

SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS (1-17 ANS)

Sandrine David, Dr Anne Tallec avec la contribution du Dr Georges Picherot

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	53
2.1 ÉLÉMENTS CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL	55
Huit enfants sur dix vivent avec leurs deux parents	55
Des situations de pauvreté en progression	55
Les assistants maternels, un mode de garde particulièrement fréquent dans la région	55
15 % des enfants de 2 ans sont scolarisés	56
Environ 1,5 % des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance	56
2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 1-17 ANS	57
Mortalité en recul, en lien avec une baisse de l'accidentologie, mais surmortalité par suicide chez les adolescents	57
Un taux d'enfants et de jeunes en ALD inférieur à la moyenne nationale	57
Des passages aux urgences liés dans plus de la moitié des cas à un traumatisme	58
Un taux d'enfants et de jeunes hospitalisés supérieur à la moyenne nationale	58
Environ 3 % des enfants et adolescents pris en charge dans l'année par un établissement de soins psychiatriques	58
2.3 LA SANTÉ DES ENFANTS DE 1 À 5 ANS	59
2.3.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS	59
Accidents et cancers au premier plan	59
Une mortalité en recul et qui reste relativement proche de la moyenne nationale	59
2.3.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE	59
Environ 1,5 % des enfants de moins de 5 ans sont en ALD	59
Affections congénitales, troubles mentaux et du comportement et maladies du système nerveux au premier plan	60
Une fréquence des admissions en ALD en progression, mais qui reste inférieure de 23 % à la moyenne nationale	61
2.3.3 PASSAGES AUX URGENCES	62
2.3.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR	62
Les infections respiratoires et ORL et leurs complications, première cause d'hospitalisation	62
Un taux d'hospitalisations en recul et proche de la moyenne nationale	63
2.3.5 BILANS DE SANTÉ EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE	63
Des indicateurs qui semblent témoigner d'habitudes alimentaires plus favorables	64
13 % des enfants de 5-6 ans ont un écran dans leur chambre	64
Surpoids et obésité concernent respectivement 7 % et 2 % des enfants de 5-6 ans	65
Sommeil	66



Asthme et allergies alimentaires, des situations fréquentes	66
Une santé buccodentaire qui continue à s'améliorer	66
Des troubles de la vue pas toujours corrigés	67
Difficultés de langage et troubles des apprentissages	67
4 % des enfants de 5-6 ans victimes d'un accident de la vie courante au cours des trois derniers mois	68
2.4 LA SANTÉ DES ENFANTS DE 6 À 10 ANS	69
2.4.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS	69
Accidents et cancers au premier plan	69
Une mortalité relativement proche de la moyenne nationale	70
2.4.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE	70
Plus de 2 % des enfants de 5-9 ans sont en ALD	70
Les troubles mentaux et du comportement au premier rang	70
Une fréquence globale des admissions en ALD en hausse, mais qui reste inférieure à la moyenne nationale	70
2.4.3 PASSAGES AUX URGENCES	71
2.4.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR	72
Des motifs d'hospitalisations variés	72
Un taux d'hospitalisations en léger recul mais, qui reste légèrement au-dessus de la moyenne nationale	72
2.5 LA SANTÉ DES ADOLESCENTS DE 11 À 14 ANS	73
2.5.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS	73
Cancers, accidents et suicides aux premiers rangs	73
Une mortalité en recul et qui reste relativement proche de la moyenne nationale	73
2.5.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE	74
Environ 3 % des enfants de 10-14 ans sont en ALD	74
Troubles mentaux et du comportement et scoliose aux premiers rangs	74
Des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement en forte augmentation	74
Une fréquence des admissions en ALD des 10-14 ans inférieure à la moyenne nationale	75
2.5.3 PASSAGES AUX URGENCES	75
2.5.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR	75
Les maladies des dents au premier plan, devant les traumatismes	75
Un taux d'hospitalisations stable, supérieur à la moyenne nationale en raison des recours pour affections dentaires	76
2.6 LA SANTÉ DES JEUNES DE 15 À 17 ANS	77
2.6.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS	77
Des décès le plus souvent masculins et évitables	77
Une mortalité globale en recul, mais une surmortalité régionale par suicide	77
2.6.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE	78
3 à 4 % des jeunes de 15-19 ans sont en ALD	78
Les troubles mentaux et du comportement au premier rang	78
Des taux d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement en forte augmentation	78
Une fréquence globale des admissions en ALD inférieure à la moyenne nationale	79
2.6.3 PASSAGES AUX URGENCES	79
2.6.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR	80
Les affections dentaires motivent près d'une hospitalisation sur deux chez les 15-17 ans	80
Augmentation et fréquence plus élevée des hospitalisations en région, liées aux affections dentaires	80
2.6.5 ACCIDENTS	81
2.6.6 SANTE PERÇUE ET PSYCHIQUE, COMPORTEMENTS ET HABITUDES DE VIE	82
Une perception positive de leur santé	82
Une souffrance psychique souvent exprimée, en particulier par les jeunes filles	83
La marche s'est développée, mais la pratique sportive est restée stable entre 2005 et 2010	83
Une sédentarité croissante	83
Surpoids et obésité : une situation plus favorable dans la région mais qui reste préoccupante	83
Un déficit de sommeil souvent rapporté par les adolescents	84
Contraception et IVG : des indicateurs régionaux favorables	84
Consommation de substances psychoactives : une situation régionale préoccupante	85
Des troubles auditifs fréquemment rapportés	87



2.7 LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP	87
Plus de 18 000 enfants en situation de handicap scolarisés dans la région	87
12 000 bénéficiaires de l'AAEH	88
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	89

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Santé et devenir des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance en Maine-et-Loire	57
ENCADRÉ 2. Les élèves bénéficiant d'un projet d'accueil individualisé dans les Pays de la Loire	60
ENCADRÉ 3. L'enquête nationale auprès des élèves de grande section de maternelle 2012-2013	64
ENCADRÉ 4. Couverture vaccinale des enfants dans les Pays de la Loire	69
ENCADRÉ 5. Retard scolaire à l'entrée au collège et réussite au brevet national des collèges dans les Pays de la Loire	77
ENCADRÉ 6. Les jeunes sortis du système scolaire sans qualification dans les Pays de la Loire	82
ENCADRÉ 7. Éléments de méthode concernant les enquêtes Baromètre santé jeunes et Escapad	82
ENCADRÉ 8. La santé des jeunes apprentis dans les Pays de la Loire	86
ENCADRÉ 9. Internet et les réseaux sociaux	87



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE
Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans)



2 SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS (1-17 ANS)

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Plus de 800 000 Ligériens sont actuellement âgés de 1 à 17 ans, et leur effectif devrait continuer à progresser pour atteindre près de 850 000 en 2027. Cette période de la vie est fondamentale dans le développement somatique et psychoaffectif de l'individu, mais aussi essentielle en matière d'apprentissages, d'acquisitions culturelles et d'habitudes de vie, d'intégration sociale... C'est à ce moment que se construit pour une large part la santé des individus.

Les jeunes ligériens âgés de 1 à 17 ans sont dans leur très grande majorité en bonne santé. C'est notamment la classe d'âge où les taux d'hospitalisations sont les plus faibles, celles-ci étant en outre le plus souvent liées à des affections aiguës et bénignes. Les décès à cet âge sont rares, mais ils sont aussi majoritairement évitables. Certains enfants ou adolescents de cet âge sont toutefois atteints d'une maladie chronique et grave (environ 2,5 %, soit 20 000) ou en situation de handicap reconnu (1,5 %).

Par rapport à la moyenne nationale, la situation des Pays de la Loire en matière de morbidité apparaît globalement favorable, si l'on considère le taux régional d'admissions en affection de longue durée (ALD), inférieur de 20 % à cette moyenne. Par contre, bien qu'il soit en recul, le taux régional d'enfants hospitalisés en court séjour reste supérieur de plus de 5 % à celui observé au plan national, en lien principalement avec une plus grande fréquence des hospitalisations pour des extractions dentaires, des otites moyennes ou mastoïdites. La mortalité des jeunes ligériens de 1-17 ans est également en recul et est relativement proche de la moyenne nationale.

Les troubles mentaux et du comportement, les problèmes de surpoids et d'obésité ainsi que les conséquences des accidents constituent les trois enjeux de santé majeurs pour cette classe d'âge.

La santé mentale a un poids important dans la morbidité des jeunes. Chaque année, 4 400 Ligériens de moins de 20 ans sont admis en ALD pour troubles mentaux et du comportement, et 23 000 âgés de 1 à 17 ans sont pris en charge en établissement psychiatrique. Les troubles les plus graves, diagnostiqués à cette période de la vie, sont les troubles envahissants du développement (dont l'autisme), le retard mental, et les troubles de la personnalité et du comportement. S'y ajoutent à partir de l'âge de 15 ans, les troubles psychotiques (notamment la schizophrénie) chez les garçons, et les troubles de l'humeur (dont dépressifs) et ceux de l'alimentation chez les filles. À côté de ces pathologies caractérisées, les manifestations de mal-être ou de souffrance psychique sont relativement fréquentes à l'adolescence, en particulier chez les jeunes filles (tendance dépressive, pensées suicidaires...). Moins de dix décès par suicide sont dénombrés en moyenne chaque année chez les 11-17 ans, mais la région présente toutefois dès cette classe d'âge une surmortalité par suicide.

Les situations de surcharge pondérale, particulièrement fréquentes chez l'adulte, concernent dès l'âge de 5-6 ans 9 % des enfants de la région : 7 % sont en surpoids et près de 2 % sont obèses. Les données disponibles témoignent d'une situation régionale plus favorable qu'au plan national chez les enfants et les adolescents. Parmi les déterminants du surpoids et de l'obésité, l'excès d'apports alimentaires et le manque d'activité physique jouent un rôle majeur. La tendance à l'augmentation du temps consacré aux activités sédentaires, notamment sur écran, laisse présager que cette situation ne s'améliore pas dans les années qui viennent.

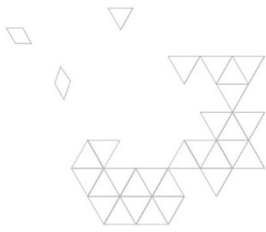
Les accidents de la vie courante et de la circulation, qui concernent majoritairement les garçons, représentent la première cause de décès chez les 1-17 ans (27 décès sur 100 en moyenne par an). Les lésions traumatiques qu'ils provoquent motivent une part importante des recours aux soins hospitaliers (plus d'un passage aux urgences sur deux et près d'une hospitalisation en court séjour sur dix). Comme à tout âge, les conséquences à long terme des accidents peuvent être particulièrement graves, avec un risque de séquelles, voire de handicap.

Si les accidents de la vie courante concernent toutes les classes d'âge entre 1 et 17 ans, les accidents de la circulation voient leur fréquence fortement progresser à partir de 15 ans, avec l'usage des deux-roues motorisés. Toutefois, en lien vraisemblablement avec les politiques de prévention développées dans ce domaine, le nombre de décès d'origine accidentelle chez les 1-17 ans a fortement chuté au cours des quinze dernières années.

À ces enjeux majeurs en termes d'état de santé, s'ajoutent différents problèmes de nature variée. Il s'agit notamment de l'asthme et des allergies alimentaires, dont la prévalence précise est difficile à mesurer, et les troubles des apprentissages qui concerneraient 5 à 6 % des enfants selon l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Enfin, les données disponibles sur la couverture vaccinale chez les enfants montrent que celle-ci tend globalement à progresser, mais reste insuffisante.

Les comportements et habitudes de vie des jeunes, notamment concernant les substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) sont essentiels à prendre en compte, car leur précocité constitue un facteur de risque de l'installation d'un usage régulier, voire d'une dépendance.

Les habitudes d'alcoolisation (usage régulier, alcoolisation ponctuelle importante) déclarées par les jeunes ligériens de 17 ans sont particulièrement préoccupantes ; elles apparaissent en effet nettement plus fréquentes qu'en moyenne en France. Ce constat concernant la consommation d'alcool des jeunes n'est pas nouveau, mais l'écart avec la moyenne nationale s'est accru au cours des années récentes.



Concernant le tabagisme, son usage quotidien en augmentation chez les jeunes de 17 ans apparaît en 2014 plus fréquent qu'au plan national. Il concerne ainsi plus d'un jeune sur trois dans la région.

Dans la région comme en France, la consommation de cannabis a fortement augmenté chez les jeunes au cours des années récentes, alors qu'elle était en recul depuis le milieu des années 2000. Si l'expérimentation du cannabis apparaît plus fréquente chez les jeunes de la région qu'au plan national, son usage régulier n'y est pas plus répandu.

La révolution numérique a eu un impact important sur la vie quotidienne, notamment sur la vie sociale, de toutes les classes d'âge, et en particulier chez les enfants et adolescents qui sont grands utilisateurs des nouvelles technologies. Si leur intérêt 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.

Les inégalités sociales de santé sont déjà très marquées chez les jeunes, avec dans la région comme en France, des indicateurs moins favorables chez les enfants issus des milieux les moins favorisés (habitudes alimentaires, activités sur écran, surcharge pondérale, santé buccodentaire, difficultés de langage). Dans un contexte marqué par la dégradation de certains indicateurs concernant l'environnement social et familial des enfants et adolescents (16 % des moins de 18 ans vivent sous le seuil de pauvreté, 15 % vivent avec un seul de leurs parents), les inégalités sociales de santé dès l'enfance risquent de perdurer dans les prochaines années et de rester un enjeu majeur.

Les Pays de la Loire comptent en 2012 plus de 800 000 enfants âgés de 1 à 17 ans, représentant ainsi 22 % de la population totale. Dans les années à venir, cet effectif devrait augmenter pour atteindre 850 000 en 2027 [1] [2].

Cette classe d'âge correspond à différentes étapes de vie qui ont chacune leurs propres caractéristiques en matière de santé : la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, puis l'entrée dans la vie adulte. Ce sont des périodes du développement physique et psychique, des acquisitions scolaires et culturelles, de l'intégration à la vie sociale/au cercle des pairs, d'un détachement progressif vis-à-vis des parents.

Ce chapitre présente dans une première partie des éléments concernant l'environnement familial et social, qui joue un rôle essentiel à tout âge mais plus encore à cette période de la vie.

Il offre ensuite un regard global sur la santé des Ligériens âgés de 1 à 17 ans, à partir de l'analyse de données de mortalité et de morbidité issues de différents systèmes d'information médico-administratifs : causes médicales de décès, affections de longue durée (ALD), passages aux urgences, hospitalisations en court séjour, prises en charge en établissement psychiatrique [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9]. Cette analyse intègre également des données sur les comportements et habitudes de vie des enfants et adolescents de la région, issues de résultats d'enquêtes.

Ces sources de données et leurs limites sont décrites dans ce rapport [voir Encadrés 2 et 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens] ou sur la page internet www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique. Sont présentés les principaux constats concernant la santé des 1-17 ans, et ceux-ci sont détaillés pour chacune des classes d'âge : 1-5 ans ; 6-10 ans ; 11-14 ans ; 15-17 ans.



2.1 ÉLÉMENTS CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL

La famille occupe une place majeure dans le développement et l'équilibre physique, social et émotionnel des enfants dès leur plus jeune âge. L'implication parentale, la qualité de la relation intrafamiliale, le cadre éducatif proposé ont un impact majeur sur la santé physique, mentale et sociale des enfants et des adultes qu'ils seront demain. Une plus grande fréquence des pathologies chroniques est ainsi observée, à l'âge adulte, chez les personnes ayant vécu pendant l'enfance des événements stressants tels que des dysfonctionnements familiaux, une séparation parentale, des négligences physiques, des abus physiques et sexuels, ou encore le décès d'un proche [10].

Plus largement, les déterminants sociaux jouent également un rôle majeur dans la santé des personnes, à court, moyen et long termes, et dès les premières années de vie, les inégalités sociales de santé sont très marquées [11] [12].

Huit enfants sur dix vivent avec leurs deux parents

83 % des enfants des Pays de la Loire âgés de moins de 18 ans vivent en 2013 avec un couple parental (leurs deux parents en général, plus rarement un parent et un beau-parent) et 15 % avec un seul parent. Cette proportion régionale d'enfants vivant dans une famille monoparentale¹ est inférieure à la moyenne de France métropolitaine (19 %) [13]. Au cours des dernières décennies, le nombre de familles monoparentales a fortement augmenté, dans la région comme en France (+ 2,8 % par an entre 2008 et 2013 contre + 0,8 % par an pour le nombre total de familles) [1].

Les familles monoparentales, composées le plus souvent d'une mère, vivent dans des conditions économiques et sociales plus fragiles que les couples avec enfants. En 2013 dans la région, 30 % des familles monoparentales vivaient sous le seuil de pauvreté contre 9 % des couples avec enfants (36 % et 11 % en France métropolitaine en 2014) [14].

L'enquête nationale réalisée en milieu scolaire en 2012-2013 auprès des élèves de grande section maternelle sur leurs habitudes de vie permet d'enrichir ces constats. Selon les déclarations de leurs parents, 85 % des enfants de 5-6 ans de la région vivent dans la semaine le plus souvent *sous le même toit avec leurs deux parents*, 7 % avec leur mère seule, 2 % avec leur père seul, 3 % avec leur mère et son conjoint, 2 % dans une autre situation (0,1 % avec leur père et son conjoint, 0,2 % en garde alternée avec ses deux parents...) [15].

Des situations de pauvreté en progression

Avec les jeunes adultes, les enfants font partie des classes d'âge les plus concernées par la pauvreté, en lien avec des revenus insuffisants de leurs parents, notamment du fait du chômage, des bas salaires et du morcellement des temps de travail (temps partiel, intérim, CDD...). Au plan national, le taux d'enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de pauvreté² est passé de 18 % en 2007 à 20 % en 2014. Dans les Pays de la Loire, la pauvreté est moins marquée ; ce taux s'élevait à 16 % en 2011 (19,5 % en France) [16].

Les assistants maternels, un mode de garde particulièrement fréquent dans la région

Pour les enfants de moins de 3 ans, l'accueil chez un assistant maternel constitue un mode de garde particulièrement développé dans la région. Il apparaît même plus répandu que la garde par les parents qui reste au plan national le principal³ mode de garde pour cette classe d'âge (selon les déclarations des parents dans l'enquête Famille et Logement de 2011) [17].

¹ Une famille monoparentale est formée d'un parent et d'un ou plusieurs de ses enfants qui ont la même résidence principale. Le parent ne partage pas sa résidence principale avec un conjoint.

² Seuil inférieur à 60 % du niveau de vie médian.

³ Mode de garde dans la journée en semaine (en dehors de l'école si l'enfant est scolarisé).



La situation des Pays de la Loire peut notamment être rapprochée du taux d'emplois féminins, plus élevé dans la région qu'au plan national (63 % vs 60 % en France entière chez les 15-64 ans [1]). En outre, l'offre d'accueil chez les assistants maternels (hors accueil familial) y est particulièrement développée (+ 70 % par rapport à la moyenne nationale).

De plus, le taux d'équipement en accueil collectif (crèche, halte-garderie, multi-accueil...) reste dans les Pays de la Loire nettement inférieur à la moyenne nationale (- 30 %). Ce constat concerne les cinq départements de la région, avec toutefois des disparités importantes entre eux (- 11 % en Loire-Atlantique à - 63 % en Sarthe) [5] [18].

15 % des enfants de 2 ans sont scolarisés

À l'âge de 3 ans, la très grande majorité (98 %) des enfants sont scolarisés. Le taux de scolarisation à 2 ans a, comme en France, fortement reculé dans la région au cours des quinze dernières années (36 % en 2005, 23 % en 2009) ; il semble toutefois se stabiliser autour de 15 % sur les années récentes 2015 et 2016, et reste supérieur à la moyenne nationale (12 % en 2015-2016) [19] [20] [21].

Le taux d'enfants scolarisés à 2 ans varie selon les départements, allant de 12 % en Loire-Atlantique à 22 % en Mayenne (années 2015-2016). Dans les zones d'éducation prioritaire, qui bénéficient d'une politique de soutien à la scolarité à 2 ans, le taux d'enfants scolarisés à cet âge dépasse 30 % dans les cinq départements de la région (34 % en Loire-Atlantique, 37 % en Maine-et-Loire, 39 % en Mayenne, 37 % en Sarthe, 40 % en Vendée) [20].

Environ 1,5 % des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance

Certaines situations familiales difficiles nécessitent la mise en place de mesures de protection spécifique des enfants.

Fin 2014, 15 900 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) étaient effectives dans la région. Ces mesures, comptabilisées dans le département où elles sont mises en œuvre, sont soit des mesures de placement, soit des mesures éducatives. Le nombre total de mesures est supérieur au nombre d'enfants effectivement pris en charge, car un enfant peut bénéficier de plusieurs mesures au cours d'une même année (une aide éducative suivie d'un placement par exemple).

Avec environ 16 mesures pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans, les mesures d'aide sociale à l'enfance apparaissent moins fréquentes dans la région qu'au plan national (19 pour 1 000). Des disparités sont observées entre les cinq départements de la région : la Loire-Atlantique et la Vendée présentent les taux de mesures les plus faibles (14 pour 1 000) et la Mayenne le taux le plus élevé (22 pour 1 000) [22] [13].

Entre 2007 et 2013, le taux de mineurs faisant l'objet d'au moins une mesure en protection de l'enfance a progressé dans les cinq départements de la région. Les hausses les plus marquées sont observées en Mayenne, Sarthe et Maine-et-Loire [23].

Parmi les mesures mises œuvre, 8 150 sont des mesures éducatives (aides éducatives à domicile et actions éducatives en milieu ouvert) et 7 700 sont des mesures de placements (avec 6 900 enfants confiés à l'ASE à la suite de mesures administratives ou judiciaires et 800 placements directs par le juge à un tiers ou un établissement).

Parmi les 6 900 enfants confiés à l'ASE, qui sont plus souvent des garçons, 15 % sont âgés de moins de 6 ans, et 21 % de 6 à 10 ans. La majorité sont des adolescents (54 % de 11-17 ans) et 10 % ont 18 ans ou plus. 52 % des enfants sont accueillis dans des familles d'accueil, 40 % dans des établissements (maisons d'enfants à caractère social le plus souvent), et 8 % bénéficient d'autres modes d'hébergement [22] [13].



ENCADRÉ 1. Santé et devenir des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance en Maine-et-Loire

Peu de travaux ont été conduits en Europe sur le devenir des enfants suivis par les services en charge de la protection de l'enfance. Dans la région, la Recherche Saint-Exupéry est une étude longitudinale menée auprès de 129 enfants placés avant l'âge de 4 ans dans un établissement de l'Aide sociale à l'enfance du Maine-et-Loire. Les biographies de ces enfants ont été reconstituées de leur naissance jusqu'à leur majorité [24].

Chez ces enfants placés, les taux de dénis de grossesse et de prématurité sont deux à trois fois supérieurs à ceux observés dans la population générale.

À leur admission, ces enfants présentent un état physique et psychique particulièrement dégradé, avec des cas de maltraitances lourdes fréquemment retrouvés. 50 % ont souffert de situations de violences psychologiques, 36 % de violences conjugales, 26 % de violences physiques et 11 % de négligences lourdes. Sur le plan somatique, environ la moitié des enfants souffrent de carences multiples ou de cassures de la courbe statur pondérale, en rapport avec leur situation familiale. Près de quatre enfants sur cinq présentent des signes de souffrance psychique, un quart des troubles de la sphère psychotique, des complications psychiques de carences affectives sévères.

La moitié des enfants ont un ou deux parents souffrant d'une pathologie psychiatrique, dont la prise en charge régulière est peu souvent retrouvée.

À l'âge adulte, un quart des enfants inclus dans la cohorte présentent un handicap psychique et une inadaptation sociale. À l'opposé, un quart des enfants évoluent favorablement. Cette étude met en évidence que les enfants, dont l'état de santé à l'admission était particulièrement dégradé et pour lesquels le délai entre le signalement et le placement est long, progressent le moins bien. La prise en charge précoce de ces enfants constitue donc un enjeu essentiel.

2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA SANTÉ DES 1-17 ANS

Mortalité en recul, en lien avec une baisse de l'accidentologie, mais surmortalité par suicide chez les adolescents

Dans la région comme en France, la mortalité générale des enfants et adolescents est en recul : - 4,5 % en moyenne par an dans les Pays de la Loire entre 2001 et 2012 (- 4,5 % en France)⁴. Cette baisse de la mortalité est liée principalement à une baisse des décès par accident de la circulation (- 9,5 % par an) et de la vie courante (- 6,1 % par an), qui constituent, avec les suicides, les principales causes de décès dans cette classe d'âge (en moyenne par an 13 décès par accident de la circulation, 13 décès par accident de la vie courante et 9 décès par suicide sur 100 au total).

La mortalité régionale des jeunes de 1-17 ans est relativement proche de la moyenne nationale, mais ce constat masque une surmortalité par suicide chez les adolescents de 15-17 ans.

Un taux d'enfants et de jeunes en ALD inférieur à la moyenne nationale

Plus de 20 000 Ligériens âgés de moins de 20 ans, soit 2,6 % jeunes de cette classe d'âge sont atteints d'une maladie grave et/ou chronique et sont à ce titre en ALD en 2015, selon les données du régime général d'assurance maladie⁵. Cette prévalence est inférieure à la moyenne nationale (3,1 %). Cette proportion augmente progressivement avec l'âge, passant de 1,6 % chez les enfants de moins de 5 ans à 3,5 % chez les jeunes de 15-19 ans. Elle est, entre 0 et 14 ans, un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles, mais il n'existe pas de différence selon le genre entre 15 et 19 ans.

Environ 2 500 jeunes de moins de 20 ans sont admis en moyenne chaque année en ALD par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie, soit 2,5 jeunes de la région sur 1 000⁶.

⁴ Calculs effectués pour les 1-19 ans.

⁵ Ces données de prévalence prennent en compte les trente ALD sur liste, ainsi que les ALD n° 31 et 32 [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

⁶ Ces données d'incidence concernent les trente ALD sur liste [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Malgré une augmentation observée depuis 2006, la fréquence de ces admissions en ALD chez les moins de 20 ans reste dans la région nettement inférieure à la moyenne nationale (- 21 % sur la période 2012-2014). Cette moindre fréquence régionale s'observe pour les principaux groupes d'affections (troubles mentaux et du comportement, maladies de l'appareil respiratoire, anomalies congénitales, maladies du système nerveux, maladies endocriniennes, maladies du système ostéoarticulaire), à l'exception des cancers.

Ces constats établis à partir des données d'ALD doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données et notamment de leur sensibilité aux modifications réglementaires [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Des passages aux urgences liés dans plus de la moitié des cas à un traumatisme

Près de 190 000 passages dans les services d'urgences de la région concernant des enfants âgés de 1 à 17 ans ont été dénombrés en 2015⁷. Cela correspond à un taux de passages de 233 pour 1 000 habitants, inférieur à celui des enfants de moins d'un an (541). Les garçons sont plus souvent concernés que les filles (249 vs 216 pour 1 000).

Les traumatismes motivent plus de la moitié des recours aux urgences des 1-17 ans. Ainsi, 58 % des passages, pour lesquels le diagnostic principal est renseigné⁸ [25], présentent un diagnostic de nature traumatologique. Il s'agit le plus souvent de traumatismes du membre supérieur (24 %) ou du membre inférieur (23 %).

Les passages avec un diagnostic médicochirurgical (37 % des passages) sont liés le plus souvent à des douleurs abdominales et des pathologies digestives (10 %), à des pathologies de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et du carrefour aérodigestif (6 %).

Les passages aux urgences des 1-17 ans se concluent dans 12 % des cas par une hospitalisation (contre 27 % chez les enfants de moins d'un an).

Un taux d'enfants et de jeunes hospitalisés supérieur à la moyenne nationale

Près de 68 000 jeunes de la région âgés de 1 à 17 ans, soit 8,5 % des enfants de cette classe d'âge, ont été hospitalisés en 2015 en service de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique).

Comme en France, le taux de 1-17 ans hospitalisés en court séjour chaque année a légèrement diminué au cours des dernières années. Malgré ce recul, il reste dans la région supérieur à la moyenne nationale (+ 6 % chez les 1-17 ans en 2011-2013). Cette situation régionale est liée principalement à une plus grande fréquence des adolescents hospitalisés pour des maladies des dents et du parodonte (+ 34 %), essentiellement pour l'extraction de dents de sagesse, ainsi que des enfants hospitalisés pour otite moyenne et mastoïdite (+ 83 %).

Ces résultats doivent toutefois être considérés avec précaution, au regard des limites du PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Environ 3 % des enfants et adolescents pris en charge dans l'année par un établissement de soins psychiatriques

Près de 23 000 Ligériens âgés de 1 à 17 ans ont été pris en charge au moins une fois par un établissement psychiatrique au cours de l'année 2015, ce qui correspond à près de 3 % de la population régionale de cette classe d'âge⁹. 60 % des enfants pris en charge sont des garçons.

Parmi eux, près de 1 200 (soit 5 % de la file active globale) ont bénéficié au moins une fois dans l'année d'une prise en charge à temps complet.

⁷ Exploitations ORU Pays de la Loire basées sur les résumés de passages aux urgences (RPU) de 28 des 30 services d'urgences de la région (soit 97 % de l'activité totale estimée des services d'urgences (SU) de la région). Les passages d'enfants ligériens de 1 à 17 ans dans les services d'urgences d'autres régions de France ne sont pas comptabilisés.

⁸ Soit 42 % des RPU. Méthodologie de regroupement des diagnostics principaux établie par la Fédération nationale des Observatoires régionaux des urgences (FÉDORU).

⁹ Cet effectif ne prend pas en compte les enfants pris en charge exclusivement en ambulatoire dans les établissements privés à but lucratif [voir chapitre Troubles mentaux et du comportement].



Le taux régional d'enfants pris en charge en établissement psychiatrique est inférieur d'environ 20 % à la moyenne nationale (3,5 %). Même si ce constat peut être lié en partie à des différences d'offre de soins dans les établissements de santé à but lucratif, il apparaît toutefois cohérent avec une moindre prévalence des enfants et des jeunes en ALD pour troubles mentaux et du comportement (- 23 % chez les moins de 20 ans).

Les pathologies les plus fréquemment suivies en établissement psychiatrique sont :

- les troubles du comportement et émotionnels (27 % des enfants pris en charge en 2015 l'ont été au moins pour ce type de pathologies),
- les troubles du développement psychologique (18 %),
- les troubles névrotiques (15 %).

2.3 LA SANTÉ DES ENFANTS DE 1 À 5 ANS

Dans la classe d'âge des 1 à 5 ans, qui correspond à la période de vie préscolaire et aux années de scolarisation en école maternelle, la région des Pays de la Loire compte en 2012 environ 234 000 enfants (dont 92 000 âgés de 1 ou 2 ans et 142 000 de 3 et 5 ans). Dans les années à venir, cet effectif devrait légèrement augmenter pour atteindre 243 000 en 2027.

L'analyse des données de mortalité et de morbidité issues des systèmes d'information médico-administratifs (ALD, passages aux urgences, hospitalisations) permet d'identifier les affections fréquentes et graves qui touchent cette population¹⁰.

Les données recueillies par les personnels de santé de l'Éducation nationale, notamment lors de l'enquête nationale menée auprès des élèves de grande section de maternelle réalisée à l'occasion du bilan de santé de la sixième année, permettent d'enrichir ce constat avec des données sur les habitudes de vie et certains problèmes de santé [26].

2.3.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Accidents et cancers au premier plan

Les décès dans cette classe d'âge sont relativement rares : environ 35 par an (dont 22 chez les 1-2 ans et 13 chez les 3-5 ans). Ces décès concernent dans deux tiers des cas des garçons (23 décès masculins, 12 décès féminins). Ils sont le plus souvent dus à des accidents de la vie courante (6 décès en moyenne par an, dont 3 par noyades) ou à des accidents de la circulation (2 décès par an). Seconde cause de décès chez les 1-5 ans, les cancers sont à l'origine en moyenne de 5 décès de jeunes enfants chaque année dans la région.

Une mortalité en recul et qui reste relativement proche de la moyenne nationale

Comme en France, la mortalité générale chez les enfants de 1-4 ans a connu une forte baisse dans la région au cours de la dernière décennie (- 4,2 % en moyenne par an entre 2001-2012). Cette mortalité reste dans la région relativement proche de la moyenne nationale.

2.3.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Environ 1,5 % des enfants de moins de 5 ans sont en ALD

Selon les données du régime général, 1,6 % des Ligériens âgés de moins de 5 ans sont atteints d'une maladie grave et/ou chronique et sont à ce titre en ALD en 2015. Cette prévalence, qui est inférieure à la moyenne nationale (2,0 %), est plus élevée chez les garçons (1,8 %) que chez les filles (1,4 %).

¹⁰ Les données présentées concernent, pour les causes médicales de décès actuelles, les enfants de 1-5 ans, pour l'évolution des causes médicales de décès les 1-4 ans, pour les admissions en ALD les moins de 5 ans, pour les passages aux urgences et les hospitalisations en court séjours les 1-5 ans.



Affections congénitales, troubles mentaux et du comportement et maladies du système nerveux au premier plan

Plus de 700 Ligériens âgés de moins de 5 ans sont admis en moyenne chaque année en ALD par les trois principaux régimes d'assurance maladie¹¹.

Trois groupes de pathologies motivent 56 % de ces admissions :

- les malformations congénitales et anomalies chromosomiques constituent ainsi le premier motif d'admission en ALD chez les enfants de moins de 5 ans (22 % du total des admissions). Les malformations de l'appareil circulatoire sont les plus fréquentes (12 %), devant la trisomie 21 (4 %). Au total, 640 Ligériens de moins de 5 ans étaient fin 2014 en ALD pour une affection congénitale ou une anomalie chromosomique (350 garçons, 290 filles).
- les troubles mentaux et du comportement arrivent au second rang (19 %), avec principalement les troubles envahissants du développement¹² (12 %) et le retard mental (5 %). Au total, 260 enfants de la région étaient fin 2014 en ALD pour des troubles mentaux ou du comportement. Plus des deux tiers d'entre eux étaient des garçons.
- les maladies du système nerveux motivent 15 % des admissions en ALD. L'épilepsie (6 %) et les paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques (hémiplégie, paraplégie et tétraplégie... ; 6 %) sont le plus souvent en cause.

Au total, plus de 300 enfants de la région étaient fin 2014 en ALD pour une maladie du système nerveux.

Arrivent ensuite, après ces trois groupes de pathologies, les affections suivantes qui sont chacune à l'origine de 6 à 9 % des admissions en ALD :

- les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (9 %), dont le diabète et les anomalies du métabolisme,
- les maladies de l'appareil respiratoire (7 %), dont principalement l'asthme,
- les maladies de l'appareil circulatoire (6 %),
- et les cancers (6 %), leucémies principalement.

Enfin, près de 50 enfants de la région âgés de moins de 5 ans (soit 7 % des admissions totales) sont admis en moyenne chaque année en ALD n° 7 pour une infection à VIH ou pour une surveillance lorsqu'ils sont nés d'une mère séropositive. Depuis 2011, tout enfant né de mère séropositive est admis en ALD n° 7 pendant ses deux premières années de vie.

ENCADRÉ 2. Les élèves bénéficiant d'un projet d'accueil individualisé dans les Pays de la Loire

Afin de faciliter l'accueil en collectivité (crèche, école, collège, lycée, centre de loisirs) des enfants présentant des troubles de la santé (pathologie chronique, traitement pour risque vital, régime alimentaire pour raison alimentaire...) et nécessitant des besoins spécifiques, un projet d'accueil individualisé (PAI) peut être établi, selon la circulaire 2003-135 du 8 septembre 2003.

Ce plan est élaboré à la demande de la famille, ou avec son accord et sa participation, par le chef d'établissement à partir des besoins thérapeutiques de l'enfant ou l'adolescent. Il est rédigé par le médecin de la collectivité (médecin de l'éducation nationale à l'école par exemple).

À la rentrée 2015, 7 600 élèves scolarisés en milieu ordinaire (école, collège, lycée, EREA) dans l'Académie de Nantes bénéficient d'un PAI (initial ou en cours), soit 1 % des élèves. Les problèmes de santé les plus souvent en cause sont les allergies (31 %) et l'asthme (29 %), suivis dans une moindre mesure du diabète (7 %) et de l'épilepsie (7 %) [27].

¹¹ Régime général (Cnamts), régime agricole (MSA) et régime social des indépendants (RSI).

¹² Dont autisme.



Une fréquence des admissions en ALD en progression, mais qui reste inférieure de 23 % à la moyenne nationale

Le taux d'admissions en ALD parmi les enfants de moins de 5 ans a augmenté au cours des dernières années dans la région comme en France métropolitaine [Fig1]. Cette progression a atteint respectivement 2,5 % et 2,0 % en moyenne chaque année entre les périodes 2005-2007 et 2012-2014.

Au sein de la région, trois départements ont contribué à cette augmentation : la Loire-Atlantique (+ 4,5 % en moyenne par an), la Mayenne (+ 5,4 %) et dans une moindre mesure la Sarthe (+ 1,0 %) où on observe toutefois une tendance à la baisse sur les années récentes (2011-2013).

Pour le Maine-et-Loire et la Vendée, le taux d'admissions en ALD tend à rester relativement stable sur les années les plus récentes (2011-2013).

Les pathologies à l'origine principalement de cette augmentation des admissions en ALD chez les enfants de moins de 5 ans sont en région :

- les troubles mentaux et du comportement (dont les troubles envahissants du développement),
- les maladies de l'appareil circulatoire,
- les maladies de l'appareil respiratoire (dont l'asthme),
- les maladies infectieuses et parasitaires, dont le VIH/sida et la tuberculose (cette augmentation n'est pas observée au plan national).

Le taux d'admissions en ALD pour affections congénitales, premier motif d'admission, est relativement stable dans la région, alors que celui-ci progresse au plan national.

La fréquence des admissions en ALD chez les moins de 5 ans est dans les Pays de la Loire inférieure de 23 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Cette moindre fréquence régionale s'observe pour les deux groupes d'affections qui dans cette classe d'âge motivent le plus grand nombre d'admissions : les affections congénitales (- 22 %) et les troubles mentaux et du comportement (- 34 %). Un écart encore plus marqué est observé pour les maladies de l'appareil respiratoire (- 57 %). Par contre, la fréquence des admissions en ALD pour maladies du système nerveux est proche de la moyenne nationale.

Même si le nombre de nouveaux cas est faible (24 par an), les admissions en ALD pour maladies infectieuses et parasitaires chez les enfants de moins de 5 ans apparaissent plus fréquentes dans la région qu'au plan national sur la période 2012-2014 (+ 41 %), en lien avec une plus grande fréquence des admissions pour tuberculose (14 cas par an, + 51 %).

Les cinq départements des Pays de la Loire présentent un taux d'admissions en ALD chez les moins de 5 ans inférieur à la moyenne nationale, avec des écarts plus marqués pour la Vendée (- 37 % en 2012-2014) et le Maine-et-Loire (- 36 %) que pour les trois autres départements (Loire-Atlantique : - 13 %, Mayenne : - 11 %¹³, Sarthe : - 22 %).

Enfin, en Loire-Atlantique, une plus grande fréquence des admissions en ALD pour VIH/sida (ALD n°7¹⁴) est observée chez les enfants de moins de 5 ans (29 cas par an, + 51 % par rapport à la moyenne nationale sur la période 2012-2014).

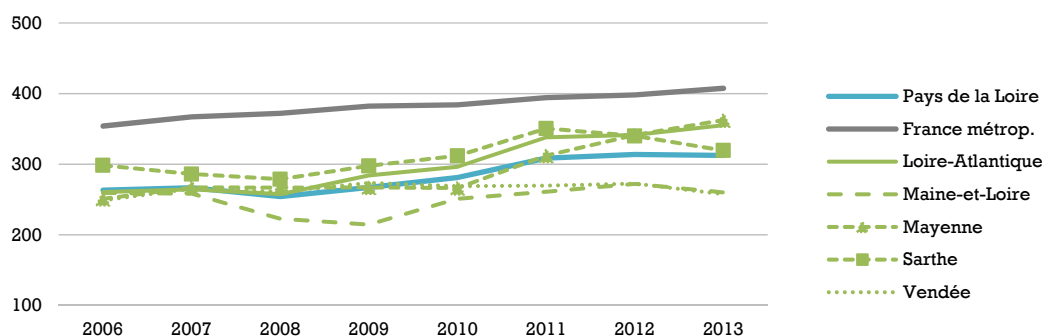
Ces différents constats établis à partir des données d'ALD doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

¹³ Cet écart avec la moyenne nationale n'est pas statistiquement significatif.

¹⁴ Depuis 2011, les enfants nés de mère séropositive sont admis en ALD n° 7 pendant les deux années suivant leur naissance.



Fig1. Évolution du taux d'admissions en ALD chez les enfants de moins de 5 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans

2.3.3 PASSAGES AUX URGENCES

70 000 passages dans les services d'urgences de la région concernant des enfants âgés de 1 à 5 ans ont été dénombrés en 2015. Cela correspond à un taux de passages de 300 pour 1 000, plus élevé chez les 1-2 ans (400) que chez les 3-5 ans (238). Comme dans les autres classes d'âge, les garçons sont plus souvent concernés que les filles (332 vs 268 pour 1 000).

Les diagnostics médicochirurgicaux représentent 50 % des passages aux urgences pour lesquels le diagnostic principal est renseigné. Il s'agit notamment de pathologies de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et du carrefour aérodigestif (12 %), de douleurs abdominales et de pathologies digestives (11 %), de fièvre et de problèmes d'infectiologie générale (7 %) et de dyspnées et pathologies des voies aériennes inférieures (6%).

47 % des diagnostics principaux sont de nature traumatologique, affectant notamment la tête et le cou (24 %) et les membres supérieurs (14 %).

Les passages aux urgences des enfants de 1-5 ans se concluent dans 13 % des cas par une hospitalisation (contre 27 % chez les enfants de moins d'un an).

2.3.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR

Environ 25 000 enfants de 1 à 5 ans sont hospitalisés en court séjour¹⁵ au moins une fois dans l'année, soit près de 11 % des enfants de cette classe d'âge (11 % pour les 1-2 ans et 10 % pour les 3-5 ans). Ce taux est trois fois plus faible que celui observé chez les enfants de moins d'un an (28 %). Par ailleurs, entre 1 et 5 ans, les garçons sont plus souvent hospitalisés que les filles (12,5 % vs 8,7 %).

Les infections respiratoires et ORL et leurs complications, première cause d'hospitalisation

Les maladies de l'appareil respiratoire constituent le premier motif d'hospitalisation en court séjour des enfants de 1-5 ans (6 400 enfants concernés chaque année), avec le plus souvent en cause les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes (3 700) et l'asthme (1 000).

Les maladies de l'oreille et de l'apophyse se positionnent au second rang (5 000 enfants), avec essentiellement les otites moyennes et mastoïdites (4 800).

Arrivent ensuite parmi les diagnostics principaux les plus fréquents :

- les maladies génito-urinaire (2 000), dont principalement le phimosis (1 500),
- les maladies infectieuses et parasitaires (1 900 enfants), intestinales le plus souvent (1 560),
- les lésions traumatiques (1 800 enfants), et notamment les traumatismes crâniens (530), les fractures du membre supérieur (310) et les plaies ouvertes du poignet et de la main (270).

¹⁵ Médecine, chirurgie et obstétrique.



Un taux d'hospitalisations en recul et proche de la moyenne nationale

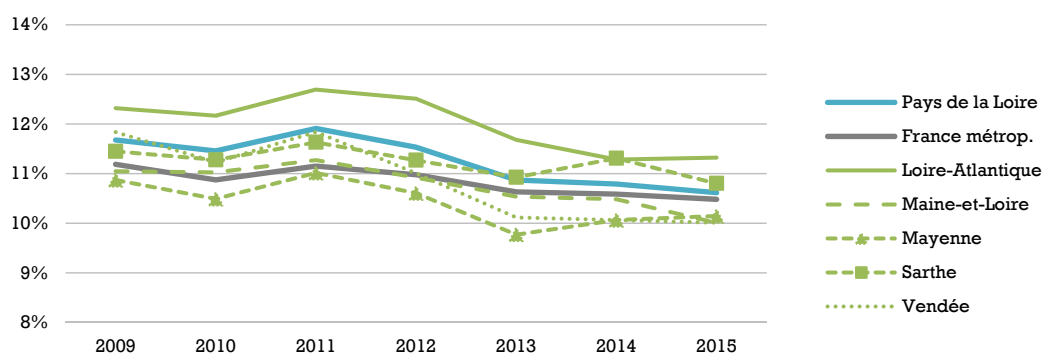
Entre 2009 et 2015, le taux d'enfants de 1-5 ans hospitalisés en court séjour a diminué dans les Pays de la Loire (- 1,6 % par an en moyenne) comme en France métropolitaine (- 1,1 %) [Fig2]. Cette baisse étant un peu plus marquée dans la région, l'écart avec la moyenne nationale s'est réduit. Le taux d'enfants hospitalisés, qui était légèrement supérieur à la moyenne nationale en 2009 (11,7 % vs 11,2 %) est désormais très proche de cette moyenne (10,6 % vs 10,5 %).

Cette tendance à la baisse des taux d'enfants de 1-5 ans hospitalisés en court séjour se retrouve globalement dans les cinq départements de la région. La Loire-Atlantique se distingue toutefois des autres départements, avec un taux qui reste plus élevé (11,3 % en 2015).

Cette baisse des hospitalisations en court séjour chez les enfants de 1-5 ans est liée principalement à un recul des séjours pour maladies de l'appareil respiratoire (- 3,6 % par an) et pour maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (- 3,1 % par an).

Ces résultats doivent toutefois être considérés avec précaution, au regard des limites du PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Fig2. Évolution du taux d'enfants de 1-5 ans hospitalisés en court séjour
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

2.3.5 BILANS DE SANTÉ EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE

Depuis la fin des années 1990, des enquêtes nationales de santé, pilotées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), sont menées régulièrement en milieu scolaire par les personnels de santé de l'Éducation nationale. Elles sont réalisées alternativement auprès des élèves de grande section de maternelle (GSM), de CM2 et de troisième [ENCADRÉ 3]. Les trois enquêtes menées auprès des élèves de GSM en 1999-2000, 2005-2006 et 2012-2013 ont été réalisées auprès d'échantillons représentatifs d'environ 20 000 à 30 000 enfants. Cette taille d'échantillon, plus importante que pour les enquêtes menées auprès des élèves de CM2 ou de troisième (moins de 10 000), offre la possibilité de mener des analyses à l'échelle régionale (comparaisons des indicateurs régionaux avec la moyenne nationale, analyse des évolutions, croisement selon le milieu social de l'enfant par exemple).



ENCADRÉ 3. L'enquête nationale auprès des élèves de grande section de maternelle 2012-2013

L'enquête menée auprès des élèves de grande section de maternelle (GSM) est réalisée à l'occasion du bilan de santé de la sixième année, en général en présence d'au moins un des parents (98 % des cas).

Les données sont recueillies à partir du carnet de santé de l'enfant (vaccinations notamment), de mesures réalisées lors de cet examen (poids, taille, vision, audition, santé buccodentaire) ou encore en interrogeant les parents sur les habitudes de vie des enfants, la santé respiratoire et les accidents de la vie courante par exemple.

L'enquête réalisée en 2012-2013 a concerné les élèves de grande section de maternelle des écoles publiques et privées sous contrat d'association avec l'État. Au plan national, 3 316 établissements sur 4 580 sélectionnés ont participé à l'enquête (72 %). Dans chaque établissement, au maximum huit élèves étaient tirés au sort. La Bretagne, la Corse et Mayotte n'ont pas participé à l'enquête. Au total, le nombre de questionnaires exploitables s'élève à 18 793 [26].

Dans l'Académie de Nantes, 267 écoles ont participé à cette enquête (90 % des écoles sélectionnées) et le nombre total de questionnaires exploitables s'élève à 1 372 [15].

Afin de prendre en compte la non-réponse et d'améliorer la représentativité des résultats de l'enquête, les données ont été pondérées et redressées. Pour les analyses régionales, le redressement repose sur un calage sur marge à partir des effectifs d'élèves selon l'appartenance à une zone d'éducation prioritaire (ZEP) et selon le secteur (public/privé).

Des analyses croisées ont été réalisées selon le milieu social de l'enfant, apprécié à partir de la profession déclarée par chacun des parents. Le groupe socioprofessionnel le plus élevé a été retenu, et l'étude a distingué deux catégories : ouvrier ou employé d'une part ; cadre, profession intermédiaire, agriculteur, commerçant ou chef d'entreprise d'autre part.

Des indicateurs qui semblent témoigner d'habitudes alimentaires plus favorables

3,5 % des Ligériens de 5-6 ans ne prennent pas tous les jours un petit-déjeuner et 16 % consomment tous les jours des boissons sucrées¹⁶ [15].

La situation régionale apparaît pour ces indicateurs plus favorable qu'en moyenne en France, où ces proportions sont respectivement égales à 7,5 et 18 % [26]. Le constat plus favorable sur la prise de petit-déjeuner était déjà observé dans l'enquête de 2005-2006 [28].

Ces comportements alimentaires sont comme en France socialement marqués, avec notamment une consommation quotidienne de boissons sucrées qui apparaît nettement plus fréquente chez les enfants appartenant aux classes sociales les moins favorisées (26 % des enfants d'ouvriers ou d'employés vs 10 % des enfants de cadres, professions intermédiaires, agriculteurs, commerçants ou chefs d'entreprise). Ce constat se retrouve pour la consommation quotidienne d'aliments sucrés (gâteaux, viennoiseries, barres chocolatées ou céréalières, desserts lactés, crème dessert, bonbons, chocolat...) avec toutefois un écart moins marqué (76 % vs 70 %). À l'inverse, chez les enfants appartenant aux groupes sociaux les moins favorisés apparaissent moins fréquentes la consommation quotidienne de fruits (41 % vs 52 %), de légumes crus et cuits (53 % vs 58 %) et de féculents (61 % vs 66 %), ainsi que la prise quotidienne d'un petit-déjeuner (94 % vs 98 %). En outre, la prise de déjeuner à la cantine apparaît moins répandue chez les enfants d'ouvriers ou d'employés (23 % ne le prennent "jamais ou rarement" vs 13 %).

13 % des enfants de 5-6 ans ont un écran dans leur chambre

La proportion d'enfants de GSM passant en dehors de l'école plus d'une heure par jour devant un écran¹⁷ s'élève à 81 % pour les jours sans école (mercredi, samedi, dimanche) et à 39 % pour les jours avec école. Si ce taux est relativement proche de la moyenne nationale pour les jours sans école (83 %), il est inférieur à cette moyenne pour les jours avec école (43 % en France) [Fig5]. Cet écart régional est notamment à rapprocher de la proportion nettement plus faible dans la région d'enfants disposant d'un écran dans leur chambre (13 % vs 23 % en France). Des écarts sont également observés selon le milieu social. Les enfants issus des groupes les moins favorisés (ouvriers ou employés), qui ont plus souvent un écran dans leur chambre (22 % vs 7 %), consacrent plus de temps sur écran les jours d'école (50 % plus d'une heure par jour vs 33 % des enfants) ainsi que les jours sans école (respectivement 85 % vs 80 %).

¹⁶ Sodas, sirop, nectar (hors jus de fruits sans sucres ajoutés et pur jus).

¹⁷ Télévision, DVD, console de jeux, jeux vidéo ou ordinateur.



Surpoids et obésité concernent respectivement 7 % et 2 % des enfants de 5-6 ans

Selon les données mesurées lors de l'enquête, 7,0 % des Ligériens de 5-6 ans sont en surpoids¹⁸ et 1,6 % sont obèses en 2012-2013 [Fig3]. Comme en France, les filles sont plus souvent en situation de surpoids ou d'obésité à cet âge (surpoids : 8,6 % vs 5,5 % des garçons ; obésité : 2,0 % vs 1,1 %).

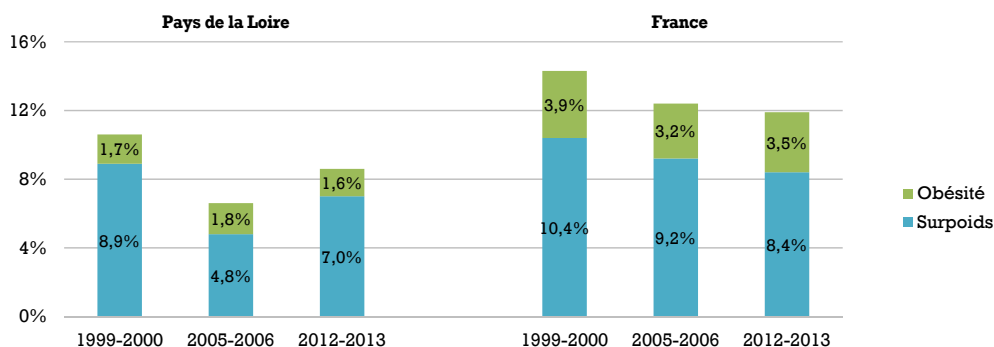
La prévalence de la surcharge pondérale¹⁹ est par ailleurs plus élevée chez les enfants appartenant aux milieux sociaux les moins favorisés (8,6 % des enfants d'ouvriers ou d'employés sont en surpoids et 2,4 % obèses contre respectivement 5,9 % et 1,0 % des enfants de cadres, professions intermédiaires, agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise) [Fig4].

Comme pour les enquêtes précédentes, les proportions d'enfants en surpoids et obèses sont dans la région plus faibles que celles estimées au plan national (respectivement 8,4 % et 3,5 %).

Après avoir connu un recul entre 2000 et 2006, la prévalence du surpoids semble avoir progressé chez les enfants de la région entre 2006 et 2013 : 8,9 % en 1999-2000, 4,8 % en 2005-2006 et 7,0 % en 2012-2013 [Fig3] [29] [30] [26]. Cette évolution régionale contraste avec la relative stabilité observée au plan national entre les deux dernières périodes (9,2 % en 2005-2006 et 8,4 % en 2012-2013) [26]. Elle doit donc être considérée avec précaution car l'hypothèse d'un biais de recueil dans l'enquête de 2005-2006 ne peut toutefois pas être exclue.

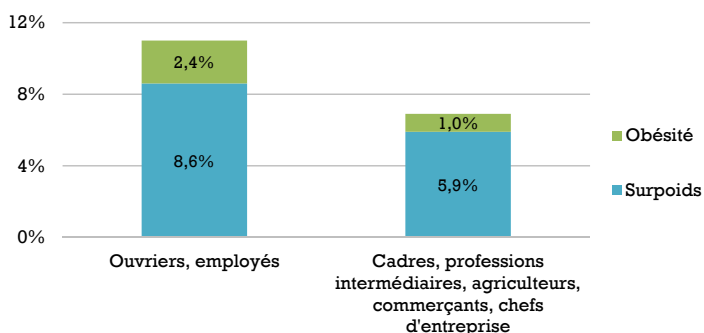
La prévalence de l'obésité est restée quant à elle relativement stable dans la région depuis le début des années 2000 (entre 1,5 et 2 %).

Fig3. Évolution de la proportion d'enfants de 5-6 ans en surcharge pondérale
Pays de la Loire, France entière (2000, 2006, 2013)



Sources : Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (Drees-DGESCO)

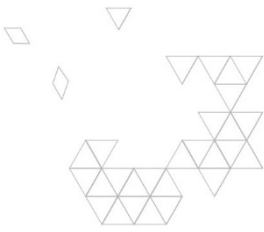
Fig4. Proportion d'enfants de 5-6 ans en surcharge pondérale selon le groupe social des parents
Pays de la Loire (2012-2013)



Source : Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (Drees-DGESCO)

¹⁸ Le terme « surpoids » correspond à une surcharge pondérale, hors obésité.

¹⁹ Le terme « surcharge pondérale » inclut le surpoids et l'obésité.



Sommeil

Le sommeil influence de façon importante la santé, le bien-être ainsi que l'équilibre physique et psychologique de l'enfant. Il participe notamment à la préservation des capacités cognitives et motrices, à l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales, à l'activation des défenses immunitaires, au maintien de la température interne et de l'équilibre énergétique, ainsi qu'à la régulation de l'humeur. Les troubles du sommeil ont de ce fait des conséquences sur le fonctionnement de l'organisme et du psychisme [6]. Pour ces raisons, il est recommandé de coucher les enfants à heure régulière, et que leur durée quotidienne de sommeil soit de 10 à 13 heures entre 3 et 5 ans et de 9 à 11 heures entre 6 et 13 ans.

Le temps de sommeil des jeunes enfants apparaît dans la région un peu plus élevé qu'au plan national. Ainsi, selon les déclarations des parents, le temps de repos nocturne²⁰ des enfants de grande section maternelle de la région s'élève en moyenne à 10 heures et 53 minutes. Cette durée est supérieure de 10 minutes à la moyenne nationale [26].

Asthme et allergies alimentaires, des situations fréquentes

Selon les déclarations de leurs parents, 15 % des enfants de 5-6 ans ont déjà eu une crise d'asthme au cours de leur vie. Cette proportion régionale est supérieure à la moyenne nationale (11 %) [Fig5]. Cette différence était déjà observée lors de la précédente enquête de 2005-2006, et concernait plus largement la partie Ouest de la France [30].

Par contre, le taux d'enfants de 1-5 ans hospitalisés en court séjour avec comme diagnostic principal l'asthme ainsi que le taux d'admissions en ALD pour cette pathologie dans cette classe d'âge, qui permettent d'apprécier la fréquence des cas les plus graves, sont inférieurs à ceux observés au plan national [7] [4].

Par rapport à l'enquête 2005-2006, la proportion d'enfants dont les parents déclarent qu'ils ont déjà eu une crise d'asthme au cours de leur vie et, qu'au cours des 12 derniers mois, ils ont présenté des sifflements dans la poitrine ou bénéficié un traitement contre l'asthme est restée stable (11 % en 2005-2006, 10 % en 2012-2013) [28].

Selon les déclarations de leurs parents, 3 % des enfants de 5-6 ans de la région présentent en 2012-2013 une allergie alimentaire. Cette proportion est notamment comparable à celle observée à l'échelle nationale (3 %) lors de l'enquête réalisée en 2005-2006 [30]. Un PAI pour allergie alimentaire est mis en place à l'école pour 17 % des enfants concernés et envisagé pour 6 % d'entre eux²¹.

Une santé buccodentaire qui continue à s'améliorer

La santé buccodentaire des enfants s'est améliorée au cours des dernières décennies, avec notamment le progrès de l'hygiène et les incitations à une consommation modérée d'aliments et boissons sucrées.

3 % des enfants de 5-6 ans de la région présentent au moins deux dents cariées non soignées en 2012-2013, contre 5 % en 2005-2006 et 7 % en 1999-2000 [26] [28] [29] [30].

Comme dans les enquêtes précédentes, l'état de santé buccodentaire des enfants de GSM apparaît dans la région plus favorable qu'au plan national. Ainsi, en 2012-2013, 11 % des Ligériens âgés de 5-6 ans présentent au moins une dent cariée (soignée ou non) vs 16 % en moyenne en France [Fig5].

Ce constat pourrait notamment être lié à une moindre consommation de produits sucrés (boissons sucrées), car la fréquence du brossage des dents chez les enfants de la région n'apparaît pas différente de la moyenne nationale (56 % se brossent les dents plusieurs fois par jour, 35 % une fois par jour, 8 % quelquefois par semaine et 1 % jamais contre respectivement 55 %, 37 %, 7 % et 1 % en France). De plus, selon les données de remboursement de l'assurance maladie, le recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste libéral est dans la région supérieur à la moyenne nationale chez les enfants âgés de 5 à 9 ans (57 % vs 50 % en France) [31].

²⁰ Dans l'enquête, ont été recueillies les heures de lever et de coucher à partir desquelles a été calculée une durée de repos nocturne, celle-ci permettant d'approcher la durée de sommeil.

²¹ Effectif d'élèves concernés par un PAI = 43.



Les écarts entre groupes sociaux en matière de santé buccodentaire sont, comme au plan national, particulièrement marqués, avec des indicateurs nettement moins favorables chez les enfants des groupes sociaux les moins favorisés. Ainsi, le pourcentage d'enfants présentant au moins une dent cariée (soignée ou non), atteint 15 % chez les enfants d'ouvriers ou d'employés vs 8 % des enfants de cadres, professions intermédiaires, agriculteurs, commerçants ou chefs d'entreprise. Ces proportions sont respectivement à 12 % et 4 % si l'on considère la présence d'au moins une dent cariée non soignée. Quant à la proportion d'enfants se brossant les dents plusieurs fois par jour, elle est respectivement de 51 % et 59 % pour ces deux groupes d'enfants.

Des troubles de la vue pas toujours corrigés

La proportion d'enfants de GSM portant des lunettes a fortement augmenté dans la région, passant de 12,5 % en 2000, à 15,5 % en 2006 pour atteindre 19 % en 2013 [Fig5]. Ce taux est proche de celui observé au plan national, qui a connu également une forte hausse (respectivement 12 %, 14 %, 18 %) [26] [30] [29].

Parmi les enfants non-porteurs de lunettes, près de 9 % présentent une anomalie de la vision de loin (myopie), soit un taux non significativement différent de la moyenne nationale (10,5 %). Cette proportion apparaît dans la région plus élevée chez les enfants issus des groupes sociaux les moins favorisés (11 % des enfants d'ouvriers ou d'employés vs 7 % des enfants appartenant à un autre groupe social).

6 % des élèves de GSM présentent un trouble de l'audition avec une perte de 30 décibels sur au moins une oreille pour au moins une des fréquences explorées (500, 1000, 2000 ou 4000 hertz)²². Ce pourcentage, similaire à la moyenne nationale (6 %), doit toutefois être considéré avec précaution car les otites séreuses, fréquentes à ces âges (mais difficiles à repérer car non douloureuses à la différence des otites aiguës) peuvent induire une surestimation de ce taux.

Difficultés de langage et troubles des apprentissages

La maîtrise du langage constitue un élément fondamental de l'épanouissement de la personnalité de l'enfant, de sa réussite scolaire, de son intégration sociale et de sa future intégration professionnelle [32]. Les habiletés acquises dans le champ du langage oral vont notamment constituer le socle de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Elles jouent également un rôle important dans le développement de l'autonomie, de la socialisation et de l'estime de soi. La maîtrise du langage constitue donc à ce titre un déterminant de santé fondamental mais souvent sous-estimé.

10 % des enfants de la région âgés de 5 à 6 ans ont une élocution qualifiée d'« anormale » par le médecin ou de l'infirmier qui a réalisé leur bilan de santé²³. Les garçons sont plus souvent concernés (12 % vs 9 % des filles), ainsi que les enfants issus des groupes sociaux les moins favorisés (13 % des enfants d'ouvriers ou d'employés vs 8 % des enfants de cadres, professions intermédiaires, agriculteurs, commerçants ou chefs d'entreprise).

Le repérage et le diagnostic précis de ces difficultés langagières sont essentiels pour permettre la mise en place d'une réponse précoce et adaptée, qui nécessite l'articulation des compétences pédagogiques et médicales. Ces difficultés peuvent en effet résulter de facteurs psychoaffectifs et pédagogiques, mais aussi dans certains cas, être révélatrices d'un processus pathologique. Elles peuvent ainsi être secondaires à une pathologie bien identifiée (surdité par exemple) ou bien relever de troubles spécifiques du langage, qui s'inscrivent dans le cadre général des troubles des apprentissages.

Selon l'Inserm, les troubles spécifiques des apprentissages (troubles « dys ») concerneraient au moins 5 à 6 % des enfants, près de 40 % d'entre eux présentant plusieurs types de troubles associés :

- entre 3 et 5 % des enfants seraient concernés par une dyslexie (troubles de lecture),
- la dysphasie (troubles du langage oral), souvent prédictive d'une dyslexie ultérieure, concernerait environ 2 % des enfants,

²² Seuls ont été conservés les élèves pour lesquels le médecin a jugé que les conditions matérielles, sonores (absence de bruits) et médicales (absence de pathologies ORL aiguës détectables) n'étaient pas de nature à gêner le test de dépistage.

²³ Cette appréciation de l'élocution de l'enfant n'est pas établie à partir d'un test spécifique mais repose uniquement sur la perception du professionnel de santé au moment de l'enquête.



- les troubles de l'attention seraient présents chez 3 à 5 % des enfants,
- enfin 5 à 7 % des enfants âgés de 5 à 11 ans présenteraient une dyspraxie, c'est-à-dire des troubles spécifiques du développement moteur et de l'écriture [33] [34].

Ces troubles de l'apprentissage motivent une part importante des recours aux soins d'orthophonie. En 2015, 15 % des enfants de la région âgés de 5 à 6 ans ont eu recours au moins une fois dans l'année à un orthophoniste libéral (14 % en France entière) [31].

Fig5. Habitudes de vie et état de santé des enfants en grande section de maternelle
Pays de la Loire, France (1999-2000 ; 2005-2006 ; 2012-2013)

	Pays de la Loire			France
	1999-2000	2005-2006	2012-2013	2012-2013
HABITUDES ALIMENTAIRES, ACTIVITÉS SÉDENTAIRES, SURCHARGE PONDÉRALE				
Prise d'un petit-déjeuner non quotidienne	-	-	3,5 %	7,5 %
Consommation quotidienne de boissons sucrées ¹	-	-	16 %	18 %
Plus d'une heure par jour devant un écran, les jours avec école (lundi, mardi, jeudi, vendredi)	-	-	39 %	43 %
Plus d'une heure par jour devant un écran, les jours sans école (mercredi, samedi, dimanche)	-	-	81 %	83 %
Écran ² dans la chambre	-	-	13 %	23 %
Surcharge pondérale (surpoids + obésité)	10,6 %	6,6 %	8,6 %	11,9 %
Dont : - surpoids	8,9 %	4,8 %	7,0 %	8,4 %
- obésité	1,7 %	1,8 %	1,6 %	3,5 %
ASTHME, ALLERGIE ALIMENTAIRE				
Crise d'asthme au cours de la vie	-	-	15 %	11 %
Crise d'asthme au cours de la vie et, au cours des 12 derniers mois, sifflements dans la poitrine ou traitement contre l'asthme	-	11 %	10 %	-
Allergie alimentaire	-	-	3 %	-
SANTÉ BUCCODENTAIRE				
Deux dents cariées non soignées	7 %	5 %	3 %	-
Au moins une dent cariée (soignée ou non)	-	-	11 %	16 %
Brossage des dents plusieurs fois par jour	-	-	56 %	55 %
TROUBLES DE LA VUE, DE L'AUDITION, DE L'ÉLOCUTION				
Port de lunettes	12,5 %	15,5 %	19 %	18 %
Anomalie de la vision de loin parmi les enfants ne portant pas de lunettes	-	-	9 %	10,5 %
Troubles de l'audition ³	-	-	6 %	6 %
Élocution qualifiée « anormale » ⁴	-	-	10 %	-
ACCIDENT				
Accident de la vie courante au cours des trois derniers mois	-	-	4 %	4 %

Sources : Enquêtes nationales auprès des élèves de grande section de maternelle (Drees-DGESCO)

1. Sodas, sirop, nectar (hors jus de fruits sans sucres ajoutés et pur jus).

2. Télévision, DVD, console de jeu, jeux vidéo ou ordinateur.

3. Troubles de l'audition avec une perte de 30 décibels sur au moins une oreille pour au moins une des fréquences explorées (500, 1 000, 2 000 ou 4 000 hertz) parmi les élèves pour lesquels le médecin a jugé que les conditions matérielles, sonores (absence de bruits) et médicales (absence de pathologies ORL aiguës détectables) n'étaient pas de nature à gêner le test de dépistage.

4. L'appréciation de l'élocution de l'enfant n'est pas établie à partir d'un test spécifique mais repose uniquement sur la perception du professionnel de santé au moment de l'enquête.

4 % des enfants de 5-6 ans victimes d'un accident de la vie courante au cours des trois derniers mois

Selon les déclarations des parents, plus de 4 % des enfants de la région âgés de 5 à 6 ans ont été victimes d'un accident ayant nécessité un recours à un professionnel ou à un établissement de santé au cours des trois mois précédant l'enquête (5 % des garçons ; 4 % des filles). Ce taux est proche de la moyenne nationale (4 %) [Fig5]. Un taux comparable avait été retrouvé à l'échelle nationale dans l'enquête de 2005-2006 témoignant d'une relative stabilité [30] [26].

La très grande majorité (98 %) de ces accidents sont des accidents de la vie courante²⁴, les autres étant des accidents de la circulation.

Les données nationales de l'enquête GSM permettent, grâce à des effectifs suffisants, de détailler les circonstances, mécanismes et lésions en cause. Les accidents de la vie courante chez les 5-6 ans sont le plus

²⁴ Comprend les accidents domestiques (domicile et aux abords), à l'école, de sport, de loisirs, sur la voie publique (trottoir, parking...).



souvent des accidents domestiques (dans près de la moitié des cas) ou survenus à l'école (dans un quart des cas). Le mécanisme accidentel est surtout la chute. Les lésions sont pour 40 % des plaies et 20 % des fractures. La tête est touchée dans plus d'un accident sur deux. Dans près de deux tiers des cas, l'accident a occasionné un recours aux urgences. Moins de la moitié des enfants ont été limités dans leurs activités après l'accident [35].

ENCADRÉ 4. Couverture vaccinale des enfants dans les Pays de la Loire

Plusieurs sources de données permettent d'apprécier la couverture vaccinale des enfants (certificat de santé du 24^e mois, enquête nationale auprès des élèves de grande section de maternelle, données de remboursement de l'assurance maladie) [36] [26] [37] [38]. Pour les vaccins contre la diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP), la coqueluche, et l'*Haemophilus influenzae* de type b, les taux de couverture sont élevés, dans la région comme en France. Ils avoisinaient les 95 % chez les enfants de 5-6 ans en 2012-2013, et atteignent 97-98 % chez les enfants de 2 ans en 2014.

Pour le pneumocoque, la couverture vaccinale est en augmentation au cours de la dernière décennie et s'élève à 84 % chez les 5-6 ans en 2012-2013 et à 88 % chez les enfants de 2 ans en 2014. Elle reste toutefois inférieure à l'objectif de 90 %.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B, qui poursuit sa progression, reste aussi à améliorer. Elle atteint 43 % chez les enfants de 5-6 ans en 2012-2013 (34 % en 2005-2006) et 82 % en 2014 chez les enfants de 2 ans (78 % en 2012). Chez les enfants de 5-6 ans, les taux régionaux restent inférieurs à la moyenne nationale (51 % en 2012-2013 ; 38 % en 2005-2006). Par contre, chez les enfants de 2 ans, la couverture vaccinale est proche de celle observée au plan national (83 % en 2014).

Pour le méningocoque C, recommandé depuis 2010 à l'âge d'un an et faisant l'objet d'un rattrapage chez les 1-24 ans, la couverture vaccinale demeure insuffisante. En 2016, 70 % des enfants de 2 ans étaient vaccinés, 67 % des 2-4 ans, 56 % des 5-9 ans, 36 % des 10-14 ans et 27 % des 15-19 ans.

La couverture vaccinale du ROR (rubéole-oreillons-rougeole), bien qu'en augmentation, reste aussi insuffisante, dans la région comme en France : 97 % pour une dose et 84 % pour deux doses chez les enfants de 5-6 ans en 2012-2013 ; 91 % à une dose et 76 % pour deux doses chez les enfants de 2 ans en 2014. Ces couvertures, proches de la moyenne nationale, n'atteignent pas en effet les objectifs définis par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) pour l'éradication de la rougeole et de la rubéole (≥ 95 % pour une dose et ≥ 80 % pour deux doses à l'âge de 2 ans).

Globalement, les données des certificats de santé du 24^e mois montrent relativement peu de disparités entre les cinq départements de la région en matière de couverture vaccinale chez les enfants de 2 ans.

2.4 LA SANTÉ DES ENFANTS DE 6 À 10 ANS

Dans la classe d'âge des 6-10 ans, qui correspond à la période de scolarisation à l'école primaire, la région des Pays de la Loire compte en 2012 environ 240 000 enfants. Dans les années à venir, cet effectif devrait légèrement progresser pour atteindre 248 000 en 2027.

Les données utilisées pour décrire l'état de santé des enfants de la région de cette classe d'âge sont essentiellement issues des systèmes d'information médico-administratifs (PMSI - Programme de médicalisation des systèmes d'information, causes médicales de décès, ALD, passages aux urgences).

Concernant les comportements et habitudes de vie des enfants de cette classe, l'enquête réalisée par la Drees et l'Éducation nationale auprès des élèves de CM2 en 2014-2015 offre des éléments récents dans ce domaine à l'échelle nationale [39]. L'échantillon régional de cette enquête n'est cependant pas de taille suffisante pour fournir des résultats représentatifs pour les Pays de la Loire.

2.4.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Accidents et cancers au premier plan

Entre 6 et 10 ans, les décès sont relativement rares. On a ainsi dénombré dans la population régionale en moyenne 16 décès annuels pour cette classe d'âge sur la période 2011-2013 (9 décès masculins, 7 décès féminins). Comme pour les 1-5 ans, ces décès sont le plus souvent d'origine accidentelle (4 décès annuels par accidents de la vie courante ou de la circulation) ou liés à un cancer (5 décès).



Une mortalité relativement proche de la moyenne nationale

Au plan national, le taux de mortalité générale chez les enfants de 5-9 ans suit une tendance à la baisse (- 3,2 % par an en moyenne entre 2001 et 2012). Dans la région, aucune tendance nette ne se dégage en raison des faibles effectifs de décès observés. Le taux de mortalité oscille ainsi entre 7 et 9 décès pour 100 000 enfants sur les années récentes et reste relativement proche de la moyenne nationale.

2.4.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Plus de 2 % des enfants de 5-9 ans sont en ALD

Selon les données du régime général, 2,4 % des Ligériens âgés de 5 à 9 ans sont atteints d'une maladie grave et/ou chronique et à ce titre en ALD en 2015. Cette prévalence régionale est inférieure à la moyenne nationale (3,0 %). Elle est en outre plus élevée chez les garçons (2,9 %) que chez les filles (2,1 %).

Les troubles mentaux et du comportement au premier rang

Environ 530 enfants âgés de 5 à 9 ans sont admis en moyenne chaque année en ALD par les régimes d'assurance maladie.

Les troubles mentaux et du comportement constituent le premier motif de ces admissions (40 %), les troubles envahissants du développement étant les plus souvent en cause (26 %).

Au total, 1 100 enfants de 5-9 ans de la région étaient en ALD fin 2014 pour des troubles mentaux et du comportement. Plus de 70 % de ces enfants étaient des garçons (800 vs 300 filles).

Les motifs d'admissions en ALD les plus fréquents sont ensuite :

- les maladies du système nerveux (13 %), et notamment épilepsie (7 %) et paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques (4 %),
- les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (9 %), et notamment le diabète (7 %),
- les maladies de l'appareil respiratoire (9 %), principalement l'asthme (8 %).

Une fréquence globale des admissions en ALD en hausse, mais qui reste inférieure à la moyenne nationale

Dans la région comme en France, la fréquence globale des admissions en ALD parmi les enfants de 5-9 ans est en augmentation. Cette hausse est toutefois deux fois moins marquée à l'échelle régionale qu'au plan national (+ 1,7 % vs + 3,4 % en moyenne par an entre 2006 et 2013).

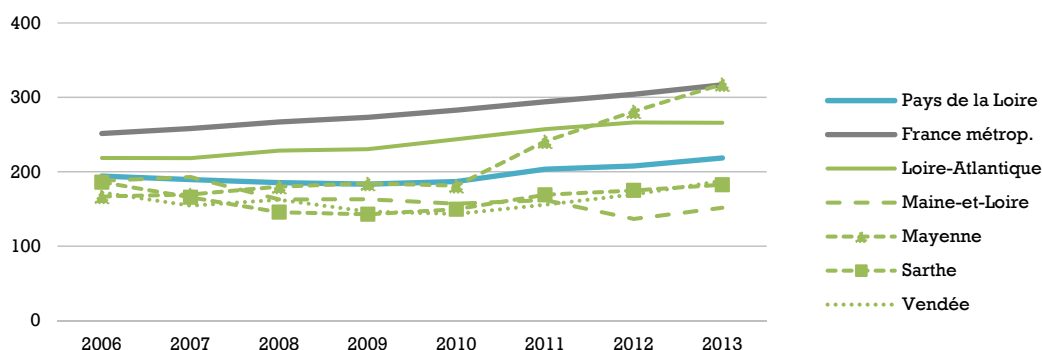
Au sein des Pays de la Loire, des évolutions différentes sont observées selon les départements. Le Maine-et-Loire se distingue des quatre autres par une tendance à la baisse (- 3 % par an). En Vendée et en Sarthe, la fréquence des admissions en ALD qui était en recul entre 2006 et 2009 suit une tendance à la hausse depuis 2010. La Loire-Atlantique a connu une augmentation continue sur la période 2006-2013 (+ 2,8 % par an), et la Mayenne se caractérise par une très forte augmentation sur les années récentes 2010-2014 [Fig6].

Les pathologies à l'origine de cette augmentation des admissions en ALD sont dans la région principalement les troubles mentaux et du comportement (dont essentiellement les troubles du développement psychologique) : + 3,2 % en moyenne par an entre 2006 et 2013.

Parmi les autres groupes fréquents d'affections, une augmentation du taux d'admissions des ALD est également observée : + 2,1 % par an pour maladies du système nerveux, + 4,5 % par an pour les maladies de l'appareil respiratoire. La fréquence des admissions pour maladies endocriniennes (principalement pour diabète de type 1), suit également une tendance à la hausse sur les années récentes 2011-2014 après avoir connu un recul entre 2006 et 2010.



Fig6. Évolution du taux d'admissions en ALD chez les enfants de 5-9 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans

Malgré ces augmentations, la fréquence des admissions en ALD chez les enfants de 5-9 ans est dans la région inférieure de 31 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Cette moindre fréquence régionale des admissions en ALD concerne les garçons comme les filles. Elle est liée à une sous-incidence des ALD pour troubles mentaux et du comportement (- 36 %) mais aussi pour les autres principaux groupes d'affections (maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, maladies du système nerveux et maladies respiratoires).

Au sein de la région, une moindre fréquence globale des admissions en ALD chez les enfants de 5-9 ans est observée dans quatre départements sur la période 2012-2014 ; avec des écarts marqués en Maine-et-Loire (- 52 %), Sarthe (- 42 %) et Vendée (- 41 %) et plus faible en Loire-Atlantique (- 16 %). Seule la Mayenne ne se différencie pas de la moyenne nationale sur cette période, en raison principalement d'une plus grande fréquence des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement (+ 37 %, 40 cas par an).

Ces différents constats établis à partir des données d'ALD doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

2.4.3 PASSAGES AUX URGENCES

45 000 passages dans les services d'urgences de la région concernant des enfants âgés de 6 à 10 ans ont été dénombrés en 2015. Cela correspond à un taux de passages de 183 pour 1 000. Parmi les moins de 18 ans, cette classe d'âge est la moins concernée par les recours aux urgences, les taux étant en effet supérieurs dans les groupes d'âge inférieur ou supérieur. Les garçons sont plus souvent concernés que les filles mais l'écart entre les deux sexes est moins marqué que chez les enfants de moins de 6 ans (192 vs 173 pour 1 000).

65 % des passages aux urgences, pour lesquels le diagnostic principal est renseigné, présentent un diagnostic de nature traumatologique, le plus souvent du membre supérieur (27 %), du membre inférieur (20 %) ou de la tête et du cou (14 %).

Les passages avec un diagnostic médicochirurgical (32 % du nombre total de passages) sont liés le plus à des douleurs abdominales et pathologies digestives (11 %), et dans une moindre mesure à des pathologies de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et du carrefour aérodigestif (5 %).

Les passages aux urgences se concluent dans 10 % des cas par une hospitalisation (contre 27 % chez les enfants de moins d'un an et 13 % chez les 1-5 ans).



2.4.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR

Environ 13 300 enfants de 6 à 10 ans sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (service de MCO), soit 5,5 % des enfants de cette classe d'âge (6,4 % des garçons ; 4,9 % des filles).

Des motifs d'hospitalisations variés

Les motifs d'hospitalisations en court séjour dans cette classe d'âge sont variés. Les groupes d'affections et problèmes de santé à l'origine de ces hospitalisations sont le plus souvent, par ordre de fréquence :

- les maladies de l'appareil digestif (1 850 enfants), dont les maladies des dents et du parodonte (850) et l'appendicite (540),
- les maladies de l'appareil respiratoire (1 820 enfants), avec le plus souvent en cause les maladies chroniques des amygdales et des végétations adénoïdes (1 200) et l'asthme (250),
- les lésions traumatiques (1 620), notamment fractures du membre supérieur (610) et traumatismes crâniens (270),
- les malformations congénitales (1 100), dont celles des organes génitaux (300),
- les maladies de l'appareil génito-urinaire (1 100), phimosis principalement (800),
- les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (1 100), avec le plus souvent en cause les otites moyennes et mastoïdites (820).

Un taux d'hospitalisations en léger recul mais, qui reste légèrement au-dessus de la moyenne nationale

Le taux d'enfants de 6-10 ans hospitalisés en court séjour suit une tendance à la baisse dans les Pays de la Loire (- 1,6 % par an en moyenne entre 2009 et 2015) comme en France métropolitaine (- 1,3 %) [Fig7]. Ce constat est retrouvé dans les cinq départements de la région.

Dans les Pays de la Loire, cette baisse est liée principalement au recul des séjours pour maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (- 6,1 % par an), maladies de l'appareil respiratoire (- 3,1 % par an) et pour lésions traumatiques (- 2,1 %).

Même si l'écart semble se réduire, le taux global d'hospitalisations des 6-10 ans reste dans la région légèrement supérieur à la moyenne nationale (+ 2 % en 2015). Une surincidence marquée des hospitalisations pour otite moyenne et mastoïdite (+ 51 %) et pour maladies des dents et du parodonte (+ 48 %) est notamment retrouvée dans cette classe d'âge.

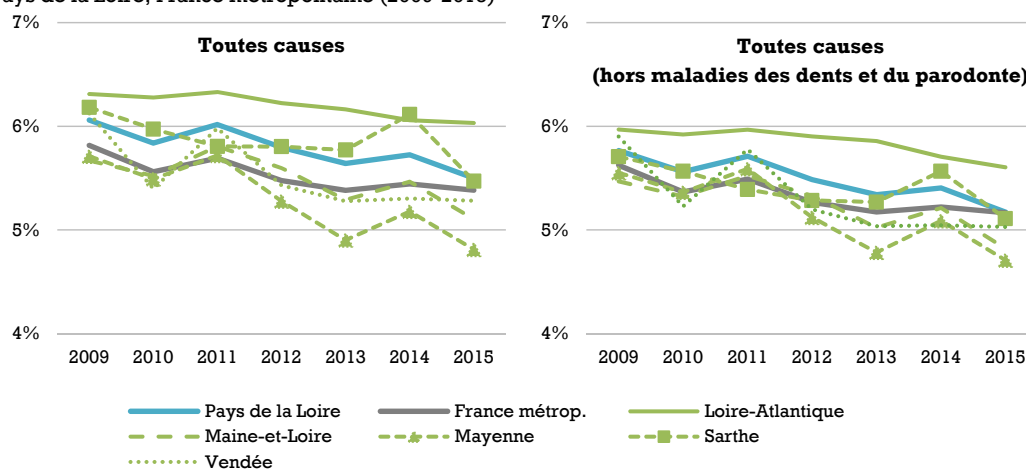
En 2015, seule la Loire-Atlantique présente un taux d'enfants hospitalisés de 6-10 ans en court séjour significativement supérieur à la moyenne nationale (6,0 % vs 5,4 %). Ce taux est proche de cette moyenne en Vendée. Un constat analogue est observé en 2015 pour la Sarthe, mais celui-ci mérite d'être conforté sur les années ultérieures, car le taux d'enfants hospitalisés était supérieur à la moyenne nationale sur les années précédentes 2009-2014. La Mayenne et le Maine-Loire présentent en 2015 un taux inférieur à la moyenne nationale (respectivement 4,8 % et 5,1 % vs 5,4 % en France).

Ces différents résultats doivent toutefois être considérés avec précaution, au regard des limites du PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].



Fig7. Évolution du taux d'enfants de 6-10 ans hospitalisés en court séjour

Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

2.5 LA SANTÉ DES ADOLESCENTS DE 11 À 14 ANS

Dans la classe d'âge de 11-14 ans, qui correspond à la période de scolarisation au collège, la région des Pays de la Loire compte 190 000 enfants âgés de 11 à 14 ans en 2012. Dans les années à venir, cet effectif devrait augmenter pour atteindre 202 000 en 2027.

Comme pour les 6-10 ans, les données disponibles pour décrire l'état de santé des enfants de cette classe d'âge sont essentiellement issues des systèmes d'information médico-administratifs (PMSI, causes médicales de décès, ALD, passages aux urgences).

Les dernières données régionales disponibles pour ce groupe d'âge sur les perceptions, les comportements en matière de santé (conduites addictives, santé mentale, nutrition...), qui constituent des déterminants majeurs de leur santé future, sont relativement anciennes. Elles ont été recueillies en 2005 dans le cadre de l'enquête régionale Baromètre santé jeunes réalisée auprès d'un échantillon de jeunes âgés de 12 à 25 ans. La dernière enquête régionale du Baromètre santé jeunes, réalisée en 2010, concernait uniquement les 15-25 ans.

Au plan national, l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) réalisée en 2014, offre toutefois des données actualisées pour cette classe d'âge (santé mentale et bien-être, habitudes alimentaires, activité physique, sédentarité, statut pondéral, handicap et maladie chronique, santé dentaire, relations amoureuses et sexualité, expérimentation de substances psychoactives, vécu scolaire, violences...) [40] [41].

2.5.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Cancers, accidents et suicides aux premiers rangs

Entre 11 et 14 ans, les décès sont relativement rares. On dénombre dans la population régionale en moyenne 16 décès par an dans cette classe d'âge, sur la période 2011-2013. Ces décès sont le plus souvent liés à un cancer (4 décès), à un accident de la vie courante ou de la circulation (3 décès) ou à un suicide (2 décès).

Une mortalité en recul et qui reste relativement proche de la moyenne nationale

Le taux de mortalité générale chez les 10-14 ans a connu un fort recul au cours des dix dernières années dans la région (- 6,1 % par an en moyenne entre 2001 et 2012) comme en France métropolitaine (- 4,5 %). Sur la période 2011-2013, ce taux est dans la région relativement proche de la moyenne nationale.



2.5.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Environ 3 % des enfants de 10-14 ans sont en ALD

2,8 % des Ligériens âgés de 10 à 14 ans sont atteints d'une maladie grave et/ou chronique et à ce titre en ALD en 2015, selon les données du régime général d'assurance maladie. Cette prévalence régionale est inférieure à la moyenne nationale (3,6 %). En outre, elle est plus élevée chez les garçons (3,1 %) que chez les filles (2,6 %).

Troubles mentaux et du comportement et scoliose aux premiers rangs

Environ 610 enfants âgés de 10 à 14 ans sont admis en moyenne chaque année en ALD par les régimes d'assurance maladie.

Les troubles mentaux et du comportement constituent le premier motif d'admission en ALD des enfants âgés de 10 à 14 ans (32 % du total des admissions), les troubles envahissants du développement étant les plus souvent en cause (14 %).

Au total, plus de 1 400 Ligériens de 10-14 ans étaient en ALD fin 2014 pour des troubles mentaux et du comportement. Plus de deux tiers de ces enfants sont des garçons (990 garçons, 460 filles).

Les maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif se positionnent au deuxième rang des motifs d'admissions en ALD (20 %), la scoliose étant la principale pathologie en cause (17 %).

Les motifs d'admissions en ALD les plus fréquents dans cette classe d'âge sont ensuite :

- les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (11 %), dont le diabète principalement (10 %),
- les maladies du système nerveux (8 %), dont l'épilepsie (5 %),
- les cancers (6 %),
- les maladies de l'appareil respiratoire (5 %), dont essentiellement l'asthme (5 %).

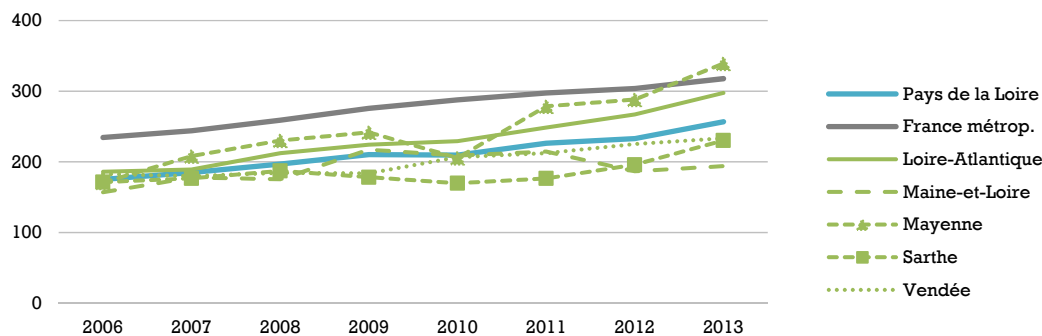
Des admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement en forte augmentation

La fréquence des admissions en ALD parmi les 10-14 ans est en forte augmentation dans la région (+ 5,6 % en moyenne par an entre 2006 et 2013), comme en France métropolitaine (+ 4,4 %) [Fig8].

Cette hausse est retrouvée dans les cinq départements de la région, mais est particulièrement marquée en Mayenne (+ 10,3 % par an) et en Loire-Atlantique (+ 6,9 %).

Les pathologies à l'origine de cette augmentation sont principalement les troubles mentaux et du comportement (en moyenne par an : + 9,5 % en Pays de la Loire ; + 25 % en Mayenne ; + 10 % en Loire-Atlantique). Dans une moindre mesure, une progression des admissions en ALD est également observée pour maladies du système ostéoarticulaire (+ 2,8 %) et pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (+ 3,6 %), principalement pour diabète de type 1.

Fig8. Évolution du taux d'admissions en ALD chez les enfants de 10-14 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans



Une fréquence des admissions en ALD des 10-14 ans inférieure à la moyenne nationale

Malgré sa hausse, le taux d'admissions en ALD chez les 10-14 ans reste dans les Pays de la Loire inférieure à la moyenne nationale : - 19 % en 2012-2014. Cette moindre fréquence régionale est retrouvée chez les garçons comme chez les filles. Elle est liée principalement à une moindre fréquence des admissions pour troubles mentaux et du comportement, maladies ostéoarticulaires (dont scoliose), maladies du système nerveux (dont épilepsie) et pour maladies de l'appareil respiratoire (dont asthme).

On n'observe par contre pas de différence significative avec la moyenne nationale pour les admissions pour cancers et pour maladies endocriniennes sur la période 2012-2014.

Au sein de la région, une sous-incidence des ALD est observée dans trois départements (Maine-et-Loire, Sarthe et Vendée). La Loire-Atlantique et la Mayenne, qui ont connu les plus fortes hausses d'admissions en ALD sur les années récentes en lien essentiellement avec des troubles mentaux et du comportement, présentent en 2012-2014 un taux d'admissions non significativement différent de la moyenne nationale. Pour ces deux départements et contrairement aux trois autres, la fréquence des admissions en ALD chez les 10-14 ans pour troubles mentaux et du comportement est nettement supérieure à la moyenne nationale sur les années récentes (respectivement + 16 % et + 65 % pour la période 2012-2014).

Ces différents constats établis à partir des données d'ALD doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

2.5.3 PASSAGES AUX URGENCES

42 000 passages dans les services d'urgence de la région, concernent des enfants âgés de 11 à 14 ans en 2015. Cela correspond à un taux de passages de 214 pour 1 000 (225 pour les garçons, 201 pour les filles).

C'est dans cette classe d'âge que la part des passages liés à la traumatologie est la plus élevée. Ainsi, 69 % des passages aux urgences, pour lesquels le diagnostic principal est renseigné, présentent un diagnostic de nature traumatologique (contre 54 % chez les 1-10 ans, 37 % chez les 18-64 ans, 23 % chez les 65 ans et plus). Il s'agit le plus souvent de traumatismes du membre supérieur (32 %) ou du membre inférieur (26 %).

Les diagnostics médicochirurgicaux (25 % du nombre total de passages) les plus fréquents sont les douleurs abdominales et pathologies digestives (8 %), et les douleurs de membres, affections rhumatologiques ou orthopédiques (4 %).

La part des passages aux urgences liés à des troubles psychiques ou des pathologies psychiatriques atteint 3 % et tend à augmenter à partir de cette classe d'âge (elle n'est que de 1 % chez les 6-10 ans, et passe à 5 % chez les 15-17 ans).

Les passages aux urgences se concluent dans 11 % des cas par une hospitalisation (contre 27 % chez les enfants de moins d'un an, 13 % chez les 1-5 ans).

2.5.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR

Environ 12 300 enfants de 11 à 14 ans sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour (MCO), soit 6,5 % des enfants de cette classe d'âge (6,6 % des garçons et 6,4 % des filles)

Les maladies des dents au premier plan, devant les traumatismes

Les maladies de l'appareil digestif représentent le premier motif d'hospitalisation en court séjour des 11-14 ans (3 800 enfants). Ces séjours hospitaliers sont liés dans trois quarts des cas à des maladies des dents et du parodonte (2 830 enfants), qui correspondent essentiellement à l'extraction de dents de sagesse.

Comme dans les autres classes d'âge, les lésions traumatiques (y compris séquelles et complications) motivent une part importante des hospitalisations (1 700 enfants), avec le plus souvent en cause des fractures du membre supérieur (640).



À partir de cette classe d'âge, les hospitalisations en lien avec des troubles de la santé mentale émergent. Même si l'hospitalisation en établissement spécialisé en santé mentale est la plus fréquente, les troubles mentaux et du comportement constituent le diagnostic principal d'hospitalisation en court séjour de près de 700 Ligériens de 11-14 ans en 2015. Par ailleurs, un nombre non négligeable d'hospitalisations dans les services de court séjour sont liées à une tentative de suicide : au moins 310 enfants de la région sont concernés en 2015²⁵, dont 85 % d'entre eux sont des jeunes filles.

Un taux d'hospitalisations stable, supérieur à la moyenne nationale en raison des recours pour affections dentaires

Comme au plan national, le taux d'adolescents de 11-14 ans hospitalisés en court séjour est resté relativement stable dans la région et dans les cinq départements [Fig9].

Ce constat masque toutefois des évolutions différentes selon les groupes de pathologies. Le taux d'enfants hospitalisés pour lésions traumatiques (y compris complications récentes et séquelles) suit notamment une tendance à la baisse. Un constat analogue est retrouvé pour les maladies de l'appareil digestif, en raison d'un recul des hospitalisations pour appendicite. Par contre, le taux d'enfants hospitalisés pour des affections dentaires est resté relativement stable.

Le taux global d'enfants de 11-14 ans hospitalisés reste dans la région supérieur à la moyenne nationale : + 9 % en 2015. Un tel constat est retrouvé en Loire-Atlantique (+ 24 %) et en Sarthe (+ 10 %).

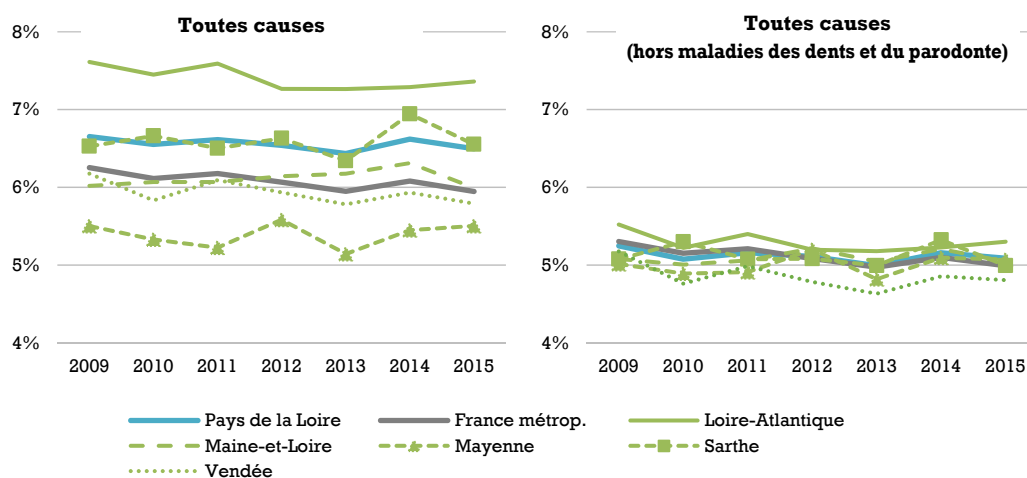
Cette position est liée principalement à une plus grande fréquence des hospitalisations pour maladies des dents et du parodonte (Pays de la Loire : + 47 % ; Loire-Atlantique : + 114 % ; Sarthe : + 63 %).

Une situation opposée est observée en Mayenne, le taux d'enfants de 11-14 ans hospitalisés est inférieur à la moyenne nationale (- 7 %), avec un écart particulièrement marqué pour les hospitalisations liées aux affections dentaires (- 54 %).

Si l'on ne prend pas en compte les hospitalisations liées aux affections dentaires, le taux d'adolescents de 11-14 ans hospitalisés en court séjour chaque année est proche de la moyenne nationale à l'échelle régionale et des cinq départements [Fig9].

Ces différents résultats doivent toutefois être considérés avec précaution, au regard des limites du PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Fig9. Évolution du taux d'enfants de 11-14 ans hospitalisés en court séjour
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

²⁵ Cet effectif doit toutefois être considéré comme un minimum : le taux d'hospitalisations pour les enfants de Loire-Atlantique est très faible par rapport à la moyenne nationale et des autres départements de la région. Plusieurs hypothèses, concernant notamment des différences dans les modalités de prise en charge ou de codage, peuvent être avancées pour expliquer cette situation atypique de la Loire-Atlantique.



ENCADRÉ 5. Retard scolaire à l'entrée au collège et réussite au brevet national des collèges dans les Pays de la Loire

Le taux de retard à l'entrée en sixième (au moins une année) est dans l'Académie de Nantes proche de la moyenne nationale (10 % en 2014-2015). La Loire-Atlantique présente le taux départemental de retard le plus faible de la région (9 %) et à l'inverse la Sarthe le plus élevé (12 %). Cet indicateur, s'il permet d'apprécier la part d'élèves présentant des difficultés dans leurs apprentissages scolaires, est aussi le reflet des pratiques des établissements en matière de redoublement. Ces dernières années, les politiques mises en œuvre ont généré un fort recul du taux de redoublements. Ainsi en 2004, 17 % des élèves de l'Académie de Nantes présentaient un retard scolaire d'un an ou plus à l'entrée en 6^e (18 % au plan national).

Le retard scolaire à l'entrée au collège est dans la région plus fréquent chez les garçons, parmi les enfants des classes sociales les moins favorisées, ainsi que parmi les élèves vivant dans un quartier prioritaire de la politique de la ville [42] [43].

Le taux de réussite au brevet national des collèges dans l'Académie de Nantes est relativement proche de la moyenne nationale sur les années 2012-2016 (en 2016 : 88 % vs 87 % en France) alors qu'il était supérieur de 3 à 5 points à cette moyenne sur la période 2006-2010. Au sein de la région, le taux de réussite au brevet reste le plus faible dans le département de la Sarthe (en 2016 : 85 % vs 88 à 90 % dans les autres départements) [44]. Ce constat est notamment à rapprocher de la situation sociale moins favorable dans ce département, les analyses régionales mettent en effet en évidence un taux de réussite à cet examen d'autant plus faible que le milieu social de l'enfant est défavorisé [45].

2.6 LA SANTÉ DES JEUNES DE 15 À 17 ANS

Dans cette classe d'âge des 15-17 ans qui correspond, pour la majorité des jeunes, à la période de scolarisation au lycée, la région des Pays de la Loire compte 135 000 jeunes en 2012. Dans les années à venir, leur effectif devrait fortement augmenter pour atteindre 155 000 en 2027.

L'analyse des données de mortalité et de morbidité (ALD, passages aux urgences, hospitalisations) permet de dégager les principaux problèmes de santé dans cette classe d'âge.

Les données recueillies lors des enquêtes régionales Baromètre santé jeunes et de l'enquête nationale Escapad permettent d'enrichir ce constat en apportant un regard sur les habitudes de vie, les comportements de ces jeunes qui sont susceptibles d'avoir un impact sur leur propre santé à moyen et long termes.

2.6.1 CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS

Des décès le plus souvent masculins et évitables

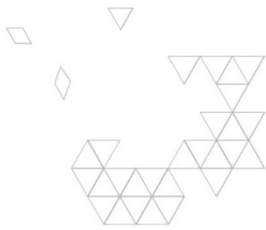
Alors qu'entre 3 et 14 ans, le taux de mortalité générale est relativement stable, ce taux repart à la hausse à partir de 15 ans, avec l'émergence des décès liés aux accidents de la circulation et au suicide. On dénombre ainsi parmi les Ligériens âgés de 15 à 17 ans, en moyenne 30 décès par an sur la période 2011-2013. Sur ces 30 décès, 20 concernent des jeunes hommes. Dès cette classe d'âge, le taux de mortalité générale chez les hommes est 1,8 fois supérieur à celui des femmes. Cet écart de mortalité entre les deux sexes, qui restera élevé jusqu'à l'âge de 75 ans, sera maximal dans la classe d'âge suivante des 18-24 ans.

Plus de la moitié des 30 décès annuels peuvent être considérés comme évitables car ils résultent le plus souvent d'accidents de la circulation (8 décès) ou de la vie courante (3 décès), ou bien de suicide (7 décès). Comme chez les 1-5 ans et les 6-10 ans, les cancers, sont dans cette classe d'âge la principale cause de décès par maladie (4 décès annuels).

Une mortalité globale en recul, mais une surmortalité régionale par suicide

Le taux de mortalité générale chez les jeunes de 15-19 ans est en recul dans la région (- 4,3 % par an en moyenne entre 2001 et 2012) comme en France métropolitaine (- 5,1 %).

Si l'on considère les jeunes de 15-17 ans, la mortalité générale n'apparaît pas dans la région significativement différente de la moyenne nationale sur les dernières années 2011-2013. Ce résultat masque cependant une plus



grande fréquence des décès évitables chez les 15-17 ans de la région (+ 46 % par rapport à la moyenne nationale, correspondant à 5 décès excédentaires chaque année), en lien avec une surmortalité (significative) par suicide (+ 80 %). Il convient toutefois de noter que, même si l'écart n'est pas statistiquement significatif (+ 23 %), la mortalité par accident de la circulation semble également plus élevée dans la région qu'au plan national.

Dans les départements de la région, une surmortalité globale est retrouvée chez les 15-17 ans résidant en Vendée, qui enregistre en moyenne chaque année 8 décès de jeunes de cette classe d'âge dont 3 sont liés à un accident de la circulation. Cette situation s'inscrit plus globalement dans un contexte départemental défavorable en matière d'accidentologie routière chez les jeunes et les adultes d'âge moyen. En effet, chez les Vendéens de moins de 65 ans, la mortalité par accident de la circulation est supérieure de 60 % à la moyenne nationale.

2.6.2 AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

3 à 4 % des jeunes de 15-19 ans sont en ALD

3,5 % Ligériens âgés de 15 à 19 ans sont atteints d'une maladie grave et/ou chronique et à ce titre en ALD en 2015, selon les données du régime général d'assurance maladie. Cette prévalence régionale est inférieure à la moyenne nationale (3,8 %). Contrairement aux classes d'âge plus jeune, ce taux n'est pas différent entre les garçons et les filles.

Les troubles mentaux et du comportement au premier rang

Environ 650 Ligériens âgés de 15 à 19 ans sont admis en moyenne chaque année en ALD par les régimes d'assurance maladie.

Les troubles mentaux et du comportement constituent le premier motif de ces admissions (38 %). Contrairement aux classes d'âge inférieures, le taux d'admissions en ALD pour ces affections est relativement proche entre les garçons et les filles sur la période 2012-2014. Les troubles en cause sont toutefois différents selon le sexe.

Chez les garçons, les psychoses constituent le principal motif, devant les troubles spécifiques de la personnalité et les troubles envahissants du développement.

Chez les filles, les troubles de l'alimentation arrivent au premier rang, suivis par les troubles de l'humeur (épisodes dépressifs le plus souvent) et les troubles spécifiques de la personnalité.

Au total, 1 630 Ligériens de 15-19 ans étaient en ALD fin 2014 pour des troubles mentaux et du comportement, dont 940 garçons et 690 filles.

Après les affections psychiatriques, les motifs d'admissions en ALD les plus fréquents entre 15 et 19 ans sont :

- les maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif (12 %), scoliose principalement (8 %),
- les maladies du système nerveux (10 %), dont le plus souvent l'épilepsie (6 %),
- les cancers (9 %),
- les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (7 %), principalement le diabète (6 %),
- les maladies de l'appareil digestif (7 %), dont essentiellement la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique.

Des taux d'admissions en ALD pour troubles mentaux et du comportement en forte augmentation

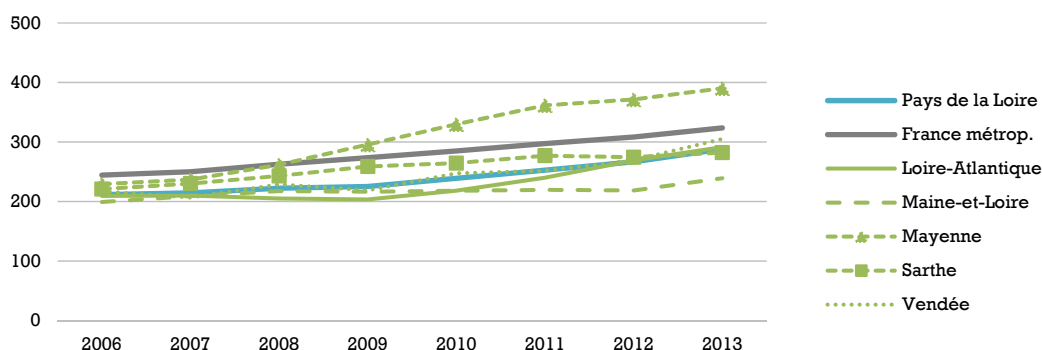
La fréquence des admissions en ALD parmi les 15-19 ans est en augmentation dans les Pays de la Loire (+ 4,5 % en moyenne par an entre 2006 et 2013) comme en France métropolitaine (+ 4,1 %) [Fig10].

Cette hausse est observée dans les cinq départements de la région, avec une évolution particulièrement marquée en Mayenne (+ 7,9 % par an vs + 2,7 % à + 5,0 % dans les autres départements).

Les pathologies à l'origine de cette augmentation sont principalement les troubles mentaux et du comportement (+ 6,8 % par an dans les Pays de la Loire ; + 5,0 % en France).



Fig10. Évolution du taux d'admissions en ALD chez les jeunes de 15-19 ans
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans

Une fréquence globale des admissions en ALD inférieure à la moyenne nationale

La fréquence des admissions en ALD chez les jeunes ligériens de 15-19 ans est inférieure de 11 % à la moyenne nationale sur la période 2012-2014. Cette moindre fréquence régionale, qui concerne les hommes comme les femmes, est toutefois moins marquée que celle observée dans les classes d'âge plus jeunes (écart avec la moyenne nationale d'au moins 20 %).

Cette situation résulte de la moindre fréquence régionale des admissions pour maladies ostéoarticulaires, maladies du système nerveux, maladies endocriniennes et maladies de l'appareil digestif.

Par contre, aucune différence significative avec la moyenne nationale n'est observée pour les admissions pour les troubles mentaux et du comportement, qui constituent le premier motif d'admission, ni pour les cancers.

Cette sous-incidence des ALD est retrouvée dans trois départements de la région (Maine-et-Loire, Sarthe, Loire-Atlantique). En Vendée, la fréquence des admissions en ALD chez les 15-19 ans, qui était inférieure sur les années précédentes, n'est pas significativement différente de la moyenne nationale sur la période 2012-2014. La Mayenne présente par contre un taux d'admissions supérieure à cette moyenne (+ 21 %), en lien principalement avec une fréquence plus marquée des admissions pour troubles mentaux et du comportement (+ 32 %, 27 admissions par an).

Ces différents constats établis à partir des données d'ALD doivent toutefois être considérés avec précaution en raison du caractère médico-administratif de ces données [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

2.6.3 PASSAGES AUX URGENCES

33 000 passages dans les services d'urgence de la région concernent des enfants âgés de 15 à 17 ans en 2015. Cela correspond à un taux de passages de 237 pour 1 000 enfants (246 pour les garçons, 227 pour les filles). 58 % des passages aux urgences pour lesquels le diagnostic principal est renseigné présentent un diagnostic de nature traumatologique. Il s'agit le plus souvent de traumatismes du membre supérieur (24 %) ou du membre inférieur (23 %).

Les passages avec un diagnostic médicochirurgical (32 % du nombre total de passages) sont liés le plus souvent à des douleurs abdominales et des pathologies digestives (8 %), à des douleurs de membres, affections rhumatologiques ou orthopédiques (6 %).

Enfin, 5 % des passages aux urgences des jeunes de 15-17 ans sont liés à des troubles psychiques ou des pathologies psychiatriques. Cette proportion est comparable à celle observée pour les passages des personnes âgées de 18-64 ans (5 %).

Les passages aux urgences des 15-17 ans se concluent dans 14 % des cas par une hospitalisation.



2.6.4 HOSPITALISATIONS EN COURT SÉJOUR

Environ 17 600 Ligériens de 15 à 17 ans sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en court séjour, soit 13 % des jeunes de cette classe d'âge. Contrairement à ce qui est observé pour les classes d'âge plus jeunes, les filles (13,7 %) sont un peu plus souvent concernées que les garçons (12,2 %).

Les affections dentaires motivent près d'une hospitalisation sur deux chez les 15-17 ans

Avec près de 8 300 jeunes hospitalisés chaque année, les maladies de dents et du parodonte (essentiellement les extractions des dents de sagesse) constituent le premier motif d'hospitalisation en court séjour chez les 15-17 ans (47 % des jeunes hospitalisés).

Les lésions traumatiques (y compris complications récentes et séquelles) sont à l'origine de l'hospitalisation de 1 700 jeunes Ligériens chaque année (10 %), avec le plus souvent en cause des fractures du membre supérieur (370) et des luxations ou entorses (340).

Les troubles mentaux et du comportement constituent en 2015 le diagnostic principal d'hospitalisation de 820 jeunes ligériens de 15-17 ans, dont 220 d'entre eux ont été hospitalisés pour des troubles liés à l'usage d'alcool. Par ailleurs, au moins 350 jeunes de la région - dont trois quarts de filles - ont été hospitalisés en court séjour au moins une fois dans l'année en lien avec une tentative de suicide²⁶.

Augmentation et fréquence plus élevée des hospitalisations en région, liées aux affections dentaires

Entre 2009 et 2015, le taux de 15-17 ans hospitalisés en court séjour a augmenté dans les Pays de la Loire (+ 1,6 % par an en moyenne) comme en France métropolitaine (+ 1,2 %) [Fig11].

Ce taux reste dans la région nettement supérieur à la moyenne nationale (+ 14 % en 2015). Cette situation régionale est liée à une plus grande fréquence des hospitalisations pour affections dentaires. Après exclusion de ces hospitalisations, le taux d'enfants hospitalisés est dans la région proche de cette moyenne sur les années récentes.

Au sein de la région, des écarts notables sont observés entre les départements. Les hospitalisations en court séjour pour affections dentaires étant peu fréquentes parmi les jeunes mayennais, ce département présente un taux global de jeunes hospitalisés inférieur de 19 % à la moyenne nationale. Si l'on exclut les hospitalisations pour affections dentaires, le taux de jeunes de ce département hospitalisés est proche de celui observé au plan national.

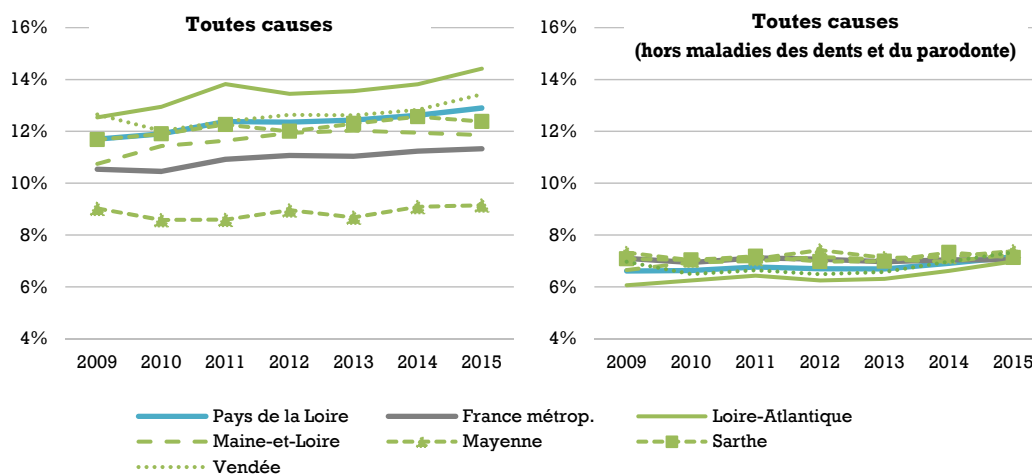
À l'inverse, dans les autres départements de la région, le taux de jeunes hospitalisés (toutes causes confondues) est supérieur à la moyenne nationale, avec des écarts allant de + 5 % en Maine-et-Loire à + 27 % pour la Loire-Atlantique, en raison d'une plus grande fréquence des hospitalisations pour affections dentaires. Si l'on exclut ces hospitalisations, les taux de 15-17 ans hospitalisés sont en 2015 proches de la moyenne nationale.

Ces différents résultats doivent toutefois être considérés avec précaution, au regard des limites du PMSI [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

²⁶ Cet effectif doit toutefois être considéré comme un minimum. Le taux d'hospitalisations pour les enfants de Loire-Atlantique est très faible par rapport à la moyenne nationale et des autres départements de la région. Plusieurs hypothèses, concernant notamment des différences dans les modalités de prise en charge ou de codage, peuvent être avancées pour expliquer cette situation atypique de la Loire-Atlantique.



Fig11. Évolution du taux des jeunes de 15-17 ans hospitalisés en court séjour
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

2.6.5 ACCIDENTS

Les accidents constituent l'un des risques les plus importants pour la santé chez les adolescents comme chez les jeunes enfants, et sont à l'origine d'une part importante des recours aux soins hospitaliers, ainsi que des décès.

En 2010, 18 % des Ligériens de 15-17 ans déclarent avoir été victimes d'au moins un accident suffisamment grave pour avoir entraîné un recours au médecin ou à l'hôpital au cours des douze derniers mois (19 % des garçons, 16 % des filles), dont 11 % d'un accident de sport et 4 % d'un accident de la circulation [46].

Selon les données de l'Observatoire régional de la sécurité routière²⁷ [47], en moyenne chaque année une dizaine de jeunes de 15-17 ans sont décédés²⁸ et environ 130 ont été blessés et hospitalisés (au moins 24 heures) à la suite d'un accident de la route survenu dans la région sur les années 2014-2015. La grande majorité de ces victimes se déplaçaient en deux-roues, motorisés ou non (59 % des tués et 67 % des blessés hospitalisés).

Après avoir connu une baisse sur les années 2012-2013, le nombre de jeunes de 15-17 ans victimes d'un accident sur les routes de la région a progressé sur les années 2014-2015. Il reste toutefois inférieur à celui observé sur les années 2009-2010, où l'on enregistrait chaque année 17 à 22 tués et au moins 170 blessés hospitalisés de cette classe d'âge.

En outre, un nombre important des jeunes blessés dans ces accidents de la route, estimé au moins équivalent au nombre de tués dans la littérature [48], garderont des séquelles majeures et resteront dans de nombreux cas lourdement handicapés (soit environ 5 à 10 Ligériens de 15-17 ans chaque année).

²⁷ Données concernant les accidents de la circulation survenus sur les routes des Pays de la Loire.

²⁸ Sur le coup ou dans les 30 jours qui ont suivi l'accident.



ENCADRÉ 6. Les jeunes sortis du système scolaire sans qualification dans les Pays de la Loire

Une part significative des jeunes sortent du système scolaire sans qualification. En 2013, parmi les 23 000 jeunes ligériens de 15-19 ans sortis du système scolaire, 10 300 n'ont pas de diplôme ou au mieux sont titulaires du brevet des collèges. Cet effectif représente ainsi 4,6 % des 225 000 jeunes de cette classe d'âge, soit un taux comparable à celui observé en 2006 (4,5 % ; 10 100 jeunes concernés).

La situation régionale est toutefois globalement plus favorable qu'au plan national, avec un taux de jeunes de 15-19 ans sortis du système scolaire « sans qualification » inférieur à la moyenne nationale (5,7 % en France entière). Ce constat se retrouve dans les générations plus âgées (10 % *vs* 12 % chez les 20-24 ans, 11 % *vs* 15 % chez les 25-39 ans).

Une étude régionale de l'Insee met en évidence de fortes disparités géographiques. Les territoires ruraux de la Sarthe, une moitié est de la Mayenne, l'Est du Maine-et-Loire et le Sud de la Vendée, présentent un taux élevé de jeunes sortis du système éducatif sans diplôme. Par ailleurs, selon cette étude, le sexe masculin et le faible niveau de diplôme des parents apparaissent comme les facteurs socioéconomiques les plus déterminants de ces situations [49].

2.6.6 SANTE PERÇUE ET PSYCHIQUE, COMPORTEMENTS ET HABITUDES DE VIE

Les comportements, les habitudes de vie adoptés pendant l'enfance et l'adolescence, sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé à court, moyen ou long termes. Ces comportements sont nombreux et variés.

Les enquêtes Baromètre santé jeunes et Escapad [ENCADRÉ 7] permettent de décrire et de suivre dans le temps les comportements des jeunes de la région en matière de santé. Elles offrent également des éléments détaillés sur la perception des jeunes de leur santé et sur la santé psychique.

Une perception positive de leur santé

En 2014, 94 % des Ligériens âgés de 17 ans, déclarent que leur état de santé est « très » ou « plutôt » satisfaisant par rapport aux personnes de leur âge (42 % « très », 52 % « plutôt », 5 % « plutôt pas », < 1 % « pas du tout » satisfaisant), cette proportion étant relativement stable depuis 2008, selon les enquêtes Escapad.

Même si, à la fin de l'adolescence, la grande majorité des jeunes ont donc une perception de leur santé positive, l'adolescence constitue une étape de transition et de choix dans de nombreux domaines et peut constituer une période de fragilité [50]. Ainsi, certaines manifestations de mal-être ou de souffrance psychique sont inhérentes au « travail psychique de l'adolescence ». Mais, elles peuvent aussi s'inscrire dans une dimension psychopathologique qu'il importe de repérer et de prendre en charge.

ENCADRÉ 7. Éléments de méthode concernant les enquêtes Baromètre santé jeunes et Escapad

Baromètre santé jeunes

Le Baromètre santé jeunes est une enquête sur les perceptions, conduites et habitudes de vie des jeunes de la région. Cette enquête téléphonique, qui constitue une déclinaison régionale du Baromètre santé national de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), a été menée en 2000, 2005 et 2010. La dernière de ces enquêtes réalisée auprès d'un échantillon de 1 200 jeunes de 15 à 25 ans représentatif de la population des jeunes des Pays de la Loire. Elle a été mise en œuvre par l'ORS et a été cofinancée par l'Agence régionale de santé (ARS) et le Conseil régional des Pays de la Loire.

Escapad

Mise en œuvre par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) depuis 2000 en partenariat avec la Direction du service national (DSN), l'enquête Escapad se déroule lors de la Journée défense et citoyenneté [51]. Cette enquête est réalisée en moyenne tous les trois ans, pendant quelques jours. Les jeunes qui y participent répondent à un questionnaire auto-administré anonyme sur leur santé et leurs consommations de substances psychoactives. Ces adolescents sont en majorité âgés de 17 ans. Pour la dernière enquête menée en 2014, 22 023 questionnaires ont été analysés au niveau national (métropole), dont 1 249 pour les Pays de la Loire. Les données présentées dans ce document sont redressées sur le département et le sex-ratio départemental.



Une souffrance psychique souvent exprimée, en particulier par les jeunes filles

Dans la région comme en France, les jeunes filles à l'adolescence expriment plus souvent que les garçons des signes de souffrance psychique et présentent plus souvent des troubles dépressifs.

Selon l'échelle *Adolescent depression rating scale*, 25 % des Ligériens de 17 ans présentent une tendance dépressive au moment de l'enquête Escapad de 2014 (dont 21 % modérée²⁹ et 4 % sévère³⁰). Cette proportion, qui est proche de celle observée au plan national (26 %³¹) [53], s'élève à 29 % chez les filles contre 20 % chez les garçons (dont sévère : 5 % des filles, 3 % des garçons).

Par ailleurs, les jeunes filles sont dans la région, comme en France, un peu plus nombreuses à déclarer avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois (13 % vs 9 % des garçons). L'écart est encore plus marqué pour les tentatives de suicide : à 17 ans, 4 % des Ligériennes déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide qui les a conduites à l'hôpital, contre 1 % des garçons.

À l'inverse, les décès par suicide concernent plus souvent des garçons (5 décès sur 9 chez les 1-17 ans).

La marche s'est développée, mais la pratique sportive est restée stable entre 2005 et 2010

La marche est une activité physique qui semble s'être développée chez les jeunes de la région au cours des dernières années : en 2010, 58 % des 15-17 ans déclarent avoir marché la veille au moins trente minutes, dont au moins dix minutes d'affilée, vs 41 % en 2005.

La majorité des jeunes de la région font du sport en dehors des enseignements scolaires ou du travail. En 2010, 69 % des 15-17 ans déclaraient avoir pratiqué un sport (seul, avec des amis ou en club) au cours des sept derniers jours, les garçons plus souvent que les filles (78 % vs 59 %). Cette proportion est restée relativement stable entre 2005 et 2010, après avoir connu une tendance à la hausse entre 2000 et 2005. Mais on observe sur cette période une évolution des pratiques, la pratique sportive à titre individuel (seul ou avec des amis) est en augmentation (48 % en 2005, 61 % en 2010) alors que la pratique en club est plutôt en recul (45 %, 42 %) [54].

Une sédentarité croissante

Les activités sur écran ont connu un fort développement au cours des dernières années et contribuent à l'augmentation du comportement sédentaire observé chez les enfants comme chez les adultes au cours des dernières décennies. L'enquête Baromètre santé jeunes a mis en évidence une augmentation de plus de 10 points entre 2005 (20 %) et 2010 (31 %) de la proportion de Ligériens de 15-17 ans consacrant plus de trois heures par jour en semaine sur des écrans (télévision, ordinateur, console), dans le cadre de leur travail ou de leurs études [54].

Selon l'enquête Escapad qui offre des données plus récentes, en 2014, 30 % des Ligériens de 17 ans déclarent passer en semaine plus de trois heures par jour devant un écran (télévision, ordinateur ou console) dans le cadre de leurs loisirs, et ils sont 70 % à y consacrer plus de trois heures par jour le week-end. Les garçons consacrent en moyenne un peu plus de temps que les filles à ces activités. La situation régionale apparaît pour cet âge proche de la moyenne nationale (respectivement 29 % et 68 %).

Surpoids et obésité : une situation plus favorable dans la région mais qui reste préoccupante

Les résultats des enquêtes Baromètre santé jeunes 2010 [54] et Escapad 2014 mettent en évidence globalement une situation plus favorable en matière de surcharge pondérale chez les jeunes de la région qu'en moyenne en France.

Selon l'enquête Escapad, 7 % des Ligériens âgés de 17 ans présentent une surcharge pondérale en 2014 (5,3 % sont en surpoids et 1,6 % sont obèses). Cette prévalence est inférieure à la moyenne nationale qui s'élève à 9 % (respectivement 7,5 % et 1,8 %). Ces prévalences doivent être considérées comme minimales car elles sont

²⁸ Score compris entre 3 et 5 [52].

³⁰ Score compris \geq 6.

³¹ 21 % modérée, 5 % sévère.



basées sur les déclarations des jeunes concernant leur poids et leur taille, qui induisent une sous-estimation de leur indice de masse corporelle (IMC). Les résultats d'enquêtes établis à partir de mesures anthropométriques mettent en évidence des prévalences de surpoids et d'obésité deux à trois fois supérieures à celles établies à partir de données déclaratives.

Dans la région comme en France, la prévalence de l'obésité semble suivre une tendance à la hausse au cours des dernières années chez les jeunes de 17 ans. Pour la prévalence du surpoids, une légère baisse est observée dans la région entre 2011 et 2014, mais celle-ci doit être considérée avec précaution car elle n'est pas retrouvée au plan national.

Un déficit de sommeil souvent rapporté par les adolescents

En semaine, le temps de sommeil journalier chez les 15-17 ans des Pays de la Loire s'élève en moyenne à 7h40, selon le Baromètre santé jeunes de 2010. Cette durée, proche de la moyenne nationale, apparaît insuffisante par rapport au temps de sommeil recommandé à cet âge, qui est au minimum de 8 à 9 heures [55]. Un manque de sommeil est d'ailleurs rapporté par une part importante des jeunes. En 2010, 29 % des Ligériens de 15-17 ans de la région déclaraient un temps effectif de sommeil inférieur d'au moins 1h30 au temps de sommeil dont ils estiment avoir besoin pour être en forme le lendemain, soit un taux proche de celui observé au plan national (30 %).

Si le temps de sommeil apparaît proche entre les garçons et les filles âgés de 15 à 17 ans, ces dernières expriment plus souvent un manque de sommeil ainsi que des problèmes de sommeil [46].

Ce déficit de sommeil chez les adolescents est notamment lié au développement des activités de loisirs en soirée, et plus particulièrement celles sur écran. L'usage d'outils électroniques audiovisuels le soir diminuerait en moyenne de 30 à 45 minutes le temps de sommeil [ENCADRÉ 9] [56].

Contraception et IVG : des indicateurs régionaux favorables

C'est bien avant l'adolescence qu'apparaissent les premiers sentiments amoureux et l'éveil de la sexualité. Mais c'est le plus souvent pendant cette période de la vie que se fait, plus ou moins précocement, le passage à une sexualité adulte. En 2010, 29 % des Ligériens âgés de 15 à 17 ans déclaraient avoir une relation amoureuse stable et près d'un tiers (32 %) avoir déjà eu un rapport sexuel.

En matière de prévention des infections sexuellement transmissibles, l'usage d'un préservatif lors de leur premier rapport sexuel est rapporté en 2010 par 95 % des jeunes de cette classe d'âge, cette proportion est similaire à celle observée au plan national [57].

En matière de contraception, le recours à la pilule et aux autres méthodes hormonales apparaît en 2010 plus fréquent dans la région qu'au plan national chez les jeunes femmes de 15-17 ans ayant une relation amoureuse stable et *a priori* concernées (76 % vs 67 %).

Par ailleurs, le recours à la contraception d'urgence dans l'année est rapporté en 2010 par 18 % des Ligériennes de 15-19 ans ayant déjà eu un rapport sexuel. Ce taux est proche de la moyenne nationale (19 %) [57].

Environ 370 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en 2015 auprès de jeunes ligériennes âgées de moins de 18 ans. Comme en France, le taux de recours à l'IVG chez les 15-17 ans suit une tendance à la baisse dans la région depuis 2010 et reste en 2015 inférieur d'environ 30 % à la moyenne nationale (5,3 IVG pour 1 000 femmes de 15-17 ans vs 8,1) [7] [58].

En 2015, environ 110 naissances vivantes chez des Ligériennes de moins de 18 ans ont été enregistrées, ce nombre a fortement chuté au cours des dernières décennies (250 en 1981). Comme le taux de recours à l'IVG, le taux de naissances chez des jeunes mineures est dans la région inférieur d'environ 40 % à la moyenne nationale [59].



Consommation de substances psychoactives : une situation régionale préoccupante

L'adolescence est une période d'expérimentation, de prise de risque. La consommation de produits psychoactifs occupe à l'adolescence une place particulière. C'est notamment à cette période de la vie, qu'ont lieu plus souvent les premières expérimentations, et que des consommations durables, voire des usages problématiques ou dépendances, sont susceptibles de s'installer.

Les données témoignent au plan national d'une relative stabilité de l'âge d'entrée dans les consommations au cours des quinze dernières décennies [53].

Des usages de l'alcool qui restent particulièrement défavorables dans la région

Chez les jeunes de la région, les habitudes d'alcoolisation sont particulièrement préoccupantes. Elles semblent en effet s'installer plus tôt qu'au plan national, et les consommations excessives et régulières y sont plus fréquentes [60] [61] [62].

Selon l'enquête Escapad, chez les jeunes de 17 ans, les usages d'alcool ont poursuivi leur progression entre 2011 et 2014 dans la région alors que ceux-ci sont stables voire en recul au plan national. L'écart avec la moyenne nationale, qui s'est donc accru, est particulièrement marqué.

Ainsi, en 2014 :

- 22 % des jeunes ligériens âgés de 17 ans déclarent avoir consommé de l'alcool régulièrement (au moins 10 fois) dans le mois vs 12 % en France,
- 37 % déclarent trois ivresses ou plus dans l'année vs 25 % en France,
- et 34 % des alcoolisations ponctuelles importantes³² au moins une fois par mois vs 22 %.

Même si les écarts entre sexes tendent à se réduire, les consommations régulières ou excessives d'alcool sont nettement plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

Les hospitalisations en court séjour liées à une intoxication éthylique aiguë (IEA)³³ sont également plus fréquentes chez les jeunes de la région, âgés de moins de 18 ans, qu'au niveau national, avec un écart qui atteint 9 % sur la période 2014-2015 [7].

Cependant, dans la région comme en France, le taux d'hospitalisations liées à une IEA est en recul³⁴. En 2015, près de 320 jeunes de la région âgés de 10 à 17 ans (dont 50 de 10-14 ans et 270 de 15-17 ans) ont été hospitalisés en court séjour en lien avec une intoxication éthylique aiguë contre 480 en moyenne chaque année sur la période 2009-2011. Ce résultat peut témoigner d'un recul des comportements d'alcoolisation excessive chez les jeunes, mais il peut aussi résulter d'une évolution de la propension à hospitaliser, à situation clinique identique. Ceci peut être lié à l'attitude de leur entourage ou à celle des professionnels extrahospitaliers lors de ces situations d'alcoolisation massives, mais aussi aux modes d'organisation et pratiques des services d'urgences qui les accueillent à l'hôpital. En outre, des différences en termes de modalités de codage des motifs de séjours hospitaliers ne peuvent être exclues.

Cette situation particulièrement mauvaise chez les jeunes de la région s'inscrit plus largement dans un contexte défavorable en matière de consommation d'alcool dans l'ensemble de la population ligérienne [voir chapitre [Consommation d'alcool](#)].

Un tabagisme régulier déjà installé : à 17 ans, un jeune sur trois fume tous les jours

Chez les jeunes, l'usage de tabac dans la région est orienté à la hausse entre 2011 et 2014. Le taux d'usagers quotidiens de tabac à 17 ans est ainsi passé de 31 % en 2011 à 36 % en 2014, selon les résultats de l'enquête Escapad. Ce taux, qui était proche de la moyenne nationale au milieu et à la fin des années 2000, serait même devenu plus élevé que cette moyenne en 2014 (32 % en France).

Les écarts entre les deux sexes en matière de tabagisme sont nettement moins marqués que pour la consommation d'alcool. Les garçons apparaissent toutefois un peu plus souvent fumeurs quotidiens (38 % vs 33 % des filles) [63] [62].

³² Consommer cinq verres et plus en une même occasion, au cours des 30 derniers jours.

³³ IEA : F10.0 "IEA" ou R78.0 "Présence d'alcool dans le sang" en DP/DAS, ou Y90 "Preuve du rôle de l'alcool confirmé par le taux d'alcoolémie" ou Y91 "Preuve du rôle de l'alcool confirmé par le degré d'intoxication" en DAS.

³⁴ Codes Cim (Classification internationale des maladies) à préciser.



Un usage du cannabis en hausse entre 2011 et 2014

Dans les Pays de la Loire comme en France, la consommation de cannabis a fortement augmenté chez les jeunes depuis le début des années 2010, alors qu'elle était en recul au milieu des années 2000. Selon l'enquête Escapad, le taux de consommateurs réguliers est ainsi passé de 4 % en 2011 à 10 % en 2014 ; ce taux reste cependant inférieur à celui observé en 2003 (13 %). Comme en France, cette augmentation des usages du cannabis chez les jeunes âgés de 17 ans de la région concerne les garçons comme les filles, ces dernières restent toutefois moins souvent consommatrices de cannabis (15 % des garçons ont un usage régulier vs 6 % des filles).

Par rapport à la moyenne nationale, l'expérimentation du cannabis chez les jeunes est en 2014 plus fréquente dans les Pays de la Loire (51 % vs 48 % en France), mais l'usage régulier de cannabis n'y est pas plus répandu (10 % vs 9 %) [64] [62] [61].

L'usage des autres drogues illicites reste beaucoup plus rare que celui du cannabis. Pour les produits les plus consommés, on observe que l'expérimentation des poppers chez les adolescents de la région est en recul, mais reste plus fréquente qu'en moyenne en France (8 % vs 5 % en 2014). Par contre, comme au plan national, l'expérimentation de MDMA/ecstasy semble suivre une tendance à la hausse (4 % en 2014). L'expérimentation de cocaïne (4 %) semble aussi avoir progressé dans la région mais ce dernier constat, qui n'est pas retrouvé au plan national, doit être considéré avec précaution et méritera d'être conforté par les résultats de prochaines enquêtes.

Enfin, la diffusion des nouveaux produits de synthèse (cathinones et cannabinoïdes notamment), qui imitent les effets de certaines drogues, reste encore limitée chez les jeunes de la région comme en France (moins de 2 % d'expérimentateurs déclarés à 17 ans en 2014). L'usage de ces produits préoccupe actuellement les spécialistes régionaux de ces questions, en raison notamment de leur grande accessibilité sur Internet et des risques associés sur le plan psychique, physique et médicolegal.

ENCADRÉ 8. La santé des jeunes apprentis dans les Pays de la Loire

Les Pays de la Loire comptent 26 700 apprentis fin 2014. 6,3 % des jeunes ligériens de 16-25 ans sont apprentis, soit un taux supérieur à la moyenne nationale (5,3 % en France métropolitaine) [65].

L'enquête Escapad menée par l'OFDT offre des éléments détaillés sur la santé et les comportements des adolescents âgés de 17 ans et notamment ceux en apprentissage [51]. En 2014, plus de 1 250 Ligériens ont participé à cette enquête, dont près de 180 apprentis (ou en formation alternée). Même si ce dernier effectif est restreint, l'analyse de ces données régionales réalisée par l'Observatoire régional de la santé met en évidence que les résultats observés pour les jeunes apprentis des Pays de la Loire sont globalement cohérents avec ceux observés au plan national [53].

Ainsi, dans les Pays de la Loire, les jeunes en apprentissage présentent des niveaux d'usage de substances psychoactives supérieurs à ceux des autres jeunes. À structure par sexe identique, la proportion de fumeurs quotidiens s'élève à 50 % chez les apprentis contre 32 % chez les jeunes en enseignement général ou professionnel. Concernant la consommation d'alcool, 29 % des apprentis déclarent un usage régulier, 45 % des alcoolisations ponctuelles importantes au moins trois fois dans le mois et 40 % trois ivresses ou plus dans l'année contre respectivement 20 %, 31 % et 35 % des jeunes en enseignement général ou professionnel. L'usage de drogues illicites est également plus fréquent chez les jeunes en apprentissage : 59 % ont déjà expérimenté le cannabis, 14 % ont un usage régulier de cannabis et 13 % ont déjà expérimenté au moins une autre drogue* (contre 50 %, 9 %, 9 %).

Concernant la santé mentale, même si on n'observe pas de différence concernant les pensées suicidaires répétées dans l'année, les jeunes en apprentissage déclarent plus fréquemment avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide avec recours à l'hôpital (9 % vs 2 %).

Par ailleurs, en cohérence avec ces indicateurs défavorables, à structure par sexe identique, les jeunes apprentis déclarent trois fois plus souvent que les autres jeunes scolarisés que leur état de santé est « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaisant par rapport aux personnes de leur âge (15 % vs 5 %).

Enfin, la proportion de jeunes en surcharge pondérale selon les données déclarées de poids et de taille lors de l'enquête, n'apparaît pas différente dans la région entre apprentis et élèves de l'enseignement général/professionnel, alors qu'au plan national, les apprentis semblent plus souvent concernés par des situations de surcharge pondérale [66].

* Champignons hallucinogènes, ecstasy, amphétamines, LSD, crack, cocaïne, héroïne.



Des troubles auditifs fréquemment rapportés

Bien que les troubles auditifs concernent en premier lieu les populations les plus âgées, les jeunes seraient de plus en plus nombreux à souffrir de troubles de l'audition. Environ 10 % des jeunes de moins de 25 ans présenteraient une perte auditive pathologique, la surdité concernerait 6 % des 15-24 ans. Les expositions sonores représentent une des causes majeures de déficit auditif chez les jeunes de moins de 25 ans [67] [68].

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 [69]. Selon une étude menée dans les Pays de la Loire en 2014 [70], plus de la moitié des 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.

ENCADRÉ 9. Internet et les réseaux sociaux

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 enfants et adolescents qui en sont grands utilisateurs. 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 [71].

L'usage et le temps consacré à internet ont fortement augmenté ces quinze dernières années chez les jeunes comme dans toutes les classes d'âge. La proportion des 16 ans qui vont quotidiennement sur internet est passé de 23 % en 2003 à 83 % en 2015 [53]. 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. Cette augmentation est également retrouvée chez les plus jeunes : 5h30 pour les 7-12 ans contre 4h50 en 2012, et 3h40 pour les enfants de 1-6 ans contre 2h10 en 2012 [72].

Les adolescents 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 vidéo (jeux en réseau, jeux de rôle...), cette dernière activité étant plus souvent masculine [73].

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 [74].

2.7 LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Il n'existe pas de définition unique du handicap et celui-ci peut être abordé selon différentes approches. Les données présentées dans ce rapport permettent d'apprécier de façon parcellaire la fréquence des situations de handicap chez les enfants et adolescents.

Plus de 18 000 enfants en situation de handicap scolarisés dans la région

À la rentrée 2015, 5 100 élèves en situation de handicap sont scolarisés dans des établissements spécialisés³⁵ de la région. Cet effectif est resté relativement stable au cours des dix dernières années.

L'effectif d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (école, collège, lycée) a par contre fortement progressé depuis la loi de février 2005 accordant la priorité à la scolarisation en milieu ordinaire, mais aussi plus largement une meilleure reconnaissance des situations de handicap. Il est ainsi passé de 6 500 en 2006 à 13 400 en 2015, soit une augmentation annuelle moyenne de plus de 8 %.

³⁵ Établissements hospitaliers et médico-éducatifs.



Près de la moitié (46 %) des élèves scolarisés en milieu ordinaire sont porteurs de déficiences intellectuelles ou cognitives³⁶, 21 % ont des troubles de la personnalité et du comportement, 12 % présentent des troubles du langage et de la parole (dont dyslexie, dysphasie...), et 21 % d'autres déficiences (motrices, associées, visuelles, auditives et autres) [75] [76].

12 000 bénéficiaires de l'AEEH

Les enfants présentant les situations de handicap les plus graves bénéficient de prestations destinées à compenser les frais et les aides spécifiques qui leur sont apportées.

Environ 12 300 Ligériens âgés de moins de 20 ans perçoivent une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) fin 2014. Parmi eux, 1 500 ont moins de 6 ans, 4 700 sont âgés de 6 à 11 ans, 4 900 de 12-17 ans et 1 200 de 18-20 ans [77]. Rapporté à la population régionale totale des 0-19 ans, cet effectif correspond à un taux global de bénéficiaires d'environ 1,3 pour 100 enfants en Pays de la Loire. Ce taux est inférieur à la moyenne nationale (1,5 pour 100). Cette situation régionale masque des disparités départementales, avec un taux qui reste inférieur à la moyenne nationale en Loire-Atlantique (1,1) et Maine-et-Loire (1,0) et à l'inverse nettement supérieur en Mayenne (2,1), alors qu'il lui est relativement proche en Sarthe et en Vendée.

Dans la région comme en France, le nombre de foyers bénéficiaires de l'AEEH ne cesse de progresser, cette hausse étant toutefois moins marquée qu'au plan national : + 4,5 % en moyenne par an dans la région, + 6,6 % en France entre 2010 et 2016 [78]. Cette évolution traduit notamment une meilleure détection et une plus grande reconnaissance des handicaps, et vraisemblablement, une meilleure acceptation de ces situations par les familles.

³⁶ Les troubles envahissants du développement, dont l'autisme, sont notamment classés dans cette catégorie.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Insee. Résultats du recensement de la population. [En ligne]. <https://www.insee.fr/fr/information/2008354>.
- [2] ARS Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire. (2017). La santé des habitants des Pays de la Loire, situation actuelle et éléments de prospective. Synthèse. Projet régional de santé 2018-2022. 16 p.
- [3] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [4] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [5] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : effectifs au 31 décembre, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [6] Cnamts. Affection de longue durée (ALD). Prévalence 2015, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [7] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [8] Bases nationales RIM-P (Recueil d'information médicale en psychiatrie), ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [9] Base régionale RPU, ORU Pays de la Loire, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [10] Ashton K, Bellis MA, Davies AR, et al. (2016). Adverse Childhood Experiences and their association with chronic disease and health service use in the Welsh adult population. Public Health Wales NHS Trust. 28 p.
- [11] Pomarède R., Jeammet P. (2014). La santé : un capital en construction dès l'enfance. *Actualité et Dossier en Santé Publique*. HCSP. n° 86. pp. 9-57.
- [12] César C, du Roscoät E, Cardoso T. (2016). Accompagner le développement du jeune enfant. *La Santé en Action*. Santé publique France. n° 437. pp. 8-43.
- [13] Drees. Data.Drees : Aide et action sociale des départements. [En ligne]. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,371.
- [14] Borzic M, Clausse A. (2015). Un taux de pauvreté régional relativement faible, des disparités territoriales. *Insee Analyses Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 14. 4 p.
- [15] Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013). Données Pays de la Loire, Drees-DGESCO, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [16] Bonnefoy V, Gicquaud N. (2014). Pauvreté dans les Pays de la Loire : la crise accentue les inégalités sociales et territoriales. *Étude*. Insee Pays de la Loire. n° 136. 4 p.
- [17] Acs M. (2013). Les spécificités régionales des modes de garde déclarés des enfants de moins de 3 ans. *Études et Résultats*. Drees. n° 839. 6 p.
- [18] Borderies F. (2016). L'offre d'accueil collectif des enfants de moins de 3 ans. *Document de Travail, Série Statistiques*. Drees. n° 199. 86 p.
- [19] Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2016). Repères et références statistiques 2016 sur les enseignements, la formation et la recherche. 395 p.
- [20] Abdouni S. (2016). La scolarisation à deux ans : en éducation prioritaire, un enfant sur cinq va à l'école dès deux ans. *Note d'information*. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. n° 19. 4 p.
- [21] Rectorat de l'Académie de Nantes. Taux de scolarisation par âge dans l'Académie de Nantes.
- [22] Pliquet E. (2016). Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissements. *Études et Résultats*. Drees. n° 974. 6 p.
- [23] Oned (Observatoire national de la protection de l'enfance). (2016). Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement. Éd. La Documentation française. 224 p.
- [24] Charrel M, Beauvais MC, Da Silva É. (2009). Étude sur les enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance de Maine-et-Loire. Careps, Conseil général de Maine-et-Loire. 69 p.
- [25] Fedoru. Site de la Fédération des Observatoires régionaux des urgences. [En ligne]. www.fedoru.fr.
- [26] Chardon O, Guignon N, de Saint Pol T. (2015). La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. *Études et Résultats*. Drees. n° 920. 6 p.
- [27] Académie de Nantes. Enquête DGESCO.
- [28] de Saint Pol T. (2011). Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 31. pp. 333-338.
- [29] Guignon N, Niel X. (2003). L'état de santé des enfants de 5 - 6 ans dans les régions. Les diversités régionales appréhendées à travers des bilans de santé scolaire. *Études et Résultats*. Drees. n° 250. 12 p.
- [30] Guignon N, Collet M, Gonzalez L, et al. (2010). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Études et Résultats*. Drees. n° 737. 8 p.



- [31] Cnamts. Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie), exploitation ORS Pays de la Loire.
- [32] Delahaie M. (2009). L'évolution du langage de l'enfant. De la difficulté au trouble. Éd. Inpes. 84 p.
- [33] Huron C, Ziegler J, Habib M, et al. (2014). Troubles des apprentissages : les troubles "dys". Dossier. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/troubles-des-apprentissages-les-troubles-dys>.
- [34] Inserm. (2007). Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : bilan des données scientifiques. Expertise collective. Les éditions Inserm. 842 p.
- [35] Paget LM, Perrine AL, Thélot B. (2015). Les accidents chez les élèves de grande section de maternelle en France métropolitaine en 2012-2013. Enquête en milieu scolaire. InVS. 42 p.
- [36] Loury P. (2016). Les couvertures vaccinales en Pays de la Loire, 2014-2015. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 35. pp. 7-8.
- [37] Santé publique France. (2016). Couverture vaccinale. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees>.
- [38] Loury P, Hubert B. (2014). Couverture vaccinale de la population des Pays de la Loire concernant les maladies à prévention vaccinale, 2012. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 24. pp. 1-6.
- [39] Guignon N, Delmas MC, Fonteneau L, et al. (2017). La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. *Études et Résultats*. Drees. n° 993. 6 p.
- [40] Santé publique France. (2016). Santé des collégiens en France : nouvelles données de l'enquête HBSC 2014. [En ligne]. <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Sante-des-collegiens-en-France-nouvelles-donnees-de-l-enquete-HBSC-2014>.
- [41] Injep. (2016). La santé des ados au collège. Résultats de l'enquête HBSC 2014 France. *Agora Débats/Jeunesses*. n° Hors série. 192 p.
- [42] Ropers C. (2015). Le retard scolaire à l'entrée en 6ème à la rentrée 2014 dans l'Académie de Nantes. *Flash Statistiques*. Rectorat de l'Académie de Nantes. n° 3. 2 p.
- [43] Chesnel H. (2016). Éducation : des redoublements plus fréquents dans les quartiers de la politique de la ville. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 52. 2 p.
- [44] Rectorat de l'Académie de Nantes. Les examens. [En ligne]. http://www.ac-nantes.fr/les-examens-900799.kjsp?RH=AP_PREstat.
- [45] Ropers C. (2015). Le diplôme national du brevet dans l'académie de Nantes, session 2014. *Études Statistiques*. Rectorat de l'Académie de Nantes. n° 1. 6 p.
- [46] 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.
- [47] Observatoire régional de sécurité routière des Pays de la Loire, Dreal Pays de la Loire. Données de l'accidentalité en région Pays de la Loire. .
- [48] Amoros E, Martin JL, Laumon B. (2008). Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 19. 157-160.
- [49] Fouchard C, Rodrigues A, Ropers C. (2014). Le décrochage scolaire dans les Pays de la Loire : facteurs de risque et territoires vulnérables. *Insee Analyses Pays de la Loire*. Insee. n° 4. 4 p.
- [50] Moro MR, Brison JL. (2016). Mission Bien-être et santé des jeunes. Ministère des affaires sociales et de la santé. 198 p.
- [51] OFDT. Enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense). [En ligne]. <http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>.
- [52] Consoli A, Peyre H, Speranza M, et al. (2013). Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. vol. 7, n° 1. 12 p.
- [53] Beck F, dir. (2016). Jeunes et addictions. OFDT. 208 p.
- [54] ORS Pays de la Loire. (2012). Surpoids et obésité, activités physiques et sédentaires. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 16 p.
- [55] Giordanella JP. (2006). Rapport sur le thème du sommeil. Ministère de la santé et des solidarités. 396 p.
- [56] Leger D, Beck F, Richard JB, et al. (2012). Total Sleep Time Severely Drops during Adolescence. *PLoS One*. vol. 7, n° 10. e45204.
- [57] 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.
- [58] Vilain A. (2016). Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. *Études et Résultats*. Drees. n° 968. 6 p.
- [59] Insee. État civil. [En ligne]. <http://www.insee.fr>.
- [60] ORS Pays de la Loire. (2015). La consommation d'alcool des jeunes dans les Pays de la Loire. 8 p.



- [61] Le Nézet O, Gauduchon T, Spilka S. (2015). Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014. *Tendances*. OFDT. n° 102. 4 p.
- [62] 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.
- [63] ORS Pays de la Loire. (2016). La consommation de tabac des jeunes dans les Pays de la Loire. 6 p.
- [64] ORS Pays de la Loire. (2016). La consommation de cannabis et des autres drogues illicites chez les jeunes dans les Pays de la Loire. 6 p.
- [65] Ores (Observatoire régional économique et social) Pays de la Loire. Effectifs en apprentissage. [En ligne]. <http://ores.paysdelaloire.fr/779-effectifs-en-apprentissage-et-lieux-de-formation.htm>.
- [66] Enquête Escapad 2014, OFDT, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [67] Inpes. (2008). A force d'écouter de la musique trop fort, on finit par l'entendre à moitié. Dossier de presse. 10 p.
- [68] Puel JL, Inserm. (2016). Troubles de l'audition / surdités. Dossier. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/troubles-auditifs>.
- [69] ORS Pays de la Loire. (2014). Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2014. 200 p.
- [70] 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.
- [71] Inserm. (2014). Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. Expertise collective. Les éditions Inserm. 77 p.
- [72] Schmutz B. (2015). Junior Connect' 2015 : La conquête de l'engagement. Ipsos. 31 p. [Diaporama].
- [73] Le Nézet O, Spilka S. (2014). Usage d'Internet à la fin de l'adolescence en 2011. OFDT. 4 p. (Note de synthèse).
- [74] Joussemme C, Cosquer M, Hassler C. (2015). Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Inserm. 182 p.
- [75] Poutet C, Labbay JM. (2015). La scolarisation des élèves en situation de handicap dans l'académie de Nantes. Évolution 2006-2014. *Études Statistiques*. Rectorat de l'Académie de Nantes. n° 3. 5 p.
- [76] Rectorat de l'Académie de Nantes. La scolarisation des élèves en situation de handicap. [En ligne]. http://www.ac-nantes.fr/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap-977652.kjsp?RH=AP_PREstat.
- [77] Bénéficiaires de l'AAH et de l'AAEH, Cnaf, MSA, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [78] Cnaf. Cafdata. [Online]. <http://data.caf.fr/site/>.



SANTÉ DES POPULATIONS AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE
Santé des enfants et des adolescents (1-17 ans)