essor considérable notamment chez les filles.

■ En ce qui concerne la lecture, les filles sont un peu plus nombreuses que les garçons à déclarer lire quotidiennement, et à consacrer plus d'une demi-heure à cette activité en semaine (44 % *vs* 37 %) [9].

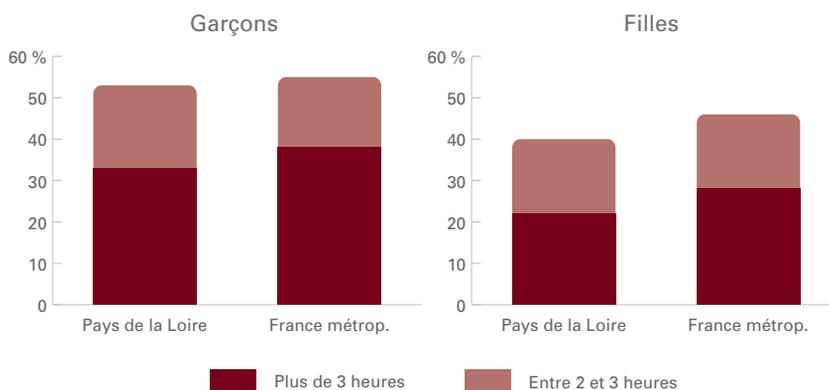
Une situation régionale un peu différente de la moyenne nationale

■ Les jeunes de la région sont aussi nombreux qu'au plan national à regarder la télévision ou utiliser un ordinateur chaque jour en semaine, et à y consacrer plus de deux heures. Mais si l'on considère les durées plus élevées, la situation régionale apparaît un peu plus favorable : 28 % des Ligériens de 15-25 ans déclarent passer plus de trois heures devant un écran *vs* 33 % en France (figure 6.6). Cette situation s'explique par une utilisation moins importante de l'ordinateur dans la région (31 % des Ligériens l'ont utilisé pendant plus d'une heure *vs* 38 % en France). Il n'apparaît pas de spécificité régionale pour la télévision.

■ Concernant la lecture, la situation régionale apparaît équivalente à celle observée en France, avec une proportion équivalente de jeunes qui déclarent lire pendant plus d'une demi-heure un jour de semaine [9].

Figure 6.6

Proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant passer du temps devant un écran ^(1,2) un jour de semaine ^(2,3), selon le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) télévision, ordinateur ou console de jeux

(2) chez eux, sur leur lieu d'études ou de travail

(3) du lundi au vendredi

Des occupations sédentaires qui évoluent rapidement

Le Baromètre santé jeunes régional montre un recul de l'usage de la télévision entre 2000 et 2005. Ainsi, la proportion de jeunes de 15-25 ans qui déclarent la regarder pendant plus de trois heures chaque jour, en semaine, a été divisée par deux entre 2000 (9 %) et 2005 (4 %) [8, 9].

En ce qui concerne l'ordinateur, les enquêtes nationales Baromètre santé nutrition 2002 et Baromètre santé 2005 montrent que, pour l'ensemble de

la population, son utilisation est de plus en plus présente dans les activités quotidiennes. Parmi les Français âgés de 15 à 74 ans, le taux d'utilisateurs est ainsi passé de 34 % en 2002 à 50 % en 2005. Il n'existe pas de données permettant d'étudier cette évolution chez les jeunes, ni dans la région ni au plan national [19].

6.3.4 Contextes sociaux et motivations

Les contextes sociaux (milieu socio-économique, environnement social et culturel, équipement des familles...) influencent la participation aux différents types d'activité physique, même si les écarts ont tendance à se réduire, ainsi que pour les occupations sédentaires [2, 44]. Ces données de la littérature se retrouvent pour les jeunes des Pays de la Loire à travers des résultats du Baromètre santé jeunes.

Plus de sport en club, de temps passé à utiliser un ordinateur et à lire dans les milieux favorisés

- Les jeunes ligériens de 12-17 ans vivant dans un foyer dont le chef de famille est cadre ou exerce une profession intellectuelle supérieure sont plus nombreux à déclarer faire habituellement du sport en club (73 % *vs* 58 % pour ceux dont le chef de famille est ouvrier, employé ou agriculteur).

- Ils consacrent également plus de temps à l'utilisation d'un ordinateur ou d'une console de jeux (la proportion de jeunes qui déclarent l'utiliser plus de deux heures chaque jour de semaine s'élève à 11 % pour les premiers *vs* 5 % pour les seconds).

De même, la proportion de jeunes qui déclarent lire plus de trente minutes est plus élevée dans les milieux favorisés (respectivement 48 % *vs* 33 %).

A l'inverse, ils sont moins nombreux à regarder longtemps la télévision (5 % *vs* 15 % déclarent la regarder pendant plus d'une heure).

En revanche, la pratique de la marche pendant plus d'une demi-heure n'apparaît pas différente selon le milieu social d'appartenance pour les 12-17 ans [6].

Des habitudes qui diffèrent dans les communes rurales et les communes urbaines

- Selon le Baromètre santé 2005, dans les Pays de la Loire comme en France, les jeunes des communes rurales sont moins nombreux à déclarer utiliser un ordinateur ou une console de jeux et à y avoir consacré un temps important. Ainsi, 11 % des Ligériens de 15-25 ans habitant une commune rurale déclarent y passer plus de deux heures par jour en semaine *vs* 20 % dans les communes urbaines. Des différences apparaissent également pour la lecture mais celles-ci restent minimes. Toutefois, dans la mesure où ces comparaisons ne sont pas réalisées toutes choses égales par ailleurs, il est possible que ces différences soient, du moins en partie, le reflet des disparités entre milieux sociaux. Enfin, pour la télévision, les habitudes des jeunes de la région sont similaires qu'ils habitent en zone urbaine ou zone rurale [9].

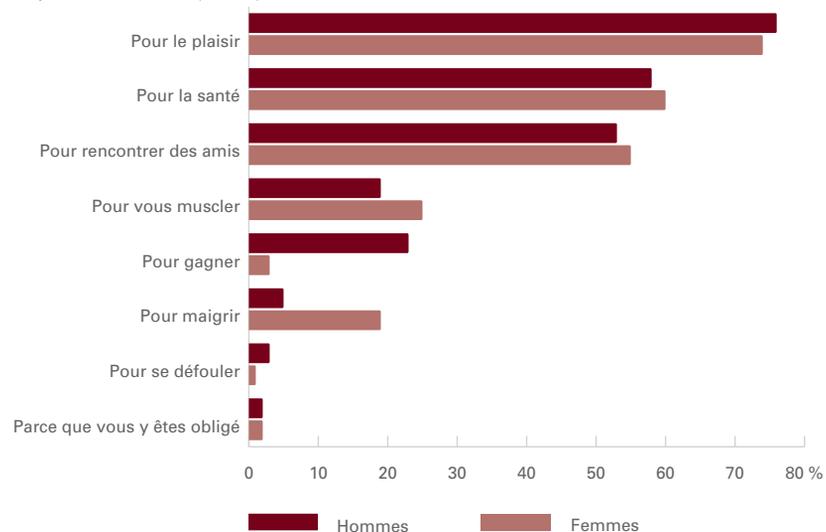
■ Concernant le sport, les résultats du Baromètre santé sont plus délicats à interpréter dans la mesure où la moindre pratique sportive en club observée en 2000 dans les communes rurales pour les 15-25 ans ne se retrouve pas en 2005. La prochaine enquête prévue en 2010 permettra de mener une analyse plus approfondie sur ce point.

Enfin, concernant la marche, la fréquence de sa pratique pendant plus d'une demi-heure est similaire dans les communes rurales et dans les communes urbaines pour les 15-25 ans [9].

Plaisir, forme physique et relations amicales motivent la pratique sportive des jeunes

Il existe de multiples motivations à la pratique sportive : santé, apparence physique, perte de poids, vie sociale, détente, réduction du stress, compétition, reconnaissance [2]. Ces données n'ont pas été recueillies dans les enquêtes récentes réalisées auprès des jeunes des Pays de la Loire, mais elles l'avaient été dans le précédent Baromètre santé jeunes régional réalisé en 2000. Selon cette enquête, le plaisir, la santé et les rencontres constituent les trois principales motivations de la pratique sportive des Ligériens de 15-25 ans. S'y ajoutent à un moindre niveau l'esprit de compétition, surtout pour les garçons, et le souci de l'apparence physique, plutôt pour les filles (figure 6.7) [8].

Figure 6.7
Principales motivations à la pratique d'une activité sportive chez les jeunes de 15-25 ans ⁽¹⁾
Pays de la Loire (2000)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2000, ORS Pays de la Loire, CFES

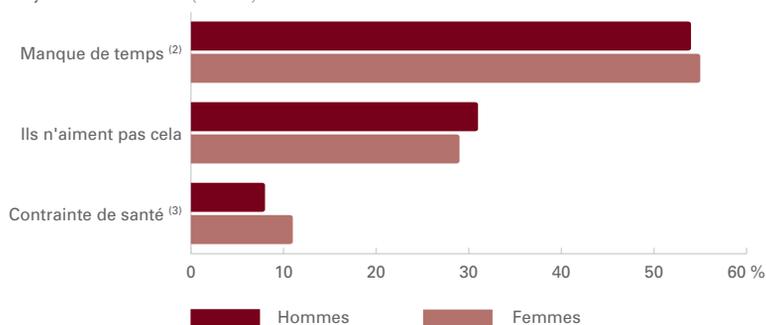
(1) parmi les jeunes ayant pratiqué un sport en club et/ou « seul ou avec des amis » au cours des sept derniers jours

L'absence de pratique sportive le plus souvent justifiée par le sentiment de manque de temps

■ Selon le Baromètre santé jeunes 2005, les Ligériens de 15-25 ans qui ne font pas de sport, en donnant comme principal motif le « *manque de temps* » (55 %). La part de ceux qui disent que c'est « *parce qu'ils n'aiment pas cela* » n'est pas négligeable, puisqu'elle atteint 30 %. Ces contraintes de santé sont citées par 10 % des 15-25 ans (figure 6.8). Enfin, les contraintes financières ne sont que rarement mentionnées [9].

Figure 6.8

Motifs de non-pratique sportive chez les jeunes de 15-25 ans selon le sexe ⁽¹⁾
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) les jeunes qui ont déclaré ne pas faire de sport au cours des sept derniers jours et ne pas en faire habituellement ont pu donner plusieurs motifs de non-pratique.

(2) ou contrainte professionnelle

(3) dont les blessures sportives

■ Le manque de temps disponible, mis en avant par certains jeunes comme un obstacle à la pratique sportive (comme d'ailleurs à toutes les activités de loisir) peut être mis en lien avec la moindre pratique sportive des jeunes des milieux les moins favorisés. En effet, différents travaux sociologiques réalisés dans ce domaine soulignent que les capacités à organiser le temps libre sont déterminantes de la mise en place de ces activités. Dans une analyse qui ne concerne pas spécifiquement les jeunes, P. Coulangeon constate ainsi que les disparités sociales de pratique d'activités physiques et culturelles sont liées à une « *inégalité capacité à planifier et à organiser de manière active l'espace du temps libre, capacité qui semble dépendre pour l'essentiel du revenu et des facteurs sociaux et culturels (...)* » [2, 45].

A ce propos, l'enquête Baromètre santé nationale montre que parmi les 25-40 ans, la part des personnes qui ne font pas de sport et qui expliquent cette non-pratique par le « *manque de temps* » est plus importante dans les milieux sociaux les moins favorisés [20].

Bibliographie

- [1] Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France. Enjeux et propositions. HCSP. Ed. ENSP, 2000, 275 p. (Coll. Avis et Rapports)
- [2] Activité physique. Contextes et effets sur la santé. Les éditions Inserm, 2008, 811 p. (Expertise Collective)
- [3] Programme national nutrition-santé PNNS 2001-2005. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001, 40 p.
- [4] Deuxième programme national nutrition-santé 2006-2010. Actions et mesures. Ministère de la santé et des solidarités, 2006, 51 p.
- [5] Retrouver sa liberté de mouvement. PNAPS. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive. J.F. Toussaint. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008, 295 p.
- [6] Activités physiques et sportives, activités sédentaires, poids et image du corps chez les jeunes de 12-25 ans. Baromètre santé Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, 2006, 16 p.
- [7] Activité physique, habitudes alimentaires, poids et image du corps chez les jeunes de 12 à 25 ans. Baromètre santé Pays de la Loire 2000. ORS Pays de la Loire, 2002, 12 p.
- [8] Enquête Baromètre santé jeunes 2000, ORS Pays de la Loire - CFES, exploitation ORS Pays de la Loire
- [9] Enquête Baromètre santé jeunes 2005, ORS Pays de la Loire - Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [10] Enquête Escapad 2002-2003, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire
- [11] Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats. Colloque du PNNS, 12 décembre 2007. InVS, Cnam, Université Paris 13, 2007, 74 p.
- [12] Baromètre santé nutrition 1996 adultes. Sous la direction de F. Baudier, M. Rotily, G. Le Bihan, M.P. Janvrin, C. Michaud. Ed. CFES, 1997, 179 p. (Coll. Baromètres)
- [13] Baromètre santé nutrition 2002. Sous la direction de P. Guilbert, H. Perrin-Escalon. Ed. Inpes, 2004, 259 p. (Coll. Baromètres)
- [14] Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité ObEpi Roche. Inserm, TNS Healthcare Sofres, Roche, 2006, 52 p.
- [15] Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires INCA. Coordonné par J.L. Volatier, Crédoc, Afssa, Ministère de l'agriculture et de la pêche. Ed. Tec & Doc, 2000, 158 p.

-
- [16] Consommation alimentaire des Français : les premiers résultats de l'enquête INCA. Afssa. *A-Propos*, n° 19, décembre 2007, pp. 2-4
- [17] Consommation alimentaire des Français. Les premiers résultats d'une enquête d'intérêt général INCA 2 2006-2007. Afssa, 2007, 14 p.
- [18] Résultats de l'étude INCA 2 : évolution des consommations alimentaires depuis INCA 1. Colloque PNNS la situation nutritionnelle en France en 2007, 12 décembre 2007. C. Dubuisson, S. Lioret. Afssa, DERNS, PASER, Observatoire des consommations alimentaires, 2007, 35 diapositives
- [19] Activité physique : entre sport et sédentarité. H. Escalon, A. Vuillemin, M.L. Erpelding, J.M. Oppert. Dans *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, pp. 241-266 (Coll. Baromètres Santé)
- [20] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [21] Obésité. Dépistage et prévention chez l'enfant. Les éditions Inserm, 2000, 325 p. (Expertise Collective)
- [22] Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Les éditions Inserm, 2006, 217 p. (Expertise Collective)
- [23] La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats. N. Guignon. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 573, mai 2007, 8 p.
- [24] Géographie d'une crise française : obésité, l'épidémie. G. Salem, S. Rican, M.L. Kürzinger. *La Recherche*, n° 330, avril 2000, pp. 30-36
- [25] La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats. N. Guignon. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 632, avril 2008, 11 p.
- [26] La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Drass Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 14, avril 2003, 4 p.
- [27] L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire. N. Guignon, X. Niel. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 250, juillet 2003, 12 p.
- [28] Géographie de la nutrition publique. Dans *Atlas de la santé en France. Volume 2. Comportements et maladies*. Sous la direction de G. Salem, S. Rican, M.L. Kürzinger. Ed. John Libbey Eurotext, 2006, pp. 83-128
- [29] Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans scolarisés en CE1 et CE2 en France, 2007. Journées de veille sanitaire 29 et 30 novembre 2007. B. Salanave, K. Castetbon, S. Péneau, M.F. Rolland-Cachera, S. Hercberg, 2007, 13 diapositives
- [30] Bases des centres d'examen de santé des Pays de la Loire 2005, CPAM Saint-Nazaire - CPAM La Roche-sur-Yon - IRSA (CES Angers, Cholet, Laval, Le Mans), exploitation ORS Pays de la Loire

- [31] Nutrition et comportements alimentaires. Baromètre santé jeunes Poitou-Charentes 2005. ORS Poitou-Charentes, 2007, 4 p.
- [32] Données des enquêtes de prévalence du surpoids et de l'obésité. Rencontre régionale Aquitaine 27 septembre 2007. S. Maurice Tison. ISPED Bordeaux 2, 2007, 20 p.
- [33] La santé en France 2002. HCSP. Ed. La Documentation française, 2002, 410 p.
- [34] Activités physiques et sportives et santé publique. P.H. Bréchat, P. Aeberhard, J. Lonsdorfer, R. Demeulemeester, F. Coquelet, G. Delerue. *ADSP. Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, n° 39, juin 2002, pp. 6-13
- [35] Santé et activités physiques et sportives. Dossier coordonné par A. Garnier, J. Ginet, M. Rieu. *ADSP. Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, n° 14, mars 1996, 40 p.
- [36] Physical activity and health : a report of the surgeon general. US department of health and human services, 1996, 300 p.
- [37] Médecine de l'adolescent. Sous la direction de P. Alvin, D. Marcelli. Ed. Masson, 2000, 309 p.
- [38] Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques. J.M. Oppert, C. Simon, D. Rivière, C.Y. Guezennec, Société française de nutrition, Société française de médecine du sport, Ministère de la santé et des solidarités, 2005, 55 p. (Les Synthèses du Programme National Nutrition Santé)
- [39] Enquête Escapad 2005, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire
- [40] Le sport chez les jeunes de 12 à 17 ans. A. Moreau, A. Pichault, G. Truchot. *Stat-Info Sports*, Ministère des sports, n° 02-04, octobre 2002, 4 p.
- [41] Les licences sportives de 2000 à 2006. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008 [page internet] http://www.jeunesse-sports.gouv.fr/accueil_5/statistiques_203/chiffres-cles_218/chiffres-cles_824.html (site visité le 30/01/2009)
- [42] Les licences et les clubs des fédérations sportives agréés en 2006. S. Bouffin. *Stat-Info*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, n° 07-05, décembre 2007, 4 p.
- [43] Activités physiques et santé. P. Laure. Ed. Ellipses, 2007, 319 p.
- [44] La pratique sportive des jeunes dépend avant tout de leur milieu socio-culturel. L. Muller. *Stat-Info Sports*, Ministère des sports, n° 03-07, novembre 2003, 4 p.
- [45] Temps libre et loisirs. Grandes tendances. P. Coulangéon. Dans *L'état de la France*. Ed. La Découverte, 2003, pp. 151-156

CHAPITRE 7

Comportements, risques et prévention liés à la sexualité

Marie-Christine Bournot, Marie-Sylvie Sander, Sandrine David,
Isabelle Gailhard-Rocher, Dr Anne Tallec

Introduction	234
7.1 Biographies sexuelles	235
7.2 Contraception et interruptions volontaires de grossesse	241
7.3 Infections sexuellement transmissibles	256
Bibliographie	265

Ce chapitre a bénéficié de la relecture du Dr Dominique Savary-Ulmer, gynécologue médicale, Nantes.

Les données concernant les interruptions volontaires de grossesse ont été mises à disposition par la Drees et le service statistique de la Drass des Pays de la Loire.

Les données de déclarations concernant les découvertes de séropositivité à l'infection par le VIH ont été transmises par l'InVS.

L'essentiel

C'est entre 15 et 19 ans que la plupart des jeunes ont leur premier rapport sexuel

Selon les données du Baromètre santé, l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,8 ans, très proche chez les hommes et les femmes. Entre 2000 et 2005 cette situation n'a pas connu d'évolution dans la région comme en France, et plus globalement cet âge a peu diminué au plan national depuis le milieu des années 70. Toutefois, certains jeunes ont leur première relation sexuelle à un âge précoce : 8 % des 23-25 ans déclarent avoir eu leur premier rapport avant 15 ans.

La majorité des jeunes ont des relations sexuelles avec des personnes du sexe opposé : 4 % des hommes et 2 % des femmes des 15-25 ans déclarent avoir eu des relations homo ou bisexuelles au cours des douze derniers mois.

La contraception orale : un usage désormais plus fréquent dans la région qu'au niveau national

En 2005, la grande majorité des jeunes femmes des Pays de la Loire a priori concernées utilisent une méthode de contraception. La pilule est la méthode privilégiée : 72 % des 15-17 ans et 90 % des 18-25 ans l'ont adoptée. Cet usage a augmenté chez les 15-25 ans de la région au cours des années récentes, passant de 76 % en 2000 à 86 % en 2005. Il est désormais plus fréquent en Pays de la Loire qu'au niveau national (81 %).

Le recours à la contraception d'urgence se développe mais ses conditions d'utilisation restent mal connues

En cas de rapports non protégés ou d'échecs de contraception, les jeunes femmes ont la possibilité de recourir à la contraception d'urgence. En 2005, 24 % des Ligériennes de 15-25 ans déclarent avoir déjà utilisé ce médicament au cours de leur vie, dont un tiers à plusieurs reprises. Cette proportion est moindre que celle observée au plan national (30 %), et cette différence pourrait résulter, au moins en partie, de l'usage plus répandu de la pilule chez les jeunes femmes des Pays de la Loire.

Les conditions d'utilisation de la contraception d'urgence et en particulier le délai maximal entre le rapport et la prise des comprimés restent encore assez mal connues. De plus, 12 % des utilisatrices de 15-25 ans déclarent avoir eu des rapports sexuels non protégés entre la prise d'une contraception d'urgence et la survenue de leurs règles.

Une augmentation du recours à l'interruption volontaire de grossesse ces dernières années chez les plus jeunes

Dans les Pays de la Loire, le taux de recours à l'IVG est pour les femmes de 15-24 ans, comme pour les plus âgées, nettement inférieur à la moyenne nationale. Mais ces dernières années ce recours a fortement augmenté chez les jeunes femmes de moins de 20 ans. Cet accroissement, également retrouvé au plan national, s'explique par la progression du nombre de conceptions mais également par une élévation de la propension à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue.

Les 15-25 ans : une population concernée par le risque d'infection sexuellement transmissible

C'est entre 15 et 25 ans que le multipartenariat sexuel est le plus fréquent : 26 % des jeunes de cette tranche d'âge déclarent avoir eu au moins deux partenaires, simultanément ou successivement, au cours des douze derniers mois. Cette classe d'âge est donc particulièrement à risque de contracter ou de transmettre une infection sexuellement transmissible.

L'utilisation du préservatif est une norme préventive aujourd'hui massivement adoptée par les jeunes générations lors de leur premier rapport sexuel : 86 % des Ligériens âgés entre 20 et 25 ans en 2005 disent l'avoir utilisé dans ce contexte. Il en est d'ailleurs de même pour la contraception : 90 % des femmes déclarent son usage lors de leur premier rapport sexuel.

Le dépistage de l'infection à VIH s'inscrit également dans une certaine mesure dans une démarche de prévention. En 2005, 15 % des 15-25 ans déclarent avoir effectué un test au cours des douze derniers mois. Ce recours est deux fois moins fréquent chez les hommes que chez les femmes. En outre, le recours au test au cours des douze derniers mois n'apparaît pas plus fréquent chez les hommes qui ont eu plusieurs partenaires sur cette période que chez ceux qui n'en ont eu qu'un seul, contrairement à ce qui est observé chez les femmes.

20 nouvelles découvertes de séropositivité au VIH chaque année chez les jeunes de la région

Il est difficile de connaître la prévalence réelle des infections sexuellement transmissibles car celles-ci passent souvent inaperçues et ne sont pas diagnostiquées ou ne le sont que tardivement. Par ailleurs, seuls les diagnostics de l'infection par le VIH/sida font l'objet d'un recensement obligatoire national. Ce système de surveillance a dénombré environ 20 nouvelles découvertes de séropositivité chez les 15-24 ans en moyenne chaque année sur la période 2003-2007.

Introduction

C'est bien avant l'adolescence qu'apparaissent les premiers sentiments amoureux et l'éveil de la sexualité. Mais c'est le plus souvent pendant cette période de la vie que se fait, plus ou moins précocement, le passage à une sexualité adulte. Ce chapitre, consacré à la vie sexuelle des jeunes des Pays de la Loire, est principalement axé sur les risques et les comportements préventifs des 15-25 ans en matière de grossesses non désirées et d'infections sexuellement transmissibles. Il n'aborde pas les dimensions affectives, sociales et culturelles, psychologiques de la vie sexuelle, bien qu'à cet âge de la vie comme à tout autre, elles jouent un rôle essentiel et sont susceptibles d'influencer de façon importante les comportements dans ce domaine, et plus largement la santé.

Trois parties constituent ce chapitre. La première s'intéresse aux comportements sexuels des jeunes ligériens, et notamment à l'âge des premiers rapports sexuels et au nombre de partenaires. Les pratiques contraceptives des jeunes femmes sont détaillées dans la seconde partie, avec une attention particulière à l'utilisation de la contraception d'urgence. Les données relatives au recours à l'Interruption volontaire de grossesse (IVG), conséquence éventuelle de l'absence ou d'un échec de contraception, y sont également présentées. La troisième partie, consacrée aux infections sexuellement transmissibles, décrit la prévalence de ces infections chez les jeunes ainsi que les comportements préventifs (usage du préservatif au cours du premier rapport, recours au dépistage de l'infection à VIH...).

Les données présentées concernant les comportements des jeunes dans le domaine de la sexualité et leurs pratiques préventives sont issues principalement de l'enquête Baromètre santé jeunes réalisée en 2000 et 2005 dans les Pays de la Loire [1-4]. Cette enquête en population générale n'apporte pas en revanche d'informations suffisamment précises concernant le nombre de personnes ayant eu recours à l'IVG et de personnes séropositives pour l'infection à VIH. Pour ces thèmes, les données régionales issues des systèmes d'information statistiques nationaux ont été privilégiées.

7.1 Biographies sexuelles

Au cours de la seconde moitié du 20^e siècle, l'univers des rencontres affectives et sexuelles s'est profondément transformé, en lien avec les évolutions de l'environnement. La généralisation de l'accès à l'enseignement secondaire et la mixité des établissements scolaires ont notamment amplifié les échanges entre les jeunes. Parallèlement, l'évolution des relations entre les adolescents et leurs parents offre aux jeunes d'aujourd'hui une plus grande autonomie pour les sorties. Et autour de la question de la sexualité, les relations entre les jeunes et les adultes semblent plus sereines [5].

Mais ni ces transformations, ni la diffusion des méthodes de contraception moderne et l'épidémie de sida, n'ont profondément modifié les comportements des jeunes au début de leur vie sexuelle. L'âge au premier rapport a en effet peu évolué depuis le milieu des années 70 (encadré 7.1). Par ailleurs, et contrairement à certaines idées reçues, les hommes ayant débuté leur vie sexuelle après l'apparition du sida déclarent un nombre de partenaires sexuels au cours de la vie moins élevé que ceux des générations précédentes [6, 7].

En revanche, ces différents facteurs ont contribué à modifier les conditions et plus généralement le contexte général de la sexualité au cours des dernières décennies.

7.1.1 L'entrée dans la vie sexuelle adulte

Pour la majorité des Ligériens, le premier rapport sexuel a lieu entre 15 et 19 ans

■ Selon l'enquête Baromètre santé jeunes¹ Pays de la Loire de 2005, la grande majorité des jeunes ont leur premier rapport sexuel entre 15 et 19 ans. La proportion de ceux qui déclarent *avoir déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie*² passe ainsi de 17 % à 15 ans à 75 % à 19 ans, puis s'élève à 90 % à 25 ans [1]. Globalement, pour la jeune génération ligérienne, l'âge médian au premier rapport³ est de 17,8 ans [2].

■ Toutefois pour un certain nombre de jeunes, les premières relations sexuelles sont très précoces : 4 % de la génération des Ligériens de 23-25 ans, déclarent avoir eu leur premier rapport à ou avant 13 ans, et 4 % à 14 ans.

1 - cf. éléments de méthode p. 292.

2 - Chez les 15-19 ans, jeunes ayant répondu « oui » aux deux questions suivantes « au cours de votre vie avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? » et « y-a-t-il eu pénétration ? » ; chez les 20-25 ans, jeunes ayant répondu « oui » à la question « au cours de votre vie avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? ».

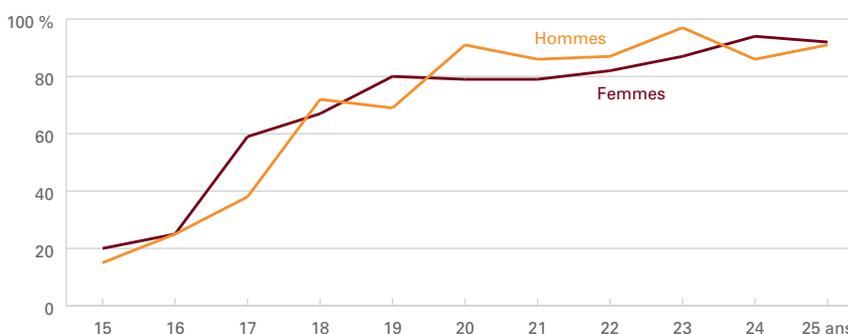
3 - Age médian au premier rapport : âge auquel la moitié d'une population a vécu cet évènement. Il est ici calculé à partir des réponses des jeunes de 23-25 ans, selon la méthode de calcul proposée par I. Robert-Bobée [8].

■ Les comportements des hommes ne sont pas en 2005 très différents de ceux des femmes (figure 7.1), et l'âge médian des hommes au premier rapport n'est inférieur que de quelques mois à celui des femmes. Pour les jeunes ligériens, il atteint 17,6 ans pour les hommes et 18,0 ans pour les femmes. Cet écart entre les deux sexes était déjà constaté en 2000, et se retrouve au plan national, dans l'ensemble des enquêtes réalisées dans ce domaine [2, 4, 5, 9, 10].

Figure 7.1

Jeunes de plus de 15 ans déclarant avoir déjà eu des rapports sexuels au cours de leur vie selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

Un âge au premier rapport sexuel un peu plus élevé chez les hommes de la région ?

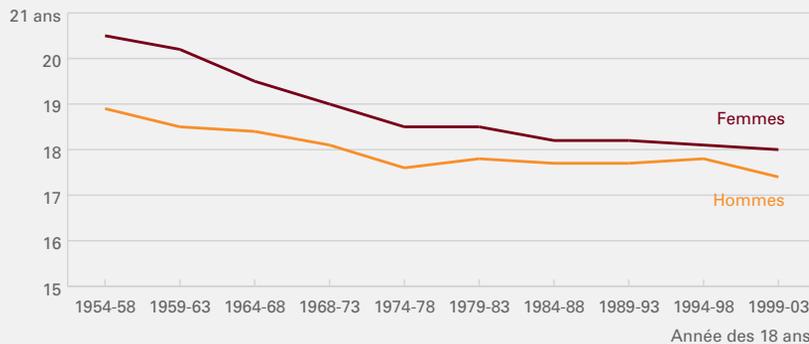
■ Dans les Pays de la Loire comme en France, la majorité des jeunes ligériens ont leur première relation sexuelle entre 15 et 19 ans, mais l'âge médian au premier rapport apparaît toutefois un peu plus tardif chez les hommes de la région. Pour la génération des jeunes hommes ligériens de 23-25 ans, il atteint 17,6 ans contre 17,3 ans en France. Aucune différence n'est retrouvée pour les jeunes femmes de cette classe d'âge. Cet écart observé entre la région et le niveau national pour les jeunes hommes en 2005 était déjà constaté en 2000 [2, 4].

■ Dans les Pays de la Loire, les données des enquêtes Baromètre santé ne montrent aucune évolution significative de l'âge au premier rapport entre 2000 et 2005, situation également retrouvée au plan national dans la même enquête Baromètre santé [2, 4, 9]. Toutefois, ce résultat doit être considéré avec prudence, dans la mesure où l'enquête « Contexte de la sexualité en France, 2006 » (CSF-2006) rapporte une tendance à la baisse de l'âge au premier rapport sexuel chez les hommes au cours des années récentes (encadré 7.1) [5]. Cette divergence peut s'expliquer au moins en partie par des différences de méthodologie de recueil des données.

Encadré 7.1

Contexte du premier rapport sexuel en France**Un âge au premier rapport qui évolue peu depuis le milieu des années 70**

L'âge médian au premier rapport sexuel a fortement diminué au cours des années 60, c'est-à-dire avant la diffusion des méthodes médicales de contraception (légalisées en France en 1967), et cette baisse s'est prolongée jusqu'au milieu des années 70. Cet abaissement a été plus massif chez les femmes, rapprochant ainsi au fil des générations les âges féminins et masculins. Depuis, la situation est restée relativement stable chez les hommes. Chez les femmes, la tendance au rajeunissement s'est poursuivie jusqu'au milieu des années 80, pour laisser place ensuite à une période de stabilité. Une nouvelle tendance à la baisse chez les hommes semble s'observer pour les plus jeunes générations, mais celle-ci reste à confirmer.

Age médian au premier rapport sexuel selon le sexe et la génération France

Source : Enquête « Contexte de la sexualité en France » 2006 (Inserm, Ined, ANRS)

Un premier rapport sexuel le plus souvent avec un partenaire du même âge, au domicile des parents

En 2006, 78 % des hommes et 46 % des femmes de 20-24 ans ont eu leur premier rapport sexuel avec un partenaire du même âge, et respectivement 6 % et 37 % avec un partenaire plus âgé de deux à quatre ans. Chez les 20-24 ans, ce premier rapport a eu lieu dans 61 % des cas au domicile des parents de l'un des deux partenaires. Viennent ensuite par ordre de fréquence le domicile personnel (14 %), un appartement prêté (7 %), une tente ou un hôtel (7 %).

Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. M. Bozon. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 117-147

Un âge au premier rapport qui varie selon le contexte scolaire et familial

- Au niveau national, les données récentes de la littérature concernant les jeunes générations soulignent l'existence de facteurs associés à l'âge au premier rapport sexuel (encadré 7.2) [5].

Encadré 7.2

Facteurs associés à l'âge au premier rapport sexuel

Facteurs associés à une plus grande précocité du premier rapport sexuel

- pas de diplôme,
- séparation des parents,
- contrôle parental souple concernant les sorties (chez les femmes),
- absence de pratique religieuse (chez les femmes).

Facteurs n'influençant pas l'âge au premier rapport

- catégorie sociale du père.

Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. M. Bozon.

Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 117-147

- Pour les jeunes des Pays de la Loire, l'enquête Baromètre santé 2005 retrouve des résultats cohérents avec ceux de la littérature. Ainsi, l'âge médian au premier rapport croît avec les niveaux de diplôme, et est plus précoce pour les jeunes qui sont scolarisés dans l'enseignement professionnel. En ce qui concerne les facteurs familiaux, l'enquête régionale retrouve un âge au premier rapport plus précoce pour les jeunes qui ont vécu avant d'avoir 18 ans le divorce ou la séparation de leurs parents. Enfin, en dehors de ces facteurs sociaux et familiaux, l'enquête régionale montre que l'âge médian au premier rapport ne diffère pas selon le caractère urbain ou rural de la commune de résidence.

7.1.2 Les partenaires

Outre son intérêt sociologique et démographique, l'étude du nombre de partenaires est importante sur le plan épidémiologique, parce que le risque de contracter ou de transmettre une infection sexuellement transmissible augmente avec le nombre de partenaires et plus encore avec le nombre de partenaires par unité de temps [7]. Néanmoins, il convient de préciser que le nombre de partenaires n'est pas un facteur de risque en lui-même, mais un indicateur de risque. En effet, la prise de risque peut être moins importante chez un « multipartenaire » qui protège chaque rapport sexuel que chez un « monopartenaire » qui a des rapports non protégés [9].

L'enquête Baromètre santé a introduit en 2005 une question relative à la diversité des partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. Elle permet d'étudier également la part de la population qui a des rapports sexuels avec une personne du même sexe.

Les deux tiers des jeunes de 15-25 ans n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel au cours des douze derniers mois

Parmi les Ligériens de 15-25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, 9 % déclarent n'avoir eu aucun rapport au cours des douze derniers mois et 91 % en avoir eu, le plus souvent avec un seul partenaire (65 %).

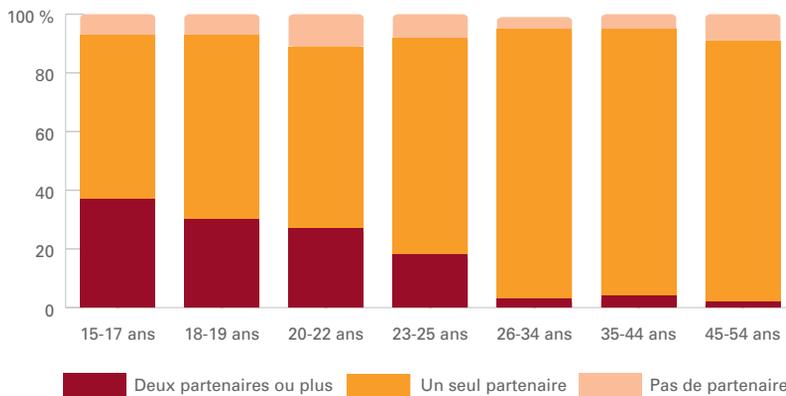
Le multipartenariat récent⁴ est déclaré par 26 % des jeunes. Parmi ces derniers, la moitié disent avoir eu deux partenaires et l'autre moitié trois ou plus au cours des douze derniers mois. Les plus jeunes rapportent plus fréquemment des situations de multipartenariat récent (32 % des 15-19 ans vs 23 % des 20-25 ans) [2].

Multipartenariat ou absence de partenaire : des situations qui concernent plus fréquemment les jeunes

■ Dans les Pays de la Loire comme en France, les situations de multipartenariat récent sont plus fréquentes chez les jeunes de 15-25 ans que pour les générations plus âgées (26 % pour les 15-25 ans contre 4 % pour les 26-44 ans). L'absence de partenaire sexuel au cours des douze derniers mois est également plus fréquemment déclarée par les 15-25 ans que par les 26-44 ans (respectivement 9 % et 5 %) [2, 10]. Cette stabilisation de la vie sexuelle au-delà de 25 ans est pour une grande partie liée à l'installation dans une vie de couple (figure 7.2) [7].

Figure 7.2

Nombre de partenaires déclaré au cours des 12 derniers mois selon l'âge⁽¹⁾
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

(1) parmi les personnes ayant déjà eu un rapport sexuel

4 - Multipartenariat récent : avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des douze derniers mois, simultanément ou successivement.

- Les hommes de 15-25 ans déclarent plus fréquemment que les femmes des situations de multipartenariat (30 % vs 22 %) ou l'absence de partenaire (12 % vs 6 %) au cours des douze derniers mois. Ces différences entre les deux sexes se retrouvent chez les 15-19 ans et les 20-25 ans (figure 7.3) [2].

Figure 7.3

Nombre de partenaires déclaré par les jeunes au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe ⁽¹⁾

Pays de la Loire (2005)

	15-19 ans		20-25 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Pas de partenaire	12 %	4 %	12 %	7 %
Un seul partenaire	56 %	67 %	61 %	75 %
Deux partenaires ou plus	37 %	29 %	27 %	18 %

Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) parmi les jeunes ayant déjà eu un rapport sexuel

- La fréquence des situations de multipartenariat récentes chez les jeunes est similaire dans la région et en France. Une situation analogue est également retrouvée en ce qui concerne l'absence de partenaire sexuel au cours des douze derniers mois [2, 10].

- Le nombre de partenaires au cours des douze derniers mois chez les jeunes, ayant été recueilli pour la première fois en 2005 dans le Baromètre santé jeunes, il n'est pas possible de suivre l'évolution de cet indicateur. Mais les enquêtes nationales ACSF-1992 et CSF-2006 ne mettent en évidence aucune évolution significative du nombre annuel moyen de partenaires chez les 18-24 ans au cours des quinze dernières années [7].

L'homo ou la bisexualité concernent 4 % des hommes et 2 % des femmes de 15-25 ans

- La grande majorité des jeunes ligériens de 15-25 ans ont eu des relations sexuelles uniquement avec des personnes de sexe opposé au cours des douze derniers mois.

L'homo ou la bisexualité concernent 4 % des hommes et 2 % des femmes de cet âge. Parmi les jeunes ayant eu des relations homosexuelles au cours de l'année, la moitié a déclaré avoir eu des rapports exclusivement avec des partenaires du même sexe, l'autre moitié avec des personnes des deux sexes [1].

- La fréquence de l'homo et de la bisexualité déclarée dans les Pays de la Loire est proche de la moyenne nationale [2].

- L'enquête Baromètre santé ne permet pas d'étudier l'évolution de l'homo et de la bisexualité entre 2000 et 2005, dans la mesure où cette information a été recueillie pour la première fois en 2005. Mais les enquêtes nationales ACSF-1992 et CSF-2006 montrent une évolution importante des déclarations au cours des quinze dernières années, particulièrement chez les jeunes femmes.

La proportion de personnes âgées de 18-24 ans déclarant des pratiques sexuelles avec une personne de même sexe au cours de la vie est ainsi passée de 1,1 % en 1992 à 5,7 % en 2006 chez les femmes, et de 2,4 % à 3,8 % chez les hommes [11].

7.2 Contraception et interruptions volontaires de grossesse

Au cours des trois décennies qui ont suivi la légalisation de la contraception (loi Neuwirth, 1967), la fréquence de l'utilisation des méthodes de contraception et la médicalisation de ces dernières n'ont cessé de croître [12]. Le taux d'utilisation des méthodes médicales de contraception est ainsi devenu en France l'un des plus élevés du monde. Ces dernières années ont également connu des évolutions, avec la commercialisation de la contraception d'urgence et la diversification des formes de contraception hormonale (patch, implants) [13].

Malgré cette diffusion massive des méthodes contraceptives médicales, théoriquement très efficaces, les grossesses non prévues se maintiennent à un niveau relativement important, représentant au début des années 2000 environ un tiers des grossesses, en lien principalement avec des échecs de contraception. Le nombre d'Interruptions volontaires de grossesse (IVG) n'a d'ailleurs pas diminué depuis leur légalisation en 1975 par la loi Veil [14].

Les femmes âgées de 15 à 24 ans sont concernées par la contraception au même titre que celles des générations plus âgées. Elles le sont plus encore actuellement qu'auparavant, si l'on considère l'allongement de la durée qui sépare le premier rapport sexuel de la première maternité.

Enfin pour les jeunes femmes mineures, l'accès à la contraception et à l'IVG reste plus difficile, même s'il a été facilité par les lois du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence et celle du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à l'IVG (encadrés 7.8 et 7.9).

Les données concernant la contraception chez les jeunes présentées ci-après sont issues de l'enquête Baromètre santé et concernent uniquement les femmes. En effet, lors de cette enquête, les questions relatives à la contraception ont été posées à la fois aux femmes et hommes de 15-25 ans. Mais les réponses des hommes étant assez différentes de celles des femmes, ces dernières ont été considérées comme plus proches de la réalité que des données calculées sur une moyenne hommes-femmes.

7.2.1 Pratiques contraceptives

La contraception au premier rapport : une utilisation quasi systématique

- Pour les jeunes générations, évoquer la question de contraception avec son partenaire lors du premier rapport sexuel est un comportement qui, même s'il n'est pas généralisé, est devenu fréquent. Il n'existe pas de données propres à la région des Pays de la Loire à ce sujet, mais l'étude CSF réalisée en 2006 au niveau national indique que 70 % des jeunes femmes de 18-19 ans déclarent *avoir parlé de contraception avec leur partenaire avant le premier rapport*. La différence observée avec le résultat concernant les hommes (49 %) suggère que ces derniers se sentent nettement moins concernés par ce problème [5].
- Par ailleurs, dans les Pays de la Loire, comme en France (encadré 7.4), la grande majorité des jeunes femmes ont utilisé un moyen de contraception lors de leur premier rapport. Selon l'enquête Baromètre santé jeunes 2005, 94 % des Ligériennes de 15-19 ans et 90 % des 20-25 ans déclarent *avoir utilisé un moyen pour éviter de tomber enceinte lors du premier rapport sexuel* [2].

Encadré 7.3

L'école : première source d'information sur la contraception

Selon l'enquête sur la sexualité en France de 2006, l'école est aujourd'hui chez les jeunes femmes de 18-24 ans la première source d'information sur la contraception. A la question « *dans la liste suivante, comment ou par qui vous êtes-vous procuré vos toutes premières informations sur les moyens d'éviter d'avoir des enfants ?* », 86 % d'entre elles citent l'école*, 70 % la télévision ou la radio, 67 % leur mère et 60 % les magazines. Viennent ensuite le médecin (45 %) et les copines (39 %). Le « *planning familial*** », les copains, le père et les partenaires sont moins souvent cités [1].

Le rôle de l'école dans ce domaine a été renforcé par la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, qui a inscrit dans le code de l'Éducation l'obligation de dispenser « *une information et une éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène* ». Cette information, inséparable de l'enseignement sur la biologie humaine, intègre une réflexion sur les dimensions de la sexualité (affective, culturelle...) et doit aider les jeunes à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale [2].

* les jeunes femmes interrogées ont pu donner plusieurs réponses possibles

** modalité ainsi proposée dans l'enquête

[1] Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. M. Bozon. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 117-147

[2] <http://www.education.gouv.fr/cid1107/education-a-la-sexualite.html>

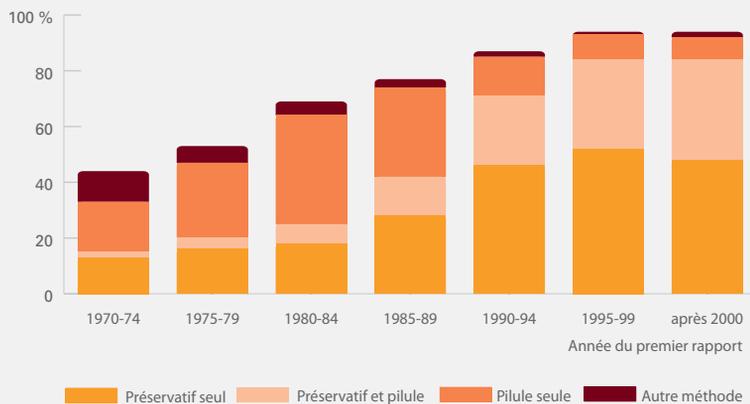
Encadré 7.4

Evolution de l'utilisation de la pilule et du préservatif lors du premier rapport sexuel en France

Selon les résultats de l'enquête CSF menée en 2006, 93 % des jeunes femmes qui ont eu leur premier rapport sexuel après l'année 2000 ont utilisé un moyen de contraception : 48 % ont utilisé le préservatif, comme seul moyen de contraception, et 43 % la pilule (associée ou non au préservatif). La fréquence d'utilisation d'un moyen de contraception a fortement augmenté au cours des dernières décennies. Ce comportement ne concernait ainsi que la moitié des jeunes femmes dans les années 70. Cette augmentation est directement à rapprocher de la croissance régulière du recours au préservatif, qui témoigne de l'efficacité des campagnes de prévention de l'infection à VIH. L'utilisation du préservatif est ainsi passée de 27 % au début des années 80 à 86 % à partir des années 2000.

Evolution de l'utilisation du préservatif et de la pilule lors du premier rapport sexuel chez les femmes selon l'année de ce rapport

France



Source : Enquête « Contexte de la sexualité en France » 2006 (Inserm, Ined, ANRS)

De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles. N. Beltzer, N. Bajos. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 437-460

Les méthodes de contraception : 90 % des femmes de 18-25 ans utilisent la pilule contraceptive

L'enquête Baromètre santé apporte des informations sur l'utilisation d'une contraception par les femmes au moment de l'enquête et sur les méthodes adoptées. Les fréquences d'utilisation des moyens de contraception, présentées ci-après, sont calculées parmi les femmes a priori concernées par la contraception⁵.

■ Selon l'enquête Baromètre santé 2005, en cohérence avec les déclarations concernant la contraception lors du premier rapport sexuel, la grande majorité des femmes de 15-25 ans⁵, déclarent *faire actuellement quelque chose pour éviter une grossesse quand elles ont des rapports sexuels*, dans les Pays de la Loire (97 %) comme en France [1].

■ La pilule est la méthode de contraception la plus utilisée par les jeunes femmes : elle concerne 72 % des Ligériennes de 15-17 ans, et environ 90 % de celles âgées de 18-19 ans ou de 20-25 ans⁶.

L'utilisation du préservatif masculin comme principal moyen contraceptif concerne 17 % des 15-17 ans, 9 % des 18-19 ans et 6 % des 20-25 ans.

L'utilisation d'autres moyens de contraception que la pilule et/ou le préservatif masculin ainsi que l'absence de contraception restent très marginales chez les jeunes ligériennes de 15-25 ans a priori concernées par la contraception. Moins de 4 % déclarent être dans ce cas (figure 7.4) [2].

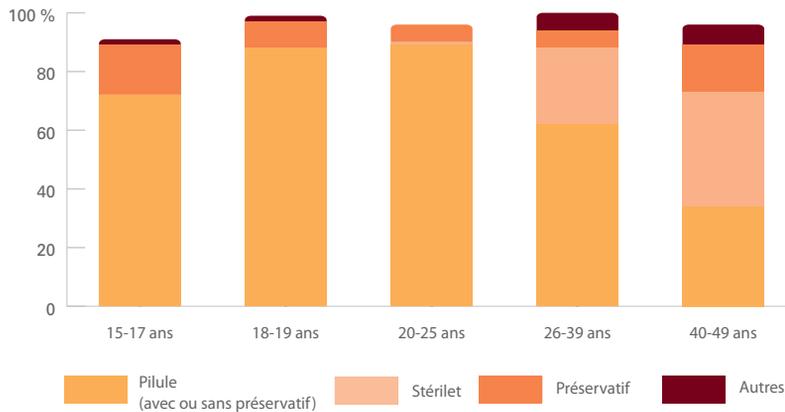
■ La proportion de femmes⁵ qui déclarent *faire actuellement quelque chose pour éviter une grossesse quand elles ont des rapports sexuels* chez les 15-25 ans est proche de celles observées pour les générations plus âgées, dans les Pays de la Loire comme en France.

En revanche, les stratégies contraceptives adoptées par les femmes diffèrent selon le groupe d'âge. Les 15-25 ans utilisent plus fréquemment la pilule contraceptive que leurs aînées, tandis que ces dernières recourent à des méthodes contraceptives plus variées. Parmi les Ligériennes âgées de 26 à 49 ans, 49 % déclarent utiliser la pilule, 31 % le stérilet et 11 % le préservatif⁶ (figure 7.4) [2, 10].

5 - Femmes a priori concernées par la contraception : femmes ayant eu un rapport sexuel au cours des douze derniers mois et n'ayant pas déclaré au cours de l'entretien téléphonique « attendre ou chercher à avoir un enfant », « être seule au moment de l'enquête », « avoir des rapports exclusivement homosexuels », « avoir elles-mêmes ou leurs partenaires un problème de stérilité ».

6 - Dans l'enquête Baromètre santé, les femmes concernées ont pu citer plusieurs méthodes de contraception. Le classement a été défini selon un ordre basé sur l'efficacité théorique de la méthode : pilule, stérilet, préservatif, autres.

Figure 7.4
Principale méthode de contraception utilisée selon l'âge ⁽¹⁾
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

(1) parmi les femmes a priori concernées par la contraception

Une utilisation qui a augmenté dans la région au cours des années récentes et est devenue supérieure à la moyenne nationale

- Dans la région, la proportion de jeunes femmes utilisatrices de la pilule contraceptive a augmenté entre 2000 et 2005. Parmi les jeunes femmes de 15-25 ans, a priori concernées par la contraception, elle est en effet passée de 76 % en 2000 à 86 % en 2005. Elle devient ainsi plus élevée qu'en France (81 %). Cette évolution a concerné les 15-17 ans comme les 18-25 ans [1, 2].
- Au plan national, cette augmentation de l'utilisation de la pilule entre 2000 et 2005 chez les jeunes femmes n'a pas été observée [8]. Cette période de relative stabilité fait suite à deux décennies d'évolution de l'utilisation de la pilule et du préservatif par les jeunes femmes (encadré 7.6) [12].

Encadré 7.5

Les campagnes sur la contraception

La première campagne grand public consacrée exclusivement à la contraception a été lancée en France en 1982. Vingt ans plus tard, en 2000, une deuxième campagne a été mise en place, et deux nouvelles campagnes ont été menées au cours des années récentes. La première, en 2002, s'intitulait « *la contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place* ». La dernière, lancée en septembre 2007 sur le thème « *la meilleure méthode de contraception est celle que l'on choisit* », rappelle que pour être bien acceptée et suivie, la méthode contraceptive doit être adaptée à la situation de chaque femme.

Encadré 7.6

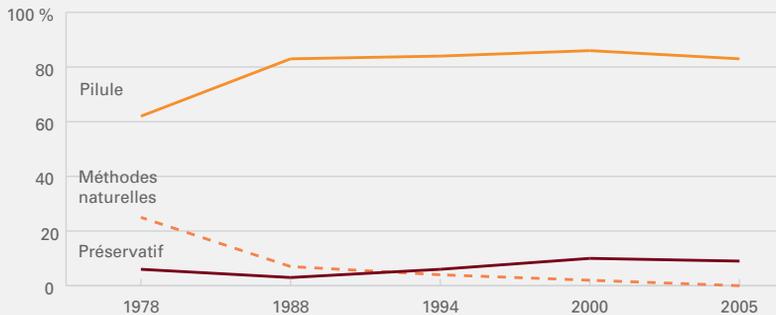
Evolution des moyens de contraception adoptés par les jeunes femmes en France entre 1978 et 2005

Chez les jeunes femmes de 20-24 ans, a priori concernées par la contraception, la proportion de celles qui utilisent la pilule comme principale méthode contraceptive a fortement augmenté au cours des années 80. L'usage du préservatif, comme principale méthode a, quant à lui, progressé au cours des années 90, témoignant de l'impact des campagnes de prévention du sida. Le recours à des méthodes naturelles (abstinence périodique, retrait) a connu par contre une diminution importante lors des années 80 pour se maintenir ensuite à un niveau faible ^[1].

Depuis 2000, la fréquence d'utilisation de ces différentes méthodes contraceptives semble s'être stabilisée chez les jeunes femmes ^[2].

Evolution de la méthode contraceptive* utilisée par les femmes de 20-24 ans**

France



Sources : Enquête mondiale de fécondité, 1978, Ined ; enquête Régulation des naissances, 1988 (Toulemon et Leridon, 1991) ; enquête sur les situations familiales et l'emploi, 1994 (Guibert-Lantoine et Leridon, 1998) ; enquêtes Baromètre santé 2000 et 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

* méthode principale de contraception (classement selon l'efficacité de la méthode : pilule, préservatif, méthodes naturelles ; le stérilet et les autres méthodes étant peu utilisés, ils ne sont pas présentés sur ce graphique)

** parmi les jeunes femmes a priori concernées par la contraception

[1] Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000. C. Rossier, H. Leridon, Equipe COCON. *Population*, Ined, vol. 59, n° 3-4, mai-août 2004, pp. 449-478

[2] Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. C. Morea, N. Lydié, J. Warszawski, N. Bajos. Dans *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, pp. 328-353

Des pratiques qui varient avec le niveau de diplôme

■ Au niveau national, les données récentes de la littérature concernant les jeunes générations montrent l'existence d'un lien statistique entre le niveau de diplôme et les pratiques contraceptives des jeunes femmes (encadré 7.7) [5, 9].

Encadré 7.7

Influence du niveau de diplôme sur les pratiques contraceptives

- Au premier rapport, l'utilisation d'une contraception (quelle que soit la méthode) est moins fréquente pour les jeunes femmes non diplômées [1].
- Globalement l'utilisation de la pilule est un peu plus fréquente parmi les jeunes femmes diplômées de l'enseignement supérieur [2].

[1] Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. M. Bozon. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 117-147

[2] Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. C. Morea, N. Lydié, J. Warszawski, N. Bajos. Dans *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, pp. 328-353

■ Pour les jeunes femmes des Pays de la Loire, l'enquête Baromètre santé retrouve une fréquence un peu plus élevée de l'utilisation de la pilule chez les jeunes femmes diplômées de l'enseignement supérieur. Mais les différences sont peu marquées, et en raison de la taille des effectifs concernés, elles ne sont pas statistiquement significatives.

L'enquête montre également que l'utilisation de la pilule ne diffère pas selon le caractère urbain ou rural de la commune de résidence [1, 2].

7.2.2 Recours à la contraception d'urgence

Près d'une jeune ligérienne de 15-25 ans sur quatre a déjà eu recours à la contraception d'urgence

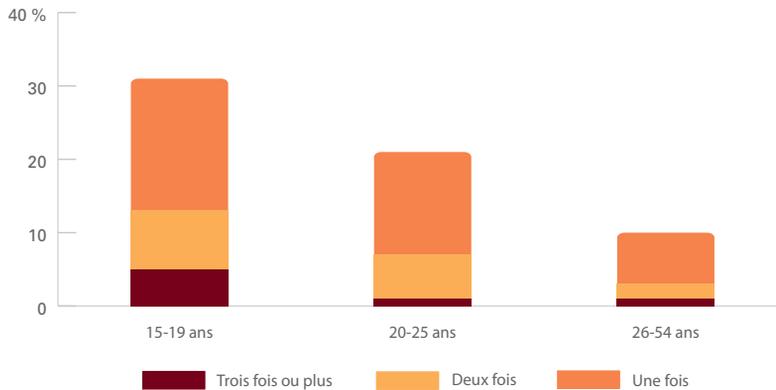
L'enquête Baromètre santé apporte des éléments d'information sur l'utilisation de la contraception d'urgence chez les jeunes femmes. Ces dernières ont été interrogées sur leur nombre de recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie.

■ Parmi les jeunes femmes de 15-25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, 24 % déclarent *avoir déjà pris la contraception d'urgence*. Parmi les utilisatrices de cette contraception, une sur trois y a eu recours à plusieurs reprises (soit 9 %).

La proportion de jeunes femmes ayant déjà utilisé la contraception d'urgence est plus élevée chez les 15-19 ans (30 %) que chez les 20-25 ans (21 %). Mais cette différence entre ces deux générations doit être interprétée avec prudence dans la mesure où elle n'est pas retrouvée au plan national et qu'il est possible qu'elle soit liée à une diffusion plus récente de la contraception d'urgence dans la région (figure 7.5) [1].

■ Le recours à la contraception d'urgence est le fait des jeunes générations. Les femmes de 15-25 ans sont nettement plus nombreuses à avoir déjà utilisé la contraception d'urgence que leurs aînées (24 % des 15-25 ans *vs* 9 % des 25-54 ans) (figure 7.5) [1, 9].

Figure 7.5
Proportion de femmes ayant eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie selon l'âge (1)
Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre Santé 2005. Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
(1) parmi les femmes ayant déjà eu un rapport sexuel

■ Les Ligériennes de 15-25 ans déclarent moins fréquemment avoir déjà utilisé la contraception d'urgence que l'ensemble des Françaises de cette classe d'âge (23 % *vs* 30 % des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels). Cette situation, qui concerne uniquement les femmes de 20-25 ans et qui n'est pas retrouvée chez les plus jeunes d'entre elles, peut s'expliquer par une diffusion plus récente de la contraception d'urgence dans la région. Mais il est également possible qu'elle soit liée au recours plus important des Ligériennes à la pilule contraceptive [1].

■ La proportion de jeunes femmes de 15-25 ans qui déclarent avoir déjà utilisé la contraception d'urgence au cours de leur vie a presque doublé entre 2000 et 2005 dans les Pays de la Loire (14 % en 2000 *vs* 23 % en 2005). Une augmentation similaire est observée au plan national.

Les données recueillies par la Cnamts dans le cadre du dispositif de gratuité aux mineures de la contraception d'urgence confirment cette évolution. En Pays de la Loire, le nombre de boîtes de contraception d'urgence délivrées par les pharmaciens dans ce cadre a augmenté de 32 % entre 2002-2003 et 2003-2004 [15].

Un recours deux fois moins fréquent dans les communes rurales qu'en zone urbaine

Dans les Pays de la Loire, le recours à la contraception d'urgence au cours de la vie est moins fréquent dans les communes rurales que dans les communes urbaines (14 % *vs* 27 %, parmi les jeunes femmes de 15-25 ans) [1].

Un recours lié le plus souvent à un problème de contraception

Le recours à la contraception d'urgence a été motivé trois fois sur quatre par un problème lié à la contraception, préservatif ou pilule, et dans 15 % des cas par un rapport sans contraception (figure 7.6).

2 % des utilisatrices de 15-25 ans déclarent *avoir déjà été enceintes malgré la prise de la contraception d'urgence* [1].

Figure 7.6

Raisons du recours à la contraception d'urgence ⁽¹⁾

Proportion de femmes de 15-25 ans déclarant avoir eu recours à la contraception d'urgence, à la suite :	
D'un problème de préservatif	42 %
D'un problème de pilule	35 %
D'un rapport sans contraception	15 %
D'un problème lié à une méthode naturelle ⁽²⁾	7 %
Pour une autre raison	1 %

Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) raison concernant la dernière prise s'il y en a eu plusieurs

(2) retrait ou méthode du calendrier

Une méconnaissance des modalités d'utilisation de la contraception d'urgence

■ La possibilité d'acheter une contraception d'urgence sans ordonnance est bien identifiée par les femmes de 15-25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel : 94 % d'entre elles savent *qu'on n'a pas forcément besoin d'une ordonnance pour acheter la contraception d'urgence* (encadré 7.8).

■ En revanche, son délai maximal d'utilisation de soixante-douze heures est assez souvent mal connu, et le plus souvent sous-estimé. Parmi les femmes de 15-25 ans, ayant déjà eu un rapport sexuel, 16 % disent *ne pas savoir combien de temps après un rapport non protégé il faut prendre la contraception d'urgence*. 67 % sous-estiment le délai maximal d'utilisation, 15 % l'évaluent correctement et 2 % le surestiment.

Malgré un niveau d'information plus élevé, la situation est également défavorable chez les femmes qui ont déjà utilisé la contraception d'urgence : 39 % d'entre elles connaissent le délai maximal d'utilisation (8 % pour celles qui n'y ont pas eu recours).

- Par ailleurs, outre le délai maximal d'utilisation, les jeunes femmes qui se procurent la contraception d'urgence doivent être informées sur la nécessité d'utiliser une contraception locale jusqu'à la survenue de leurs règles. Or, dans les Pays de la Loire, 12 % des utilisatrices de 15-25 ans déclarent avoir eu des rapports non protégés entre la prise de la contraception d'urgence et la survenue de leurs règles.
- Les jeunes ligériennes de 15-25 ans sont moins nombreuses à évaluer correctement le délai maximal d'utilisation de la contraception d'urgence que l'ensemble des Françaises de même âge (14 % *vs* 19 %). Ce résultat peut s'expliquer par le moindre recours des jeunes ligériennes à ce médicament, le délai étant moins bien connu des femmes qui ne l'ont jamais pris [1].

Encadré 7.8

La contraception d'urgence

La contraception d'urgence (ou pilule du lendemain), disponible depuis 1999, est utilisée après un rapport sans protection ou en cas d'échec de la méthode utilisée (oubli de la pilule, rupture du préservatif...). La prise de contraception d'urgence doit être effectuée le plus tôt possible après le rapport et au plus tard dans les 72 heures, son efficacité diminuant avec le délai entre le rapport et cette prise. En cas d'oubli de pilule, la contraception d'urgence doit être utilisée s'il y a eu rapport sexuel au cours des cinq jours précédant l'oubli, en plus de la reprise de la contraception orale. Dans tous les cas, une contraception locale doit également être utilisée.

La contraception d'urgence peut être vendue en pharmacie sans prescription médicale (gratuite pour les mineures). Elle peut être également délivrée dans les centres de planification ou d'éducation familiale et, selon la loi du 13 décembre 2000, « *les infirmières peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence dans les établissements du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement disponible* ».

Au moment où elle se la procure, la personne doit être informée sur les conditions d'utilisation de la contraception d'urgence, mais aussi sur les méthodes contraceptives régulières, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical.

7.2.3 Le recours à l'interruption volontaire de grossesse

Les 15-24 ans, une classe d'âge particulièrement concernée par les IVG...

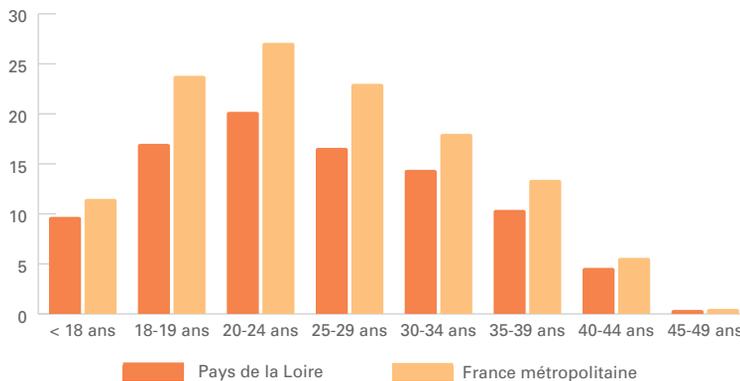
■ En 2006, on peut estimer à 3 450 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées en Pays de la Loire chez des jeunes femmes de 15 à 24 ans, dont 630 chez des mineures (encadré 7.10). Cela correspond à un taux régional de recours à l'IVG de 16,3 pour 1 000 femmes. Ce taux augmente avec l'âge entre 15 et 24 ans, passant de 9,7 chez les 15-17 ans, à 17,0 chez les 18-19 ans et 20,2 chez les 20-24 ans (figure 7.7) [16, 17].

■ Le recours à l'IVG n'est pas spécifique aux jeunes et concerne toutes les tranches d'âge de 15 à 49 ans. Cependant, c'est entre 20 et 24 ans que le taux de recours à l'IVG est le plus élevé. Au-delà de 25 ans, il diminue progressivement avec l'âge (figure 7.7). Par contre, en cas de grossesse, c'est chez les moins de 18 ans que le recours à l'IVG est le plus fréquent.

... mais des taux de recours dans la région inférieurs à la moyenne nationale

Chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, comme pour toutes les classes d'âge, le taux de recours à l'IVG en Pays de la Loire est inférieur à celui observé en France métropolitaine (figure 7.7) [16-18].

Figure 7.7
Taux d'IVG pour 1 000 femmes selon l'âge
Pays de la Loire, France métropolitaine (2006)



Sources : PMSI-MCO (DHOS-Drees), SAE (Drees), Insee
Unité : pour 1 000

Le recours répété à l'IVG touche une proportion relativement importante de jeunes femmes

19 % des jeunes femmes de 15-24 ans, qui ont avorté en 2006 dans l'un des établissements de santé de la région, avaient déjà eu recours à l'IVG auparavant [19].

Le recours à l'IVG a augmenté dans les années récentes chez les jeunes femmes de moins de 20 ans

Chez les jeunes femmes, l'analyse de l'évolution du recours à l'IVG nécessite une mise en parallèle avec l'évolution des naissances. En effet, l'évolution du recours à l'IVG peut résulter soit d'une évolution du nombre de conceptions, soit de l'évolution, en cas de conception, de la propension à recourir à l'IVG, ou de la conjugaison de ces deux évolutions (encadré 7.10).

■ **Chez les jeunes femmes de 15-17 ans**, le recours à l'IVG a connu une forte augmentation au cours des années récentes, dans les Pays de la Loire (passant d'un taux annuel moyen de 6,9 pour 1 000 en 2002-2003 à 9,3 en 2005-2006). Parallèlement, la proportion de jeunes femmes de cet âge pour lesquelles une grossesse a donné lieu à une naissance a connu une tendance à la baisse. L'augmentation du recours à l'IVG s'explique à la fois par une progression importante du nombre global de conceptions chez les jeunes femmes de cette classe d'âge et par l'élévation de la propension de ces dernières à recourir à l'IVG en cas de survenue d'une grossesse. Ces évolutions se retrouvent au plan national mais de façon moins marquée (figure 7.8).

Cette situation observée dans les années récentes diffère fortement de celle observée dix années auparavant où si une augmentation du recours à l'IVG était également observée dans la région comme en France, celle-ci était d'une ampleur moindre et entièrement expliquée par l'élévation de la propension des très jeunes femmes à recourir à l'IVG [20, 21].

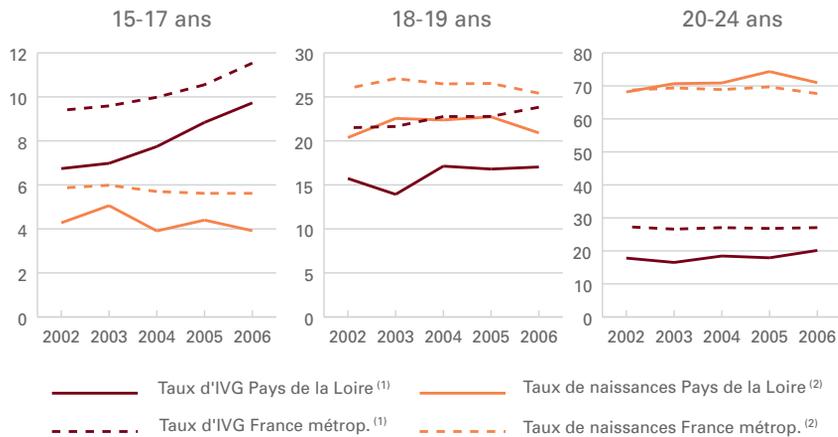
■ **Chez les jeunes femmes de 18-19 ans**, le recours à l'IVG connaît une tendance à la hausse entre 2002 et 2006 (14,8 pour 1 000 en 2002-2003, 16,9 en 2005-2006). Parallèlement, la proportion de femmes de cet âge pour lesquelles une grossesse a donné lieu à une naissance est restée relativement stable.

L'augmentation du taux de recours à l'IVG chez les femmes de 18-19 ans est moins marquée que pour les 15-17 ans. Mais, comme pour ces dernières, elle s'explique par une tendance à la hausse du nombre global de conceptions et de la propension à recourir à l'avortement en cas de survenue d'une grossesse. Une situation analogue est observée au plan national.

■ **Chez les jeunes femmes de 20-24 ans**, le recours à l'IVG a connu également une tendance à l'augmentation depuis le début des années 2000 dans les Pays de la Loire, mais nettement moins marquée que pour les plus jeunes (17,2 pour 1 000 en 2002-2003, 19,0 en 2005-2006). Cette évolution est à mettre en relation avec la progression du nombre global de conceptions, le taux de naissances évoluant parallèlement à la hausse. En revanche, pour les femmes de 20-24 ans, la propension à recourir à l'avortement en cas de survenue d'une grossesse est restée relativement stable entre 2002 et 2006.

Ces évolutions régionales observées pour les jeunes femmes de 20-24 ans dans les années récentes ne sont pas retrouvées au plan national, où les taux d'IVG et les taux de naissances sont restés stables.

Figure 7.8
 Evolution des taux d'IVG et de naissances chez les jeunes femmes
 de moins de 25 ans selon l'âge
 Pays de la Loire, France métropolitaine (2002-2006)



Sources : PMSI-MCO (DHOS-Drees), SAE (Drees), Insee

(1) taux d'IVG pour 1 000 femmes de la tranche d'âge indiquée dans le titre du graphique

(2) taux de naissances de l'année (n+1) pour 1 000 femmes âgées d'une année supplémentaire à la tranche d'âge indiquée dans le titre du graphique

Encadré 7.9

Législation concernant les interruptions volontaires de grossesse

1975 : La loi Veil autorise l'IVG pour une période probatoire de 5 ans.

1979 : Loi définitive sur l'IVG, qui confirme les dispositions de la loi de 1975.

1982 : L'IVG est remboursée par l'assurance maladie.

2001 : La loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à l'IVG porte le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse (ou de 12 à 14 semaines d'aménorrhée). Elle autorise sa pratique par mode médicamenteux (RU 486 ou mifépristone) dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à 5 semaines de grossesse (ou 7 semaines d'aménorrhée) (décret du 1^{er} juillet 2004). Par ailleurs, l'entretien pré-IVG devient facultatif pour les femmes majeures et l'autorisation parentale n'est plus obligatoire pour les mineures, mais la présence d'un adulte référent est néanmoins requise.

Un recours à l'IVG qui peut être lié à des échecs de contraception

Dans l'enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005, 14 cas d'IVG ont été déclarés par les jeunes femmes de 15-25 ans interrogées. Dans environ la moitié des cas, selon les déclarations de ces dernières, les grossesses sont survenues alors que la jeune femme utilisait une méthode contraceptive (pilule ou préservatif). Ces résultats sont cohérents avec ceux de la même enquête réalisée au plan national [2, 10].

Encadré 7.10

Sources statistiques utilisées et précisions méthodologiques

La fréquence du recours à l'IVG des 15-24 ans présentée dans cette étude est estimée selon la méthode utilisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) [1]. Celle-ci consiste à appliquer au nombre total d'IVG réalisées par les établissements de santé des Pays de la Loire*, donnée issue de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), la répartition par âge des femmes concernées obtenue à partir des statistiques du Programme médical des systèmes d'information (PMSI).

Les taux de recours régionaux à l'IVG sont estimés en rapportant les effectifs ainsi obtenus à la population féminine des Pays de la Loire.

Dans la mesure où les données ne sont pas disponibles par cohorte de naissance, il a été choisi pour cette étude d'analyser parallèlement le recours à l'IVG des femmes de 15-17 ans d'une année N et les naissances vivantes de mères âgées de 16 à 18 ans de l'année N+1. Le nombre global de conceptions a été estimé par la somme de ces deux effectifs. L'analyse de l'évolution des recours à l'IVG et des naissances a été réalisée sur la période 2002-2006 en rapportant les effectifs d'IVG et de naissances à la population des jeunes femmes de 15-17 ans dans la région. Le raisonnement a été analogue pour les jeunes femmes plus âgées.

L'enquête Baromètre santé inclut des questions sur le recours à l'IVG, mais en raison de la sous-estimation de la fréquence des IVG dans les enquêtes en population générale [2], cette source d'information n'a pas été utilisée pour évaluer la fréquence de ce recours. Elle permet en revanche de mieux connaître les circonstances, et en particulier les échecs de contraception, à l'origine de ce recours.

* cet effectif comprend les IVG pratiquées dans le cadre de la médecine de ville, mais exclut les interruptions médicales de grossesse.

[1] Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. A. Vilain. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 659, septembre 2008, 6 p.

[2] De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale. C. Moreau, N. Bajos, J. Bouyer, Equipe COCON. *Population*, Ined, vol. 59, n° 3-4, mai-août 2004, pp. 503-518

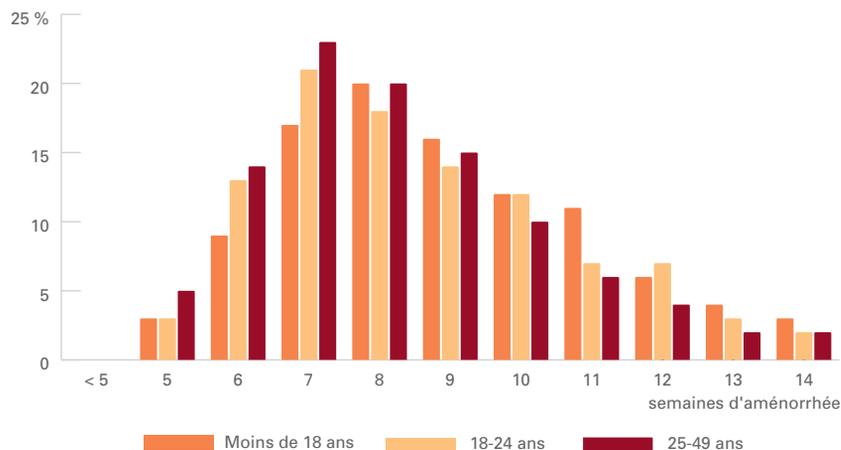
L'IVG est pratiquée plus tardivement chez les jeunes femmes que chez les générations plus âgées

■ Parmi les IVG pratiquées dans les Pays de la Loire chez des jeunes femmes de 15-24 ans, 36 % sont réalisées avant ou à la 7^e semaine d'aménorrhée, 32 % à 8 ou 9 semaines et 32 % à 10 semaines d'aménorrhée ou plus. 36 % des IVG chez les moins de 18 ans ont été réalisées à 10 semaines d'aménorrhée ou plus *vs* 31 % chez les 18-24 ans.

■ Le recours à l'IVG est plus tardif chez les jeunes que chez leurs aînées. En effet, 23 % des IVG chez des femmes de 25-49 ans ont été pratiquées à 10 semaines d'aménorrhée ou plus (*vs* 32 % chez les 15-24 ans) (figure 7.9). Cette tendance explique que chez les femmes de 15-24 ans, les IVG médicamenteuses, préconisées jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (encadré 7.11) sont moins fréquentes (33 % de l'ensemble des IVG en 2006 *vs* 38 % pour les 25-49 ans) [19].

Figure 7.9

Répartition des IVG selon le nombre de semaines d'aménorrhée et l'âge
Pays de la Loire (2006)



Source : Enquête IVG 2006 (Dress, Drass Pays de la Loire)

Un recours à l'IVG qui varie avec le niveau de diplôme

Au niveau national, les données récentes de la littérature concernant les jeunes générations soulignent l'importance du lien statistique qui existe entre le niveau de diplôme et le recours à l'IVG chez les jeunes femmes, à l'instar de ce qui avait pu être observé pour les pratiques contraceptives. Ainsi, selon l'enquête CSF 2006, le recours à l'IVG est plus souvent déclaré par les jeunes femmes non diplômées [22]. Ce résultat se retrouve à partir des données de l'enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire [2]. Toutefois, il doit être utilisé avec prudence, dans la mesure où il est issu d'une enquête réalisée en population générale dans laquelle les IVG sont sous-déclarées [23]. Il repose donc sur l'hypothèse que le biais de sous-déclaration est analogue chez les jeunes femmes quel que soit leur niveau de diplôme.

Encadré 7.11

Les modes d'interruption volontaire de grossesse

Il existe deux modes d'IVG, le mode médicamenteux (mifépristone ou RU 486) et le mode chirurgical, la pratique de l'un ou de l'autre dépend de l'âge gestationnel. Jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée révolues, les deux techniques peuvent être pratiquées selon les disponibilités et le choix de la patiente, l'IVG par mode médicamenteux pouvant alors être réalisée en médecine de ville. Lorsque la grossesse a atteint le stade de la 8^e et 9^e semaine, les deux techniques sont utilisables mais le mode chirurgical est recommandé. A partir de 10 semaines, la technique chirurgicale s'impose, sauf cas particuliers.

Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Anaes, 2001, 13 p.

7.3 Infections sexuellement transmissibles

Les Infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent être d'origine virale, parasitaire ou bactérienne. Elles se transmettent lors de relations sexuelles (rapport anal, vaginal ou oro-génital). Souvent peu symptomatiques ou asymptomatiques, leur mode d'expression, leurs conséquences et l'existence ou non de traitements médicaux varient selon la nature de l'agent pathogène [9]. La plupart d'entre elles se soignent facilement mais, non traitées, elles peuvent entraîner des complications. Certaines d'entre elles présentent toutefois une gravité particulière.

C'est notamment le cas du sida, ou syndrome d'immunodéficience acquise, qui est une infection chronique de l'organisme provoquée par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) que les traitements antiviraux ne permettent pas d'éradiquer jusqu'à présent [24].

D'autres virus sexuellement transmissibles ont également des conséquences graves, comme celui de l'hépatite B dont le portage chronique expose au risque de cirrhose hépatique et de cancer du foie, et le papillomavirus humain (HPV) à l'origine de cancers du col utérin.

L'infection à *Chlamydia trachomatis*, IST d'origine bactérienne la plus répandue dans les pays industrialisés, représente une cause fréquente de grossesse extra-utérine et d'infertilité chez la femme [25-28].

En dehors de la vaccination contre le virus de l'hépatite B et plus récemment contre le papillomavirus humain, la prévention des IST repose sur l'adoption de comportements sexuels à moindre risque, et notamment sur l'usage du préservatif. Les stratégies de dépistage, permettant un diagnostic et une prise en charge précoces, contribuent à la moindre diffusion des infections et à la réduction de la fréquence des complications.

Au cours de la dernière décennie, le contexte épidémiologique des infections sexuellement transmissibles s'est sensiblement modifié. Les données françaises les plus récentes attestent d'une moindre sensibilisation aux enjeux préventifs actuels de l'épidémie du VIH et d'un relâchement des comportements de prévention, en particulier chez les homosexuels masculins [9]. Ces données sont confirmées par celles issues des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles qui indiquent une augmentation des IST en France sur la période 1996-2005, en particulier pour la syphilis, les infections à gonocoque et les infections à *Chlamydia trachomatis* [25, 29].

7.3.1 Prévention et dépistage des IST

L'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel : une norme préventive fortement intégrée par les jeunes

Les comportements adoptés au premier rapport sexuel sont considérés comme révélateurs de la manière dont se construisent les biographies préventives des individus. La majorité des enquêtes réalisées en population générale sur le thème de la sexualité et de la prévention, et notamment le Baromètre santé, analysent donc ces pratiques.

- En l'absence de données régionales, l'enquête nationale CSF 2006 montre ainsi qu'évoquer la question des IST avec son partenaire lors du premier rapport sexuel est peu fréquent chez les jeunes générations. Ainsi, 45 % des femmes de 18-24 ans et 38 % des hommes déclarent *avoir parlé d'IST ou de VIH avec leur partenaire avant le premier rapport* [5].

- Toutefois, l'utilisation du préservatif au premier rapport est massive. Selon les données du Baromètre santé 2005⁷, la quasi-totalité des jeunes de 15-25 ans (88 %) des Pays de la Loire disent *avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel* [1].

Cette proportion est plus élevée chez les 15-19 ans que chez les 20-25 ans, mais cette différence ne signifie pas que les jeunes générations ont mieux intégré l'usage du préservatif (figure 7.10). Elle résulte du moins en partie du fait que l'usage du préservatif est d'autant plus fréquent que l'âge au premier rapport est précoce.

Il reste difficile cependant de distinguer dans cet usage les préoccupations liées à la contraception de celles qui relèvent de la prévention des IST [22].

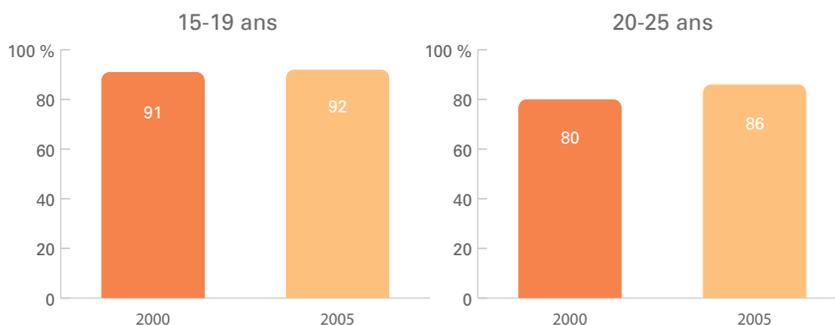
- Dans ce domaine, le comportement des jeunes de la région est similaire à celui de l'ensemble des jeunes en France [1].

- La fréquence d'utilisation du préservatif au premier rapport est équivalente chez les jeunes hommes et chez les jeunes femmes des Pays de la Loire, situation qui se retrouve également au plan national.

7 - cf. éléments de méthode p. 292.

■ Entre la génération des 20-25 ans en 2000 et celle des 20-25 ans en 2005, c'est-à-dire ayant eu pour la majorité leur premier rapport sexuel entre 1992 et 1998 pour les premiers et entre 1997 et 2003 pour les seconds, la fréquence de l'utilisation du préservatif au premier rapport est passée de 80 % à 86 % (figure 7.10). Cette évolution se retrouve au plan national, dans l'enquête Baromètre santé et dans l'enquête CSF 2006. Ces enquêtes montrent par ailleurs que cette progression s'est ralentie comparativement aux années antérieures et qu'un seuil semble avoir été atteint. C'est en effet surtout pour les deux générations précédentes que l'augmentation a été spectaculaire, témoignant de l'efficacité des campagnes de prévention du sida (encadré 7.4) [9, 22].

Figure 7.10
Jeunes déclarant avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel en 2000 et en 2005 selon l'âge⁽¹⁾
Pays de la Loire (2000, 2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes
(1) parmi les jeunes ayant déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie

■ Au niveau national, les enquêtes Baromètre santé et CSF 2006 montrent l'existence de facteurs associés à l'usage du préservatif au premier rapport pour les jeunes générations (encadré 7.12) [9, 22].

Dans les Pays de la Loire, l'enquête Baromètre santé ne retrouve pas la moindre utilisation du préservatif lors du premier rapport parmi les jeunes femmes non diplômées. Cette situation peut être liée à la faiblesse des effectifs concernés. En revanche, l'enquête retrouve une utilisation du préservatif au premier rapport un peu moins élevée parmi les jeunes habitant en zone urbaine par rapport à ceux des communes rurales [1].

Encadré 7.12**Facteurs associés à la non-utilisation du préservatif au premier rapport sexuel pour les jeunes générations**

- absence de diplôme ^[1],
- résidence en zone urbaine,
- pratique régulière d'une religion ^[2].

[1] De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles. N. Beltzer, N. Bajos. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 437-460

[2] Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. C. Morea, N. Lydié, J. Warszawski, N. Bajos. Dans *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, pp. 328-353

Le test de dépistage de l'infection à VIH : un recours qui concerne chaque année 15 % des jeunes...

Le dépistage des IST en général et de l'infection à VIH en particulier s'inscrit également dans une certaine mesure dans une stratégie de prévention. Ce dépistage peut être effectué dans le cadre d'une démarche individuelle, il est également proposé systématiquement dans certaines circonstances, notamment lors de la grossesse. En France, il peut être réalisé en médecine de ville, dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou encore dans une structure hospitalière.

- Selon l'enquête Baromètre santé 2005, 15 % des jeunes de 15-25 ans des Pays de la Loire, ayant déjà eu un rapport sexuel, déclarent *avoir effectué un test de dépistage du sida au cours des douze derniers mois* [1].
- Ce recours apparaît plus fréquent chez les jeunes que chez leurs aînés. La proportion de personnes concernées passe ainsi de 15 % chez les Ligériens de 15-25 ans, à 13 % chez les 26-39 ans et 7 % chez les 40-54 ans [1, 10]. Cela peut s'expliquer par la stabilisation de la vie sexuelle avec l'avancée en âge et l'installation dans une vie de couple.

... les jeunes femmes deux fois plus souvent que les jeunes hommes

- Le recours au test de dépistage de l'infection à VIH est une démarche deux fois plus souvent adoptée par les jeunes femmes de 15-25 ans que par les jeunes hommes (19 % *vs* 11 %). Cette situation se retrouve chez les 15-19 ans comme chez les 20-25 ans (figure 7.11).

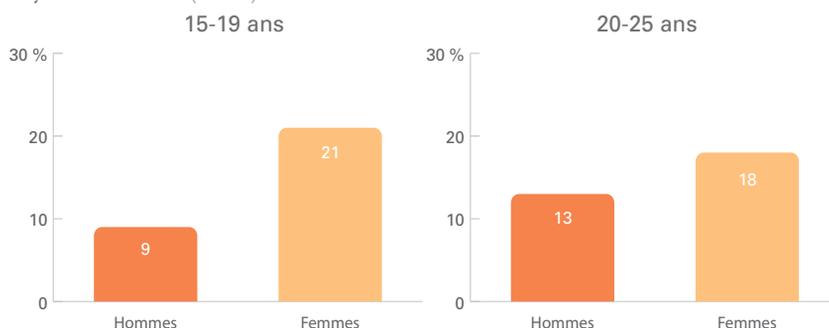
La différence entre les deux sexes concerne les situations de multipartenariat. Le recours au test de dépistage de l'infection à VIH au cours des douze derniers mois est deux fois plus fréquent chez les jeunes femmes de 15-25 ans qui déclarent avoir eu plusieurs partenaires sur cette période que chez les

hommes dans cette situation (30 % vs 13 %). En revanche, aucune différence n'est observée chez les jeunes qui déclarent avoir eu un seul partenaire dans l'année (respectivement 15 % vs 13 %) [1]. Ces constats sont également observés au plan national.

Figure 7.11

Proportion de jeunes ayant réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois selon l'âge et le sexe ⁽¹⁾

Pays de la Loire (2005)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005. ORS Pays de la Loire, Inpes

(1) parmi les jeunes ayant déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie

- Les jeunes ligériens de 15-25 ans ont moins souvent recours au test de dépistage de l'infection à VIH que l'ensemble des jeunes français (15 % vs 18 %). Cette situation avait déjà été observée dans l'enquête Baromètre santé réalisée en 2000. Ce constat ne permet toutefois pas de conclure que la démarche préventive est moins intégrée dans la région, dans la mesure où elle doit être considérée au regard des données concernant l'activité sexuelle et les risques encourus.

- Dans les Pays de la Loire, le niveau de recours au dépistage de l'infection à VIH au cours des douze derniers mois n'a pas connu d'évolution statistiquement significative entre 2000 et 2005. Cette stabilité est retrouvée dans l'enquête Baromètre santé réalisée au plan national, mais également dans l'enquête KABP⁸ entre 1998, 2001 et 2004 [30].

Un recours au dépistage moins fréquent dans les communes rurales

Dans les Pays de la Loire, les 15-25 ans des communes rurales déclarent moins fréquemment avoir effectué un test de dépistage du sida au cours des douze derniers mois (10 % vs 16 %) [1].

8 - Les enquêtes KABP (Knowledge, attitudes, beliefs and practices), réalisées tous les trois ans depuis 1992, permettent de suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au virus du sida des adultes vivant en France.

Encadré 7.13

Information des jeunes sur le sida et les infections sexuellement transmissibles en France**Le sida : une moindre sensibilisation au cours des années récentes**

Selon l'enquête Baromètre santé nationale réalisée en 2005, 90 % des jeunes français de 15-25 ans déclarent *avoir le sentiment d'être « très bien » ou « plutôt bien » informés sur le sida* [1]. Cependant, une forte proportion d'entre eux méconnaît l'existence des traitements contre le VIH, et la situation dans ce domaine s'est dégradée dans les années récentes. Selon l'enquête KABP (Knowledge, attitudes, beliefs and practices) réalisée en 2004 :

- 48 % des Français de 18-24 ans déclarent *ne pas avoir entendu parler des traitements contre le virus du sida que l'on appelle trithérapies ou multithérapies*, et ce niveau est plus élevé qu'en 2001 (36 %),
- 85 % des 18-29 ans disent *ne pas avoir entendu parler d'un traitement d'urgence qui, pris juste après un rapport sexuel non protégé, peut réduire le risque d'être contaminé par le virus du sida* [2].

Par ailleurs, le risque du sida semble moins souvent ressenti en 2005 qu'en 2000. Selon l'enquête Baromètre santé, 37 % des Français de 15-25 ans *déclarent craindre « pas mal » ou « beaucoup » pour eux-mêmes le sida* en 2005 contre 44 % en 2000 [1, 3].

Les autres infections sexuellement transmissibles (IST) : une attente d'information

Selon l'enquête Baromètre santé réalisée en 2005, 59 % des jeunes français de 15-25 ans déclarent *avoir le sentiment d'être « très bien » ou « plutôt bien » informés sur les IST (en dehors du sida)*. Cette proportion a toutefois un peu progressé entre 2000 et 2005 [1, 3].

Par ailleurs, 36 % des Français de 15-25 ans déclarent *craindre « pas mal » ou « beaucoup » pour eux-mêmes les IST (en dehors du sida)* [1].

[1] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire

[2] Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004. Etude ANRS-EN15-KABP 2004. N. Beltzer, M. Lagarde, X. Wu-Zhou, N. Wongmany, I. Grémy, ORS Ile-de-France, 176 p.

[3] Enquête Baromètre santé 2000, CFES, exploitation ORS Pays de la Loire

Encadré 7.14

Vaccination anti Human Papilloma Virus (HPV)

La vaccination anti Human Papilloma Virus (HPV) protège notamment contre les papillomavirus 16 et 18, responsables de 70 % des cancers du col de l'utérus.

La vaccination anti-HPV est recommandée chez les jeunes femmes de 14 ans, ainsi que chez les jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle.

Mais en raison de sa protection partielle, cette vaccination ne se substitue pas au dépistage par frottis cervico-utérin, dont la réalisation est recommandée tous les trois ans, chez les femmes âgées de 25 à 65 ans.

- Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18. Comité technique des vaccinations, Conseil supérieur d'hygiène publique de France, 2007, 7 p.
- Col de l'utérus (cancer) : dépistage et vaccin HPV (en France). INCa, 2007 [page internet]
http://www.e-cancer.fr/v1/index2.php?option=com_redaction&do_pdf=1&id=1406&lang=1&vers=1

7.3.2 Prévalence des IST

Les infections autres que l'infection par le VIH : une situation régionale qui n'apparaît pas différente de la moyenne nationale

Le recueil des antécédents d'IST dans l'enquête Baromètre santé réalisée en population générale ne permet pas d'estimer leur prévalence réelle, car ces infections passent souvent inaperçues et ne sont pas diagnostiquées. Néanmoins, en faisant l'hypothèse que le dépistage de ces infections soit pratiqué avec une fréquence équivalente dans les Pays de la Loire et au plan national, il est possible de réaliser une comparaison des niveaux de prévalence.

Parmi les Ligériens de 15-25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel, 1,2 % des hommes et 3,8 % des femmes déclarent *avoir eu une maladie qui se transmet par voie sexuelle au cours des cinq dernières années*. Cette situation n'est pas statistiquement différente de celle observée au plan national [2, 10].

Encadré 7.15**Prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes français**

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus fréquente des infections sexuellement transmissibles bactériennes et représente la première cause d'infertilité tubaire. Cette infection est très souvent asymptomatique chez l'homme comme chez la femme ; en l'absence de traitement, les individus peuvent être porteurs de *Chlamydia Trachomatis* pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois pour les femmes. Du fait de son caractère asymptomatique, cette infection est le plus souvent non diagnostiquée et non traitée, alors qu'il existe un traitement simple ^[1].

Dans le cadre de l'enquête CSF de 2006, une évaluation de la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* a été spécifiquement réalisée. L'analyse des résultats confirme que cette infection est relativement fréquente, en particulier chez les jeunes. La prévalence diagnostiquée de cette infection chez les 18-24 ans se situerait entre 1,9 % et 6,8 % chez les hommes, et entre 1 % à 5,7 % chez les femmes. Cette prévalence diagnostiquée est nettement supérieure à la prévalence déclarée ^[1,2].

[1] Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France ». Dossier de presse. ANRS, Inserm, Ined, 2007, 26 p.

[2] Infections sexuellement transmissibles : des conditions inégales d'accès au dépistage. J. Warszawski, V. Goulet. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 461-482

12 % des découvertes de séropositivité au VIH concernent un jeune de 15 à 24 ans

■ Sur la base des données de déclaration obligatoire transmises à l'InVS depuis la mise en place du système de surveillance⁹ [31], début 2003 jusqu'au 31 décembre 2007, le nombre total de découvertes de séropositivité chez des jeunes de 15-24 ans de la région sur ces cinq années a été estimé à 100 cas. Cela correspond à 12 % de l'ensemble des cas, soit une proportion similaire à celle observée au niveau national (10 %). Une vingtaine de cas de séropositivités sont donc découverts en moyenne chaque année chez des jeunes ligériens âgés de 15 à 24 ans.

9 - Les systèmes de notifications obligatoires des cas de sida et des diagnostics de séropositivité de l'infection par le VIH permettent d'établir la situation de l'épidémie en France et dans la région. Ce système de surveillance, coordonné par l'Institut de veille sanitaire (InVS), apporte des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes concernées (sexe, âge, mode de contamination...). Mais il ne permet pas de recenser l'ensemble des personnes infectées dans la mesure où leur dénombrement nécessite la réalisation d'un test de dépistage. Il ne permet pas non plus de connaître l'âge des personnes au moment de leur contamination, mais uniquement lors du diagnostic.

Le taux de découvertes de séropositivité par million d'habitants chez des jeunes de 15-24 ans des Pays de la Loire est nettement inférieur à la moyenne de la France métropolitaine (35 *vs* 56 cas par million d'habitants), mais similaire au taux des régions métropolitaines hors Ile-de-France (39 par million). Les Pays de la Loire occupent ainsi une position intermédiaire parmi les régions de France métropolitaine, au 12^e rang des régions les plus touchées chez les 15-24 ans.

■ Cette classe d'âge se distingue par la part élevée de découvertes de séropositivité chez des femmes. En effet, si pour les autres classes d'âge, les séropositivités sont majoritairement découvertes chez des hommes, chez les jeunes de 15 à 24 ans, la situation est inverse. Ainsi, plus de 60 % des découvertes de séropositivité notifiées entre 2003 et 2007 concernent des jeunes femmes, alors que cette proportion n'est que de 30 % chez les 25 ans et plus. Cela ne signifie pas que les contaminations sont plus fréquentes chez les femmes de cette classe d'âge, mais plutôt que le dépistage est plus précoce chez ces dernières. Entre 15 et 25 ans, elles ont en effet plus souvent recours au test de dépistage de l'infection à VIH que les hommes (cf. p. 259).

■ Le mode de contamination le plus fréquent chez les jeunes hommes est la contamination par rapports homosexuels. Parmi les hommes de 15-24 ans ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2007 et chez lesquels le mode de contamination a pu être identifié (84 %), les trois quarts ont été contaminés par rapports homosexuels, 19 % par rapports hétérosexuels, 6 % par injection de drogues. Les contaminations par rapports homosexuels sont plus fréquentes chez les jeunes hommes de 15-24 ans que chez les plus âgés (65 %).

Chez les femmes de 15-24 ans ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2007 et dont le mode de contamination était connu (81 % des cas notifiés), les rapports hétérosexuels représentent le seul mode de contamination.

Bibliographie

- [1] Baromètre santé jeunes Pays de la Loire. Sexualité, contraception, prévention et dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de 15-25 ans. ORS Pays de la Loire, 2006, 11 p.
- [2] Enquête Baromètre santé jeunes 2005, ORS Pays de la Loire - Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [3] Baromètre santé Pays de la Loire. Sexualité, contraception et infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de la région. ORS Pays de la Loire, 2002, 8 p.
- [4] Enquête Baromètre santé jeunes 2000, ORS Pays de la Loire - CFES, exploitation ORS Pays de la Loire
- [5] Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus. M. Bozon. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 117-147
- [6] Sexualité, genre et santé : les apports de l'enquête « Contexte de la sexualité en France ». N. Bajos, M. Bozon. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 579-602
- [7] Le nombre de partenaires : un certain rapprochement entre les femmes et les hommes, mais des comportements encore très différents. H. Leridon. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 215-242
- [8] Calcul des âges « vrais » moyen et médian à certains événements à partir d'âges en années révolues et d'âges en différence de millésime. I. Robert-Bobée. Dans *Calendrier de constitution des familles et âge de fin des études*, Insee, 2003, pp. 68-82
- [9] Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. C. Morea, N. Lydié, J. Warszawski, N. Bajos. Dans *Baromètre santé 2005*. Sous la direction de F. Beck, P. Guilbert, A. Gautier. Ed. Inpes, 2008, pp. 328-353
- [10] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [11] Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives. N. Bajos, N. Beltzer. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 243-271

- [12] Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000. C. Rossier, H. Leridon, Equipe COCON. *Population*, Ined, vol. 59, n° 3-4, mai-août 2004, pp. 449-478
- [13] La contraception dans le monde. Ined, 2007, 1 p. (fiche pédagogique)
- [14] Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? N. Bajos, C. Moreau, H. Leridon, M. Ferrand. *Population et Sociétés*, Ined, n° 407, décembre 2004, 4 p.
- [15] Suivi du dispositif relatif à l'accès des mineures à la contraception d'urgence, septembre 2003-août 2004. Ministère de la santé et des solidarités, [s.d.], 27 p.
- [16] Statistique annuelle des établissements (SAE) 2002-2006, données administratives, Drees
- [17] Base nationale PMSI-MCO 2006, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, exploitation Drees, BESP
- [18] Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. A. Vilain. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 659, septembre 2008, 6 p.
- [19] Enquête IVG 2006, Drees - Drass Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire
- [20] Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? H. Kafé, N. Brouard. *Population et Sociétés*, Ined, n° 361, octobre 2000, 4 p.
- [21] Statistiques de l'avortement en France (1990-1997), Ined [page internet] http://www.ined.fr/statistiques_ivg (site visité le 30/01/2009)
- [22] De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles. N. Beltzer, N. Bajos. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 437-460
- [23] De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale. C. Moreau, N. Bajos, J. Bouyer, Equipe COCON. *Population*, Ined, vol 59, n° 3-4, mai-août 2004, pp. 503-518
- [24] SIDA et autres infections sexuellement transmissibles. J.P. Rogez. Hermann éditeurs, 2008, 192 p.
- [25] Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005. InVS, 2007, 159 p.

-
- [26] Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à chlamydia trachomatis en France. Tome 2. HAS, 2003, 8 p.
- [27] Infections sexuellement transmissibles : des conditions inégales d'accès au dépistage. J. Warszawski, V. Goulet. Dans *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Sous la direction de N. Bajos, M. Bozon. Ed. La Découverte, 2008, pp. 461-482
- [28] Premiers résultats de l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France ». Dossier de presse. ANRS, Inserm, Ined, 2007, 26 p.
- [29] Epidémiologie des infections sexuellement transmissibles (IST) en France. A. Gallay, A. Bouyssou, B. Basselier, V. Goulet. InVS, 2007, 24 diapositives
- [30] Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004. Etude ANRS-EN15-KABP 2004. N. Beltzer, M. Lagarde, X. Wu-Zhou, N. Wongmany, I. Grémy, ORS Ile-de-France, 176 p.
- [31] Déclarations obligatoires des cas d'infection à VIH, 2003-2007, InVS, exploitation ORS Pays de la Loire

CHAPITRE 8

Jeunes en situation de handicap

Marie-Sylvie Sander, Françoise Lelièvre, François Tuffreau

Introduction	272
8.1 Les jeunes en situation de handicap	272
8.2 La scolarité	276
8.3 L'insertion professionnelle des jeunes adultes handicapés	281
8.4 Les aides financières	285
8.5 L'hébergement en établissement des jeunes adultes handicapés	287
Bibliographie	289

Remerciements

Les données concernant la scolarité des élèves handicapés ont été mises à disposition par le Rectorat de l'Académie de Nantes. Celles relatives aux bénéficiaires de prestations sociales pour enfant ou adulte handicapé ont été transmises par les caisses d'allocations familiales et de mutualité sociale agricole des Pays de la Loire.

L'essentiel

Jeunes en situation de handicap : un dénombrement difficile

Il n'existe pas une mais des situations de handicap, très diverses par leur origine, leur nature et leur gravité, mais aussi par leurs conséquences et le vécu de ces dernières. La fréquence des situations de handicap parmi les jeunes de la région varie très fortement selon les modes d'approche.

5 % des jeunes ligériens de 15-25 ans déclarent avoir un handicap physique atteignant leur corps et limitant son fonctionnement, tandis que selon l'enquête nationale HID, 0,5 % ont des difficultés ou besoin d'aide pour réaliser des activités de soins personnels.

Plus de 5 000 jeunes perçoivent une aide financière en raison de leur handicap

Environ 2 400 jeunes ligériens de 15 à 20 ans perçoivent, en 2006, l'Allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), tandis que plus de 3 200 jeunes âgés de 20 à 25 ans sont bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH).

Une prépondérance des déficiences intellectuelles ou psychiques

La moitié des jeunes passés en Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) souffrent d'une déficience intellectuelle ou du psychisme. L'organisation des services d'accompagnement à la scolarité et des établissements médico-éducatifs accueillant des enfants et adolescents handicapés reflète cette situation. Deux places sur trois sont dédiées aux déficients intellectuels dans les établissements de la région.

Les élèves handicapés de 15 ans et plus suivent majoritairement un enseignement adapté

Malgré une priorité donnée à la scolarisation en milieu ordinaire, les jeunes ligériens de 15 ans et plus en situation de handicap poursuivent majoritairement leur scolarité dans les établissements médico-sociaux. Alors que 600 jeunes handicapés fréquentent les collèges et lycées de la région, plus de 2 000 sont dénombrés dans les seuls établissements pour déficients intellectuels. Une situation qui reflète à la fois des difficultés qu'ont les élèves handicapés à poursuivre une scolarité ordinaire avec l'avancée en âge et le poids élevé des déficiences intellectuelles.

Un taux de chômage proche de 30 % chez les jeunes handicapés

Les jeunes en situation de handicap cumulent les problèmes d'emploi liés à leur âge et ceux spécifiques à leur handicap. 28 % des moins de 25 ans, dont le handicap est administrativement reconnu, sont au chômage contre 20 % de l'ensemble des jeunes.

400 jeunes de plus de 20 ans encore hébergés en établissement pour enfants et adolescents

Faute de places en établissement d'hébergement pour adultes handicapés, environ 400 jeunes de plus de 20 ans en situation de handicap étaient encore accueillis, fin 2006, dans des structures pour enfants et adolescents des Pays de la Loire.

Introduction

L'approche du handicap a considérablement évolué au cours des dernières décennies. Les réflexions conduites au niveau international ont permis de mieux appréhender les conséquences fonctionnelles et sociales des états de santé, et de mieux distinguer les différentes composantes du handicap : déficience, limitation d'activité, restriction de participation à la vie sociale. Elles ont également contribué à une meilleure prise en compte de l'influence des facteurs environnementaux dans le processus du handicap.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées concrétisent ces évolutions notamment en matière de scolarisation des enfants handicapés, d'accessibilité, d'insertion professionnelle, de compensation du handicap...

Les jeunes en situation de handicap sont bien évidemment concernés par ces changements, dont ce chapitre présente quelques aspects. La première partie propose une approche de la fréquence des situations de handicap chez les jeunes ligériens, à travers les différentes sources statistiques disponibles. La seconde s'intéresse à la scolarité des élèves et des étudiants handicapés. Puis sont abordées plus succinctement les thématiques de l'insertion professionnelle et l'emploi des jeunes handicapés, de la compensation financière du handicap et enfin de l'hébergement des jeunes adultes handicapés qui n'ont pas l'autonomie suffisante pour vivre dans un logement indépendant.

Les données présentées sont souvent parcellaires, reflétant la difficulté des estimations statistiques dans le champ du handicap. Elles sont pour une part issues d'enquêtes spécifiques sur les handicaps : enquête HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance), enquêtes sur les enfants suivis par les commissions départementales de l'éducation spéciale, enquêtes sur la scolarité des élèves et étudiants handicapés, enquêtes sur l'emploi. Elles proviennent également des systèmes d'information statistique concernant les établissements médico-sociaux, l'emploi des travailleurs handicapés, ou encore les bénéficiaires d'allocations spécifiques.

8.1 Les jeunes en situation de handicap

Il n'existe pas une mais des situations de handicap, très diverses par leur origine, leur nature et leur gravité, mais aussi par leurs conséquences et le vécu de ces dernières. Les travaux issus de l'enquête HID ont contribué à objectiver cette réalité multiforme, en montrant notamment comment « des populations différentes se dessinent en fonction de l'angle d'approche privilégié » [1]. Déficiences, limitations d'activités, besoin d'aide, reconnaissance administrative du handicap délimitent ainsi des populations différentes, qui ne se recoupent que partiellement [2].

Un dénombrement difficile

Dans ce contexte, la fréquence des situations de handicap parmi les jeunes de la région varie très fortement selon les modes d'approche.

- Parmi les Ligériens de 15-25 ans interrogés dans le cadre de l'enquête Baromètre santé jeunes 2005, 5 % répondent positivement à la question « *Avez-vous un handicap physique qui atteint votre corps et limite son fonctionnement de quelque façon que ce soit ?* » [3]. Mais cette proportion ne peut pas être considérée comme une mesure objective de la prévalence des situations de handicap chez les jeunes. En effet, l'enquête Baromètre santé jeunes ne permet pas d'interroger les jeunes vivant en institution, ce qui exclut les jeunes handicapés qui s'y trouvent. D'autre part, elle reflète une situation ressentie, avec les limites déjà évoquées concernant ce type de données (cf. chapitre 2, p. 54). Par ailleurs, le questionnement concerne uniquement les handicaps physiques et ignore ceux de nature intellectuelle ou psychique.

- Une étude menée en 2003 auprès des cinq Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) des Pays de la Loire permet d'estimer la prévalence régionale par génération, des déficiences suffisamment importantes pour qu'un avis de ces commissions ait été prononcé. Cette enquête a été menée à partir des dossiers médicaux des enfants âgés de 8 ans, car à cet âge, la majorité des handicaps ont été diagnostiqués. Selon cette enquête, 2,2 % des jeunes de cet âge sont atteints d'au moins une déficience, dont 0,85 % d'au moins une déficience sévère [4].

Encadré 8.1

CDES, Cotorep, CDAPH

La Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) détermine un niveau de handicap aux enfants et jeunes handicapés de moins de 20 ans par attribution d'un taux d'incapacité, leur accorde des prestations, oriente vers des structures médico-éducatives, et est également sollicitée pour divers avis (transport scolaire...).

Elle est remplacée, depuis 2006, par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), rattachée à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), placée sous l'autorité du Conseil général.

La CDAPH remplace également la Cotorep (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) depuis cette date.

- Une autre approche, plus axée sur l'évaluation du niveau fonctionnel des individus et de leurs besoins d'aide, consiste à appréhender les difficultés dans la réalisation de certaines activités quotidiennes. Selon l'enquête HID, en France métropolitaine, 0,5 % des jeunes de 15-25 ans, ce qui représente environ 2 500

jeunes dans la région, ne peuvent réaliser sans aide ou réalisent avec beaucoup de difficultés une ou plusieurs activités de soins personnels : faire sa toilette, s'habiller, manger et boire, utiliser les toilettes ou encore se coucher ou se lever du lit [5].

■ La prise en compte des besoins de compensation permet d'aborder une autre dimension du handicap. L'enquête HID montre ainsi que parmi les jeunes de 15-25 ans, 1,4 % déclarent *utiliser une aide technique en raison d'un problème de santé durable*. Il peut notamment s'agir d'une prothèse, d'un appareillage spécialisé, d'un fauteuil roulant... Cette proportion, près de trois fois plus élevée que celle des jeunes déclarant une restriction d'activités pour les soins personnels, correspond à environ 6 500 jeunes ligériens [5].

■ La proportion de jeunes de 15-25 ans bénéficiant d'une allocation liée à la reconnaissance administrative de leur handicap est proche : 1,4 % des jeunes de 15-25 ans déclarent *percevoir (ou que leur famille perçoit pour eux) une allocation, pension, ou autre revenu en raison de leurs problèmes de santé* [5].

Les estimations de prévalence des situations de handicap chez les jeunes varient donc considérablement selon la signification que l'on donne au handicap. Cette variabilité, qui n'est pas spécifique aux jeunes et concerne l'ensemble de la population handicapée, reflète en grande partie la diversité des points de vue à prendre en compte.

Encadré 8.2

L'enquête nationale HID

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) est la première grande enquête nationale sur le handicap, elle aborde de multiples aspects : déficiences, incapacités, vie familiale et sociale, logement, travail, emploi... Mise en œuvre par l'Insee, elle a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population de France métropolitaine vivant en institution (1998) et en domicile ordinaire (1999).

Des handicaps dont l'origine reste indéterminée dans la moitié des cas

■ L'enquête nationale Trajectoires des enfants passés en CDES, menée par la Drees en 2004-2005, apporte des éléments d'information sur les causes des handicaps pour trois générations d'enfants et adolescents : 7-8 ans, 12-13 ans et 17-18 ans. Environ un tiers de ces jeunes souffrent d'un handicap d'origine prénatale¹ : handicaps liés à des aberrations chromosomiques (trisomie 21 notamment), maladies héréditaires, malformations congénitales...

Dans 10 % des cas, le handicap est survenu dans les semaines autour de la naissance, au cours de la période périnéonatale¹. Il est alors souvent lié à une infirmité motrice d'origine cérébrale.

1 - La période prénatale est antérieure à la 22^e semaine d'aménorrhée (semaine sans règles) ; la période périnéonatale est comprise entre la 22^e semaine d'aménorrhée et le 28^e jour postnatal ; la période postnatale débute au-delà du 28^e jour après la naissance.

Pour 7 % des enfants et adolescents, le handicap est survenu au-delà du premier mois de vie. Ces handicaps d'origine postnatale¹ sont dans la majorité des cas liés à des maladies viscérales et générales (cancers notamment) ou à des affections touchant les muscles, les nerfs ou le système ostéo-articulaire. Enfin, pour plus de la moitié (52 %) des enfants et adolescents, aucun élément susceptible d'expliquer le handicap n'a été retrouvé et l'origine de ce dernier reste indéterminée [6].

■ En Pays de la Loire, chez les enfants de 8 ans connus des CDES et présentant une déficience sévère, la proportion de handicaps d'origine indéterminée est également très élevée (57 %) [4].

Une prépondérance des déficiences intellectuelles et psychiques

■ Selon l'enquête nationale Trajectoires, la moitié des enfants et adolescents passés en CDES ont pour déficience principale une déficience intellectuelle ou du psychisme : 22 % souffrent de déficience psychique, 21 % d'une déficience intellectuelle et 8 % ont un surhandicap associant une déficience intellectuelle et une déficience psychique de même degré. Les déficiences motrices concernent 14 % des enfants, et les déficiences viscérales, esthétiques ou fonctionnelles 10 %. Près d'un enfant sur cinq présente plusieurs déficiences à titre principal (figure 8.1) [6].

Figure 8.1
Répartition des enfants passés en CDES selon la déficience principale
France métropolitaine (2004-2005)

Nature de la déficience	%
Déficience intellectuelle	21 %
Autre déficience du psychisme	22 %
Déficience du langage ou de la parole	4 %
Déficience de l'audition et de l'équilibration	5 %
Déficience visuelle	3 %
Déficience viscérale, esthétique, fonctionnelle	10 %
Déficience motrice	14 %
Plurihandicap ⁽¹⁾	6 %
Polyhandicap ⁽²⁾	5 %
Surhandicap ⁽³⁾	8 %
Déficience ne justifiant pas de prestation CDES	1 %
Ensemble	100 %

Source : Enquête Trajectoire des enfants passés en CDES en 2004-2005, Drees

(1) association de déficiences intellectuelles et/ou sensorielles et/ou motrices de même degré (ce qui ne permet pas d'en déclarer une plutôt que l'autre en déficience principale)

(2) atteinte grave à expression multiple associant déficience intellectuelle et déficience motrice sévère, avec éventuellement d'autres déficiences surajoutées, réalisant un tableau de restriction extrême de l'autonomie

(3) association de déficiences intellectuelles et psychiques de même degré (ce qui ne permet pas d'en déclarer une plutôt que l'autre en déficience principale)

■ En Pays de la Loire, parmi les enfants âgés de 8 ans porteurs d'une déficience sévère, 58 % sont atteints, à titre de déficience principale, d'une déficience psychique ou intellectuelle sévère [4].

Cette prépondérance des déficiences psychiques et intellectuelles peut être rapprochée de la fréquence des troubles mentaux et du comportement parmi les motifs d'admissions en Affection de longue durée (ALD) des jeunes de 15-24 ans de la région. Ces troubles sont, en effet, à l'origine de plus de 500 admissions en ALD chaque année, ce qui représente 42 % des motifs d'admission (cf. chapitre 2) [7].

Deux jeunes en situation de handicap sur trois sont des garçons

Les jeunes de 15-25 ans ne pouvant réaliser sans aide ou avec beaucoup de difficultés une ou plusieurs activités de soins personnels sont majoritairement des garçons : on dénombre 2,2 garçons pour une jeune fille en France métropolitaine selon l'enquête HID [5]. En Pays de la Loire, le ratio est de 1,8 garçon pour une fille chez les enfants de 8 ans suivis par les CDES [4].

Cette surreprésentation des garçons est observée pour tous les types de déficiences. Elle résulte pour partie de différences biologiques. Mais interviendraient aussi des inégalités de signalement, en lien avec des difficultés d'adaptation à l'environnement, notamment scolaire, qui prennent chez les garçons une expression plus difficilement acceptée par l'entourage [8].

8.2 La scolarité

Une priorité donnée à la scolarisation en milieu ordinaire

La scolarisation prioritaire des élèves handicapés en milieu ordinaire est un principe largement réaffirmé dans la loi de février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (encadré 8.3).

A la rentrée scolaire 2006, plus de 232 000 élèves en situation de handicap sont scolarisés en France, selon les enquêtes sur la scolarisation des élèves handicapés menées chaque année par le Ministère de l'éducation nationale. Deux élèves sur trois sont scolarisés dans les établissements scolaires ordinaires. Parmi ces élèves, 68 % bénéficient d'une scolarisation individuelle dans une classe ordinaire, les autres élèves fréquentant les classes spécialisées [9]. Cette situation globale masque toutefois une réalité contrastée.

Encadré 8.3

La scolarisation des élèves handicapés

La loi de février 2005 fait obligation d'assurer à tout élève en situation de handicap, le plus souvent possible, une scolarisation en milieu ordinaire, dans un établissement de l'éducation nationale. Elle associe étroitement les parents aux décisions d'orientation de leur enfant dans le cadre de son Projet personnalisé de scolarisation (PPS) qui doit permettre d'assurer la cohérence du parcours scolaire.

Les élèves handicapés sont préférentiellement scolarisés dans des classes ordinaires, en scolarisation dite « individuelle ». Lorsque la scolarisation en classe ordinaire n'est pas possible, l'enseignement en « intégration collective » permet d'accueillir des élèves nécessitant une attention pédagogique particulière en raison de leur handicap au sein de classes spécialisées. Ces classes sont spécialisées par type de handicap : mental, auditif, visuel ou moteur. Les élèves du premier degré sont accueillis en Classe d'intégration scolaire (Clis) et les élèves du second degré en Unité pédagogique d'intégration (UPI). L'orientation est proposée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire peuvent bénéficier, sur décision de la CDAPH, d'un accompagnement assuré par un Auxiliaire de vie scolaire (AVS) ou un service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

Les AVS aident l'élève pour réaliser certains gestes ou des tâches de la vie quotidienne. Leurs missions varient suivant le handicap ; il s'agit souvent d'adapter les consignes de l'enseignant, de préparer le matériel spécifique ou d'aider au développement de l'autonomie de l'élève. Cet accompagnement peut être collectif ou individuel.

Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) apportent un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation. Ils sont spécialisés par type de déficience.

Les élèves en situation de handicap peuvent également bénéficier, sur avis de la CDAPH, de diverses dispositions destinées à assurer l'égalité des chances : aménagement d'examen ou de concours (adaptation des conditions de déroulement, majoration du temps imparti...), aménagement scolaire (aménagements d'horaires, dispenses de certaines activités), mise à disposition de matériel pédagogique adapté, prise en charge des transports scolaires, carte de stationnement pour personne handicapée.

Les établissements médico-éducatifs accueillent des enfants dont les besoins nécessitent une prise en charge éducative et thérapeutique adaptée. L'orientation vers ces établissements, spécialisés par type de handicap, dépend de la CDAPH. La scolarisation est parfois organisée de manière alternée entre le milieu scolaire ordinaire et l'établissement médico-éducatif.

Une scolarisation en milieu ordinaire dont la fréquence diminue avec l'âge et la sévérité du handicap

- Le parcours des enfants handicapés est d'abord marqué par une diminution progressive de la scolarisation en milieu ordinaire avec l'âge. Au plan national, parmi les élèves en situation de handicap scolarisés dans les établissements scolaires ou dans les établissements médico-sociaux, la part de ceux qui fréquentent un établissement scolaire, qui atteint 80 % à 6-7 ans, n'est plus que de 46 % à 15 ans et de 30 % à 19-20 ans [9].
- La nature des déficiences et le degré d'autonomie influencent également les trajectoires scolaires. Les élèves présentant une déficience intellectuelle ou un polyhandicap sont les moins en mesure de poursuivre un cursus scolaire dans les classes ordinaires. Ils sont plus souvent orientés vers des établissements médico-éducatifs à l'issue de l'école maternelle, de l'école primaire ou du collège [10]. Dans les classes ordinaires, la part des élèves présentant une déficience cognitive, parmi l'ensemble des élèves handicapés, diminue quand le niveau scolaire augmente : de 27 % dans les écoles primaires à la rentrée scolaire 2006, elle passe à 5 % dans les collèges, puis à 1 % dans les lycées. En revanche, les enfants qui souffrent à titre principal d'une déficience motrice, d'une déficience viscérale, esthétique ou fonctionnelle, ou d'une déficience sensorielle ont un niveau d'autonomie élevé et poursuivent plus facilement leur scolarité dans une classe ordinaire. Parmi l'ensemble des enfants handicapés scolarisés, la part des élèves présentant ce type de déficience augmente avec le niveau scolaire : 28 % dans les écoles primaires, 39 % dans les collèges, 63 % dans les lycées [11].
- Un certain nombre de jeunes en situation de handicap ne sont pas du tout scolarisés. Leur proportion augmente lorsque cesse l'obligation scolaire. Selon l'enquête nationale sur les trajectoires d'enfants passés par les CDES, elle serait de 12 % à l'âge de 18 ans [10].

500 élèves de 15 à 25 ans en situation de handicap fréquentent les classes ordinaires des collèges et lycées de la région

Dans l'Académie de Nantes, tous âges confondus, un peu plus de 1 200 élèves handicapés bénéficient d'une scolarisation individuelle dans des classes ordinaires des collèges et lycées à la rentrée scolaire 2006-2007 (figure 8.2). Environ 500 d'entre eux sont âgés de 15 à 24 ans, et la plupart (93 %) ont moins de 20 ans.

Près de 200 d'entre eux sont au collège et 300 fréquentent les lycées. Parmi ceux qui sont au collège, un sur quatre suit un enseignement adapté dans une classe destinée à des élèves en difficultés scolaires ou sociales² (Segpa principalement et Erea).

Une centaine sont scolarisés dans les classes spécialisées

Environ 500 jeunes élèves handicapés sont scolarisés en Unité pédagogique d'intégration (UPI) dans les collèges de la région à la rentrée 2006. Près d'une centaine d'entre eux sont âgés de 15 ans ou plus (figure 8.2). Une grande majorité (86 %) fréquente également à temps partiel une classe ordinaire.

Figure 8.2

Effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire dans le second degré

Pays de la Loire (année scolaire 2006-2007)

Niveau d'enseignement	Tous âges	15 ans et plus
Scolarisation individuelle dans une classe ordinaire		
Collège	895	184
<i>dont Segpa et Erea</i>	311	-
Lycée	332	322
Collège + Lycée	1 227	506
Scolarisation collective dans une classe spécialisée		
UPI en collège	495	93

Source : Rectorat de l'Académie de Nantes

De nombreux élèves bénéficient d'un accompagnement à la scolarité

Une grande partie des élèves en situation de handicap bénéficient d'un accompagnement à leur scolarité par un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) ou un auxiliaire de vie scolaire.

- En 2006, 81 Sessad offrent 2 250 places pour enfants et adolescents en Pays de la Loire [12]. Plus de la moitié de ces services apportent un soutien à des enfants présentant une déficience intellectuelle (figure 8.3).
- Les jeunes âgés de 15 ans et plus représentent près de 15 % des usagers des Sessad des Pays de la Loire, selon l'enquête Etablissements sociaux 2001 [13]. En supposant que ce taux soit resté stable, on peut estimer que plus de 300 jeunes ligériens de 15 ans scolarisés en milieu ordinaire sont pris en charge par un Sessad, soit environ la moitié des élèves.

2 - L'enseignement adapté est destiné aux élèves présentant des difficultés scolaires ou sociales. Cet enseignement est dispensé en collège, dans les Sections d'enseignement général et préprofessionnel adapté (Segpa) ou dans les Etablissements régionaux d'enseignement adapté (Erea). Il permet à ces élèves de poursuivre leurs études en vue d'obtenir un diplôme de niveau V (CAP, BEP ou niveau équivalent).

Figure 8.3
Services de soins à domicile et d'éducation spéciale
Pays de la Loire (au 31/12/2006)

Type de déficience	Nombre de services	Nombre de places	Taux d'équipement ⁽¹⁾	
			Pays de la Loire	France
Déficience intellectuelle	45	1 097	1,26	-
Troubles du comportement	9	181	0,21	-
Déficience motrice	8	298	0,34	-
Polyhandicap	3	50	0,06	-
Déficience sensorielle	16	631	0,72	-
Ensemble	81	2 257	2,60	1,73

Source : Drass Pays de la Loire

(1) nombre de places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

- En France, 27 % des élèves en situation de handicap scolarisés dans le second degré bénéficient de l'accompagnement d'un auxiliaire de vie scolaire à la rentrée 2006 [9].

Plus de 2 000 élèves de 15 ans et plus accueillis en établissement médico-éducatif

- En 2006, 94 établissements ligériens offrent un peu plus de 5 700 places pour l'accueil de jeunes handicapés de moins de 20 ans. Les Instituts médico-éducatifs (IME), spécialisés dans l'accueil d'enfants et adolescents souffrant d'une déficience intellectuelle sont les plus nombreux : ils totalisent 66 % des places (figure 8.4) [12].

Figure 8.4
Etablissements médico-sociaux pour enfants handicapés
Pays de la Loire (au 31/12/2006)

Type de déficience	Nombre de services	Nombre de places	Taux d'équipement ⁽¹⁾	
			Pays de la Loire	France
Déficience intellectuelle	58	3 779	4,35	-
Troubles du comportement	16	748	0,86	-
Déficience motrice	9	381	0,44	-
Polyhandicap	5	387	0,45	-
Déficience sensorielle	6	453	0,52	-
Ensemble	94	5 748	6,61	6,87

Source : Drass Pays de la Loire

(1) nombre de places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

- 46 % des enfants et adolescents handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux sont âgés de 15 ans et plus, selon l'enquête Etablissements sociaux 2001. Cette proportion varie selon le type d'établissement : elle est plus élevée dans les établissements pour déficients intellectuels et pour déficients sensoriels que dans les autres structures [13].
- Une enquête auprès des IME de la région menée en 2006 par la Drass, la Cram et le Creai des Pays de la Loire montre qu'un peu plus de 4 000 jeunes fréquentent ces établissements, dont 55 % (2 200 jeunes) sont âgés de 16 ans ou plus. 17 % de ces jeunes ne sont pas scolarisés. Et parmi ceux qui le sont, la quasi-totalité a un niveau scolaire qui ne dépasse pas celui du CM2 [14].
- Fin 2006, environ 400 jeunes adultes âgés de 20 ans et plus fréquentaient un établissement pour enfants et adolescents des Pays de la Loire, faute de place dans un établissement pour adulte, au titre de l'amendement Creton [12]. Cet amendement à la loi du 13 janvier 1989 permet le maintien, dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de 20 ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents qui les accueillent.

Des effectifs d'étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur en progression

A la rentrée universitaire 2006-2007, près de 8 700 étudiants en situation de handicap étaient recensés en France, dont 340 pour l'Académie de Nantes. Ce dénombrement³ concerne uniquement les étudiants dont le handicap est reconnu par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ou par le service de santé universitaire [15].

Ce nombre tend à progresser, notamment en raison de la loi de février 2005 qui fait obligation aux établissements d'enseignement supérieur d'accueillir les étudiants handicapés. Ces établissements doivent réaliser les aménagements nécessaires pour l'organisation, l'accompagnement et le déroulement des études des étudiants handicapés ou présentant un trouble de santé invalidant.

8.3 L'insertion professionnelle des jeunes adultes handicapés

Les politiques de l'emploi en faveur des personnes handicapées menées en France au cours des dernières décennies ont progressivement conduit au développement d'un secteur d'emploi protégé pour les personnes ne pouvant travailler en milieu ordinaire, puis à la reconnaissance du statut de travailleur handicapé. Ces politiques ont également instauré une obligation d'emploi

3 - Ce dénombrement ne prend pas en compte les établissements et formations supérieurs privés (écoles de commerce...).

des travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés et créé parallèlement un fonds afin de financer l'insertion professionnelle des personnes handicapées (encadré 8.4).

Les jeunes en situation de handicap bénéficient de ces mesures. Par ailleurs, des dispositifs leur sont spécifiquement destinés, comme le contrat d'apprentissage aménagé. Les jeunes en situation de handicap cumulent cependant les difficultés d'accès à l'emploi communes à l'ensemble des jeunes (cf. chapitre 1) et celles liées à leur handicap. Ce dernier peut être à l'origine de restrictions dans l'exercice de certaines activités professionnelles. Les jeunes handicapés ont, par ailleurs, un niveau de formation moins élevé que l'ensemble des jeunes. Leurs perspectives d'insertion professionnelle se heurtent également à leur éloignement du monde du travail, à une auto-acceptation du handicap parfois difficile et à des problèmes d'autonomie [16].

L'analyse de la situation des personnes handicapées vis-à-vis de l'emploi est complexe. Elle se heurte en premier lieu à la question de la définition du handicap et des contours de la population prise en compte. Les principales sources statistiques régulièrement mises à jour concernent, en effet, principalement des personnes dont le handicap est administrativement reconnu. Par ailleurs, une grande part de l'information disponible concerne uniquement les bénéficiaires de l'obligation légale d'emploi et les entreprises assujetties (entreprises de plus de 20 salariés, fonction publique), ce qui reflète de manière très imparfaite la situation du marché du travail [17].

Encadré 8.4

La législation sur l'emploi des travailleurs handicapés

La reconnaissance du statut de travailleur handicapé

Est considérée comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques ». La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé relève de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), anciennement Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep). La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé permet de bénéficier de plusieurs dispositifs d'aide à l'emploi : orientation en milieu de travail protégé ou en entreprise adaptée, soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi, obligation d'emploi des personnes handicapées, accès à la fonction publique, aides de l'Agefiph. Elle donne également une priorité d'accès à diverses mesures d'aide à l'emploi et à la formation.

L'obligation d'emploi des personnes handicapées

La loi du 10 juillet 1987 en faveur des travailleurs handicapés oblige les entreprises de plus de 20 salariés à employer des travailleurs handicapés, dans une proportion de 6 % de leurs effectifs. Sont considérés comme travailleurs handicapés les personnes reconnues handicapées par la Cotorep, les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité d'au moins 10 %, les invalides pensionnés, les mutilés de guerre et assimilés. La loi de février 2005 étend cette obligation aux titulaires de la carte d'invalidité et de l'allocation aux adultes handicapés. Les entreprises peuvent s'acquitter de cette obligation de plusieurs façons : recrutements directs, contrats de sous-traitance, accueil de personnes handicapées au titre de la formation professionnelle, contribution financière à l'Agefiph, accords d'entreprise, de groupe ou de branche.

Le milieu de travail protégé et les entreprises adaptées

Les Établissements et services d'aide par le travail (ESAT, anciennement CAT, Centres d'aide par le travail) accueillent les personnes qui ne sont pas en mesure d'accéder au milieu du travail ordinaire, sur orientation proposée par la CDAPH. Ce sont des établissements médico-sociaux qui offrent aux personnes handicapées des activités diverses à caractère professionnel et un soutien médico-social et éducatif. Les personnes employées dans les ESAT n'ont pas le statut de salarié. Elles perçoivent une rémunération garantie comprise entre 55 % et 110 % du Smic pour une activité professionnelle à temps plein.

Les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile ont pour objectif de faciliter l'accès des personnes handicapées au monde du travail. Ils emploient au moins 80 % des travailleurs handicapés qui exercent leur activité dans des conditions adaptées à leurs possibilités. Ces structures relèvent du milieu ordinaire de travail. Les personnes employées possèdent tous les droits des salariés et perçoivent une rémunération au moins égale au Smic.

L'Association de gestion pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph)

L'Agefiph est une association chargée de gérer le fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Elle collecte les contributions financières des entreprises de 20 salariés et plus qui s'acquittent par ce moyen, en tout ou partie, de leur obligation d'employer des travailleurs handicapés. Les sommes ainsi collectées sont utilisées pour favoriser toutes les formes d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail (diagnostic et conseil, accessibilité des lieux de travail, aménagement des situations de travail, aides techniques et humaines, formation professionnelle...). La loi de février 2005 a créé un fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique.

Un moindre accès à l'emploi pour les personnes en situation de handicap

Malgré les politiques d'incitation à l'emploi élaborées en leur faveur, les personnes handicapées accèdent moins facilement à l'emploi que l'ensemble de la population. Cette situation résulte à la fois d'une moindre présence sur le marché du travail et d'un taux de chômage⁴ presque deux fois plus élevé (17 % *vs* 9 %) [18]. Par ailleurs, la grande majorité des personnes handicapées travaillent en milieu ordinaire et moins d'un tiers d'entre elles exerce une activité en milieu de travail protégé (encadré 8.5)

Un taux de chômage proche de 30 % chez les jeunes handicapés

Chez les jeunes en situation de handicap, la situation apparaît sensiblement différente. Cumulant les problèmes d'emploi liés à leur âge et ceux spécifiques à leur handicap, les jeunes de moins de 25 ans dont le handicap est administrativement reconnu ont un taux de chômage plus élevé que l'ensemble des jeunes (28 % *vs* 20 %).

Par contre, vraisemblablement parce qu'ils suivent des études moins longues et qu'ils arrivent plus tôt sur le marché du travail, ils ont un taux d'emploi⁴ supérieur à celui de l'ensemble des jeunes de même âge (44 % *vs* 25 %) [17].

Encadré 8.5

Une majorité de travailleurs handicapés en milieu ordinaire

En Pays de la Loire comme en France, les travailleurs handicapés exercent majoritairement leur activité en milieu ordinaire de travail. Fin 2004, près de 14 700 travailleurs handicapés sont employés dans les entreprises ligériennes d'au moins 20 salariés (hors entreprises adaptées), soit 4,6 % des travailleurs salariés en équivalent emploi à temps plein [1].

Les établissements de travail protégé des Pays de la Loire emploient un peu plus de 8 500 travailleurs handicapés. En 2006, on dénombre en effet environ 6 100 places dans les Etablissements et services d'aide pour le travail (ESAT) et 2 550 dans les entreprises adaptées.

Le taux d'équipement régional est légèrement supérieur au taux national pour les ESAT (3,35 *vs* 3,12 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans. Il est deux fois et demie plus élevé pour les entreprises adaptées (1,40 *vs* 0,55) [2].

[1] Près de 15 400 travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail. DRTEFP des Pays de la Loire. Dans *Etudes et Dossiers*, Regards sur l'emploi 2006. Emploi et marché du travail en Pays de la Loire, décembre 2006, pp. 42-44

[2] STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2008, Pays de la Loire. Drass Pays de la Loire, 2008, 44 p.

4 - Le taux d'emploi est la proportion de personnes d'une classe d'âge occupant un emploi par rapport à l'ensemble des personnes de cette classe d'âge. Le taux de chômage est la proportion de chômeurs parmi l'ensemble des chômeurs et des personnes exerçant un emploi.

8.4 Les aides financières

La loi du 11 février 2005 a introduit le droit à la compensation des conséquences du handicap. La Prestation de compensation du handicap (PCH) finance des aides déterminées en fonction des besoins et du « projet de vie » de la personne handicapée. Depuis 2006, elle remplace progressivement l'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP). Les autres prestations sont maintenues. Pour les jeunes, il s'agit principalement de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) jusqu'à 20 ans et de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) au-delà (encadré 8.6).

Encadré 8.6

Les prestations sociales aux personnes handicapées

L'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une aide destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant handicapé. Elle est attribuée sur décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sans condition de ressources à tout enfant de moins de 20 ans dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 %, ou compris entre 50 % et 79 % s'il fréquente un établissement d'enseignement adapté ou s'il recourt à un dispositif d'accompagnement ou à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la CDAPH. Elle est versée par les caisses d'allocations familiales ou la mutualité sociale agricole. Au 1^{er} janvier 2007, le montant de l'allocation de base est fixé à 119,75 euros par mois. A cette allocation peut s'ajouter un complément en fonction de l'importance des besoins liés au handicap. Il existe six niveaux de compléments. Les personnes assumant seules la charge de l'enfant peuvent également bénéficier d'une majoration spécifique pour parent isolé.

La Prestation de compensation du handicap (PCH) a été mise en place au 1^{er} janvier 2006. Elle remplace progressivement l'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP), attribuée aux personnes qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. Elle est versée sans condition de ressources aux personnes âgées de 20 à 60 ans ayant une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité essentielle de la vie quotidienne ou une difficulté grave pour au moins deux activités. Elle englobe des aides de toutes natures, déterminées en fonction des besoins et du projet de vie de la personne handicapée. La prestation de compensation finance cinq types d'aides : aides humaines, aides techniques, aménagement du logement, du véhicule ou financement des surcoûts liés au transport, aides spécifiques ou exceptionnelles, aides animalières contribuant à

l'autonomie de la personne handicapée. La PCH est attribuée par les CDAPH et versée par les Conseils généraux. Jusqu'en 2008, les moins de 20 ans étaient concernés par la PCH uniquement pour les aménagements du logement et des transports. Depuis cette date, les parents peuvent choisir entre la PCH et le complément de l'AEEH.

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est destinée à garantir un minimum de ressources aux personnes handicapées sans ressources ou disposant de revenus inférieurs à un seuil, qui ne peuvent prétendre à un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou à une rente d'accident du travail. Elle est attribuée, sur décision de la CDAPH, aux personnes âgées de 20 ans ou plus dont le taux d'incapacité est d'au moins 80 % (ou 50 % si la personne ne peut occuper un emploi en raison de son handicap). Elle est attribuée sous conditions de résidence et de nationalité et versée par la caisse d'allocations familiales.

2 400 jeunes ligériens de 15 ans et plus bénéficient de l'AEEH

L'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est destinée aux jeunes de moins de 20 ans. En 2006, environ 2 400 jeunes ligériens âgés de 15 ans et plus bénéficiaient de l'AEEH, soit un taux de 11 pour 1 000 jeunes. Les jeunes de cette classe d'âge représentent 31 % de l'ensemble des bénéficiaires. 60 % sont des garçons (figure 8.5).

Figure 8.5
Bénéficiaires de l'AEEH parmi les 15-19 ans
Pays de la Loire (au 31/12/2006)

Type de déficience	Garçons	Filles	Ensemble
Nombre de bénéficiaires	1 413	1 021	2 434
Taux pour 1 000 jeunes âgés de 15-19 ans	12,6	9,5	11,1

Sources : Caf, MSA, Insee

Plus de 3 200 Ligériens âgés de 20 à 25 ans perçoivent l'allocation aux adultes handicapés

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) permet de garantir un minimum de ressources aux personnes handicapées âgées de 20 ans ou plus. Environ 3 250 jeunes ligériens âgés de 20 à 25 ans bénéficient de l'AAH en 2006 (13 pour 1 000 jeunes). Ils représentent 9 % de l'ensemble des bénéficiaires. Les garçons représentent 56 % des bénéficiaires (figure 8.6).

Figure 8.6
Bénéficiaires de l'AAH parmi les 20-25 ans
Pays de la Loire (au 31/12/2006)

Type de déficience	Garçons	Filles	Ensemble
Nombre de bénéficiaires	1 821	1 434	3 255
Taux pour 1 000 jeunes âgés de 20-25 ans	14,0	11,5	12,8

Sources : Caf, MSA, Insee

Certains jeunes de moins de 25 ans bénéficient également d'une prestation destinée à compenser leur handicap

Environ 4 500 Ligériens ont bénéficié de l'Allocation compensatrice tierce personne (ACTP) ou de la Prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006. Près de 4 000 d'entre eux vivent à leur domicile.

La répartition par âge de ces bénéficiaires régionaux n'est pas connue. Au niveau national, la proportion de moins de 25 ans parmi les bénéficiaires est de 6 % pour l'ACTP et 8 % pour la PCH [19]. Sur ces bases, on peut estimer à près de 300 le nombre de jeunes ligériens de moins de 25 ans qui perçoivent l'une ou l'autre de ces prestations.

8.5 L'hébergement en établissement des jeunes adultes handicapés

Les personnes âgées de 20 ans et plus en situation de handicap qui n'ont pas une autonomie suffisante pour vivre à domicile peuvent bénéficier d'un accueil en établissement : foyer d'hébergement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée.

- Les foyers d'hébergement accueillent dans leur majorité des personnes avec un handicap mental, exerçant leur activité professionnelle dans les ESAT (Établissements et services d'aide par le travail), les entreprises adaptées ou le milieu ordinaire.
- Les foyers occupationnels accueillent des personnes ne pouvant pas travailler, mais qui ont une certaine autonomie physique ou intellectuelle. Ils fonctionnent en général à la journée.
- Les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés accueillent les personnes les plus lourdement handicapées, les premières prenant en charge des personnes nécessitant une surveillance médicale ou des soins constants.

■ En 2006, 289 établissements ligériens offrent près de 7 500 places pour les adultes handicapés (figure 8.7) [20].

Figure 8.7
Établissements médico-sociaux pour adultes handicapés
Pays de la Loire (au 31/12/2006)

Type d'établissement	Nombre d'établissements	Nombre de places	Taux d'équipement ⁽¹⁾	
			Pays de la Loire	France
Foyer d'hébergement	81	1 919	-	-
Foyer de vie	143	3 570	1,96	1,25
Foyer d'accueil médicalisé	32	712	0,39	0,40
Maison d'accueil spécialisée	33	1 276	0,70	0,58
Ensemble	289	7 477	-	-

Source : Drass Pays de la Loire

(1) nombre de places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans

■ La part des jeunes dans ces établissements est en diminution. Entre 1995 et 2001, la proportion des moins de 25 ans est passée de 14 % à moins de 9 % et l'âge moyen a augmenté de deux à trois ans selon la structure [21]. En 2006, la proportion des 16-24 ans est de 8 % dans les maisons d'accueil spécialisées [22].

Cette situation, qui résulte le vieillissement de la population handicapée, peut être rapprochée du nombre élevé de jeunes de plus de 20 ans - environ 400 dans la région - qui faute de place, restent accueillis dans des structures pour enfants et adolescents.

Bibliographie

- [1] Les désignations du handicap. Des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative. I. Ville, J.F. Ravaud, A. Letourmy. Dans *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1-2, janvier-juin 2003, pp. 31-53
- [2] Le handicap se conjugue au pluriel. P. Mormiche. *Insee Première*, Insee, n° 742, octobre 2000, 4 p.
- [3] Enquête Baromètre santé jeunes 2005, ORS Pays de la Loire - Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire
- [4] Prévalence des déficiences et origine des handicaps des enfants connus des CDES des Pays de la Loire dans leur 8^{ème} année. ORS Pays de la Loire, 2004, 54 p.
- [5] Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID) 1998-1999, Insee, exploitation ORS Pays de la Loire
- [6] Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue. S. Scheidegger, P. Raynaud. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 559, mars 2007, 8 p.
- [7] Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire
- [8] Prévalence des handicaps. Evolution dans trois générations d'enfants 1972, 1976, 1981. C. Rumeau-Rouquette, C. du Mazaubrun, A. Verrier, A. Mlika, G. Bréard, J. Goujard, E. Fombonne. Les éditions Inserm, 1994, 177 p. (Grandes Enquêtes en Santé Publique et Epidémiologie)
- [9] La scolarisation des enfants et adolescents handicapés. P. Espagnol, P. Prouchandy. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 564, mars 2007, 8 p.
- [10] Les trajectoires institutionnelles et scolaires des enfants passés en CDES. J.Y. Barreyre, C. Bouquet, P. Fiacre, C. Peintre. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 580, juin 2007, 8 p.
- [11] Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2007, 416 p.
- [12] Le dispositif de prise de charge des enfants et adultes handicapés en Pays de la Loire au 31 décembre 2006. Drass Pays de la Loire, 2007, 66 p.
- [13] La prise en charge des enfants et adolescents handicapés en Pays de la Loire. Drass Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 16, octobre 2003, 4 p.
- [14] Etude régionale sur le devenir des IME des Pays de la Loire. Les enfants, adolescents et jeunes handicapés accueillis dans les IME des Pays de la Loire au 15 février 2006. Volet 1. Creai Pays de la Loire, Drass Pays de la Loire, 2007, 83 p.

- [15] Effectif des étudiants handicapés. Année universitaire 2006-2007. Synthèse par académie [site internet]
<http://www.sup.adc.education.fr/handi-U/stats/fstat.htm> (site visité le 11/02/2009)
- [16] Favoriser l'insertion professionnelle des jeunes handicapés. Y. Lachaud. Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, 2006, 65 p.
- [17] L'activité professionnelle des personnes handicapées. S. Amira, M. Meron. Dans *France, Portrait social 2004-2005*. Insee, 2004, pp. 173-193
- [18] Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées. G. de Stefano. Dares, 2006, 96 p.
- [19] Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2006. G. Bailleau et F. Trespeux. *Documents de Travail. Série Statistiques*, Drees, n° 122, avril 2008, 107 p.
- [20] STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) 2008, Pays de la Loire. Drass Pays de la Loire, 2008, 44 p.
- [21] La prise en charge médico-sociale des adultes handicapés en Pays de la Loire. Drass Pays de la Loire. *Echo des Stat. Pays de la Loire*, n° 20, avril 2004, 4 p.
- [22] Indicateurs médico-sociaux secteur « handicap ». Etablissements et services d'aide par le travail, 2006. Drass Pays de la Loire, 2007, 4 p.

Annexes

Éléments de méthode concernant les principales sources de données sur la santé des jeunes des Pays de la Loire	292
--	-----

Index des sigles	297
------------------	-----

Éléments de méthode concernant les principales sources de données sur la santé des jeunes des Pays de la Loire

■ Affections de longue durée (ALD)

Les assurés sociaux et leurs ayants droit peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à l'une des trente ALD dont la liste est fixée par décret. L'admission en ALD est prononcée par les services médicaux de l'assurance maladie, sur demande du malade ou de son médecin traitant.

L'analyse de la situation est basée sur le dénombrement annuel moyen d'admissions en ALD des habitants des Pays de la Loire pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime social des indépendants) au cours de la période 2002-2004. Le calcul d'une moyenne annuelle sur trois années permet de limiter les fluctuations aléatoires. Les pathologies sont regroupées sur la base des chapitres et sous-chapitres de la CIM10. Ces données ont été transmises par l'Urcam et par les services médicaux de l'assurance maladie (DRSM) des Pays de la Loire.

Les comparaisons Pays de la Loire/France sont basées sur des indices comparatifs calculés à partir du nombre d'admissions en ALD, regroupées par numéro d'ALD, pour les trois principaux régimes d'assurance maladie au cours de la période 2002-2004. Ces données sont mises à disposition de la Fnors par les caisses nationales d'assurance maladie pour alimenter la base de données SCORE-santé. Les différences mentionnées dans ce rapport sont toutes statistiquement significatives au seuil de 5 %.

■ Baromètre santé et Baromètre santé jeunes Pays de la Loire

Le Baromètre santé est une enquête nationale téléphonique, réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en population générale. Son objectif est d'étudier les principaux comportements, attitudes et connaissances des Français en matière de santé (consommation de tabac, d'alcool, usage de drogues illicites, vaccination, dépistage des cancers, santé mentale, qualité de vie...). Le renouvellement de cette enquête tous les cinq ans permet de suivre l'évolution de ces indicateurs de santé.

En 2005, plus de 30 000 personnes âgées de 12 à 75 ans résidant en France métropolitaine, ont été interrogées.

Le Baromètre santé jeunes Pays de la Loire est une extension régionale de l'enquête nationale Baromètre santé. Il a été réalisé par l'ORS des Pays de la Loire en 2000 auprès de 1 250 jeunes de 12-25 ans habitant la région, puis en 2005 auprès de 1 500 jeunes.

Les données présentées dans ce document sont issues :

- pour le niveau national, des Baromètres santé nationaux 12-75 ans,
- pour le niveau régional, des Baromètres santé jeunes Pays de la Loire 2000 et 2005. Dans certains cas, des exploitations spécifiques de la base nationale 12-75 ans ont été réalisées par l'ORS.

Les indicateurs du Baromètre santé jeunes font l'objet de comparaisons géographiques (entre les Pays de la Loire et la France), entre deux périodes (2000 et 2005) ou entre deux groupes de jeunes (par exemple, entre les jeunes résidant dans une commune urbaine et ceux résidant dans une commune rurale).

Dans ce document, pour la classe d'âge 15-25 ans, l'ensemble de ces comparaisons ont été effectuées sur la base de nouvelles valeurs à âge et sexe comparables, obtenues en utilisant la technique de standardisation par rapport à une population de référence (France métropolitaine RP99). Les différences mentionnées dans ce rapport sont toutes statistiquement significatives au seuil de 5 %.

■ Causes médicales de décès

Les statistiques des causes médicales de décès sont établies annuellement par l'Inserm CépiDc à partir des certificats médicaux de décès (qui mentionnent pour chaque décès la cause initiale et la cause immédiate de la mort, ainsi que les états morbides associés), croisés avec les informations sociodémographiques sur la personne décédée transmises par l'Insee. Les causes de décès sont codées selon la Classification internationale des maladies (9^e révision entre 1979 et 1999, 10^e depuis 2000), établie par l'Organisation mondiale de la santé.

Les données présentées dans ce document sont rapportées au lieu de domicile de la personne décédée (données domiciliées) et elles concernent uniquement la cause initiale de décès.

L'analyse de la situation régionale est basée sur la moyenne annuelle des décès survenus au cours de la période 2002-2004, le calcul d'une moyenne annuelle sur trois années permettant de limiter les fluctuations aléatoires. Ces effectifs de décès proviennent du site internet Inserm CépiDc ou de la base de données SCORE-santé gérée par la Fnors.

Pour les jeunes et l'ensemble de la population, la mortalité a été comparée entre différents niveaux géographiques (Pays de la Loire/France ou départements/France). Ces comparaisons ont été effectuées à partir d'indicateurs calculés à structure par âge et sexe comparable (standardisation par rapport à une population de référence).

L'évolution de la mortalité depuis 1980 a été analysée à partir de taux bruts de mortalité pour les jeunes de 15-24 ans et de taux comparatifs pour l'ensemble de la population, calculés sur des périodes de 3 ans.

Les différences mentionnées dans ce rapport sont toutes statistiquement significatives au seuil de 5 %.

■ Centres d'examens de santé

Les centres d'examens de santé, financés par l'assurance maladie, proposent des examens périodiques de santé aux assurés sociaux et leurs ayants droit. Dans la région des Pays de la Loire, six centres d'examens de santé sont implantés à Saint-Nazaire, la Roche-sur-Yon, Angers, Cholet, Laval et Le Mans. A l'occasion des bilans de santé réalisés dans ces centres, un certain nombre de données épidémiologiques sont recueillies.

Celles présentées dans ce document concernent 5 000 jeunes âgés de 16 à 24 ans venus consulter en 2005 dans l'un des six centres d'examens de santé de la région. Parmi ces jeunes, près de 2 900 étaient en situation d'insertion et avaient reçu une invitation spécifique pour réaliser ce bilan, les autres jeunes étaient venus consulter volontairement.

Les indicateurs de santé des personnes en situation d'insertion, recueillis à l'occasion de ces bilans, ont été comparés à ceux des autres consultants. L'interprétation des données comporte toutefois un certain nombre de limites. En effet, ces deux populations ne peuvent être considérées comme représentatives de l'ensemble des personnes en situation d'insertion d'une part, du reste de la population d'autre part. L'une comme l'autre étant constituées de personnes volontaires, certaines de leurs caractéristiques peuvent différer de celles d'un échantillon représentatif.

■ Escapad

Mise en oeuvre par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) depuis 2000 en partenariat avec la Direction du service national (DSN), l'enquête Escapad se déroule lors des Journées d'appel de préparation à la défense (JAPD). Les jeunes qui participent à cette enquête répondent à un questionnaire auto-administré anonyme sur leurs consommations de substances psychoactives. Ces adolescents sont en majorité âgés de 17 ans.

Les données présentées dans ce rapport sont issues :

- des résultats cumulés des données des enquêtes menées en 2002 et 2003 (27 000 questionnaires de jeunes résidant en France métropolitaine, dont 1 900 dans les Pays de la Loire)
- et de l'enquête 2005 (29 000 questionnaires collectés au niveau national et 1 200 au niveau régional).

■ Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière, qui repose sur l'enregistrement standardisé d'un certain nombre d'informations administratives et médicales.

Pour les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sont recueillis :

- un diagnostic principal (défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant),
- un diagnostic relié (diagnostic facultatif correspondant à une maladie chronique ou de longue durée ou à un état permanent au moment du séjour ; il n'a lieu d'être renseigné que si le diagnostic principal est un code compris entre Z00 et Z99 : autres motifs de recours aux soins),
- des diagnostics associés (morbidité associée au diagnostic principal ayant donné lieu à une prise en charge supplémentaire au cours du séjour),
- ainsi que les actes effectués au cours du séjour.

Les diagnostics sont codés selon la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM10) et les actes selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Les données présentées dans ce document concernent des séjours et non des patients (un patient hospitalisé à plusieurs reprises est comptabilisé autant de fois qu'il est hospitalisé). Les séjours comptabilisés correspondent aux séjours des habitants de la région, quel que soit leur lieu d'hospitalisation (données domiciliées). Les séjours correspondant à des séances de dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, et d'autres traitements itératifs ne sont pas pris en compte. Sauf mention contraire, ces données reposent uniquement sur l'exploitation du diagnostic principal.

Pour la période 1998-2002, les données régionales et nationales proviennent d'exploitations de la base nationale, réalisées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en lien avec le cahier des charges pour l'Evaluation des besoins de santé (EBS) dans le cadre de l'élaboration des Schémas régionaux de l'organisation sanitaire (Sros).

Pour la période 2003-2004, les données proviennent pour le niveau national d'exploitations de la base nationale réalisées par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et l'ORS, et pour le niveau régional d'exploitations réalisées par l'ORS, à partir de la base régionale mise à disposition par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Dénombrement des accouchements

Le dénombrement des accouchements à partir du PMSI s'effectue en sélectionnant :

- les séjours avec un des codes CIM10 suivants en diagnostic principal : O62 à O66, O80 à O84,
- les séjours avec un des codes O00-O99 en diagnostic principal et un code Z37 en diagnostic associé,
- et les séjours avec un des codes CCAM suivants : JQGD001, JQGD002, QGD003, JQGD004, JQGD005, QGD007, JQGD008, JQGD010, QGD012, JQGD013, JMPA006, JOED001, JOED002, JQGD006, JQGD009, QGD011, JQGA002, JQGA003, QGA004, JQGA005, AFLB010, JMCA001, JMCA002, JMCA003, JMCA004, JNCA001, JNCA002, EDSF011, EDSA002, ELSA002, JNFA001, JNBD002.

Dénombrement des séjours pour fracture

Séjour avec un des codes CIM10 suivants en diagnostic principal : S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S72.0-S72.4, S72.7-S72.9, S82, S92, T02.1-T02.5, T08, T10, T12, T14.2.

Dénombrement des séjours pour fracture du membre inférieur

Séjour avec un des codes CIM10 suivants en diagnostic principal : S72.0-S72.4, S72.7-S72.9, S82, S92.

Dénombrement des séjours pour luxation, entorse, lésion musculo-tendineuse récente

Séjour avec un des codes CIM10 suivants en diagnostic principal : S03, S09.1, S13, S16, S23, S29.0, S33, S39.0, S43, S46, S53, S56, S63, S66, S73, S76, S83, S86, S93, S96, T03, T06.4, T09.2, T09.5, T11.2, T11.5, T13.2, T13.5, T14.3, T14.6.

Dénombrement des séjours pour traumatisme intra-thoracique ou intra-abdominal

Séjour avec un des codes CIM10 suivants en diagnostic principal : S26, S27, S36, S37, S39.6, T06.5.

Dénombrement des séjours pour plaie(s)

Séjour avec un des codes CIM10 suivants en diagnostic principal : S01, S08, S05.2-S05.7, S09.2, S41, S48, S51, S58, S61, S68, S71, S78, S81, S88, S91, S98, T01.2-T01.3, T05.0-T05.5, T11.1, T11.6, T13.1, T13.6.

Index des sigles

AAH : Allocation aux adultes handicapés
ACSF : (enquête) Analyse des comportements sexuels en France
ACTP : Allocation compensatrice tierce personne
AcVC : Accident de la vie courante
AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
Afssa : Agence française de sécurité sanitaire des aliments
Agefiph : Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
ALD : Affection de longue durée
ANLCI : Agence nationale de lutte contre l'illettrisme
ANPE : Agence nationale pour l'emploi
ANRS : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ATIH : Agence technique sur l'information de l'hospitalisation
AVS : Auxiliaire de vie scolaire
BAAC : Bordereau d'analyse d'accident corporel
BEP : Brevet d'études professionnelles
BTS : Brevet de technicien supérieur
CADA : Centre d'accueil des demandeurs d'asile
CAF : Caisse d'allocations familiales
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle
CAT : Centre d'aide par le travail
CDAG : Consultation de dépistage anonyme et gratuit
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDD : Contrat à durée déterminée
CDES : Commission départementale de l'éducation spéciale
CEP : Certificat d'études primaires
CFA : Centre de formation des apprentis
CFES : Comité français d'éducation pour la santé
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIM : Classification internationale des maladies
Clis : Classe d'intégration scolaire
CMU : Couverture maladie universelle
Cnam : Conservatoire national des arts et métiers
Cnamts : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
Cotorep : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPA : Certificat professionnel d'aptitude
CPGE : Classe préparatoire aux grandes écoles

Cram : Caisse régionale d'assurance maladie
Creai : Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
Credes : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CSF : (enquête) Contexte de la sexualité en France
DADS : Déclaration automatisée des données sociales
Dares : Direction de l'animation des recherches, des études et des statistiques
Drass : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRSM : Direction régionale des services médicaux (de l'assurance maladie)
DRTEFP : Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECEE : Enquête complémentaire à l'enquête sur l'emploi
ENNS : Etude nationale nutrition santé
Epac : Enquête permanente sur les accidents de la vie courante
EPS : Education physique et sportive
Erea : Etablissement régional d'enseignement adapté
ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail
Escapad : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
Espad : European school survey project on alcohol and other drugs
FAJ : Fonds d'aide aux jeunes
FJT : Foyer de jeunes travailleurs
Fnors : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
Francim : Réseau français des registres des cancers
HAS : Haute autorité de santé
HCSP : Haut conseil de la santé publique
HID : (enquête) Handicaps-incapacités-dépendance
HPV : Human papilloma virus
IMC : Indice de masse corporelle
IME : Institut médico-éducatif
INCa : Institut national du cancer
INCA : (étude) Individuelle nationale des consommations alimentaires
Ined : Institut national d'études démographiques
Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Inra : Institut national de la recherche agronomique
Inrets : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut national de la veille sanitaire
Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IREB : Institut de recherches scientifiques sur les boissons
IST : Infection sexuellement transmissible

IUT : Institut universitaire technologique
IVG : Interruption volontaire de grossesse
JAPD : Journée d'appel de préparation à la défense
KABP : (enquête) Knowledge, attitudes, beliefs and practices
LMDE : La mutuelle des étudiants
MCO : Médecine-chirurgie-obstétrique
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MSA : Mutualité sociale agricole
OCRTIS : Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
OEDT : Observatoire européen des drogues et toxicomanies
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONISR : Observatoire national interministériel de sécurité routière
ORL : Oto-rhino-laryngologie
ORS : Observatoire régional de la santé
PCH : Prestation de compensation du handicap
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS : Programme national nutrition santé
PPS : Projet personnalisé de scolarisation
RMI : Revenu minimum d'insertion
RP : Recensement de la population
RSI : Régime social des indépendants
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SAM : (enquête) Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière
SCORE-Santé : Site commun d'observation régionale en santé
SDF : Sans domicile fixe
Segpa : Section d'enseignement général et professionnel adapté
Sessad : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
Sida : Syndrome d'immuno-déficience acquise
Smic : Salaire minimum de croissance
STS : Section de technicien supérieur
Sumer : (enquête) Surveillance médicale des risques professionnels
SU.VI.MAX : (enquête) Supplémentation en vitamines et en minéraux antioxydants
UNSS : Union nationale du sport scolaire
UPI : Unité pédagogique d'intégration
Urcam : Union régionale des caisses d'assurance maladie
Usen : Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Conception graphique et mise en page : Caroline Demange - wr2studio.com

Photographie de couverture : Claudia Paulussen - Fotolia

Impression : Offset 5 Edition - 02 51 94 79 14

LA SANTÉ DES JEUNES EN PAYS DE LA LOIRE



Les Pays de la Loire comptent plus de 400 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans qui porteront demain le développement de notre région. La protection et la promotion de leur santé - qui est selon l'Organisation mondiale de la santé *une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie* - représentent donc un véritable enjeu de société. De nombreux opérateurs, institutions, élus, professionnels du champ de la santé, de l'éducation et du domaine social se mobilisent dans cet objectif. Mais les jeunes et leurs proches en sont les premiers acteurs.

Cette dynamique sera d'autant plus efficace qu'elle pourra s'appuyer sur un diagnostic global, intégrant à la fois l'état de santé et ses différents déterminants, distinguant les mythes - fréquents lorsqu'il s'agit de la jeunesse - et les réalités, choisissant les difficultés qu'il est prioritaire de résoudre, n'éluant pas le fait que certains problèmes concernent autant les adultes que les jeunes, identifiant les ressources sociales et individuelles qu'il est possible de mobiliser.

C'est à ce vaste projet que cet ouvrage souhaite contribuer, en mettant à disposition de tous les données disponibles sur la santé des jeunes des Pays de la Loire, en les analysant en regard de la situation des autres groupes d'âge et des autres régions, en les étudiant dans leur évolution, en les complétant par des éclairages nationaux. Ce travail a été entrepris à la demande du Conseil régional des Pays de la Loire. Sa réalisation a également bénéficié de la contribution financière de l'Etat.

Cette approche analytique ne doit pas faire oublier que la santé des jeunes se construit dans un continuum, fruit de multiples déterminants qui interviennent dès avant la naissance et en interaction complexe avec de nombreux facteurs socio-économiques et culturels. Si des programmes et actions visant les 15-25 ans sont indispensables, c'est sans doute bien avant qu'il faut agir, et dans un cadre qui dépasse le seul champ de la santé.