

Janvier 2016

## La santé observée dans les Pays de la Loire

# Santé des jeunes de 15 à 24 ans

### L'essentiel

- ▶ Les Pays de la Loire comptent environ 430 000 jeunes de 15-24 ans, et leur effectif devrait dépasser 500 000 en 2040. 20 % des jeunes de la région qui ne sont plus scolarisés ne sont titulaires d'aucun diplôme.
- ▶ Même si la grande majorité des jeunes sont en bonne santé, les maladies graves n'épargnent pas cette classe d'âge. Plus de 1 400 jeunes sont admis chaque année en affection de longue durée (ALD), le plus souvent pour des troubles mentaux et du comportement.
- ▶ Environ 190 Ligériens âgés entre 15 et 24 ans décèdent en moyenne chaque année. Les trois quarts de ces décès concernent des hommes. La mortalité chez les jeunes de la région reste supérieure à la moyenne nationale (+ 15 %) en raison d'une plus grande fréquence régionale des décès par accident de la circulation et par suicide.
- ▶ Chez les jeunes des Pays de la Loire, les habitudes d'alcoolisation semblent s'installer plus tôt et les consommations régulières ou excessives sont nettement plus fréquentes qu'au plan national. Ce constat n'est pas nouveau, mais au cours des années récentes, l'écart avec la moyenne nationale s'est accru en raison notamment d'une forte augmentation des alcoolisations massives.
- ▶ Environ un tiers des jeunes ligériens de 15-25 ans sont des fumeurs quotidiens. Chez les adolescents de 17 ans, cette proportion a augmenté au cours des années récentes dans la région comme en France. L'usage régulier de cannabis est également en hausse.
- ▶ Entre 2005 et 2010, le temps passé devant un écran (ordinateur, télévision...) a considérablement augmenté chez les 15-25 ans. Parallèlement, la prévalence de la surcharge pondérale a fortement progressé.

## Situation en France

### Une population globalement en bonne santé

► La France métropolitaine compte 7,6 millions de jeunes âgés entre 15 et 24 ans en 2012, qui représentent 12 % de la population totale [1]. Selon les projections établies par l'Insee (scénario central), leur effectif devrait progresser dans les prochaines décennies pour atteindre 8,1 millions en 2040 [2].

► Entre 15 et 24 ans, la grande majorité des jeunes sont en bonne santé : les taux de recours aux soins de ville et aux soins hospitaliers (hors soins liés à la maternité) (Fig4), la fréquence de maladies graves (Fig3), ainsi que le taux de mortalité (Fig6) sont nettement plus faibles que dans les autres classes d'âge.

La perception des jeunes de leur propre santé conforte ce constat : plus de la moitié des jeunes se déclarent "tout à fait bien portants" en 2010. Par ailleurs, c'est entre 15 et 25 ans que la qualité de vie liée à la santé dans sa dimension sociale apparaît la meilleure [3].

Au cours de la dernière décennie, la diffusion massive de supports numériques et le développement considérable d'internet et des réseaux sociaux ont impacté de façon importante la vie sociale dans toutes les classes d'âge, mais en particulier chez les jeunes qui en sont de grands utilisateurs (Encadré 1). Si l'intérêt de ces nouvelles technologies de l'information et de la communication est indéniable, elles sont également susceptibles d'impacter de façon négative la santé, notamment lorsqu'elles se développent sans contrôle parental chez les plus jeunes ou lorsqu'elles sont trop investies. Selon les études internationales, 2 à 12 % des adolescents seraient concernés par une utilisation problématique d'internet [4].

► Les recours des jeunes aux soins de ville sont le plus souvent liés à des motifs sans caractère de gravité. Les pathologies respiratoires (asthme, allergie, bronchite...) et les actes à caractère préventif (vaccination, certificats médicaux, contraception...) représentent chacun un quart des motifs des séances des 15-24 ans en médecine libérale en 2011-2012. Les maladies de la peau (acné notamment) constituent également un motif relativement fréquent de recours (11 %) [5].

► Pour une pathologie grave nécessitant des soins longs et coûteux, 31 500 jeunes de 15-24 ans (soit environ 4 jeunes sur 1 000) ont été admis en affection de longue durée en 2013 par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie. Plus d'un tiers de ces admissions sont prononcées pour des troubles mentaux et du comportement [6].

#### Encadré 1. Internet et réseaux sociaux chez les jeunes

L'usage d'internet a fortement augmenté ces dernières années chez les jeunes comme dans toutes les classes d'âge. Entre 2007 et 2014, la proportion de jeunes de 15-29 ans utilisant internet *tous les jours ou presque* est passée de 36 % à 84 % [7].

Le temps passé sur internet ne cesse d'augmenter. En 2011, selon l'enquête Escapad, les jeunes de 17 ans passaient en moyenne 7 heures par semaine sur internet [8]. Selon une enquête en ligne réalisée par Ipsos en 2014, les 13-19 ans (qui ont accès à internet) y passent en moyenne 13h30 par semaine contre 12h20 en 2012 [9].

Les jeunes surfent sur internet le plus souvent pour échanger/communiquer entre eux (messageries, réseaux sociaux, forum de discussion, blog...), rechercher des informations (actualités, recherche documentaire) et jouer à des jeux vidéos (jeux en réseau, jeux de rôle...), cette dernière activité étant plus souvent masculine [8].

Environ 90 % des adolescents de 13-18 ans sont inscrits sur les réseaux sociaux, en raison le plus souvent de la présence d'amis sur ces réseaux [10].

### Des disparités entre les deux sexes

► Comme pour les autres classes d'âge, les disparités d'état de santé selon le sexe sont marquées chez les jeunes. Entre 15 et 24 ans, les hommes ont une perception plus favorable que les femmes de leur qualité de vie liée à la santé, plus particulièrement en matière de santé physique et de santé mentale. Ils déclarent, par ailleurs, un moindre recours aux professionnels de santé [11]. Par contre, ils présentent en 2012 une mortalité 2,6 fois plus élevée que les femmes (Fig6) [12]. Cette surmortalité est à rapprocher de certains comportements plus spécifiquement masculins, les garçons étant de façon générale plus enclins à prendre des risques, à repousser les limites, à braver les interdits...

## Des conduites addictives qui évoluent, une augmentation marquée des alcoolisations massives

► Les consommations de produits psychoactifs (tabac, alcool, drogues) ne concernent pas seulement les jeunes, mais elles occupent à cet âge une place particulière. C'est notamment à cette période de la vie, qu'ont lieu le plus souvent les premières expérimentations, et que des consommations durables, voire des usages problématiques ou dépendances sont susceptibles de s'installer.

► Plus de 30 % des 15-25 ans sont des fumeurs quotidiens en 2014, les garçons plus souvent que les filles, selon le Baromètre santé. Entre 2010 et 2014, cette prévalence du **tabagisme** quotidien est restée relativement stable chez les hommes de 15-25 ans alors qu'elle apparaît en recul chez les femmes de 20-25 ans [13]. Ce constat doit toutefois être pondéré par la légère reprise du tabagisme quotidien observée chez les adolescentes de 17 ans entre 2011 et 2014, selon l'enquête Escapad [14].

► L'**alcool** est, parmi l'ensemble des substances psychoactives, celle qui est expérimentée la plus tôt. C'est également la substance la plus consommée entre 15 et 24 ans, comme dans le reste de la population. Les jeunes se distinguent toutefois des personnes plus âgées par des usages de l'alcool moins réguliers mais plus excessifs. Les consommations excessives d'alcool, ponctuelles ou régulières, concernent une part relativement importante de jeunes. Même si une tendance au rapprochement s'observe entre garçons et filles, ces comportements restent majoritairement masculins [15].

40 % des 18-25 ans déclarent consommer de l'alcool toutes les semaines (51 % des hommes, 30 % des femmes), 29 % rapportent au moins trois ivresses dans l'année (dont 14 % au moins dix ivresses) et 32 % des épisodes mensuels d'alcoolisation ponctuelle importante (dont 11 % toutes les semaines) selon le Baromètre santé 2014 [15]. En 2010, 11 % des 15-30 ans pouvaient être considérés comme consommateurs d'alcool à risque chronique ou de dépendance [11].

Les épisodes d'ivresses et d'alcoolisation importante ont sensiblement augmenté entre 2005 et 2014 chez les garçons comme chez les filles. Chez les 18-25 ans, la proportion de personnes ayant connu au moins trois ivresses dans l'année a presque doublé, passant de 15 à 29 %. Sur les dernières années 2010-2014, les hausses les plus marquées concernent les jeunes femmes, en particulier les étudiantes [15]. Toutefois, chez les plus jeunes, ces épisodes d'alcoolisation sembleraient en recul selon les résultats des enquêtes Escapad de 2011 et 2014 menées chez les adolescents âgés de 17 ans [14].

20 800 jeunes de moins de 25 ans (résidant en France métropolitaine) ont été hospitalisés pour ou avec une intoxication éthylique aiguë (IEA) en service de court séjour en 2013. 28 % de ces hospitalisations concernent des jeunes de moins de 18 ans, et 69 % des garçons. Parmi ces 20 800 hospitalisations, 1 270 soit 6 % se sont accompagnées de complications sévères (soit d'un coma et/ou d'un problème de santé nécessitant des soins de réanimation, intensifs ou de surveillance continue). Le taux d'hospitalisations liées à une IEA a augmenté entre 2006 et 2011, puis diminué en 2012 et 2013. Si l'on considère les hospitalisations pour IEA avec complications sévères, une tendance comparable est observée, avec des évolutions moins marquées (Fig11) [16]. Ces évolutions sont complexes à analyser car elles peuvent être liées à de multiples facteurs : évolution des comportements d'alcoolisation des jeunes, des pratiques de leur entourage et des professionnels extrahospitaliers, des modes d'organisation des services d'urgences, des modalités de codage des motifs de séjours dans les systèmes d'information hospitaliers... Cette tendance à la baisse, notamment pour les situations les plus graves, mérite donc d'être confirmée dans les années qui viennent.

► Le **cannabis** est le produit psychoactif illicite le plus fréquemment consommé à l'adolescence. En 2014, 48 % des adolescents de 17 ans et 54 % des 18-25 ans déclarent en avoir déjà consommé une fois dans leur vie [14] [17]. L'usage du cannabis est plus répandu chez les garçons. La consommation dans l'année concerne 34 % des hommes et 23 % des femmes de 18-25 ans. L'usage régulier<sup>1</sup> de cannabis est déclaré en 2014 par 9 % des adolescents de 17 ans (12 % des garçons et 6 % des filles) et 8 % des 18-25 ans (11 % des hommes et 6 % des femmes) [18]. Sur les années récentes, une hausse des usages du cannabis est observée. L'usage régulier est passé de 6 à 9 % entre 2011 et 2014 chez les adolescents de 17 ans, et de 6 à 8 % entre 2010 et 2014 chez les 18-25 ans [14] [17].

► La consommation des autres substances illicites reste nettement moins répandue que celle du cannabis. Les **poppers**, la **cocaïne** et la **MDMA/ecstasy** sont les autres produits illicites les plus consommés, avec un usage dans l'année qui concerne respectivement 2,5 %, 3,1 % et 3,8 % des 18-25 ans en 2014 [17].

<sup>1</sup> Consommation de cannabis 10 fois ou plus au cours du mois

## Les accidents, un risque fréquent et grave pour la santé des jeunes

- ▶ En 2010, 17 % des 15-25 ans déclarent avoir été victimes au moins une fois dans l'année d'un **accident** ayant nécessité un recours aux soins (accident de la vie courante, de la route ou du travail) [3].
- ▶ Les garçons sont globalement plus exposés au risque d'accident. Ainsi, les accidents, et notamment les accidents de transport, sont à l'origine de la forte surmortalité observée chez les garçons par rapport aux filles. Parmi les 2 900 décès dénombrés dans la population des 15-24 ans en France en 2012, près de 40 % sont liés à des accidents et 80 % de ces décès par accident concernent des garçons [12]. Par ailleurs, les taux d'hospitalisations pour lésions traumatiques sont environ 3,5 fois plus élevés chez les garçons que chez les filles [19].
- ▶ Les **accidents de la route**, même si leur nombre a fortement diminué au cours des dernières décennies, ont été à l'origine en 2014 d'environ 750 décès (à trente jours) et 7 000 blessés hospitalisés (plus de 24 heures) parmi les jeunes de 15-24 ans [20]. En outre, un nombre important de ces blessés, équivalent à celui des décès, gardera des séquelles majeures de l'accident [21].
- ▶ Les **accidents du travail** sont également particulièrement fréquents chez les jeunes actifs, qui représentent environ un tiers de la population des 15-24 ans. Ainsi, à durée d'exposition égale, les salariés de moins de 20 ans sont trois fois plus victimes d'accidents du travail que ceux de 50 à 59 ans, et les salariés de 20-29 ans deux fois plus. Ces accidents sont toutefois de moindre gravité chez les jeunes que chez les actifs plus âgés [22].

## Sexualité, contraception, IVG, grossesse

- ▶ L'adolescence est une période où la majorité des jeunes entrent dans la vie sexuelle adulte. En 2010, l'âge médian au **premier rapport sexuel** (âge auquel la moitié des jeunes a déjà eu une relation sexuelle, selon leurs déclarations) est de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles de 18-24 ans. Moins de trois mois séparent les hommes et les femmes, alors que cet écart était de quatre ans dans les années 1940 [23].
- ▶ L'usage du **préservatif** lors du premier rapport sexuel est une pratique très fréquente et a progressé entre 2005 et 2010 (86 % en 2005, 90 % en 2010) [3] [24].
- ▶ L'utilisation de la **contraception** est également largement répandue. En 2010, plus de 90 % des femmes de 15-25 ans *a priori* concernées déclarent utiliser un moyen pour éviter une grossesse [11]. Malgré un usage en recul, en lien vraisemblablement avec le débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération et la fin de leur remboursement, la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée : 58 % des jeunes femmes de 15-17 ans, 67,5 % des 18-19 ans et 66 % des 20-24 ans y ont recours en 2013, en association ou non avec un préservatif [25].
- ▶ En cas de rapport sexuel non ou mal protégé, les jeunes femmes peuvent avoir recours à la contraception d'urgence : en 2010, 20 % des 15-19 ans et 11 % des 20-24 ans, sexuellement actives, déclarent y avoir eu recours au moins une fois dans l'année. Ce recours n'a pas connu d'évolution significative dans ces classes d'âge entre 2005 et 2010 [11].
- ▶ Le recours à l'**interruption volontaire de grossesse** (IVG) chez les jeunes femmes a augmenté depuis le début des années 1990, malgré le niveau élevé de couverture contraceptive médicalisée et la diffusion de la contraception d'urgence [26]. En 2013, le taux de recours à l'IVG en France (entière) s'élève à 9,5 ‰ chez les 15-17 ans, 21,8 ‰ chez les 18-19 ans et 28,8 ‰ chez les 20-24 ans contre respectivement 7,0 ‰, 16,8 ‰ et 22,2 ‰ en 1990. Une légère baisse est toutefois observée chez les moins de 20 ans depuis 2010 [27]. Cette augmentation du recours à l'IVG chez les jeunes femmes au cours des dernières décennies est notamment liée à une propension plus importante à interrompre une grossesse lorsque celle-ci est imprévue [28].
- ▶ Plus d'un tiers des hospitalisations des femmes de 15-24 ans dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique sont motivées par des problèmes de santé en lien avec la grossesse et l'accouchement, soit 242 000 hospitalisations en France métropolitaine en 2013 [16]. Les **accouchements** sont à l'origine de plus de la moitié de ces séjours hospitaliers. On recense, en métropole en 2014, 117 000 naissances vivantes de mères âgées entre 15 et 24 ans, dont 3 600 chez des jeunes femmes de moins de 18 ans (contre respectivement 203 000 et 5 200 en 1990) [29].

## Souffrance psychique, troubles mentaux et du comportement

Les jeunes sont, comme les autres classes d'âge, concernés par les problèmes de santé mentale, et cela d'autant plus que cette période de la vie constitue une étape de transition et de choix dans de nombreux domaines.

- ▶ En 2010, 6 % des 15-19 ans et 10 % des 20-34 ans ont souffert d'un **épisode dépressif** caractérisé dans l'année, les filles plus souvent que les garçons [30]. Les pensées suicidaires et tentatives de suicide sont également plus souvent rapportées par la population féminine, et plus particulièrement par les femmes âgées entre 15 et 19 ans [31].
- ▶ Près de 11 000 jeunes ont été admis en 2013 en ALD par l'assurance maladie pour des troubles mentaux et du comportement. Les affections les plus fréquemment en cause sont les psychoses (notamment la schizophrénie),

les troubles spécifiques de la personnalité et les troubles de l'humeur, principalement d'ordre dépressif. Les garçons sont plus souvent concernés que les filles par ces admissions en ALD pour affections psychiatriques, en raison notamment d'une plus forte prévalence des psychoses, et en particulier de la schizophrénie [6].

► Comme à tous les âges de la vie, les décès par **suicide** sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles entre 15 et 24 ans. Parmi les 490 décès par suicide dénombrés en 2012 chez les jeunes, plus des trois quarts sont des décès masculins. Depuis, le début des années 1980, la mortalité par suicide a diminué de 40 % chez les 15-24 ans [12].

## Alimentation, activités physiques et sédentarité, surpoids

► En matière d'**alimentation**, malgré une amélioration ces dernières années, les marges de progrès au regard des repères du Programme national nutrition santé (PNNS) sont importantes dans la population française, et encore plus chez les jeunes générations. La consommation de fruits et légumes, de poissons ainsi que, chez les jeunes femmes, les apports en calcium apparaissent insuffisants. A l'inverse, la consommation de boissons sucrées et chez les garçons, les apports de sel, semblent trop importants [11] [32].

► A tous les âges de la vie, l'**activité physique** a de multiples effets bénéfiques sur la santé. Les jeunes ont une activité plus développée que leurs aînés. 65 à 85 % des jeunes pratiquent une activité physique d'intensité "modérée" (dont 30 à 50 % "élevée"), soit l'équivalent de la recommandation de 30 minutes de marche rapide par jour ; cette pratique est plus élevée chez les garçons [5].

► Les **activités sédentaires** tiennent également une place importante dans la vie des jeunes. Lorsqu'elles sont trop investies, celles-ci jouent un rôle non négligeable dans le manque d'activité physique. En dehors de leur activité professionnelle ou de formation, les jeunes de 15-24 ans consacraient en moyenne chaque jour, environ 1h30 à regarder la télévision/vidéo (y compris sur internet) et 1h aux jeux vidéo ou sur ordinateur (hors communications sur internet) en 2010 [33] (Encadré 1).

► Selon l'enquête Obépi, la prévalence de l'**obésité**, établie à partir des données de poids et de taille déclarées, a plus que doublé chez les jeunes de 18-24 ans entre 1997 et 2012. C'est dans cette classe d'âge que l'augmentation a été la plus marquée [34]. Les dernières estimations de prévalence du surpoids, établies sur des données mesurées, sont issues de l'enquête nationale nutrition et santé (ENNS) réalisée en 2006-2007. A cette date, chez les 18-29 ans, 32 % des hommes et 23 % des femmes présentaient une surcharge pondérale (dont respectivement 8 % et 10 % une obésité) [32]. L'enquête Esteban menée en 2014-2015, dont les premiers résultats seront publiés en 2016, permettra d'actualiser ces données.

### Encadré 2. L'impact de l'environnement social, familial et des pairs sur la santé des jeunes

Chez les jeunes comme à tous les âges de la vie, l'**environnement social** joue un rôle important sur la santé. L'expérimentation de produits psychoactifs est globalement plus répandue chez les jeunes des milieux favorisés [35]. Selon l'enquête Escapad 2014, à 17 ans, les adolescents vivant dans un milieu très favorisé présentent un peu plus souvent des usages réguliers de tabac, d'alcool et de cannabis [14]. Chez les jeunes adultes, les usages réguliers ou problématiques sont plus fréquents chez les jeunes en situation de précarité sociale (au chômage, inactifs) [11]. Par ailleurs, les jeunes évoluant dans les milieux sociaux les moins favorisés sont plus souvent en surcharge pondérale, ont des habitudes alimentaires moins favorables par rapport aux repères du PNNS (moins de consommation de fruits et légumes, de poissons, plus de boissons sucrées), et pratiquent moins souvent une activité sportive [36] [37] [38].

La **famille** joue aussi un rôle primordial sur le développement et l'équilibre physique, social et émotionnel des jeunes. Les relations entretenues avec les différents membres de la famille, la qualité de communication, le cadre éducatif proposé par les parents ont un impact sur la santé et les habitudes de vie. Notamment, de bonnes relations avec les parents et un contrôle parental régulier sont associés à de moindres consommations de substances psychoactives. En outre, les conflits parentaux et les séparations augmentent le risque de développer des problèmes psychologiques [35] [39] [40].

L'**influence des pairs** est également prépondérante chez les jeunes et elle peut impacter leur santé de façon positive mais aussi négative. L'appartenance à un groupe peut notamment faciliter le passage de l'expérimentation à des comportements à risque, comme des consommations excessives de substances psychoactives. A l'inverse, les jeunes ayant des difficultés de communication/intégration dans leur groupe de pairs présentent plus souvent des troubles dépressifs [39] [40].

# Situation en Pays de la Loire

## Un bilan positif en matière de santé chez les jeunes ligériens, mais une surmortalité liée aux accidents de la route et aux suicides

► Les Pays de la Loire comptent 430 000 jeunes de 15 à 24 ans, qui représentent 12 % de la population régionale en 2012. Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, leur effectif devrait fortement augmenter pour dépasser 500 000 en 2040. Les Pays de la Loire connaîtraient ainsi l'une des plus fortes hausses du nombre de jeunes parmi les régions de France métropolitaine [41].

► 25 % des Ligériens de 15-24 ans résident en 2012 dans une commune rurale, cette proportion est supérieure à la moyenne nationale (17 % en France métropolitaine, 21 % en France métropolitaine hors Ile-de-France).

► En 2012, comme au plan national, la très grande majorité (97 %) des jeunes ligériens de 15-17 ans sont encore scolarisés. Un jeune sur deux âgé entre 18 et 24 ans est sorti du système scolaire. Parmi les jeunes de 15-24 ans qui ne sont plus scolarisés, 20 % ne possèdent aucun diplôme<sup>2</sup>. Cette proportion, qui a diminué depuis 1999 (28 %), reste dans la région inférieure à la moyenne nationale (25 % en 2012).

Le départ du domicile parental est plus précoce dans la région qu'au plan national : en 2012, 14 % des Ligériens âgés de 15-19 ans et 63 % des 20-24 ans vivent en dehors du domicile parental contre respectivement 12 % et 55 % en France métropolitaine [1].

► La majorité des jeunes de la région ont une perception positive de leur santé et la situation régionale apparaît plus favorable que la moyenne nationale : en 2010, 63 % des 15-25 ans se déclarent *tout à fait bien portants* vs 56 % en France [42].

► Cependant, certains jeunes sont atteints de pathologies graves et/ou de handicaps. Dans l'enquête Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010, 7 % des 15-25 ans déclarent être limités depuis au moins six mois dans leurs activités quotidiennes à cause d'un problème de santé ou d'un handicap [42].

► 1 450 Ligériens de 15-24 ans sont ainsi admis en moyenne chaque année par l'assurance maladie en affection de longue durée (ALD) sur la période 2011-2013, soit environ 3 jeunes sur 1 000. Les troubles mentaux et du comportement constituent, comme au plan national, le premier motif d'admission en ALD chez les jeunes de la région (35 %), les psychoses étant les plus souvent en cause (Fig1). Comme pour les autres classes d'âge, la fréquence des admissions en ALD est plus faible chez les jeunes de la région qu'en moyenne en France (- 12 % sur la période 2011-2013) [6].

► Parmi les jeunes en situation de handicap, certains bénéficient de prestations sociales spécifiques. Ainsi, environ 5 700 jeunes ligériens âgés de 16 à 24 ans perçoivent fin 2013 une allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou une allocation aux adultes handicapés (AAH). Rapporté à la population des 16-24 ans, ce chiffre correspond à un taux de bénéficiaires d'environ 15 pour 1 000 jeunes dans la région. Ce taux est proche de la moyenne nationale [43].

Fig1 Motifs d'admissions en affection de longue durée chez les 15-24 ans

Pays de la Loire (moyenne 2011-2013)

Codes Cim 10	Motif d'admission	Hommes	Femmes	Ensemble
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	274	237	511
F20-F29	Dont : - psychoses	101	36	137
F60-F69	- troubles de la personnalité et du comportement	69	44	113
C00-C97	Tumeurs malignes	71	82	153
M00-M99	Maladies du syst. ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	55	95	150
M41	Dont : - scoliose	18	39	57
M45	- spondylarthrite ankylosante	23	17	40
G00-G99	Maladies du système nerveux	71	74	145
G40-G41	Dont : épilepsie	38	40	78
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	65	74	139
K50-K51	Dont : rectocolite hémorragique, maladie de Crohn	62	73	135
	Autres	174	171	345
	<b>TOTAL</b>	<b>710</b>	<b>733</b>	<b>1 443</b>

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI

<sup>2</sup> Aucun diplôme de niveau I (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, doctorat....) à V (BEP, CAP).

► 66 000 séjours hospitaliers de Ligériens âgés de 15-24 ans ont été enregistrés en 2013 dans des services de courte durée. 60 % concernent des femmes et 31 % de ces séjours féminins sont en lien avec la fécondité. Chez les hommes, 25 % des séjours ont pour diagnostic principal une affection des dents et 19 % une lésion traumatique ou un empoisonnement (Fig2). Le taux d'hospitalisation en court séjour chez les jeunes de la région est en 2013 supérieur à la moyenne nationale (+ 3 %) alors qu'il était inférieur à cette moyenne sur les années 1998-2008. Ce constat résulte d'une plus grande fréquence régionale des hospitalisations pour affections des dents et du parodonte (+ 41 %) [19]. Ces écarts avec la situation nationale peuvent résulter de différences de morbidité dans la population, mais peuvent aussi être liés à des écarts en termes de pratique de soins ou de modalités de prise en charge. Par ailleurs, des disparités dans les modalités de codage de séjours hospitaliers ne peuvent être exclues.

**Fig2 Diagnostics principaux d'hospitalisations en service de MCO<sup>2</sup> chez les jeunes de 15-24 ans**

Pays de la Loire, France métropolitaine (2013)

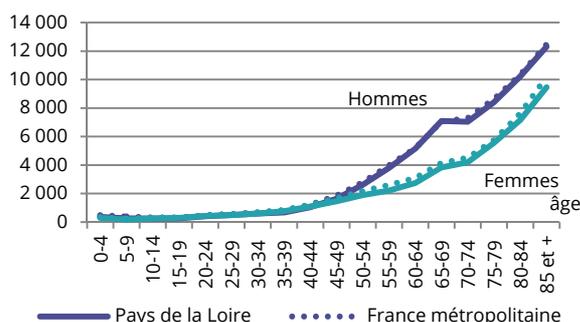
		Nombre de séjours	%	Taux <sup>1</sup> Pays de la Loire	Taux <sup>1</sup> France métrop.
<b>Hommes</b>					
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	8 121	31%	37,0	29,7
K00-K08	Dont : - maladies des dents et du parodonte	6 430	25%	29,3	20,4
K35-K38	- appendicite	579	2%	2,6	2,6
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	4 962	19%	22,6	21,4
	Dont : - fractures	1 749	7 %	8,0	8,3
	- luxations et entorses	1 076	4 %	4,9	4,2
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	2 571	10%	11,7	12,1
	Dont : surveillance post-traitement médical ou chirurgical	1 423	5%	6,5	6,2
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1 918	7%	8,7	9,2
L00-L99	Maladies de la peau et tissu cellulaire sous-cutané	1 351	5%	6,2	6,1
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 254	5%	5,7	5,5
N47	Dont : Phimosis	512	2%	2,3	1,9
F00-F99	Troubles mentaux	1 227	5%	5,6	4,5
F10	Dont : Intoxication aiguë due à l'alcool	720	3%	3,3	2,4
	Autres	4 668	18%	-	-
	<b>TOTAL</b>	<b>26 072</b>	<b>100%</b>	<b>118,8</b>	<b>111,9</b>
<b>Femmes</b>					
O00-O99	Grossesse et accouchement	12 388	31%	59,3	64,7
	Dont : - grossesse ou accouchement compliqués	5 164	13 %	24,7	25,9
080	- accouchement unique et spontané	3 413	9 %	16,3	16,6
O00-O08	- interruption de grossesse	3 811	10%	18,3	22,3
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	10 993	28%	52,6	42,9
K00-K08	Dont : - maladies des dents et du parodonte	8 716	22%	41,7	29,7
K35-K38	- appendicite	604	2%	2,9	2,8
Z00-Z99	Autres motifs de recours aux soins	3 469	9%	16,6	14,9
S00-T98	Lésions traumatiques et empoisonnements	2 131	5%	10,2	9,9
T36-T50	Dont : intoxication par produit pharmaceutique	649	2 %	3,1	3,2
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 785	4%	8,6	9,7
	Autres	9 196	23%	-	-
	<b>TOTAL</b>	<b>39 962</b>	<b>100%</b>	<b>191,3</b>	<b>189,2</b>

Source : PMSI MCO (ATIH, Drees)

1. Taux pour 1 000 / 2. Médecine, chirurgie, obstétrique

**Fig3 Taux d'admissions en ALD selon l'âge et le sexe**

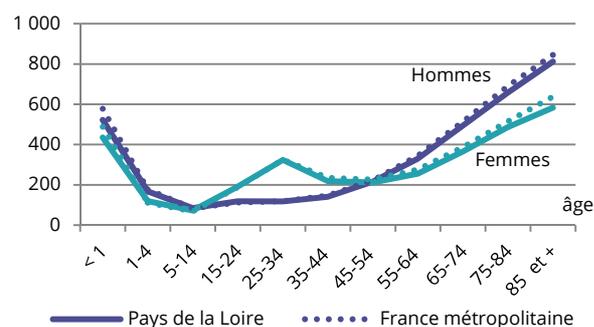
Pays de la Loire, France métropolitaine (2011-2013)



Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI, Insee  
Unité pour 100 000

**Fig4 Taux d'hospitalisations en court séjour selon l'âge et le sexe**

Pays de la Loire, France métropolitaine (2013)



Sources : PMSI MCO (ATIH, Drees), Insee  
Unité pour 100 000

► Actuellement, environ 190 Ligériens de 15-24 ans décèdent en moyenne chaque année. Trois quarts de ces décès concernent des hommes. Les morts violentes constituent la principale cause de décès chez les jeunes : les accidents de la circulation qui sont responsables de 60 décès annuels arrivent au premier rang, suivis des suicides à l'origine de 40 décès (Fig5) [12].

Comme en France, la mortalité dans cette classe d'âge a diminué de plus de moitié depuis le début des années 1980 (Fig7). Ce recul est principalement lié à la baisse très marquée des décès par accidents de la circulation (- 70 %). Malgré ce recul, la mortalité des jeunes de 15-24 ans de la région reste supérieure à la moyenne nationale depuis la fin des années 1990. Cette surmortalité, qui s'élève à environ + 15 % sur la période 2008-2012, est liée à une plus grande fréquence des décès par accident de la circulation et par suicide. Pour le suicide, cette situation n'est pas spécifique aux jeunes, une surmortalité régionale est observée pour l'ensemble de la population [12].

**Fig5 Principales causes de décès chez les jeunes de 15-24 ans**

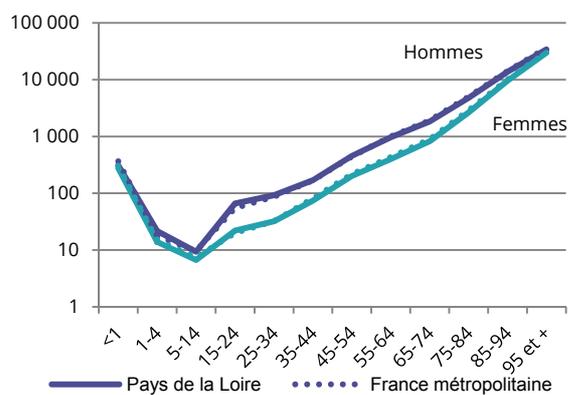
Pays de la Loire (1980-2012)

Code Cim10	Causes médicales de décès	2010-2012			1980-82
		Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
V01-Y98	Traumatismes, empoisonnements	102	27	129	382
V01-V99	Dont : - <i>accident de transport</i>	47	11	58	224
X80-X84	- <i>suicide</i>	29	10	39	56
	- <i>accident de la vie courante</i>	19	4	24	87
C00-C97	Tumeurs malignes	13	6	19	30
G00-G99	Maladies du système nerveux	5	2	7	14
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	3	1	4	13
	Autres	22	11	33	54
	<b>TOTAL</b>	<b>146</b>	<b>46</b>	<b>192</b>	<b>494</b>

Source : Inserm CépiDc

**Fig6 Taux de mortalité globale selon l'âge et le sexe**

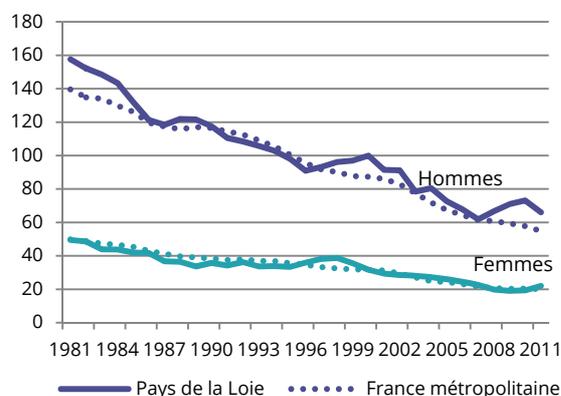
Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2010-2012)



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

**Fig7 Évolution du taux de mortalité générale chez les 15-24 ans**

Pays de la Loire, France métropolitaine (1980-2012)



Sources : Inserm CépiDc, Insee  
Données lissées sur 3 ans - Unité pour 100 000

## Une situation régionale défavorable concernant la consommation d'alcool

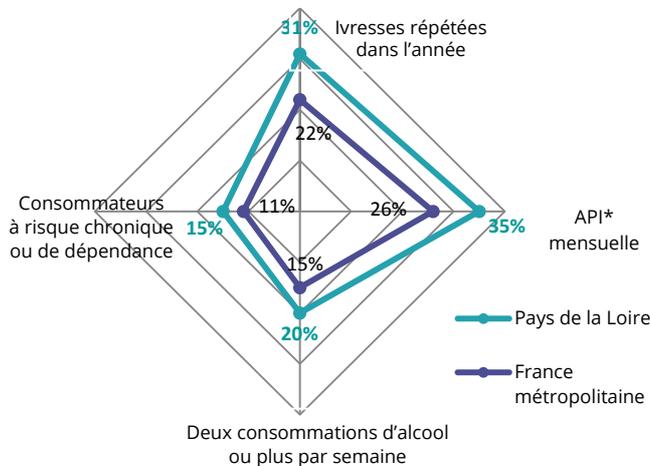
En matière de consommation d'alcool, la situation régionale reste chez les jeunes de la région nettement moins favorable qu'au plan national. Les habitudes d'alcoolisation semblent s'y installer plus tôt et les consommations régulières ou excessives y sont plus fréquentes. En 2010, selon le Baromètre santé, 31 % des 15-25 ans déclarent trois ivresses ou plus dans l'année (22 % en France), 35 % des alcoolisations ponctuelles importantes (API) au moins une fois par mois (26 % en France). Par ailleurs, 15 % des 15-25 ans pouvaient être considérés comme consommateurs d'alcool à risque chronique ou de dépendance (11 % en France) [44] (Fig8 et 9). Ce constat défavorable se retrouve dans la dernière enquête Escapad réalisée auprès des adolescents de 17 ans en 2014 (Fig10) [45] [46].

Cette situation régionale défavorable peut expliquer pour partie la surmortalité par accident de la circulation observée chez les jeunes de la région.

► Comme au plan national, la fréquence des alcoolisations massives (ivresse ou alcoolisation ponctuelle importante) a augmenté chez les 15-25 ans de la région entre 2005 et 2010 (Fig9) [44]. Selon les derniers résultats de l'enquête Escapad, cette progression semble se poursuivre au cours des années récentes 2011-2014 chez les adolescents de la région âgés de 17 ans (Fig10), alors qu'un recul de ces comportements est observé au plan national [46].

Fig8 Consommation d'alcool chez les jeunes de 15-25 ans en 2010

Pays de la Loire, France métropolitaine (2010)



Source : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010, Inpes, ORS Pays de la Loire

\*API : alcoolisation ponctuelle importante

Fig9 Évolution des conduites addictives chez les 15-25 ans - résultats du Baromètre santé jeunes

Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2010)

	Pays de la Loire		France	
	2000	2005	2010	2010
Tabagisme quotidien	41 %	31 %	32%	32 %
Au moins deux consommations d'alcool par semaine	19 %	20 %	20 %*	15 %
Ivresses répétées dans l'année (≥ 3 fois/an)	20 %	21 %	31 %*	22 %
API <sup>1</sup> mensuelle (≥ 1 fois/mois)	nd	27 %	35 %*	26 %
Usage régulier de cannabis (≥ 10 fois/mois)	5 %	6 %	3 %*	5 %

Sources : Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2000, 2005, 2010 (ORS, Inpes)

1. API (alcoolisation ponctuelle importante) : déclarer avoir bu au moins 6 verres en une même occasion

\*différence avec la moyenne française statistiquement significative au seuil de 5 %

Fig10 Évolution des conduites addictives chez les jeunes de 17 ans - résultats de l'enquête Escapad

Pays de la Loire, France métropolitaine (2003-2014)

	Pays de la Loire					France		
	Deux sexes					Garçons	Filles	Deux sexes
	2003	2005	2008	2011	2014	2014	2014	
Tabagisme quotidien	43 %	34 %	28 %	31 %	36%*	38 %	33 %	32 %
Usage régulier d'alcool (≥ 10 fois/mois)	20 %	17 %	14 %	16 %	22 %*	33 %	10 %	12 %
Ivresses répétées dans l'année (≥ 3 fois/an)	24 %	34 %	32 %	35 %	37 %*	48 %	25 %	25 %
API <sup>1</sup> répétées dans le mois (≥ 3 fois/mois)	Nd	23 %	26 %	31 %	34 %*	45 %	22 %	22 %
Usage régulier de cannabis (≥ 10 fois/mois)	13 %	8 %	6 %	4 %	10 %*	15%	6 %	9 %

Sources : Escapad 2003, 2005, 2008, 2010, 2014 (OFDT)

1. API (alcoolisation ponctuelle importante) : déclarer avoir bu au moins 5 verres en une même occasion

\*différence avec la moyenne française statistiquement significative au seuil de 5 %

► Environ 1 400 jeunes de la région, âgés de moins de 25 ans, ont été hospitalisés pour ou avec une intoxication éthylique aiguë (IEA) en service de court séjour, en moyenne chaque année sur la période 2012-2013. Un quart de ces jeunes ont moins de 18 ans, et trois quarts sont des garçons. Sur ces 1 400 hospitalisations, environ 80 soit 6 % sont accompagnées de complications sévères (coma et/ou problème de santé nécessitant des soins de réanimation, intensifs ou de surveillance continue).

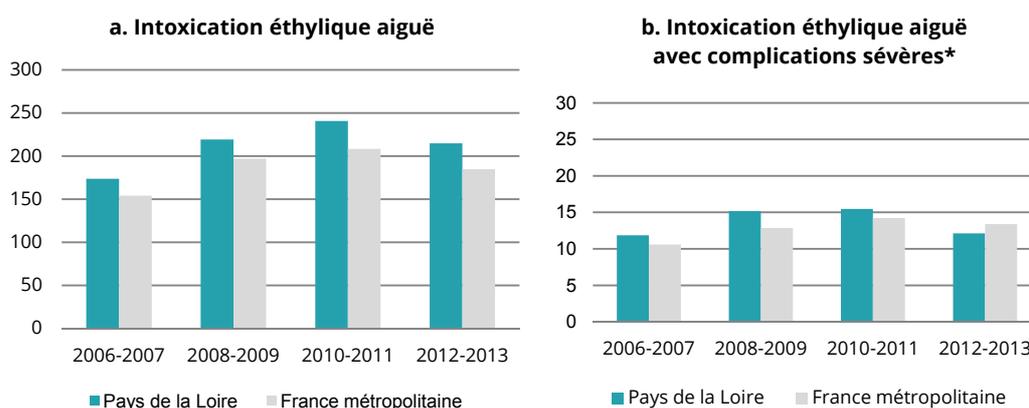
Le taux d'hospitalisations liées à une IEA chez les jeunes de la région a, comme en France, augmenté entre 2006 et 2011 puis connu une baisse sur la période 2012-2013. Si l'on considère le taux d'hospitalisations pour IEA avec complications sévères, une évolution similaire est observée.

Le taux global d'hospitalisations pour IEA reste toutefois supérieur à la moyenne nationale, malgré cette tendance à la baisse : + 16 % en 2012-2013. Par contre, le taux d'hospitalisations pour IEA avec complications sévères est devenu inférieur d'environ 10 % à cette moyenne sur cette période [16] (Fig11).

L'évolution de ces deux indicateurs et leur position relative par rapport à la moyenne nationale sont complexes à analyser. Le niveau de ces indicateurs est lié aux comportements d'alcoolisation des jeunes ; mais il résulte aussi, pour les situations les moins graves en particulier, de la propension à hospitaliser un jeune en situation d'IEA. Cette propension est liée notamment à l'attitude de l'entourage des jeunes et à celle des professionnels extrahospitaliers lors de ces situations d'alcoolisation massive, mais aussi aux modes d'organisation et pratiques des services d'urgences qui accueillent les jeunes concernés. Par ailleurs, les modalités de codage dans le PMSI des motifs de séjours hospitaliers peuvent aussi impacter ces indicateurs [47].

**Fig11 Évolution du taux d'hospitalisations liées à une intoxication éthylique aiguë chez les moins de 25 ans**

Pays de la Loire, France métropolitaine (2006-2013)



Sources : PMSI-MCO (ATIH), RP (Insee), données domiciliées  
Taux pour 100 000

Note : les échelles des graphiques sont différentes.

\* coma, soins de réanimation, soins intensifs ou surveillance continue

► En 2010, 32 % des Ligériens de 15-25 ans fument quotidiennement (33 % des garçons, 30 % des filles). Cette prévalence est restée relativement stable entre 2005 et 2010, et était proche de la moyenne nationale en 2010 (Fig9) [44]. Entre les années récentes 2011 et 2014, l'enquête Escapad montre toutefois une hausse du **tabagisme** quotidien chez les adolescents de 17 ans de la région, et la prévalence à cet âge apparaît supérieure à la moyenne nationale (36 % en 2014 vs 32 % en France (Fig10) [45] [46]).

► Après avoir connu une baisse depuis le milieu des années 2000, l'usage de **cannabis** apparaît également en hausse ces dernières années chez les jeunes de la région, comme en France. Selon l'enquête Escapad, la proportion d'adolescents de 17 ans déclarant avoir déjà expérimenté du cannabis est passée de 39 % en 2011 à 51 % en 2014. La part d'utilisateurs réguliers du cannabis dans la région a plus que doublé (4 % en 2011, 10 % en 2014) et est proche de la moyenne nationale en 2014 (9 %) (Fig10) [45] [46].

► Concernant les autres substances illicites, l'expérimentation des **poppers** à l'adolescence est en recul mais reste plus fréquente dans la région qu'en moyenne en France (8 % vs 5 %). Par ailleurs, comme au plan national, une augmentation de l'expérimentation de la **MDMA/ecstasy** est observée chez les adolescents ligériens entre 2011 et 2014 [45] [46].

## Surmortalité par accident de la route chez les jeunes de la région

- ▶ En 2010, 18 % des 15-25 ans déclarent avoir été victimes au moins une fois dans l'année d'un **accident** ayant nécessité un recours aux soins. Cette proportion, qui a augmenté depuis 2005 (13 %), est proche de la moyenne nationale (17 %) [42].
- ▶ Sur les 80 décès par accident qui surviennent chaque année chez les jeunes de la région, environ 65 concernent des garçons, et 60 sont liés aux accidents de la circulation (Fig5). La mortalité par **accident de la circulation** a été divisée par plus de trois depuis le début des années 1980, dans les Pays de la Loire comme en France. Mais dans la région, elle reste supérieure d'environ 25 % à la moyenne nationale sur les années 2008-2012 [12]. Outre les habitudes de consommation d'alcool plus défavorables des jeunes de la région, cette surmortalité peut être liée en partie à la plus forte concentration dans la région de jeunes résidant en zones rurales, où les déplacements sont plus importants et les accidents ont un caractère plus grave qu'en zones urbaines. Si l'on ne tient pas compte de l'Île-de-France, l'écart avec la moyenne nationale est réduit (+ 8 % sur la période 2008-2012).

## Santé sexuelle : la situation régionale se caractérise notamment par un moindre recours à l'IVG

- ▶ En matière de santé sexuelle, les Pays de la Loire connaissent en 2010 une situation proche de la moyenne nationale tant pour l'âge au **premier rapport** (âge médian de 17,5 ans pour la génération des 23-25 ans) que pour le nombre de partenaires sexuels [48].
- ▶ En 2010, 94 % des 15-25 ans déclarent avoir utilisé un **préservatif** lors de leur premier rapport sexuel. Cette pratique, qui est en augmentation depuis 2000 (84 %), est plus fréquente en 2010 dans la région qu'en moyenne en France métropolitaine (90 %). Par contre, le recours au test du **dépistage du VIH** est une démarche moins répandue qu'au plan national : en 2010, 16 % des Ligériens de 15-25 ans déclarent avoir effectué un test dans l'année contre 20 % en France métropolitaine [48].
- ▶ La très grande majorité des jeunes ligériennes *a priori* concernées par la **contraception** déclarent avoir recours à une méthode contraceptive de façon systématique (95 %). Le recours à la pilule est le plus fréquent, et est plus répandu chez les jeunes femmes de la région qu'au plan national (86 % vs 78 % en 2010) [48].
- ▶ En 2010, 18 % des jeunes femmes de 15-19 ans et 10 % des 20-25 ans, sexuellement actives, déclarent avoir eu recours au moins une fois dans l'année à la contraception d'urgence. Ce recours a progressé dans la région entre 2005 et 2010 (9 % en 2005, 13 % en 2010 chez les 15-25 ans), et devient en 2010 identique à la moyenne nationale (13 %) [48].

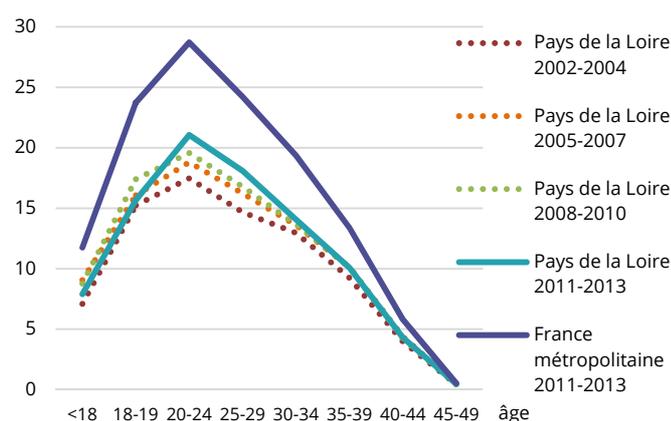
- ▶ Environ 3 300 **IVG** ont été réalisées en moyenne chaque année dans les Pays de la Loire sur la période 2011-2013 chez des jeunes femmes de 15-24 ans, dont 500 chez des mineures. Comme au plan national, c'est entre 20 et 24 ans, que le taux de recours à l'IVG est le plus élevé dans la région (21 IVG pour 1000 femmes).

Comme en France, le taux de recours à l'IVG suit une tendance à la baisse dans la région sur les années 2011-2013 chez les 15-17 ans et 18-19 ans, alors qu'il continue de progresser chez les 20-24 ans (Fig12).

Le taux de recours à l'IVG en Pays de la Loire chez les jeunes femmes de 15-24 ans reste inférieur de 30 % à la moyenne nationale, sur la période 2011-2013 (16 IVG pour 1 000 femmes vs 23 pour 1 000 en France métropolitaine) [16] [49] [50].

Fig12 Évolution du taux d'IVG pour 1 000 femmes selon l'âge

Pays de la Loire, France métropolitaine (2002-2013)



Sources : SAE (Drees), PMSI MCO (ATIH, Drees), DCIR (Cnamts), ELP (Insee)

## Surmortalité par suicide chez les jeunes de la région

- ▶ En 2010, 10 % des filles de 15-25 ans ont souffert d'un **épisode dépressif caractérisé** dans l'année et 5 % déclarent avoir déjà tenté de se suicider ; les garçons sont deux fois moins souvent concernés (respectivement 5 % et 3 %). Ces proportions, relativement stables, sont peu différentes de la moyenne nationale [42].
- ▶ A l'inverse, sur les 40 décès annuels par suicide chez les 15-24 ans de la région, les trois quarts concernent des garçons (Fig5). La mortalité par **suicide** chez les jeunes de la région, bien qu'en recul par rapport au début des années 1980, est supérieure de plus de 40 % à la moyenne nationale sur la période 2008-2012 [12].

## Prévalence du surpoids en hausse comme au plan national

- ▶ Dans la région comme en France, sur la base de données déclaratives concernant le poids et la taille, la proportion de jeunes présentant une **surcharge pondérale** a fortement augmenté entre 2005 et 2010. En Pays de la Loire, elle est passée de 9 % en 2005 à 14 % en 2010. Cette proportion est proche de la moyenne nationale en 2010 (15 %). La part de jeunes obèses est toutefois plus faible dans la région qu'au plan national (2 % vs 4 %) [51].
- ▶ La majorité des jeunes de la région font du **sport** en dehors des enseignements scolaires ou du travail : 55 % des 15-25 ans déclarent avoir pratiqué un sport (seul, avec des amis ou en club) au cours des sept derniers jours, les garçons plus souvent que les filles (65 % vs 43 %). Cette proportion est restée relativement stable entre 2005 et 2010. Mais on observe sur cette période une évolution des pratiques, la pratique sportive à titre individuel (seul ou avec des amis) est en augmentation alors que la pratique en club est en recul [51].
- ▶ Parallèlement, les **activités sur écran** ont connu un fort développement au cours des dernières années. La proportion de Ligériens déclarant, passer plus de trois heures par jour devant un écran, au domicile, sur leur lieu d'études ou de travail, a augmenté de 15 points entre 2005 et 2010 (28 % en 2005, 43 % en 2010) [51].

### Encadré 3. Risques auditifs chez les jeunes

Avec le développement des supports nomades (smartphone, tablette, mp3...), le temps d'écoute de musique au casque est en augmentation notamment chez les jeunes générations [52] [53]. Selon une étude menée en 2014, plus de la moitié des jeunes ligériens de 12-19 ans écoutent au moins 1 heure de musique au casque par jour, dont 19 % plus de 2h30. Par ailleurs, la part de jeunes déclarant écouter la musique à un niveau sonore "très fort" est en augmentation (9 % en 2008, 15 % chez les 12-19 ans en 2014).

Des troubles auditifs sont fréquemment rapportés par les jeunes de la région : en 2014, 58 % des 12-19 ans (67 % des 18-19 ans) déclarent avoir déjà ressenti des acouphènes [53].

## Définitions

Les définitions peuvent être consultées en ligne sur [www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante](http://www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante).

- ▶ Âge médian
- ▶ Allocation adulte handicapée (AAH)
- ▶ Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

## Pour en savoir plus

- ▶ Drees : [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)
- ▶ Ined : [www.ined.fr](http://www.ined.fr)
- ▶ Inpes - Les Baromètres santé : [www.inpes.sante.fr/Barometres/index.asp](http://www.inpes.sante.fr/Barometres/index.asp)
- ▶ Insee : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- ▶ Inserm CépiDc : [www.cephdc.inserm.fr/site4/](http://www.cephdc.inserm.fr/site4/)
- ▶ InVS : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)
- ▶ OFDT - Cartographie Odicer : [www.ofdt.fr/regions-et-territoires/cartographie-odicer/](http://www.ofdt.fr/regions-et-territoires/cartographie-odicer/)

Les liens et sites internet mentionnés ont été consultés le 16 janvier 2016.

## Repères bibliographiques et sources

- [1] Insee. Résultats du recensement de la population. [En ligne]. <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensements.htm>.
- [2] Chardon O, Blanpain N. (2010). Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine. *Insee Résultats*. [En ligne]. <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=projpop0760>.
- [3] Enquête Baromètre santé 2010, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Inserm. (2014). Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. Expertise collective. Les éditions Inserm. 60 p.
- [5] Drees. (2015). L'état de santé de la population en France. Édition 2015. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 324 p.
- [6] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [7] Insee. (2015). Enquêtes sur les TIC auprès des ménages 2007 à 2014. [En ligne]. [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=ir-irsocicmen14](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=ir-irsocicmen14).
- [8] Le Nézet O, Spilka S. (2014). Usage d'Internet à la fin de l'adolescence en 2011. OFDT. 4 p. (Note de synthèse).
- [9] Schmutz B. (2015). Junior Connect' 2015 : La conquête de l'engagement. Ipsos. 31 p. [diaporama].
- [10] Joussemme C, Cosquer M, Hassler C. (2015). Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Inserm. 182 p.
- [11] Beck F, Richard JB dir. (2013). Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Éd. Inpes. 337 p.
- [12] Inserm CépiDc. Interrogation des données sur les causes de décès. [En ligne]. <http://www.cephdc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>.
- [13] Guignard R, Beck F, Richard JB, et al. (2015). La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions*. Inpes. n° 31. 10 p.
- [14] Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, et al. (2015). Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*. OFDT. n° 100. 8 p.
- [15] Richard JB, Palle C, Guignard R, et al. (2015). La consommation d'alcool en France en 2014. *Évolutions*. Inpes. n° 32. 6 p.
- [16] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [17] Beck F, Richard JB, Guignard R, et al. (2015). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances*. OFDT. n° 99. 8 p.
- [18] Beck F, Guignard R, Richard JB, et al. (2014). Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes. Éd. La Documentation française. 255 p.
- [19] Drees. Données disponibles sur la morbidité hospitalière. [En ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soins/la-morbidite-hospitaliere/article/donnees-disponibles-sur-la-morbidite-hospitaliere>.
- [20] Osnir. (2015). La sécurité routière en France. Bilan de l'accidentalité de l'année 2014 [pré-édition]. Observatoire national interministériel de la sécurité routière. 154 p.
- [21] Amoros E, Martin JL, Laumon B. (2008). Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 19. pp. 157-160.
- [22] Euzenat D. (2009). L'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007. *Premières informations et premières synthèses*. Dares. n° 50.2. 8 p.
- [23] Ined. (2014). L'âge au premier rapport sexuel. 1 p. (Les Mémos de la démo - Fiche pédagogique).
- [24] Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [25] Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, et al. (2014). La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population & sociétés*. Ined. n° 511. 4 p.
- [26] Mazuy M, Toulemon L, Baril É. (2014). Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. Ined. vol. 69, n° 3. pp. 365-398.
- [27] Vilain A. (2015). Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. *Études et résultats*. Drees. n° 924. 6 p.
- [28] Mazuy M, Toulemon L, Baril É. (2015). Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Population & sociétés*. Ined. n° 518. 4 p.

- [29] Insee. Statistiques d'État civil sur les naissances en 2014. Données détaillées. [En ligne]. [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=ir-irsocsd20141](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=ir-irsocsd20141).
- [30] Beck F, Guignard R. (2012). La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La Santé de l'homme*. Inpes. n° 421. pp. 43-45.
- [31] InVS. (2011). Numéro thématique - Suicides et tentatives de suicide : état des lieux en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. n° 47-48. pp. 487-510.
- [32] Castetbon K, Hercberg S. (2007). 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 Programme national nutrition santé - 12 décembre 2007. InVS, Cnam, Université Paris XIII. 74 p.
- [33] Portela M. (2015). 24 heures chrono dans la vie d'un jeune : les modes de vie des 15-24 ans. *Études et résultats*. Drees. n° 911. 6 p.
- [34] Institut Roche de l'Obésité, Inserm, Kantar Health. (2012). ObEpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 60 p.
- [35] Inserm. (2014). Conduites addictives chez les adolescents. Expertise collective. Les éditions Inserm. 482 p.
- [36] Chardon O, Guignon N, Guthmann JP, *et al.* (2014). La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième. *Études et résultats*. Drees. n° 865. 6 p.
- [37] Escalon H, Bossard C, Beck F dir. (2009). Baromètre santé nutrition 2008. Éd. Inpes. 418 p.
- [38] Inserm. (2008). Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Expertise collective. Les éditions Inserm. 811 p.
- [39] Godeau E, Navarro F, Arnaud C dir. (2012). La santé des collégiens en France / 2010. Éd. Inpes. 247 p.
- [40] Inserm. (2009). Santé des enfants et des adolescents : Propositions pour la préserver. 2e édition. Expertise collective. Les éditions Inserm. 187 p.
- [41] Martineau D. (2014). 100 000 jeunes supplémentaires d'ici 2040 : un défi à relever pour les Pays de la Loire. *Étude*. Insee. n° 130. 4 p.
- [42] ORS Pays de la Loire. (2013). Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 20 p.
- [43] Bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH, décembre 2013, Cnaf, MSA, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [44] ORS Pays de la Loire. (2012). Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 20 p.
- [45] Le Nézet O, Gauduchon T, Spilka S. (2015). Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014. *Tendances*. OFDT. n° 102. 4 p.
- [46] OFDT. Base de données ODICER. [En ligne]. <http://www.ofdt.fr/regions-et-territoires/cartographie-odicer/>.
- [47] ORS Pays de la Loire. (2015). La consommation d'alcool des jeunes dans les Pays de la Loire. 8 p.
- [48] ORS Pays de la Loire. (2012). Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 12 p.
- [49] Cnamts. Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie).
- [50] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [En ligne]. <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>.
- [51] ORS Pays de la Loire. (2012). Surpoids et obésité, activités physiques et sédentaires. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 16 p.
- [52] ORS Pays de la Loire. (2014). Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2014. 200 p.
- [53] Hannecart C, Crusson N, Fourrage H. (2015). Rapports des jeunes à la musique à l'ère numérique. Synthèse de l'enquête menée en Pays de la Loire. Pôle de coopération des acteurs pour les musiques actuelles en Pays de la Loire, Mus'Azik. 24 p.

Les liens et sites internet mentionnés ont été consultés le 16 janvier 2016.

### **Auteurs**

Sandrine David, Dr Anne Tallec et Françoise Lelièvre, ORS Pays de la Loire

### **Remerciements**

Merci à Annick Vilain (Drees) pour la mise à disposition des données concernant les interruptions volontaires de grossesse.

### **Financement**

La santé observée est cofinancée par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional des Pays de la Loire.

### **Citation suggérée**

ORS Pays de la Loire. (2016). Santé des jeunes de 15 à 24 ans. In *La santé observée dans les Pays de la Loire*. 16 p.

L'ORS autorise l'utilisation et la reproduction des informations présentées dans ce document, sous réserve de la mention des sources.

Cette publication est téléchargeable sur [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com)

ORS Pays de la Loire • Tél. 02 51 86 05 60 • [accueil@orspaysdelaloire.com](mailto:accueil@orspaysdelaloire.com)

