

Identifier et analyser les besoins de santé d'une population

Objectifs pédagogiques

Au terme de la séquence pédagogique, l'étudiant sera capable de :

- Mobiliser la démarche et les outils en santé communautaire
- **Repérer les éléments à prendre en compte dans l'analyse de situation**

L'analyse doit faire apparaître pour chaque thématique de santé :

- les liens entre les différents éléments ciblés par l'histogramme pour l'ensemble des 6 adolescents = croiser les fréquences (**les liens de cause à effet**)

Ex : pour les 6 lycéens observés, le lien entre alcool, vitesse, comportement à risque, alimentation ...

Ou le lien entre consommation d'alcool, tabagisme, sédentarité ...

La connaissance que vous aurez de la thématique de santé vous permettra d'établir ces liens entre les fréquences

- les liens avec vos **connaissances en santé publique** : mobilisation adaptée et pertinente des cours de l'UE 1.2.S3 (cf affichage des thèmes à réviser)
- les **recherches** sur le sujet (les sources doivent être citées) : données **épidémiologiques, statistiques** (prévalence, incidence, morbidité, mortalité), les **conséquences sur la santé**, les **conséquences économiques** à long terme (économie de la santé), les liens avec les **politiques de santé publiques** (mobilisation des pré-requis UE 1.2.S2)
- les **liens avec les personnes observées** (données individuelles en référence aux **déterminants de santé** : facteurs de risque et facteurs de protection en lien avec le problème analysé)

Ci-joints 2 exemples d'**analyse IMPARFAITE** sur l'alcool et les comportements à risque chez les adolescents afin de vous permettre de vous préparer à cette partie de l'évaluation.

Portez-y un regard critique à partir des axes que je vous ai définis ci-dessus

Je vous joins également la fin du TD représentant la dernière question posée à l'évaluation

Question : Rédigez une analyse argumentée faisant apparaître les 2 thèmes de santé prioritaires pour ce groupe

L'alcool

L'alcool provoque, en France, 23000 décès directs et 45000 morts par an. C'est la 2^{ème} cause de mortalité évitable en France

5 millions de français auraient des difficultés médicales, psychologiques et/ou sociales en rapport avec l'alcool

La cuite devient un vrai problème de santé publique

- Statistiques, épidémiologie : en 2006 → 46 % des jeunes déclarent avoir bu au moins 5 verres d'alcool lors d'une seule occasion au cours des 30 derniers jours

→ ↑ des hospitalisations pour ivresse

→ **En France**, 3% des 16 ans sont ivres au moins 3 fois durant

les 30 derniers jours (chiffres bas/d'autres pays européens)

→ ↑ des ivresses régulières : de 7 à 10% surtout chez les

garçons

→ **Dans le Nord-Pas de Calais**, la consommation régulière

d'alcool à l'adolescence est plus rare que dans les autres régions ; a contrario, c'est une des régions où l'on boit le plus à l'âge adulte

- Mesures législatives et préventives : → interdiction totale de vendre de l'alcool aux mineurs dans les cafés, les supermarchés (80 % des binge drinking proviennent de la vente en libre service)

→ interdiction des soirées « open-bar » (= consommation à volonté de boissons moyennant une somme forfaitaire)

→ spots diffusés tout l'été au ciné et à la TV

L'enjeu économique fait, des ados de 17 à 18 ans, une population ciblée par les alcooliers. Elle représente un marché de 30 à 40 millions d'euros/mois, d'où la proposition de nouveaux mélanges (premix, alcopops), de fun packaging, de slogans chocs pour attirer cette clientèle

Caractéristiques de la consommation d'alcool chez l'adolescent

A l'adolescence, il s'agit d'un problème de **consommation excessive** et non d'un problème de dépendance

/ conduites :

- expérimentation de plus en plus précoce
- ↑ de la consommation régulière
- Banalisation de l'ivresse = les cuites répétées chez les jeunes font partie des éléments sociaux culturels nouveaux = pratiques consommatoires liées à un groupe social et à une époque : il est « normal » d'être ivre, on doit être ivre
- La consommation vise l'obtention d'une **ivresse rapide** = « défonce express » (binge drinking)

Les risques liés à l'alcoolisation lors de l'adolescence sont :

- La violence
- Le coma éthylique pouvant entraîner la mort
- Les abus sexuels
- A plus long terme, une augmentation des chances de devenir alcoolique à l'âge adulte
- Plus on est jeune, plus il y a de dégâts, plus le cerveau est fragile à tous les produits toxiques

Les principales motivations à la consommation d'alcool chez l'ado sont :

- La recherche d'intégration
- Le défi
- Le refus de grandir
- La recherche de ses limites
- Faire partie du groupe
- Le moyen de faire face : alcool comme automédication

Dans le groupe d'ados observés, en lien avec ces motivations

Certains consommant de l'alcool présentent des **facteurs de risque** :

- une estime de soi fragile = introversion, mal dans sa peau, négligence de l'hygiène pour Vincent qui fait partie d'une famille recomposée avec un manque de complicité familiale
- difficulté à situer ses limites et souci d'imiter l'adulte référent pour Mickaël
- pression sociale, influence exercée par les copains ou les copines
- absence d'autorité paternelle et livré à lui-même pour Ludo
- divorce parental pouvant modifier les repères pour Gwendoline
- un risque majoré d'accidents de la route pour Ludo qui aime la vitesse
- un risque majoré de rapports non protégés avec une ↑ d'exposition aux IST et de grossesses non désirées (oubli du préservatif, abus, violence sexuelle)

Ces 2 risques sont en lien avec l'effet désinhibiteur de l'alcool

Certains d'entre eux présentent des **facteurs de protection** notamment :

- des projets incompatibles avec une consommation d'alcool : projet de conduite accompagnée pour Vincent et projet permis moto pour Ludo
- un souci de garder la ligne et souci de l'apparence pour les 2 filles

Leur contact avec la prise d'alcool se réalise différemment pour certains d'entre eux :

- habitude familiale de consommer de la bière en mangeant
- rituel initiatique pour faire partie de la bande de copains (Josué)
- associé à la fête

Les comportements sexuels à risque

La sexualité et l'adolescence

- A l'adolescence, le développement social, émotionnel et psychologique n'est pas achevé
- Peu de compréhension du danger engendré par un tel comportement ni de ce qu'est un comportement sexuel à risque
- L'inexpérience ⇒ une ↓ de la capacité de jugement
- Sentiment d'invulnérabilité / au VIH et Sida : sous-évaluation du risque
- L'acte sexuel représente un rite de passage
- Il peut susciter une angoisse, une gêne vis-à-vis du partenaire et ⇒ un manque de savoir-faire social/utilisation du préservatif
- Sensibilité et influence de l'opinion des pairs
- Désir de grossesse chez certaines ados pour marquer leur passage à l'âge adulte
- Désir d'enfant chez certaines ados pour vérifier leur capacité à procréer (inconscient)

Les risques sont :

- Les grossesses non désirées
- les IST dont le VIH/Sida
- les hépatites

Les données de santé publique

- Epidémiologie, statistiques : → Dans le **Nord-Pas-de-Calais**, les ¾ des jeunes de 15 à 25 ans ont déjà eu des relations sexuelles au cours de leur vie (74 % des nordistes)
→ En moyenne, la 1^{ère} expérience sexuelle se vit à 16,5 ans (proche de l'âge moyen national)
→ 9 sur 10 déclarent avoir utilisé un **moyen de contraception** lors de leur 1^{er} rapport sexuel (le préservatif le + souvent, surtout chez les 15-17 ans ayant eu au moins 2 partenaires dans l'année)
→ la même proportion déclarent continuer à se protéger lors des rapports (pilule pour ¾), alors qu'en 2005 un quart des jeunes déclare avoir eu recours à la pilule du lendemain (2 fois plus qu'en 2000) du fait de problème lié au préservatif
→ De 2000 à 2005, l'utilisation de la pilule se maintient, celle du préservatif diminue, ce qui correspond au comportement dans d'autres pays que la France
→ 5% des jeunes filles de 15 à 25 ans ont eu recours à une **IVG**
→ 1/3 des jeunes craint le **sida** (surtout les 15-17 ans) : 1 jeune sur 6, ayant eu des rapports sexuels, a effectué un dépistage du VIH. Cette crainte les incite à se protéger. Les dépistages au VIH et à l'hépatite C sont en augmentation
→ Hors Sida, 31% des jeunes nordistes craignent les IST, 1% en ont eu une, ce qui est inférieur aux statistiques nationales
→ **En France**, 1 personne sur 10 découvrant sa séropositivité à moins de 25 ans ; chez les 15-25 ans séropositifs, 68% sont des femmes ; ↓ de la séropositivité dans l'ensemble de la population, sauf pour les 15-24 ans

→ Plan de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010/2014 (5^{ème} plan) qui recommande l'élaboration de PSRP (plans régionaux de santé publique) du fait des disparités épidémiologiques régionales

→ Recrudescence d'IST autres que le VIH et l'hépatite

C : clamydiae (silencieux qui entraîne une stérilité) et syphilis depuis 10 ans

→ L'HAS recommande 1 test VIH 1 fois dans la vie pour toute personne de 15 à 70 ans qu'elle ait ou non des facteurs de risque connus

→ **Dans la région**, 2000 personnes séro+, 5% des découvertes concernent les 15-24 ans

Les principales causes des grossesses non désirées

- Manque d'infos / à l'accès à la contraception libre, gratuit dans les centres de planification
- Les fausses croyances : 2/3 des ados pensent que les 1ers rapports ne sont pas fertiles, pour les ¼ il est impossible d'être enceinte pendant les règles
- Mesures législatives et préventives : → en janvier 2002, accès facilité, pour les mineures, à la pilule du lendemain. Pharmacien et IDE scolaire peuvent la délivrer anonymement et gratuitement (Norlevo sans PM, Tétragynon avec PM) sans accord parental

→ accord parental non obligatoire depuis 2001 pour l'IVG (Loi du 4/07/01 - présence d'un adulte référent qui accompagne l'ado tout au long de la procédure)

→ obligation d'une sensibilisation à la sexualité et les moyens de prévention/IST dans les établissements scolaires (école, collège, lycée : 3 séances annuelles)

Dans le groupe d'ados observés, certains présentent des **facteurs de risque** :

- Une méconnaissance de la législation en lien avec la contraception orale : accord parental non obligatoire
- Des représentations erronées : manque d'implication pour se protéger
- Un manque de connaissances sur les risques encourus
- Un manque d'expérience
- Des relations peu durables (Mickaël, Ludo, Gwendoline): les garçons ont plusieurs partenaires plus souvent que les filles
- La consommation d'alcool qui, de par son effet désinhibiteur, peut augmenter les comportements à risque chez Myrtille et Gwendoline
- La peur d'en parler, notamment à sa mère pour Myrtille
- Le tabac peut être risqué lors de prise de pilule ; aucune des 2 filles ne prend la pilule, mais attention à leur information sur ce sujet car elles fument

D'autres présentent des **facteurs de protection**

- d'ordre familial = grande complicité avec sa grande sœur, bonne entente familiale pour Myrtille. La famille biparentale, la cohésion familiale, la qualité des interactions avec la famille sont des ressources pour l'ado
- en terme d'information : tous sont scolarisés (réf. au programme d'éducation à la santé)

Question : Vous concluez votre analyse en argumentant le choix du thème à travailler prioritairement et mettez en évidence, pour la mise en oeuvre des actions d'éducation pour la santé :

a. les spécificités du public ciblé à prendre en compte (ici adolescent)

Eléments de réponse : le groupe social = adolescents

- Recherche d'adhésion à un groupe avec une quête d'identification à un leader
- Braver les limites instaurées depuis l'enfance et se lancer des défis afin de se valoriser et s'affirmer
- S'affirmer en tant qu'adulte en se détachant du modèle parental

b. les principes à prendre en compte dans le cadre d'une démarche de santé communautaire

Eléments de réponse

- Afin de travailler avec les adolescents sur ces 2 thématiques, il faudra identifier leur ressenti et leur motivation = prendre en compte la demande du groupe
- Initier une démarche de promotion de santé = donner les moyens aux jeunes d'être autonomes et responsables vis-à-vis de leur santé
- Susciter l'imagination dans les moyens proposés (les ados en ont beaucoup)
- Sortir du cadre institutionnel
- Inclure les ados dans la construction et la mise en place du projet : solliciter leur avis, leurs propositions, leur confier des missions

c. le modèle explicatif des comportements de santé à privilégier auprès de ce public

Eléments de réponse

L'adolescent vit dans le présent, ne se projette pas dans l'avenir donc peu d'impact des problématiques futures engendrées par leur comportement à risque d'aujourd'hui.

Le modèle théorique de Bandura est un modèle qui reconnaît l'influence de l'environnement social sur les apprentissages réalisés par l'individu.

Basé sur le sentiment d'auto-efficacité (capacité à), il nécessite la prise en compte et le développement de **la confiance en soi** (estime de soi) dans la mise en place des projets éducatifs, ainsi que la proposition d'**un modèle socialement valorisé** = valoriser, encourager, féliciter

4 facteurs contribuent à développer le sentiment d'auto-efficacité : les succès répétés de la performance d'un comportement, l'apprentissage par imitation, la persuasion verbale et sociale, l'éveil émotionnel : avantages/obstacles)

C'est un modèle qui fonctionne chez l'adolescent.

d. les éléments à faire apparaître sur la carte géographique utiles au projet

Par exemple :

- Les salles de sports
- Les moyens de transport

- Le planning familial, ...