

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 portant* ».

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'examen 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).

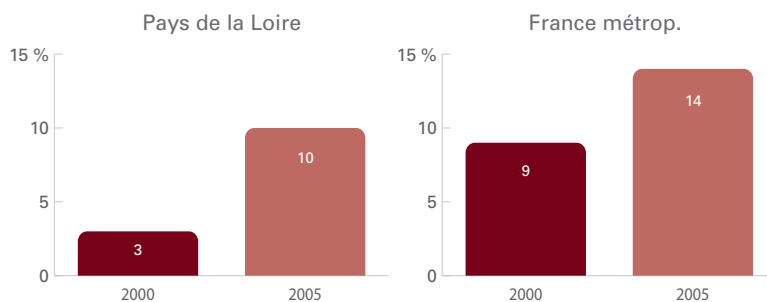
Cette évolution défavorable, qui concerne les garçons comme les filles, n'est pas propre à la région. En effet, au plan national, la proportion de 15-25 ans ne se sentant *pas bien portants* est passée de 9 % à 14 % sur cette période (à structure par âge et sexe comparable). Cette proportion croissante 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

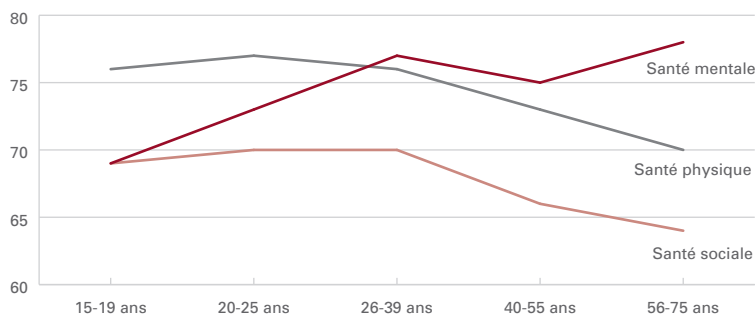
Si l'on considère les scores de santé physique, mentale et sociale, les jeunes évaluent positivement leur qualité de vie dans ces différentes dimensions. La comparaison des scores du profil de Duke des 15-25 ans par rapport à ceux des autres classes d'âge met toutefois en évidence dans la région comme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

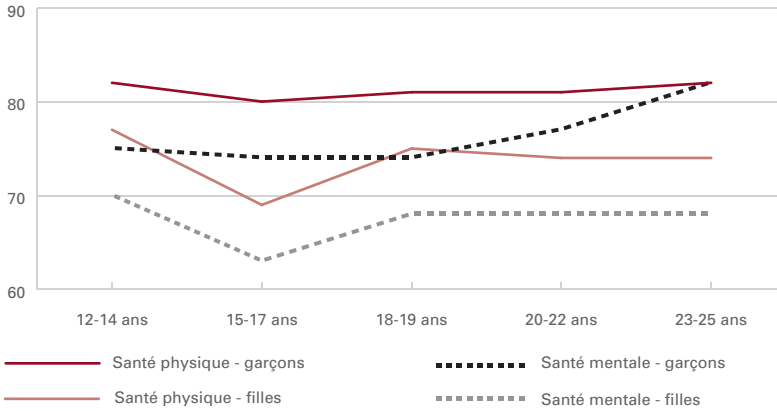
Les scores présentés sont normalisés de 0 à 100, le score le plus favorable (qualité optimale) étant 100.

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

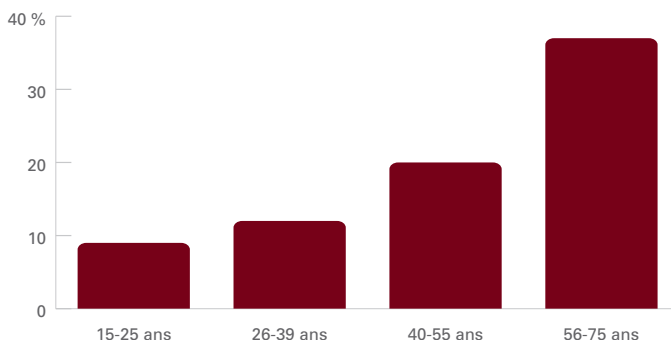
■ Parmi les 15-25 ans interviewés dans le Baromètre santé jeunes régional 2005, 9 % déclarent *avoir une maladie chronique*, qui leur était définie lors de l'interview comme « une maladie qui dure longtemps - au moins six mois - et qui peut nécessiter des soins réguliers » (9 % des garçons et 10 % des 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'angoisse 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].

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.

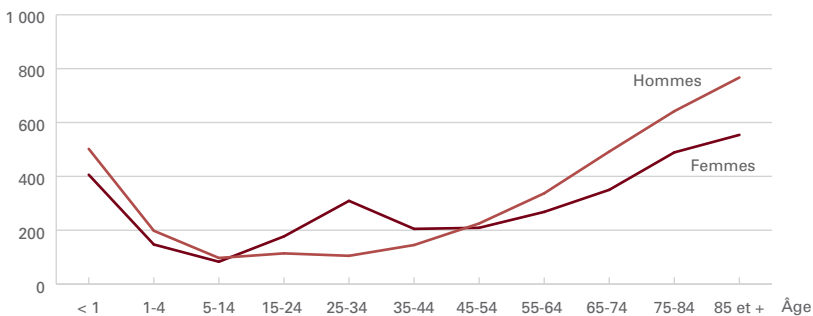
Le PMSI⁶, programme de médicalisation des systèmes d'information qui fonctionne dans les établissements de santé de la région, apporte de très nombreuses informations sur les diagnostics posés lors des séjours hospitaliers. Les données ci-après concernent les hospitalisations des habitants des Pays de 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 musculotendineuses 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.

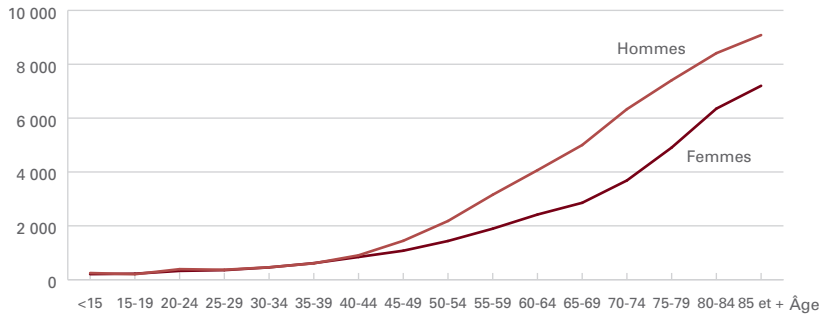
■ Ce taux d'admission progresse régulièrement avec l'âge, et est donc relativement faible chez les jeunes (figure 2.9). Sur les 1 250 admissions annuelles des 15-24 ans, plus de 60 % concernent les 20-24 ans.

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

- 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
		Effectif	Taux ⁽¹⁾	Effectif	Taux ⁽¹⁾	
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 hémo., 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.

2.5 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.

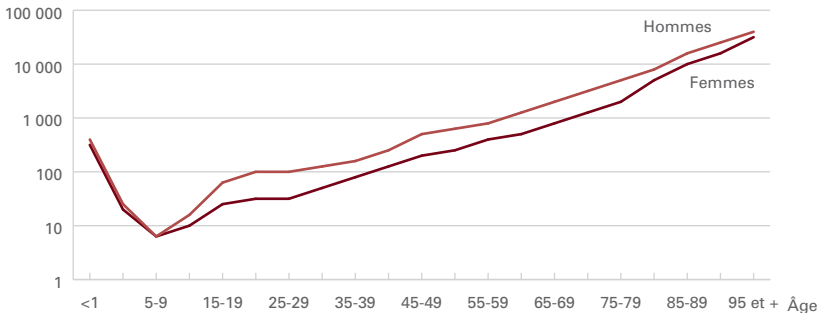
Le graphique ci-dessous, construit en échelle logarithmique pour permettre de visualiser des taux qui varient de 10 à près de 20 000, illustre les écarts de mortalité entre les classes d'âge. Le taux de mortalité des 15-24 ans (54 pour 100 000 habitants) est plus élevé que le taux minimum, observé entre 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)



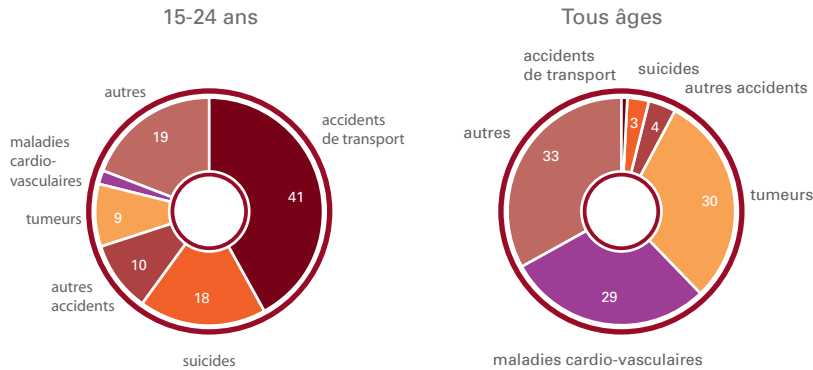
Sources : Inserm CépiDc, Insee
Echelle logarithmique - unité pour 100 000

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.

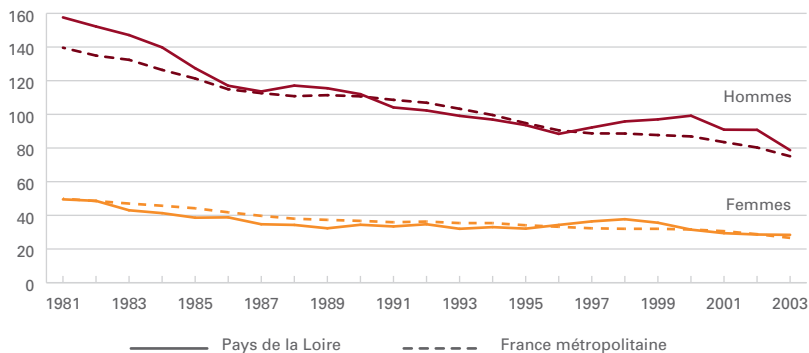
Forte baisse de la mortalité des jeunes depuis 20 ans dans la région comme en France...

- 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'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
- [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