

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau N° 1 : Les bases théoriques de l'Information-Education-Communication pour la santé.....	6
Tableau N° 2 : Facteurs personnels influençant un comportement.....	9
Tableau N° 3 : Facteurs environnementaux influençant un comportement.....	10
Tableau N° 4 : Les phases d'apprentissage du comportement : Exemple de l'usage de la cigarette.....	11
Tableau N° 5 : Répartition du personnel de l'Hôpital Général de Befelatanana...	27
Tableau N° 6 : Répartition des étudiants selon l'âge.....	31
Tableau N° 7 : Répartition des étudiants selon le sexe.....	32
Tableau N° 8 : Répartition des étudiants selon l'année d'étude.....	33
Tableau N° 9 : Répartition des étudiants par service.....	34
Tableau N°10 : Répartition selon les services des étudiants enquêtés.....	36
Tableau N°11 : Répartition des étudiants selon leur connaissance en IEC.....	37
Tableau N°12 : Répartition des étudiants selon la connaissance du système de communication.....	38
Tableau N°13 : Répartition des étudiants selon leur tendance à faire de l'IEC.....	39
Tableau N°14 : Répartition des étudiants selon les motifs de leur attitude négative envers l'IEC.....	40
Tableau N°15 : Répartition des étudiants selon le sujet d'IEC.....	41
Tableau N°16 : Répartition des étudiants selon leur cible.....	42

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure N° 1 : Intersection d'audience.....	4
Figure N° 2 : Rôle de l'Information-Education-Communication (IEC) pour la santé.....	8
Figure N° 3 : Charte de la promotion de la santé d'Ottawa : Schéma d'une action globale en promotion de la santé.....	12
Figure N° 4 : Modèle d'apprentissage du comportement.....	20
Figure N° 5 : Organigramme de l'Hôpital Général de Befelatanana.....	26
Figure N° 6 : Diagramme de la répartition des étudiants selon l'âge.....	31
Figure N° 7 : Répartition en diagramme des étudiants selon le sexe.....	32
Figure N° 8 : Diagramme de la répartition des étudiants selon l'année d'étude.....	33
Figure N° 9 : Diagramme de la répartition des étudiants selon le service.....	34
Figure N°10 : Diagramme de la répartition des étudiants enquêtés selon les services.....	36
Figure N°11 : Diagramme de la répartition des étudiants selon leur connaissance en IEC.....	37
Figure N°12 : Diagramme de la répartition des étudiants selon la connaissance du système de communication.....	38
Figure N°13 : Diagramme de la répartition des étudiants selon leur tendance à faire de l'IEC.....	39

Figure N°14 : Diagramme de la répartition des étudiants selon les motifs de leur attitude négative envers l'IEC.....	40
Figure N°15 : Diagramme de la répartition des étudiants selon le sujet d'IEC.....	41
Figure N°16 : Diagramme de la répartition des étudiants selon leur cible.....	42

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

I.E.C	:	Information - Education - Communication
C.A.P.	:	Connaissance - Attitude - Pratique
C.H.U.	:	Centre Hospitalier Universitaire
C.M.E.	:	Commission Médicale de l'Etablissement
C.P.N.M	:	Comité du personnel non médical
C.C.	:	Conseil consultatif

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'IEC	
1. Définition.....	2
1.1. Changement de comportement.....	2
1.2. Information.....	2
1.3. Education.....	3
1.4. Communication.....	3
2. IEC dans le domaine de la santé.....	5
2.1. Les bases théoriques de l'IEC pour la santé.....	5
2.1.1. Les sciences de la santé.....	6
2.1.2. Les sciences du comportement.....	7
2.1.3. Les sciences de l'éducation.....	7
2.1.4. Les sciences de la communication.....	7
2.2. Rôle de l'IEC pour la santé.....	7
2.2.1. Les déterminants du comportement.....	8
2.2.2. Rôle de l'IEC en promotion de la santé.....	11
2.2.3. La prévention des problèmes de santé.....	14
2.2.4. Le traitement des problèmes de santé.....	15
3. Les méthodes de l'IEC.....	15
3.1. L'exposé.....	15
3.1.1. Cours magistral.....	16
3.1.2. Démonstration.....	16
3.1.3. Mass média.....	16
3.1.4. Multi-media.....	16
3.1.5. Stage d'observation.....	16
3.2. La discussion.....	17
3.3. L'implication.....	17
3.4. L'individualisation de l'enseignement.....	17

3.5. Méthodes comportementales.....	18
4. Le choix d'expériences d'apprentissage complémentaires.....	18
4.1. Principes pour le choix d'une méthode d'IEC.....	18
4.2. Le choix d'expériences d'apprentissage complémentaires.....	19
 DEUXIEME PARTIE : ETUDE DES ACTIVITES D'IEC DES ETUDIANTS EN MEDECINE	
1. Cadre d'étude.....	24
1.1. Présentation de l'hôpital.....	24
1.2. Problèmes de l'hôpital en matière d'IEC.....	28
2. Méthodologie.....	28
2.1. Méthode d'étude.....	28
2.2. Les paramètres d'étude.....	29
3. Résultats.....	31
3.1. Les caractéristiques des étudiants en médecine ayant fait l'objet de l'enquête.....	31
3.2. La couverture des services par les étudiants.....	34
3.3. La connaissance des étudiants en matière d'IEC.....	37
3.4. Attitude des étudiants.....	39
3.5. La pratique de l'IEC.....	41
 TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS, COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	
1. Discussions et Commentaires.....	43
2. Suggestions.....	47
 CONCLUSION.....	 50
ANNEXE	
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

L'expérience de la vie a appris aux générations qui se succèdent à mieux lutter contre les maladies. Le monde est en perpétuel changement : l'homme est tantôt artisan, victime ou bénéficiaire, tantôt élément contraint de subir les caprices de son environnement. Pour mieux faire face aux maladies, il a besoin de communiquer, d'être informé et d'être éduqué. L'Information-Education-Communication peut jouer un rôle important aussi bien chez les malades que chez les bien portants. La présente thèse intitulée "Rôle des étudiants en médecine dans le développement de l'IEC à l'Hôpital" est une étude qui a pour objectif d'identifier ce que l'étudiant fait à l'hôpital en matière d'IEC afin de proposer des stratégies adéquates pour développer l'IEC à l'hôpital.

Une meilleure connaissance des maladies permet de mieux se protéger ou d'assurer un traitement correct en cas d'affection morbide. L'hôpital est souvent considéré comme un lieu privilégié des activités curatives. L'éducation pour la santé y est négligée la plupart du temps au profit des actions purement thérapeutiques.

Pourtant, dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), il y a suffisamment d'étudiants pour assurer des activités d'IEC programmées. Ainsi, les malades ou ceux qui les accompagnent auraient au moins, durant leur séjour hospitalier, bénéficié des informations susceptibles d'améliorer leur comportement en faveur de la santé.

Notre étude va comporter essentiellement trois parties :

- Les généralités sur l'IEC en première partie,
- La situation des activités d'IEC par les étudiants en médecine à l'hôpital, en deuxième partie,
- Et enfin, en troisième partie les discussions, commentaires et suggestions.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'IEC

1. DEFINITION (1)

Information, Education, Communication, termes résumés sous le sigle IEC représentent une discipline que tout secteur d'activités humaines aspire aujourd'hui à utiliser pour développer leur domaine d'action. L'essai de définition d'ANDRIAMANALINA RAZAFINDRAKOTO N. (*) semble le mieux indiqué pour les besoins de l'étude. Cette définition concerne d'ailleurs l'association de quatre éléments :

1.1. Changement de comportement (1)

Changer, c'est passer d'un état initial à un autre. Changer de comportement implique un développement, en passant d'un comportement moins avancé à un autre comportement plus avancé. L'avancement se mesure en terme culturel par la qualité, la quantité, l'efficacité et l'efficience de la culture. Il peut être éphémère ou durable. Tout dépend du système utilisé pour l'obtenir. Tout dépend de l'éducation. Le système éducationnel conditionne alors la qualité même du changement et les effets escomptés.

Un changement peut aussi bien être individuel que communautaire. Il va donc tenir compte de données et d'informations à la fois psychologiques et psychosociales.

1.2. Information (2)

Informé, c'est donner des renseignements pour faciliter la compréhension et l'application de la donnée globale. La donnée résulte d'un ensemble de facteurs ou d'un ensemble d'évènements qui agissent dans un milieu donné et au cours d'une période déterminée. Elle n'est donc que l'aspect final que l'on perçoit ou qui apparaît dans un environnement spécifique.

L'information entre dans les détails. Elle permet de connaître les renseignements ou les appréciations possibles concernant les facteurs ou les évènements qui ont entraîné l'apparition de la donnée.

Cependant, toutes les informations ne sont pas nécessaires pour comprendre ce qui se passe ou ce qui existe. Certaines d'entre elles seulement sont indispensables. On a alors la notion d'informations utiles.

(*) professeur de santé publique à la Faculté de Médecine d'Antananarivo

1.3. Education (1)(3)

Eduquer, c'est donner un ensemble d'outils à une personne, un groupe, une communauté pour que chaque instance puisse faire face à ses activités économiques. Les outils peuvent être :

- une connaissance ou savoir,
- une attitude ou savoir-être dépendant de l'opinion et de la conviction interne de chacun,
- une aptitude ou savoir-faire.

L'éducation agit sur le comportement individuel et collectif, et son efficacité dépend de la qualité des outils précités et de la qualification des hommes qui les utilisent.

Si l'individu, puis la communauté manquent d'outils, ils auront un comportement contraire à la rationalité, agiront seulement de leur propre chef, et pourront nuire aux hommes et à la communauté où ils se trouvent.

1.4. Communication (1)(4)

Communiquer, c'est mettre en commun. C'est un acte qui exige une communauté et une complémentarité d'outils.

En effet, les connaissances des attitudes et pratiques doivent être communes pour que l'on puisse progresser vers les objectifs fixés. Mais elles doivent présenter également le caractère complémentaire, aucune personne ou groupe de personnes ne pouvant tout savoir.

Ainsi, pour agir dans la communauté ou sur le groupe de cible, l'équipe prestataire doit avoir le minimum d'outils d'éducation communs et agencés. Elle doit également bien identifier les outils que les bénéficiaires peuvent et doivent posséder en matière d'éducation.

Le but par excellence de la communication est d'augmenter l'intersection d'audience de chaque entité dans une communauté pour favoriser l'accroissement d'une culture commune.

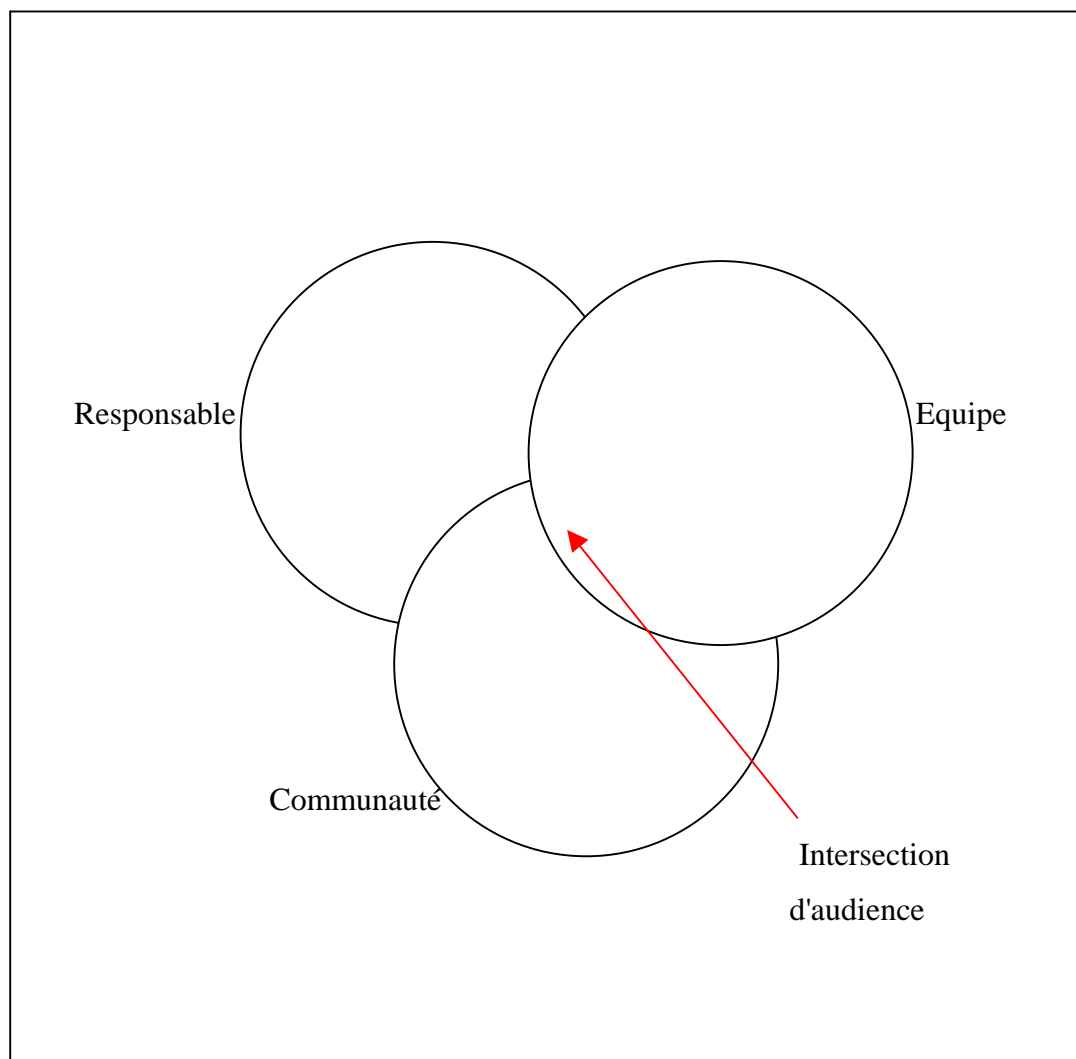


Figure N°1 : Intersection d'audience (1).

La communication s'oppose à la manipulation qui est un viol du champ de conscience. La communication réclame des procédés et des méthodes individuels et des supports de mass media. L'utilisation des procédés et méthodes individuels de communication, ainsi que l'emploi des supports médiatiques demandent une culture suffisante correspondante et nécessitent l'acquisition d'une éducation. C'est sur cette base qu'il faut construire l'éducation destinée à tous les secteurs d'activités économiques en respectant les spécialisations. Cette base constitue la gamme d'outils de communication.

Quel que soit le domaine d'intervention, une bonne éducation signifie une bonne culture. Elle nécessite la possession préalable d'informations utiles. Une information précède donc toujours l'éducation qui ne peut avoir d'impact sans l'application des outils de communication.

Information, Education, Communication devient alors une procédure. Il existe une succession d'étapes que l'on doit suivre dans un ordre déterminé. La non observation de cet ordre entraîne des perturbations, l'échec, l'incapacité, la déception, l'insatisfaction générale.

2. L'IEC DANS LE DOMAINE DE LA SANTE (2)(5)(6)(7)

Malgré une panoplie de définitions en IEC pour la santé et en éducation sanitaire, deux courants idéologiques émergent : ceux qui considèrent qu'une définition devrait varier selon le secteur d'intervention (hôpital, école, travail) et ceux qui croient à l'existence d'un processus identique applicable quelque soit le lieu d'intervention, l'intervenant et le participant.

Dans la deuxième catégorie, l'IEC se présente comme une combinaison d'expériences d'apprentissage planifiées, destinées à faciliter l'adaptation volontaire de comportements conduisant à la santé.

2.1. Les bases théoriques de l'IEC pour la santé (2)

Il est souvent utile de savoir d'où l'on vient avant de savoir où l'on va. Quatre blocs solides forment les assises de l'IEC pour la santé : les sciences de la santé, les sciences du comportement, les sciences de l'éducation et les sciences de la communication.

Chacun de ces secteurs de l'activité humaine apporte la réponse aux questions fondamentales de la discipline :

- . quels sont les comportements qui améliorent la santé ?
- . comment se produit l'adaptation d'un comportement ?
- . comment peut-on faciliter l'apprentissage ?
- . comment l'individu communique-t-il ?

Le tableau N°1 permet de mettre en relation les questions, les secteurs d'activités généraux et les secteurs d'activités spécifiques qui y correspondent.

Tableau N°1 : Les bases théoriques de l'IEC pour la santé (2)(7)

Questions	Quels sont les comportements qui améliorent la santé ?	Comment se produit l'adaptation d'un comportement ?	Comment peut-on faciliter l'apprentissage ?	Comment l'individu communique -t-il ?
Secteurs d'activités généraux	Sciences de la santé	Sciences du comportement	Sciences de l'éducation	Sciences de la communication
Secteurs d'activités spécifiques	Promotion de la santé Prévention des problèmes de santé Traitement des problèmes	Psychologie Sociologie Anthropologie	Pédagogie andragogie	Communication

2.1.1. Les sciences de la santé

Lorsque l'on parle de santé, on rejoint la conception holistique ou globale du bien-être physique, mental, spirituel et social de l'individu. Les comportements qui permettent d'améliorer la santé sont étudiés par trois secteurs de la santé : la promotion de la santé, la prévention des problèmes de santé et le traitement des problèmes de santé. Ces secteurs correspondent à diverses sciences de la santé : médecine traditionnelle,

médecine douce, nutrition, physiothérapie, ergothérapie, médecine dentaire, santé communautaire, sciences infirmières, sciences sociales, etc...

De façon générale, la promotion de la santé cherche à augmenter les déterminants de la santé (mode de vie et environnement sains), la prévention se destine à enrayer les causes des problèmes de santé et le traitement s'emploie au recouvrement de la santé. Ces trois grands secteurs visent l'amélioration de la santé. Ils nous permettent d'identifier quels sont les comportements qui améliorent la santé.

2.1.2. Les sciences du comportement (8)

Les sciences du comportement nous aident à cerner le "pourquoi" des comportements. La psychologie étudie le comportement individuel et la sociologie analyse le comportement des individus en groupe, selon le rôle qu'ils sont appelés à jouer ou selon la famille ou l'organisation à laquelle ils appartiennent. L'anthropologie met l'accent sur le mode de vie, la culture ou la sous-culture des individus. Ces diverses sciences, avec leur œil différent, permettent de cerner de plus près de quelle façon les comportements s'adaptent.

2.1.3. Les sciences de l'éducation (9)

En éducation pour la santé, l'andragogie (pour les adultes) et la pédagogie (pour les enfants) tiennent une place de choix. Nous pouvons distinguer les deux puisqu'il y a, actuellement, assez de bagages théorique et pratique en éducation des adultes pour faire de l'andragogie une science de l'éducation qui se distingue de la pédagogie.

2.1.4. Les sciences de la communication (9)(10)

Le processus de la communication est essentiel à connaître. Les variables importantes de la source, les diverses formes de message, les différents artefacts ("noise") du médium et les différentes façons de recevoir le message sont autant d'outils d'analyse et d'intervention utile lors de l'utilisation de tout moyen d'apprentissage. Les sciences de la communication nous permettent de comprendre comment l'individu communique.

2.2. Rôle de l'IEC pour la santé (2)(11)(12)

Le but est d'améliorer la santé. De façon générale, trois secteurs de la santé visent l'amélioration de la santé : la promotion de la santé, la prévention des problèmes de santé, le traitement des problèmes de santé (figure N°2).

Le rôle de l'IEC se situe dans chacun de ces secteurs. Il s'agit de faciliter l'adaptation volontaire de comportements des dirigeants, des intervenants et de la population.

- Quels comportements ? Ceux qui améliorent la santé.
- Comment ? Par une combinaison d'expériences d'apprentissage complémentaires.
- En changeant quoi ? Les comportements et leurs déterminants.

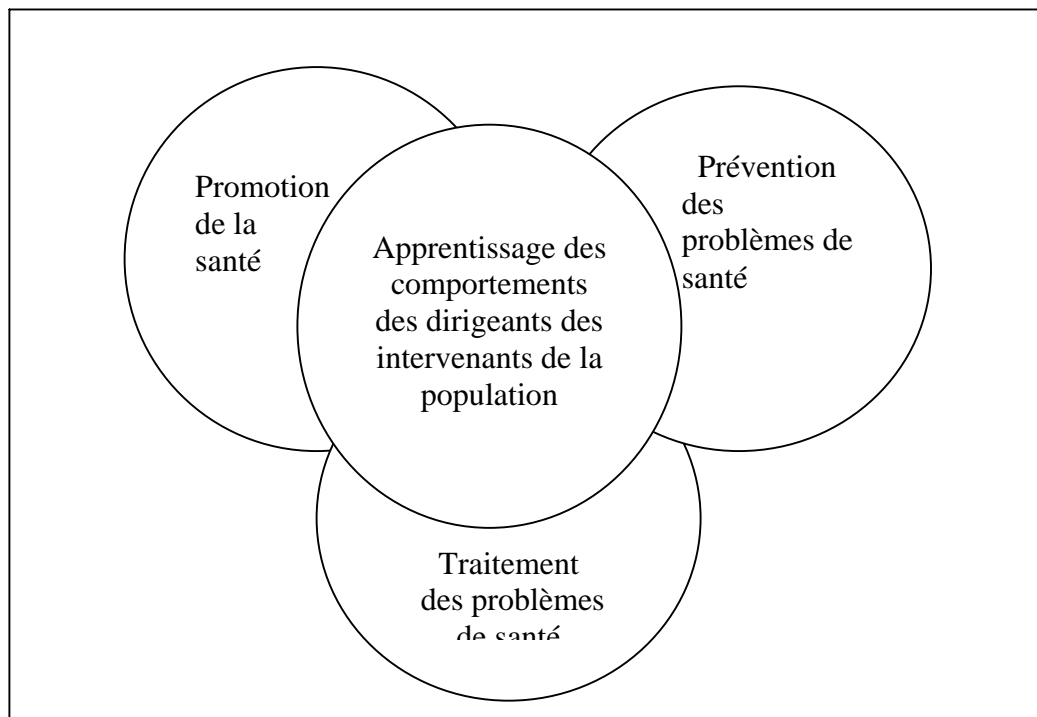


Figure N°2 : Rôle de l'IEC pour la santé (2).

2.2.1. Les déterminants du comportement (2)

Les déterminants d'un comportement correspondent aux différents facteurs environnementaux et personnels qui influencent le comportement de tout individu et à ses diverses phases d'apprentissage.

2.2.1.1. Les facteurs personnels

Les facteurs personnels correspondent à tout ce qui peut influencer un comportement et qui est interne à l'individu. Ce sont les facteurs qui conduisent à l'intention de faire un comportement. De façon générale, ce sont ceux qui permettent de savoir et de vouloir (Tableau N°2).

Tableau N°2 : Facteurs personnels influençant un comportement (2).

Facteurs physiologiques	hérédité, constitution biologique, besoins, pulsions
Facteurs physiques	Habiletés psychomotrices (capacité à manipuler, courir etc..)
Facteurs psychologiques	besoins, connaissances, croyances, attitudes, perceptions, valeurs, type de personnalité, habiletés cognitives (analyser, choisir), auto-renforcement, renforcement par observation
Facteurs socio-démographiques	sexe, âge, race, degré de scolarité
Autres facteurs	revenu, culture, religion

2.2.1.2. Les facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux correspondent à tout ce qui peut influencer un comportement et qui est externe à l'individu. Ce sont les facteurs qui permettent de faire un comportement lorsque l'on a décidé de le faire. Ce sont aussi ceux qui permettent de continuer de faire un comportement ou d'adapter un comportement. De façon générale, ce sont ceux qui permettent de pouvoir (Tableau N°3).

Tableau N°3 : Facteurs environnementaux influençant un comportement.

Relations interpersonnelles	Conjoint, famille immédiate, parents, amis, compagnons de travail ou de loisir, intervenant, barman, coiffeuse, décideurs
Services et ressources	accessibles (temps, transport, coût, localisation, etc..) disponibles, quantité et qualité
Lieu de travail, de loisir et de résidence	environnement social et physique, type de quartier, village, ville, géographie, climat, économie, culture, publicité, politiques gouvernementales, pays, continent

2.2.1.3. Les phases d'apprentissage du comportement (2)(13)

Les phases d'apprentissage du comportement correspondent aux diverses phases que tout individu expérimente lorsqu'il apprivoise un comportement. Cela correspond à être au courant de l'existence d'un comportement, être intéressé à prendre une décision à ce sujet, prendre une décision à ce sujet, essayer le comportement correspondant à cette décision, l'adopter, adapter ce comportement, puis l'intérioriser. L'adaptation correspond à une modification dans la façon de faire un comportement (modifier), à un changement de comportement (substitution), à cesser un comportement (cessation) ou à recommencer un comportement (reprise) (Tableau N°4).

Tableau N°4 : Les phases d'apprentissage du comportement : exemple de l'usage de la cigarette (2).

• Etre au courant de l'existence de la cigarette
• Etre intéressé par l'usage de la cigarette
• Ressentir le besoin de prendre une décision face à l'usage de la cigarette
• Prendre une décision face à l'usage de la cigarette
• Essayer de fumer une cigarette
• Adopter l'usage des cigarettes
• Adapter l'usage des cigarettes : <ul style="list-style-type: none"> - réduire de 20 à 10 cigarettes par jour (modification) - changer pour l'usage de la pipe (substitution) - cesser de fumer (cessation) - recommencer à fumer (reprise)
• Intérioriser l'usage des cigarettes (l'intégrer à son mode de vie, à ses valeurs)

2.2.2. Rôle de l'IEC en promotion de la santé (2)(14)

IEC pour la santé et promotion de la santé sont souvent confondues. Ici on précise le rôle de l'IEC dans le secteur de la promotion de la santé. Cette dernière peut être vue à partir de la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (figure N°3).

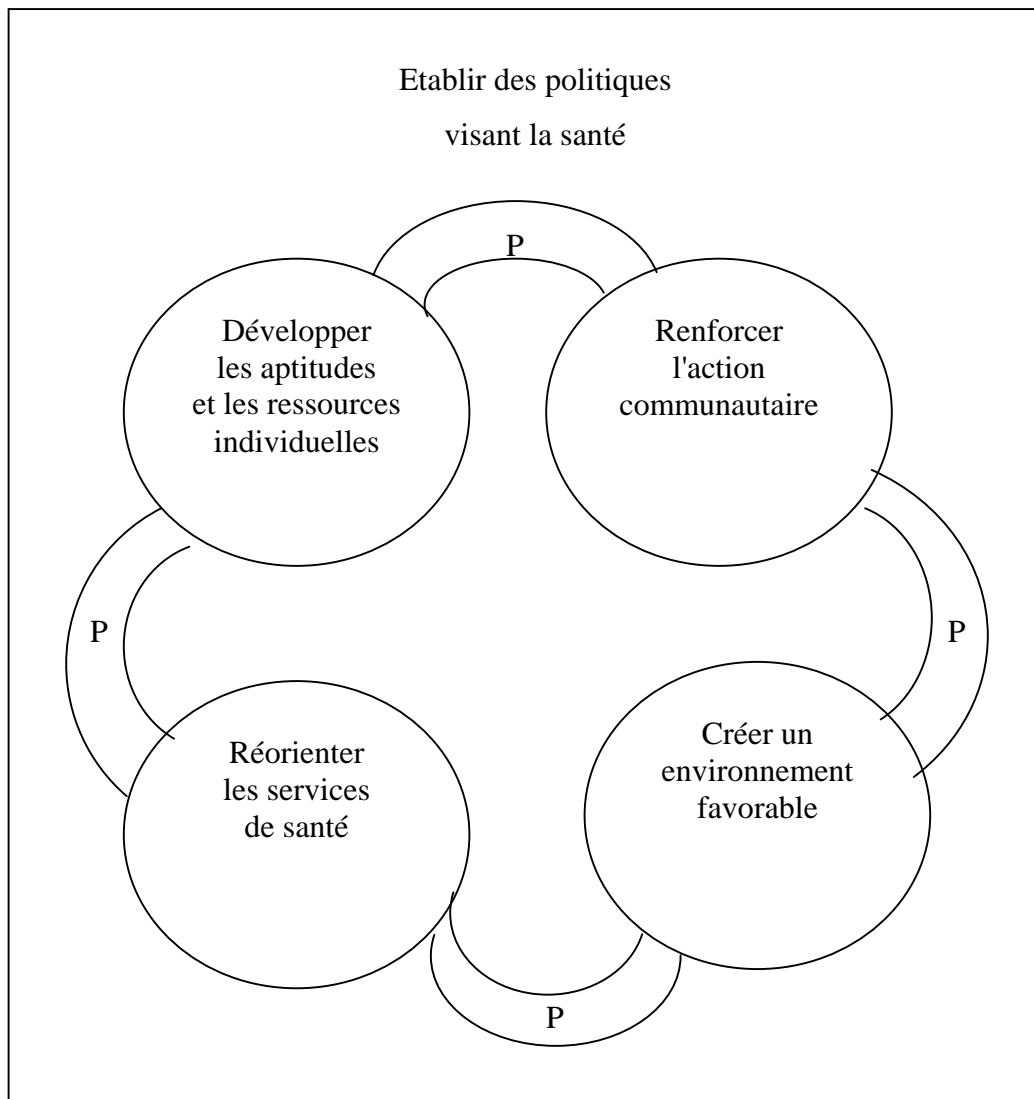


Figure N°3 : Charte de la promotion de la santé d'Ottawa : schéma d'une action globale en promotion de la santé.

Source : Présentation de I. KICKBUSH : 1987 (2).

Selon l'Organisation mondiale de la santé : "la promotion de la santé est devenue le concept commun à tous ceux qui admettent la nécessité d'un changement dans notre mode de vie et dans nos habitudes afin d'améliorer notre état de santé : la promotion de la santé apparaît comme une stratégie de médiation entre la population et son environnement, opérant la synthèse entre les choix individuels et la responsabilité de la société dans le domaine de la santé". Plus simplement, c'est agir pour augmenter les déterminants de la santé. La charte d'Ottawa précise d'ailleurs cinq stratégies qui permettent d'agir sur les déterminants de la santé :

- établir des politiques visant la santé,
- développer les aptitudes et les ressources individuelles,
- renforcer l'action communautaire,
- créer un environnement favorable à la santé,
- réorienter les services de santé.

Le rôle de l'IEC pour la santé est précisé à l'intérieur de chaque stratégie dans les paragraphes qui suivent.

2.2.2.1. Etablir des politiques visant la santé

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes, mais complémentaires, dont la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé. De façon générale, le rôle de l'IEC consiste à faciliter l'apprentissage de comportements conduisant à l'élaboration et la mise en application de politiques visant la santé.

2.2.2.3. Renforcer l'action communautaire

La communauté doit être activement impliquée dans la recherche de priorités, l'identification des besoins, le choix de stratégies, l'implantation et l'évaluation de la promotion de la santé. Cette dernière s'inspire du savoir populaire, des regroupements communautaires, des organismes bénévoles et des valeurs de la communauté. Elle facilite

leur autonomie leur action en vue d'un meilleur soutien social, d'une augmentation du contrôle de la communauté sur ce qui détermine la santé.

Le rôle de l'IEC pour la santé consiste à faciliter l'apprentissage de comportements conduisant à l'implication accrue de la communauté dans les diverses phases des projets de promotion de la santé.

2.2.2.4. Créer un environnement favorable à la santé

La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé. L'évolution des schémas de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes et agréables. Le rôle de l'IEC consiste à faciliter l'apprentissage de comportements conduisant à la protection de l'environnement et à la conservation des ressources naturelles.

2.2.2.5. Réorienter les services de santé

Dans le cadre des services de la santé, la tâche est partagée entre les particuliers et les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les bénévoles, les institutions offrant les services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un réseau de services préventifs et curatifs servant les intérêts de la santé de la collectivité.

Le rôle du secteur de la santé doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation de soins de santé. Le rôle de l'IEC consiste à faciliter l'apprentissage de comportements conduisant à la réorientation des services de santé vers la promotion de la santé.

2.2.3. La prévention des problèmes de santé (2)(15)

La prévention des problèmes de santé se situe à trois niveaux distincts et interreliés : la prévention primaire agissant sur les causes des problèmes de santé ; la prévention secondaire axée sur le dépistage précoce des problèmes de santé et la prévention tertiaire correspondant à la prévention des rechutes.

De façon générale, le rôle de l'IEC consiste à faciliter l'apprentissage de comportements conduisant à prévenir des problèmes de santé.

2.2.3.1. La prévention primaire

Elle consiste à diminuer les facteurs de risque ou augmenter les facteurs de protection. Le rôle de l'IEC consiste à faciliter l'apprentissage de comportements destinés à diminuer les facteurs de risque (alcool, tabac, cigarettes, etc...) ou à augmenter des facteurs de protection (siège d'auto pour enfants, avertisseur de fumée, casque protecteur, etc...), bref à prévenir les problèmes bien avant qu'ils n'apparaissent, et cela en s'attaquant à l'étiologie essentielle (vaccination contre certaines maladies).

2.2.3.2. La prévention secondaire

Le rôle de l'IEC consiste à faciliter l'apprentissage de comportements destinés à dépister des problèmes de santé (maladie cardio-vasculaire, dépression, violence familiale, brûlures, etc...) et/ou de leurs complications.

2.2.3.3. La prévention tertiaire

Le rôle de l'IEC consiste à faciliter l'apprentissage de comportements conduisant à la prévention d'une rechute d'un problème de santé.

2.2.4. Le traitement des problèmes de santé

Le traitement des problèmes de santé est destiné au recouvrement de la santé des individus. Le recouvrement de la santé pour un individu consiste à atteindre le niveau de santé antérieur à un épisode de problème de santé ou à atteindre un niveau de santé optimum en considérant les séquelles du problème de santé.

Le rôle de l'IEC consiste à faciliter l'apprentissage de comportements conduisant au traitement des problèmes de santé et au recouvrement de la santé.

3. LES METHODES D'IEC (2)(16)(17)

Les méthodes qui vont suivre empruntent beaucoup des méthodes dites "éducatives". La méthode se définit comme une démarche : à la fois manière de marcher et tentative pour atteindre un objectif. Elle implique un ensemble d'actes choisis selon des

règles et que l'on pose en observant des indications précises. Ces actes sont gradués, faisables et la preuve est faite qu'ils mènent à un but précis. Il est sous-entendu que ce sont des actes optimaux. Enfin, la méthode exclut le caprice, l'improvisation et le hasard.

Six groupes de méthodes vont être présentés. La présentation n'est pas exhaustive, il s'agit d'un coup d'œil rapide sur l'essentiel de la pratique actuelle. Ce sont l'exposé, la discussion, l'implication, l'individualisation de l'enseignement, l'entraînement, le renforcement.

3.1. L'exposé

Les méthodes regroupées sous le terme exposé sont celles qui sont souvent utilisées en premier lieu pour exposer une situation à l'intention des gens. Leur rôle est surtout de permettre à la personne visée d'être au courant et intéressée par une idée, un comportement, etc... On peut distinguer :

3.1.1. Cours magistral

Le conférencier expose sous une forme verbale, une information précise. Le cours s'accompagne souvent de média, supports audio-visuels ou tri-dimensionnels pour fins de démonstration, d'observation ou d'analyse.

3.1.2. Démonstration

C'est une activité dans laquelle une personne utilise des exemples, des expériences ou une autre performance réelle pour illustrer un principe ou montrer comment faire quelque chose.

3.1.3. Mass média

Les mass média correspondent à l'ensemble des moyens de communication de masse utilisés lors d'une campagne de publicité "sociétale". Il peut s'agir de moyens écrits (journaux, revues, panneaux publicitaires, etc...), parlés (radio) ou audio-visuels (télévision).

3.1.4. Multi-média

C'est toute activité d'apprentissage utilisant de multiples moyens éducatifs sans accompagnement de documents écrits. Il s'agit essentiellement de films, bandes sonores, diapositives, bandes vidéo.

3.1.5. Stage d'observation

Habituellement appliqué à l'entraînement professionnel, le stage d'observation décrit un type d'apprentissage qui place l'étudiant, en tant qu'observateur, en contact immédiat avec le milieu professionnel.

3.2. La discussion

Les méthodes présentées ici ont en commun une discussion en groupe où on n'utilise aucun moyen audio-visuel. Il s'agit de :

- . discussion sans animateur,
- . conférence,
- . séminaire.

3.3. L'implication

Les méthodes classées sous le terme implication sont des méthodes où l'individu se conscientise et s'implique émotivement. Il s'agit de :

- . l'accord forcé,
- . l'écoute projective,
- . la clarification de valeurs,
- . la simulation.

3.4. L'individualisation de l'enseignement (18)(19)(20)

L'individualisation est toute démarche qui consiste à adapter le processus éducatif aux différences individuelles entre les personnes : différences manifestées par des aptitudes, des méthodes de travail, des techniques d'étude, un rythme de travail et d'assimilation, un profil d'apprentissage, des buts, des valeurs, etc...

L'enseignement individualisé est une appellation recouvrant tout ce qui a pour nom :

- tutorat,
- enseignement par prescription individuelle,
- enseignement personnalisé,
- apprentissage auto-géré,

- apprentissage modulaire individuel,
- enseignement télévisé à domicile,
- enseignement par correspondance.

3.5. Méthodes comportementales

On peut citer :

- l'entraînement,
- renforcement positif (récompenses).

4. LE CHOIX D'EXPERIENCES D'APPRENTISSAGE COMPLEMENTAIRES

(2)(20)(21)(22)

Le choix de méthodes d'IEC complémentaires permet l'essai, l'adoption et l'adaptation de comportements destinés à améliorer la santé. Nous verrons d'abord les principes régissant le choix d'une méthode d'IEC, ensuite, le choix de méthodes d'IEC complémentaires.

4.1. Principes pour le choix d'une méthode d'IEC

4.1.1. Principe 1 : la méthode doit correspondre aux objectifs d'apprentissage

Les connaissances, les attitudes et la pratique (CAP) à acquérir sont de même nature que les connaissances, attitudes et habiletés touchées par la méthode.

4.1.2. Principe 2 : la méthode doit être compatible avec la personne en apprentissage

C'est la personne qui fait les apprentissages qui est l'élément le plus puissant de la situation d'enseignement/apprentissage. Certaines variables de la personne en apprentissage influence le choix de la méthode : le degré de scolarité, la culture et les valeurs, le style d'apprentissage, le temps disponible.

4.1.3. Principe 3 : le personnel doit être qualifié dans la méthode choisie

L'expression personnel désigne toute personne responsable de la conception et de l'application de la méthode. Le personnel est un élément clé de l'apprentissage. En fait,

l'efficacité d'une méthode dépend de la précision des actes posés : actes de l'étudiant, la plupart du temps mais sous la direction de l'intervenant.

4.1.4. Principe 4 : l'architecture doit être compatible avec la méthode

Il s'agit de l'étude systématique de l'environnement.

4.1.5. Principe 5 : l'équipement doit être compatible avec la méthode choisie

Le mot équipement signifie les appareils de l'audio-visuel et/ou les autres instruments utilisés.

4.1.6. Principe 6 : on doit respecter les indications de temps définies par la méthode

4.1.7. Principe 7 : l'atteinte des objectifs étant assurée, on doit, toutes choses étant égales, choisir la méthode la plus économique

4.2. Le choix d'expériences d'apprentissage complémentaires

Chaque méthode d'IEC permet de modifier certains aspects cognitifs, affectifs ou psychomoteurs. Pour une meilleure efficacité, il faut utiliser les méthodes en complémentarité. Le choix d'une méthode complémentaire se fait à l'aide du modèle d'apprentissage du comportement.

4.2.1. Le modèle d'apprentissage du comportement

Le modèle d'apprentissage du comportement comprend six phases qui ne surviennent pas nécessairement successivement. Elles sont liées par des flèches pour permettre une meilleure compréhension du modèle (figure N°4). Le modèle se veut dynamique. L'individu peut remettre en question sa décision et son comportement en tout temps. La case insatisfaction permet cette remise en question. En effet, l'apprentissage n'aboutit pas automatiquement et indubitablement à un résultat positif. Tout dépend de l'individu et de son environnement.

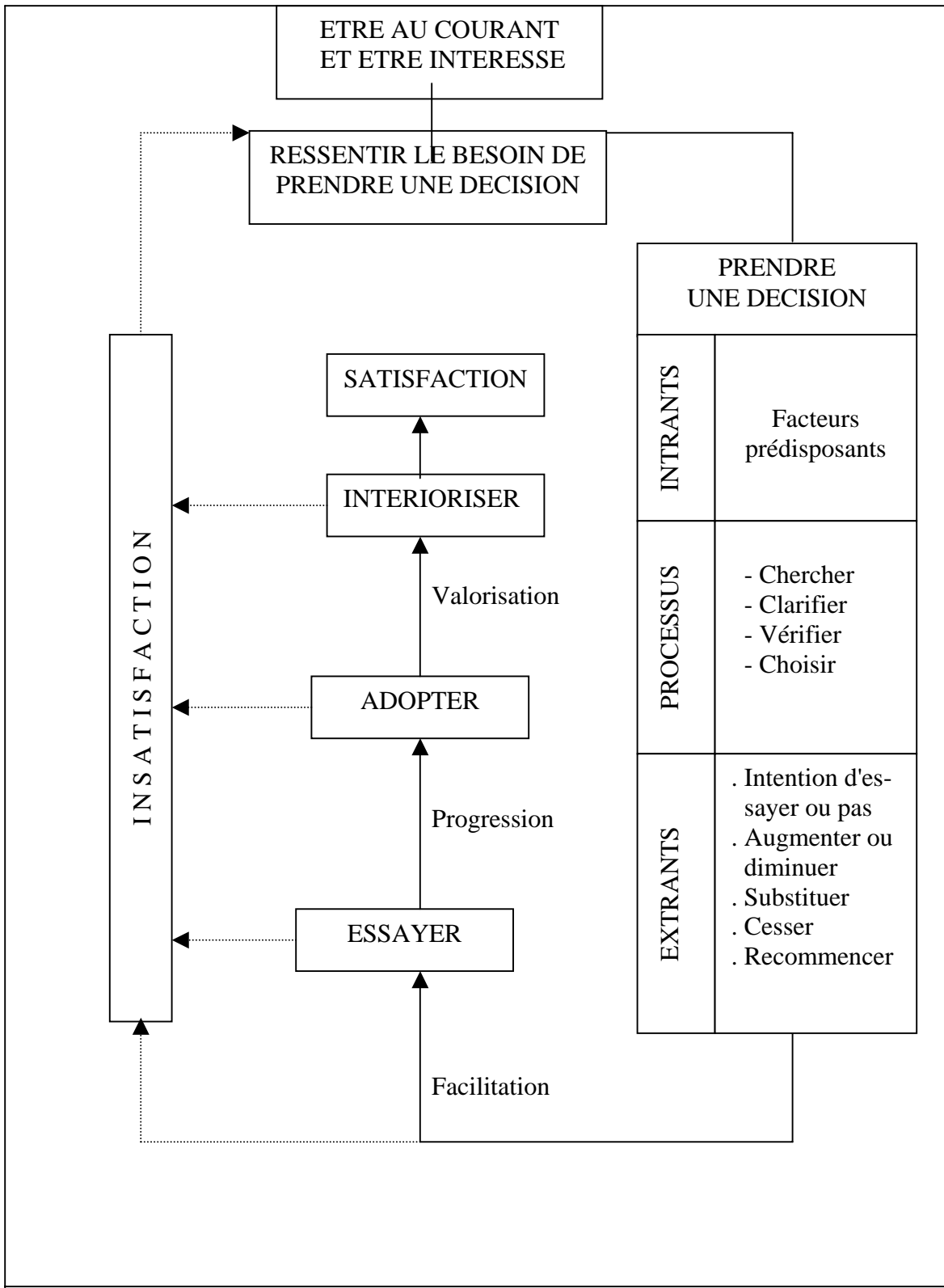


Figure N°4 : Modèle d'apprentissage du comportement avec issue satisfaction ou insatisfaction (2).

4.2.2. Un outil pour faciliter la tâche (2)(23)(24)

On peut choisir des méthodes complémentaires à l'aide du modèle d'apprentissage du comportement. Une remarque s'impose. L'analogie avec le fonctionnement d'outils de menuiserie permet d'illustrer cette remarque pré-requise au choix de méthodes complémentaires : on peut très bien planter un clou avec un marteau ou un solide bâton. On ne peut pas le faire avec un cure-dent. On peut insérer un clou, dévisser une vis, serrer un écrou, etc... avec un outil tout usage. On peut très bien atteindre les objectifs correspondants à une phase d'apprentissage du comportement (planter un clou) avec une catégorie de méthodes (le marteau) ou avec une autre (le bâton). Cependant, on peut plus facilement y arriver avec l'une (le marteau) qu'avec l'autre (le bâton). Pour une phase donnée, certaines méthodes sont utiles pour atteindre les objectifs de plusieurs phases (outil tout usage) :

A l'aide de l'exemple d'un projet d'IEC pour la santé en milieu scolaire, on peut envisager chaque phase d'apprentissage en discutant du marteau (la catégorie qui permet d'atteindre les objectifs de la phase le plus facilement) et des bâtons (les autres catégories qui peuvent permettre d'atteindre les objectifs).

4.2.2.1. Etre au courant et être intéressé

- **Le marteau**

La catégorie de méthodes qui permet le mieux d'atteindre les objectifs de cette phase est la catégorie EXPOSE. Les méthodes de cette catégorie permettent d'atteindre deux objectifs fondamentaux de départ : être au courant et être intéressé.

- **Le bâton**

Les méthodes classées sous IMPLICATION permettent surtout une prise de conscience. Les méthodes classées sous INDIVIDUALISATION peuvent aussi jouer un certain rôle à cette phase.

4.2.2.2. Ressentir le besoin de prendre une décision

- **Le marteau**

La catégorie de méthodes qui permet le mieux de conscientiser et de permettre aux personnes visées de ressentir le besoin de prendre une décision est celle de l'IMPLICATION.

- Le bâton

On peut utiliser les méthodes d'autres catégories pour atteindre les objectifs de cette phase : EXPOSE, INDIVIDUALISATION.

4.2.2.3. Prendre une décision

- Le marteau

Cette phase comporte divers objectifs cognitifs, affectifs et psychomoteurs que l'on peut résumer en quatre phases : chercher les alternatives, clarifier les connaissances, vérifier avec les besoins, et choisir un comportement. Les méthodes de la catégorie INDIVIDUALISATION permettent le mieux d'adapter à chaque individu la décision à prendre.

- Le bâton

D'autres catégories permettent de faciliter la prise de décision : DISCUSSION, IMPLICATION.

4.2.2.4. Essayer

- Le marteau

La catégorie de méthodes proposée qui facilite l'essai est la Béhaviorale. L'entraînement est la méthode de choix.

- Le bâton

On peut utiliser l'IMPLICATION et l'EXPOSE.

4.2.2.5. Adopter

- Le marteau

La catégorie de méthodes proposée qui permet d'adopter un comportement est aussi BEHAVIORALE (25)(26).

- Le bâton

On peut utiliser l'IMPLICATION et la DISCUSSION.

4.2.2.6. Intérioriser

- Le marteau

Aucune catégorie de méthodes n'est indiquée pour l'intériorisation. Cette phase est atteinte lorsque le comportement correspond à une valeur de l'individu.

- Le bâton

Bien que l'on ne puisse identifier de catégorie qui permette l'atteinte de cet objectif nous proposons certaines méthodes pour faciliter la recherche d'un plus haut niveau taxinomique cognitif, affectif et psychomoteur : il s'agit des catégories IMPLICATION, INDIVIDUALISATION et BEHAVIORALE (27)(28).

**DEUXIEME PARTIE : ETUDE DES ACTIVITES D'IEC DES ETUDIANTS EN
MEDECINE**

1. CADRE D'ETUDE

Cette étude a été réalisée à l'Hôpital Général de Befelatanana pendant la période de décembre 2001 et janvier 2002.

1.1. Présentation de l'Hôpital

L'Hôpital Général de Befelatanana est une formation hospitalière qui fait partie du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (CHU).

Il a une double mission :

- dispenser des soins de référence de troisième recours ;
- assurer un enseignement médical, paramédical, universitaire et post-universitaire.

1.1.1. Organisation

L'Hôpital Général de Befelatanana comporte :

1.1.1.1. Une direction de type collégial

Elle est assurée par une équipe qui comprend :

- Le Directeur de l'Hôpital,
- Le Service des affaires médicales,
- Le service des affaires administratives et financières,
- Le service des ressources humaines.

1.1.1.2. Des instances de concertation représentées par

- La Commission Médicale de l'Etablissement (CME),
- Le Comité du Personnel Non Médical (CPNM).

1.1.1.3. Le Conseil Consultatif (CC)

Il s'agit d'une instance de décision qui joue le rôle de comité de pilotage.

1.1.1.4. Les Services Techniques

Les services techniques sont au nombre de quatorze.

- Les services d'hospitalisation :

- 1 - Service de Cardiologie 2
- 2 - Service de Médecine "payante"
- 3 - Service Vaquez 1
- 4 - Service Vaquez 2
- 5 - Service de Radiologie
- 6 - Service de Cardiologie 1
- 7 - Service des Maladies Respiratoires
- 8 - Service des Maladies Métaboliques et Endocrinologiques
- 9 - Service de Néphrologie
- 10 - Service des Maladies Infectieuses
- 11 - Service MARFAN
- 12 - Service de Neuro-psychiatrie
- 13 - Service de Pédiatrie DEBRE

- Autres :

- 14 - Pharmacie

Cette organisation de l'Hôpital Général de Befelatanana est schématisée sur la figure n°5 qui se trouve sur la page suivante.

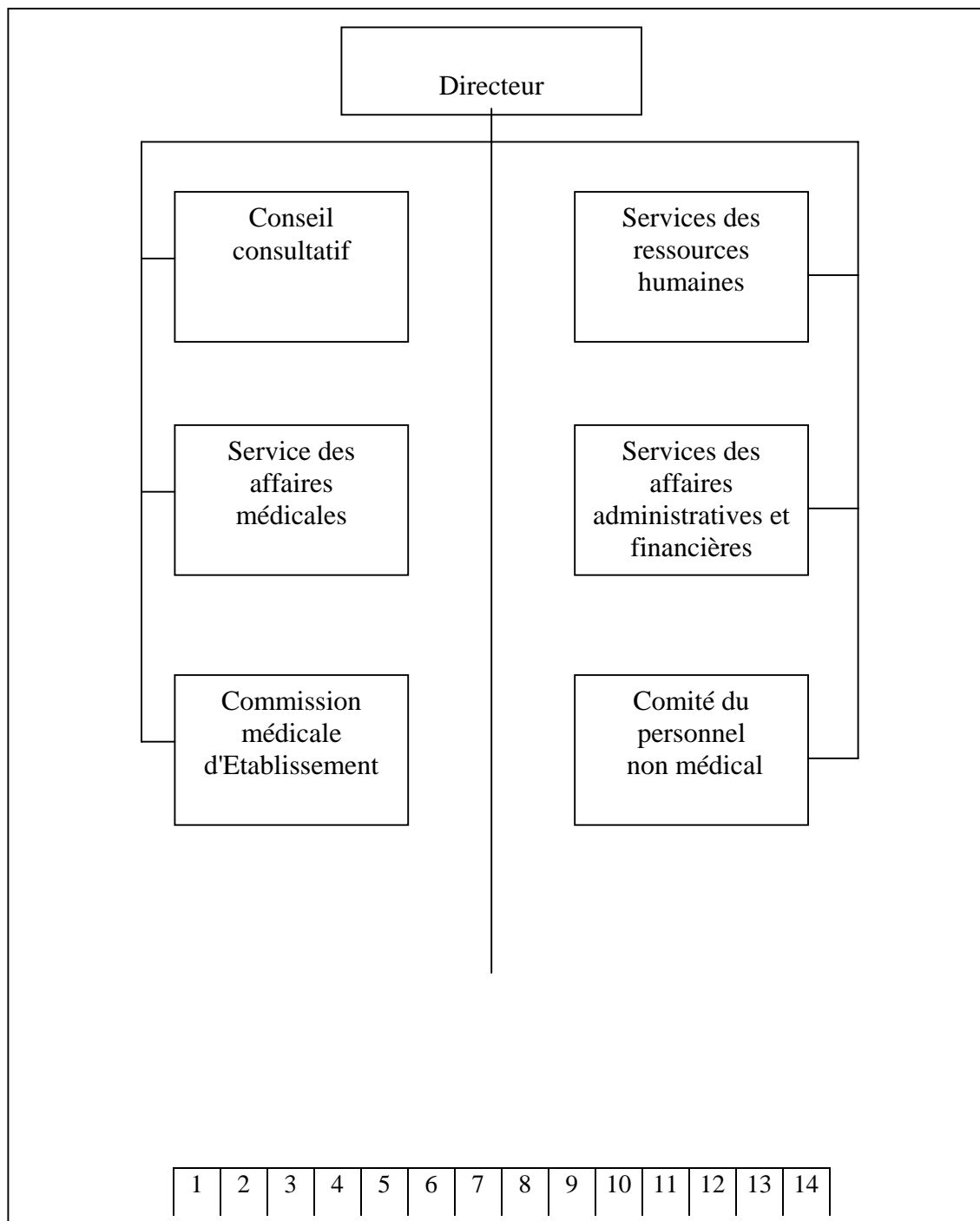


Figure N°5 : Organigramme de l'Hôpital Général de Befelatanana.

1.1.2. Les ressources de l'Hôpital

1.1.2.1. Ressources humaines

L'Hôpital dispose de 350 personnes réparties comme suit (Tableau N°5).

Tableau N°5 : Répartition du personnel de l'Hôpital Général de Befelatanana.

Dénomination	Effectif
Professeurs	03
Médecins spécialistes	14
Médecins généralistes	35
Paramédicaux	101
Personnel administratif et d'exploitation	197
TOTAL	350

1.1.2.2. Ressources matérielles

i) Capacité

468 lits

ii) Bureautique

- 1 photocopieur
- 1 micro-ordinateur
- de vieilles machines à écrire
- des chaises
- des armoires
- des tables

iii) Plateau technique

Le plateau technique est réduit à :

- 1 appareil d'électrocardiographie
- 1 appareil vétuste de radiologie

iv) Matériel roulant

Le matériel roulant se compose de 4 véhicules dont une voiture ambulance.

1.1.2.3. Ressources financières

L'Hôpital Général dispose essentiellement de deux sources de financement :

- Un budget de fonctionnement, dotation de l'Etat de l'ordre de 1.455.672.000 Fmg pour l'année 2000.
- Les recettes du recouvrement des coûts.

1.2. Problèmes de l'Hôpital en matière d'IEC

L'Hôpital Général de Befelatanana est une formation hospitalière en cours de réhabilitation. Actuellement, il ne dispose pas de salles permettant un encadrement regroupé des étudiants. Le matériel d'IEC est pratiquement inexistant (rétroprojecteur, poste de TV, salles équipées de tableaux noirs, etc...). Il n'y a pas de salle d'information pour les malades et les accompagnants.

2. METHODOLOGIE

2.1. Méthode d'étude (29)(30)(31)

La méthode d'étude utilisée repose sur une enquête CAP (Connaissances-Attitudes-Pratiques) auprès des étudiants en stage à l'Hôpital Général de Befelatanana.

2.1.1. Plan de l'enquête

L'enquête a été menée sous forme d'interview et respecte six étapes qui sont :

2.1.1.1. Définition des objectifs

- L'objectif est d'identifier les activités d'IEC effectuées par les étudiants en médecine.
- La population-cible est constituée par les étudiants en médecine de 6^è, 7^è et 8^è années.
- L'enquête utilise les techniques de l'enquête CAP.

2.1.1.2. Elaboration du plan d'analyse

L'analyse se fait par paramètre d'étude.

2.1.1.3. Conception du questionnaire

Le questionnaire apporte les réponses aux interrogations qui ont motivé l'enquête. Il comporte des questions relatives aux connaissances des étudiants en matière d'IEC, à l'attitude des étudiants vis-à-vis de l'IEC et à la pratique de l'IEC par les étudiants (voir annexe).

Les questions utilisées sont :

- des questions fermées sans gradation,
- des questions fermées avec réponses binaires,
- des questions semi-fermées.

2.1.1.4. Elaboration du plan de sondage

- L'étude utilise la méthode des quota, une composante des sondages par choix raisonné des méthodes dites "empiriques".

Sur 228 étudiants en médecine en stage, on a pris au moins 1/3 des étudiants par service, soit 85 étudiants.

2.1.1.5. Collecte des données

La collecte des données est faite par interview à partir des questionnaires.

2.1.1.6. Exploitation des données

L'exploitation des données est réalisée à l'aide des concepts statistiques et des techniques épidémiologiques.

2.2. Les paramètres d'étude

Les paramètres d'étude retenus sont :

2.2.1.* *Les caractéristiques des étudiants en médecine ayant fait l'objet de l'enquête*

- L'âge

- Le sexe
- Les années d'étude

2.2.2.* La couverture des services par les étudiants

- Nombre d'étudiants par service (stagiaires)
- Nombre d'étudiants enquêtés par service

2.2.3.* La connaissance des étudiants en matière d'IEC

2.2.4.* L'attitude des étudiants vis-à-vis des activités d'IEC auprès des malades ou des accompagnants

2.2.5.* La pratique de l'IEC par les étudiants auprès des malades

Les résultats obtenus par l'étude vont être présentés et discutés par paramètre d'étude.

3. RESULTATS

3.1. Les caractéristiques des étudiants en médecine ayant fait l'objet de l'enquête

3.1.1. L'âge

Tableau N°6 : Répartition des étudiants selon l'âge.

Dénominations	Moins de 25 ans	25 à 30 ans	Plus de 30 ans	Total
Nombre	3	77	5	85
Pourcentage	3,6%	90,6%	5,8%	100%

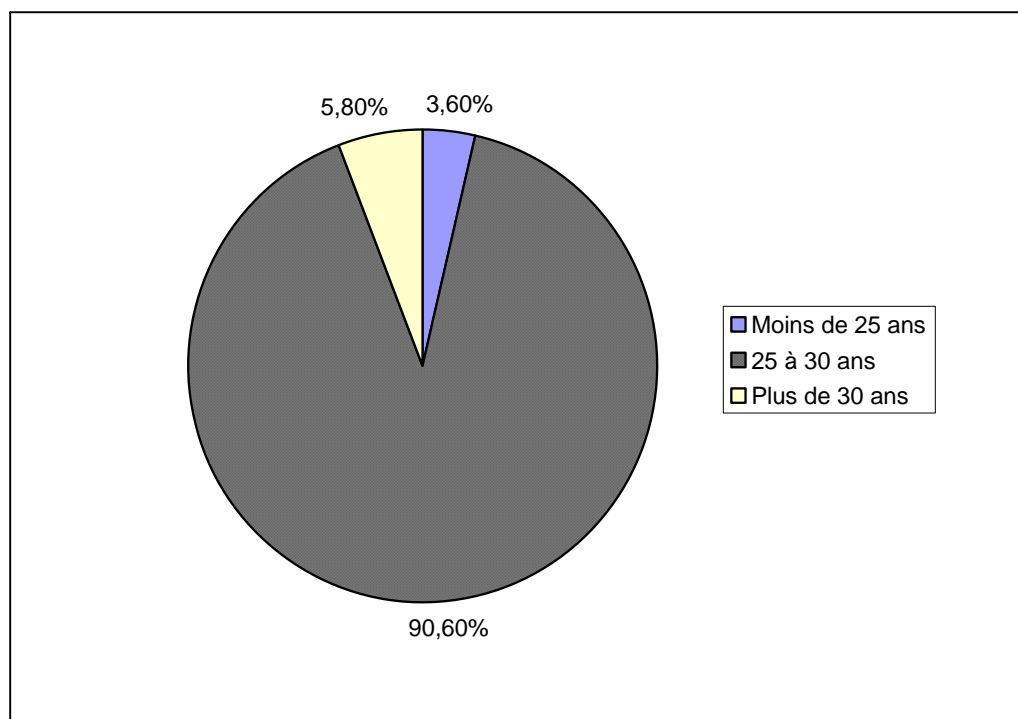


Figure N°6 : Diagramme de la répartition des étudiants selon l'âge.

3.1.2. Le sexe

Tableau N°7 : Répartition des étudiants selon le sexe.

Dénominations	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Nombre	53	32	85
Pourcentage	62,4%	37,6%	100%

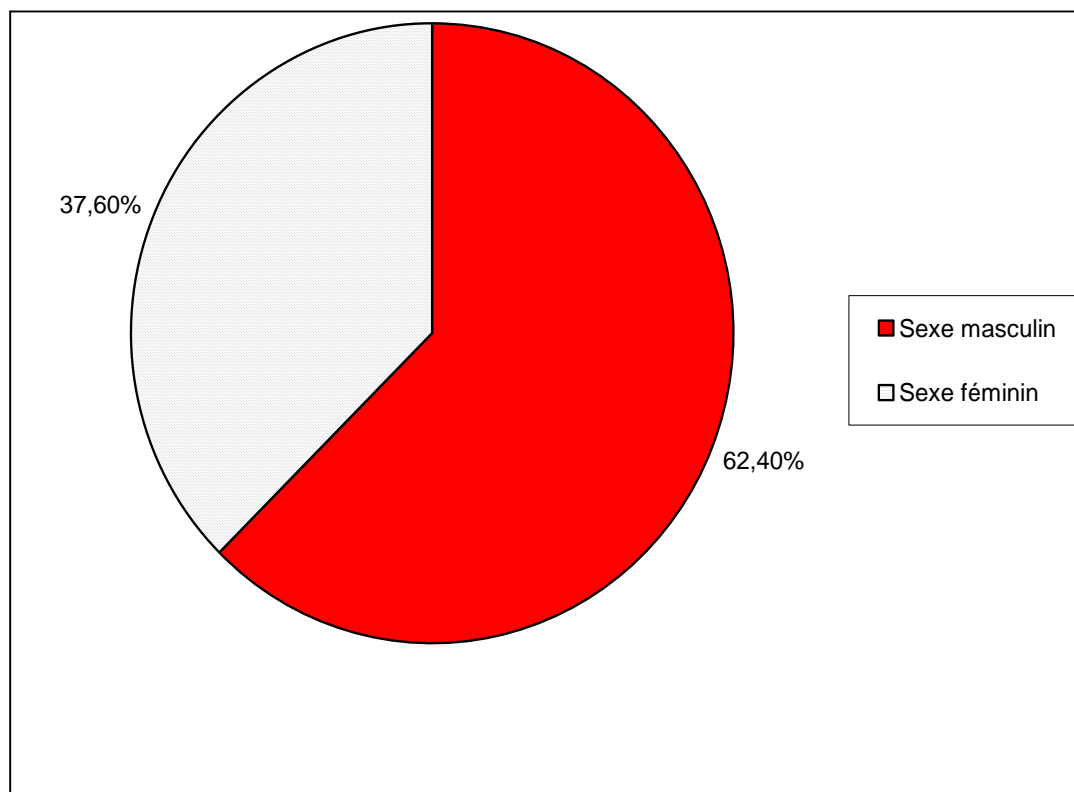


Figure N°7 : Répartition en diagramme des étudiants selon le sexe.

3.1.3. L'année d'étude

Tableau N°8 : Répartition des étudiants selon l'année d'étude.

Dénominations	6è Année	7è Année	8è Année	Total
Nombre	27	30	28	85
Pourcentage	31,9%	35,2%	32,9%	100%

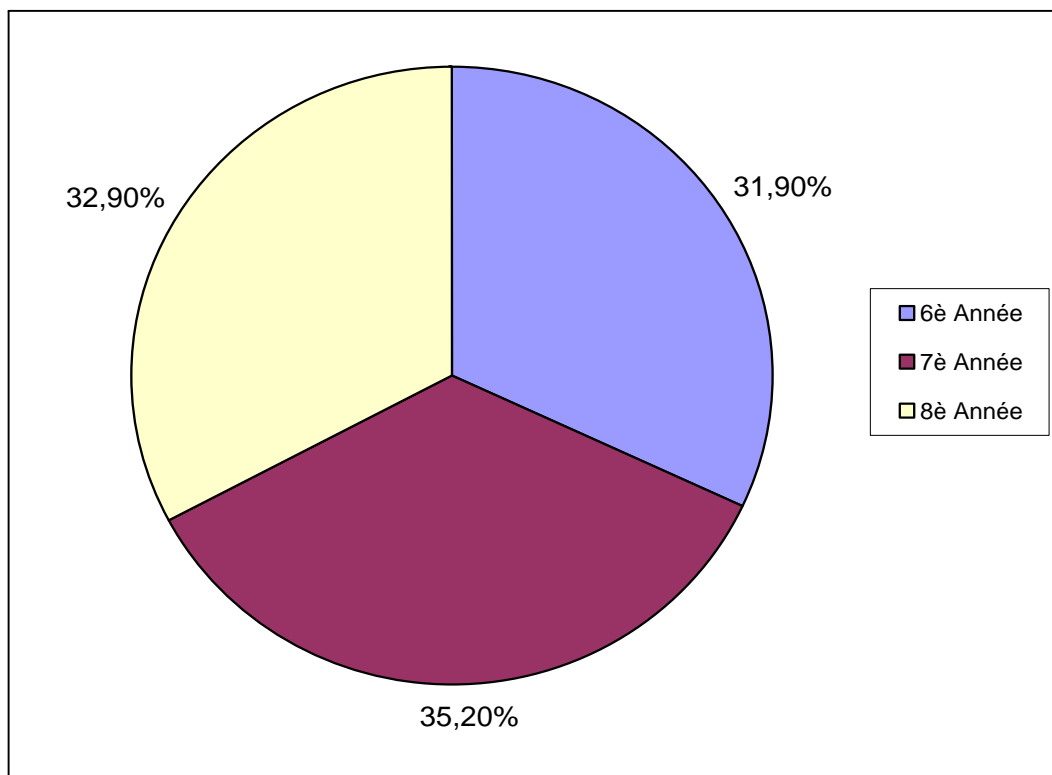


Figure N°8 : Diagramme de la répartition des étudiants selon l'année d'étude.

3.2. La couverture des services par les étudiants

3.2.1. Nombre d'étudiants par service

Tableau N°9 : Répartition des étudiants par service.

N° des services	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
Nombre d'étudiants	4	6	9	10	10	11	16	16	18	20	34	35	39	228
Pourcentage	1,7	2,6	3,9	4,4	4,4	4,8	7	7	7,8	8,8	15	15,4	17,2	100%

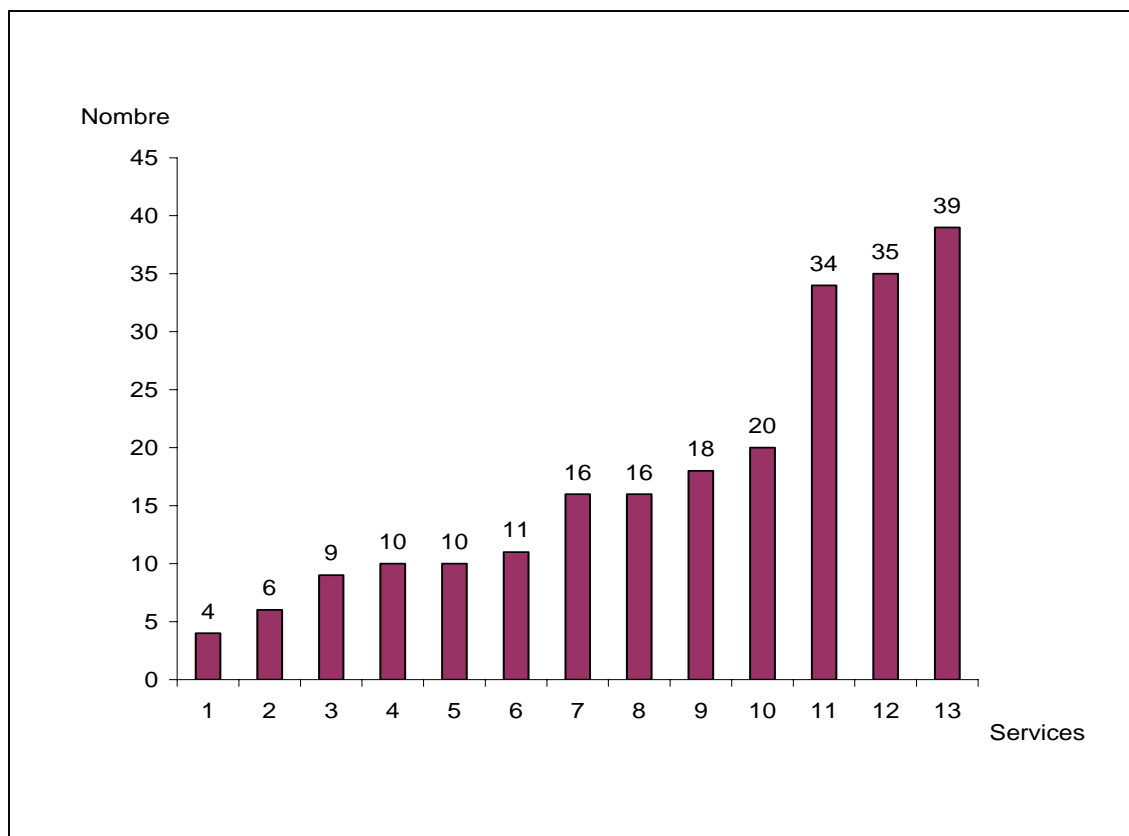


Figure N°9 : Diagramme de la répartition des étudiants selon le service.

Légende :

- 1 - Service de Cardiologie 2
- 2 - Service de Médecine "payante"
- 3 - Service Vaquez 1
- 4 - Service Vaquez 2
- 5 - Service de Radiologie
- 6 - Service de Cardiologie 1
- 7 - Service des Maladies Respiratoires
- 8 - Service des Maladies Métaboliques et Endocrinologiques
- 9 - Service de Néphrologie
- 10 - Service des Maladies Infectieuses
- 11 - Service MARFAN
- 12 - Service de Neuro-psychiatrie
- 13 - Service de Pédiatrie DEBRE

3.2.2. Nombre d'étudiants enquêtés par Service

Tableau N°10 : Répartition selon les services des étudiants enquêtés.

N° des services	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
Nombre d'étudiants	3	4	7	7	6	5	7	8	6	10	7	8	7	85
Pourcentage	3,6	4,7	8,4	8,4	7,1	5,9	8,4	9,5	7,1	11,8	8,4	9,5	7,1	100%

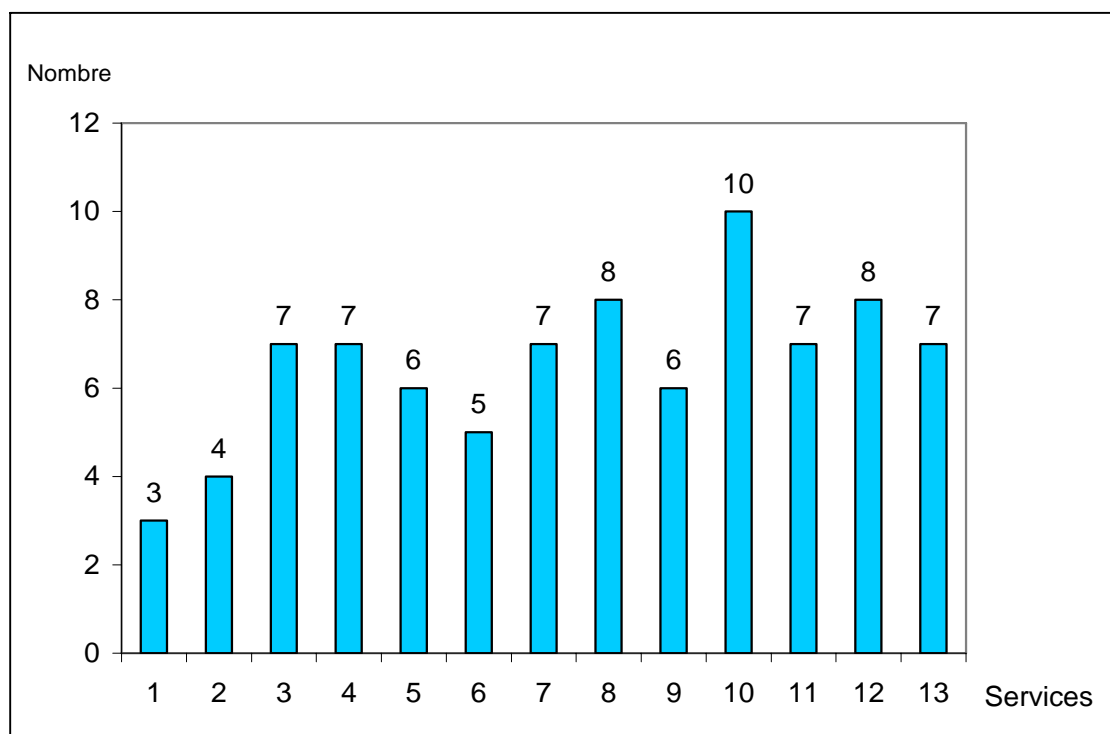


Figure N°10 : Diagramme de la répartition des étudiants enquêtés selon les services.

3.3. La connaissance des étudiants en matière d'IEC

3.3.1. Répartition des étudiants selon la connaissance générale de

l'IEC

Tableau N°11 : Répartition des étudiants selon leur connaissance en IEC.

Dénomination	Connaissent la définition de l'IEC	Connaissent plus que la définition	Total
Nombre	70	15	85
Pourcentage	82,4%	17,6%	100%

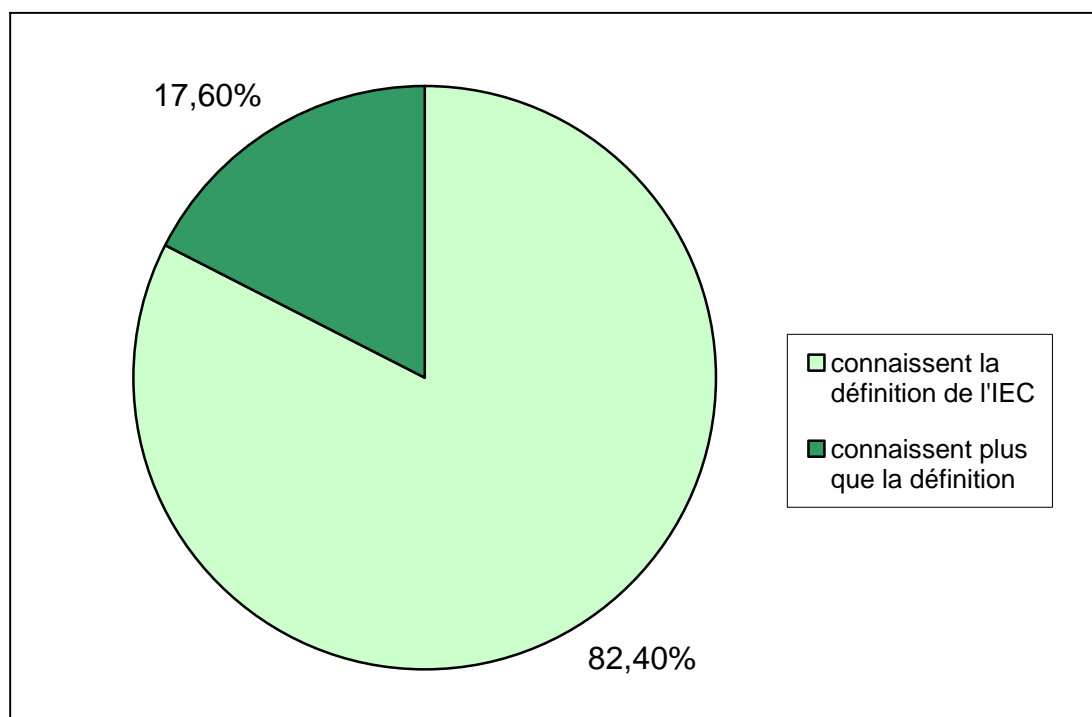


Figure N°11 : Diagramme de la répartition des étudiants selon leur connaissance en IEC.

3.3.2. Connaissance du système de communication

Tableau N°12 : Répartition des étudiants selon la connaissance du système de communication.

Dénomination	Connaissent le système à support unique, humain	Connaissent en plus le système combiné (humain et matériel)	Total
Nombre	32	53	85
Pourcentage	37,6%	62,4%	100%

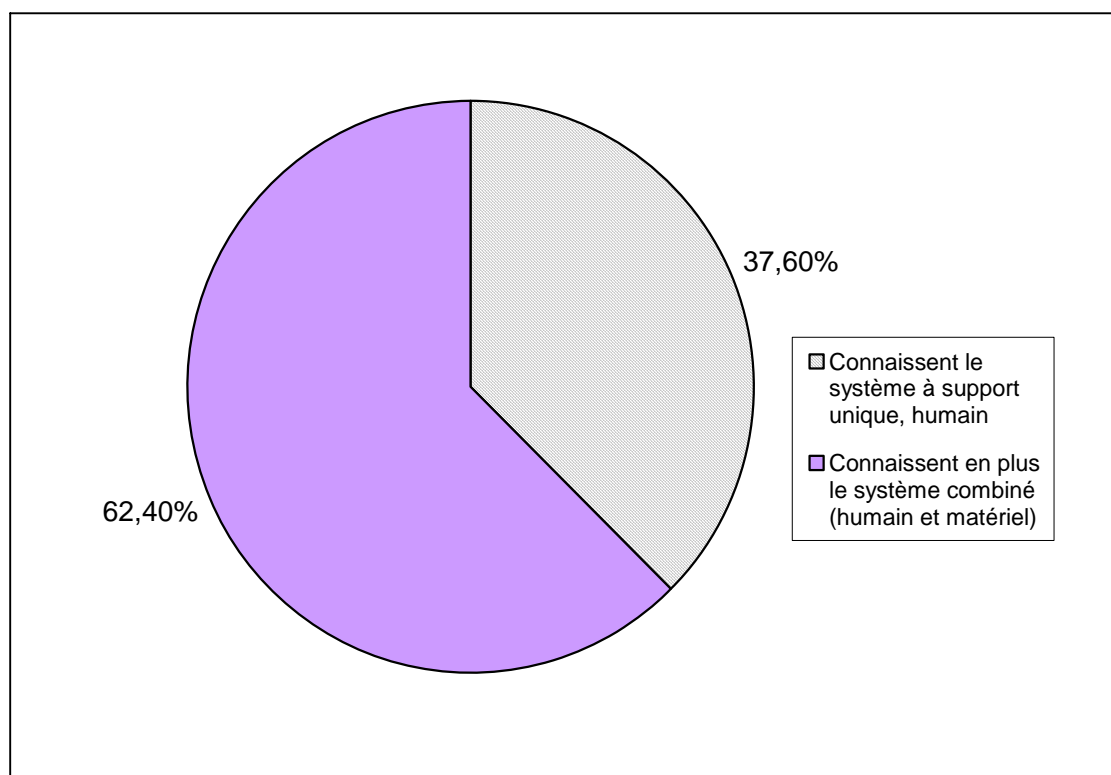


Figure N°12 : Diagramme de la répartition des étudiants selon la connaissance du système de communication.

3.4. Attitude des étudiants

3.4.1. Tendance des étudiants à faire de l'IEC

Tableau N°13 : Répartition des étudiants selon leur tendance à faire de l'IEC.

Dénomination	Font de l'IEC	Ne font pas d'IEC	Total
Nombre	11	74	85
Pourcentage	12,9%	87,1%	100%

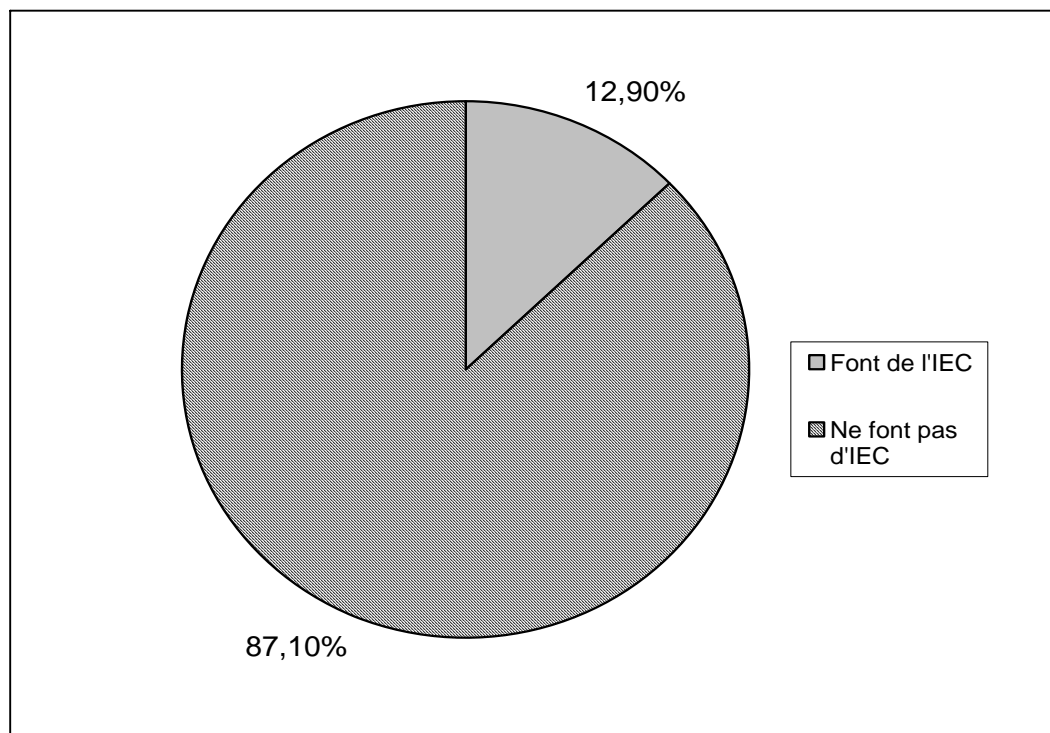
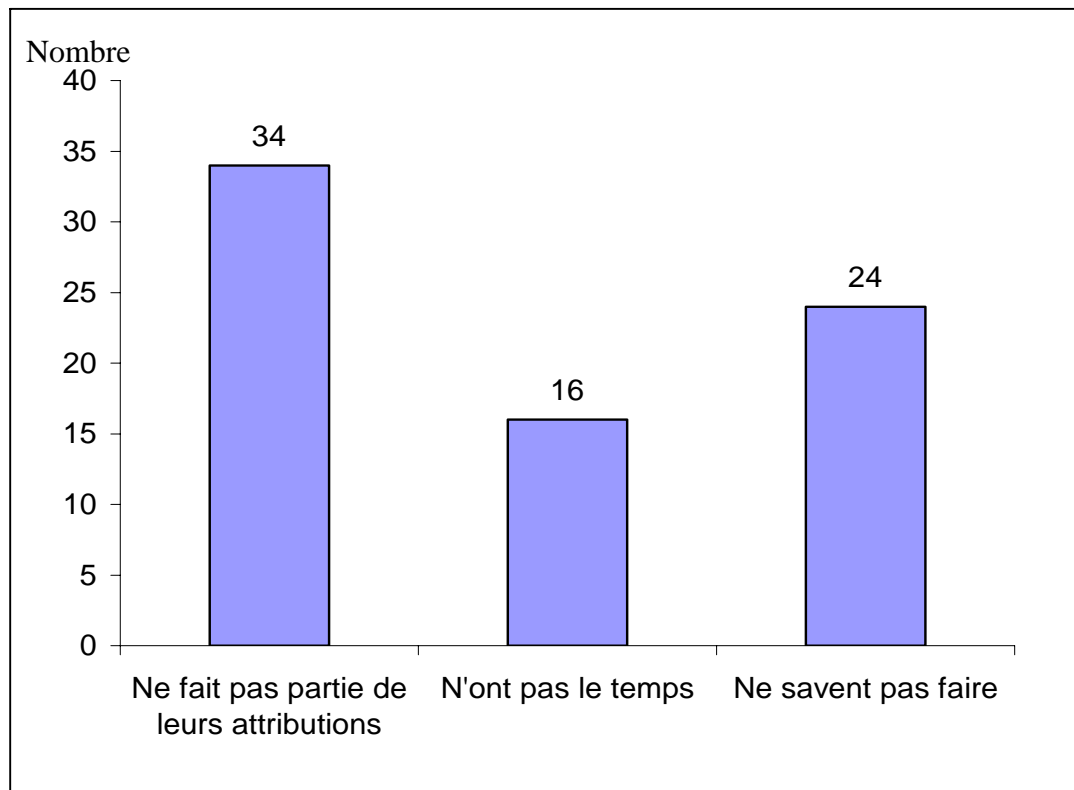


Figure N°13 : Diagramme de la répartition des étudiants selon leur tendance à faire de l'IEC.

3.4.2. Causes de l'attitude négative des étudiants envers les activités d'IEC

Tableau N°14 : Répartition des étudiants selon les motifs de leur attitude négative envers l'IEC.

Dénomination	Ne fait pas partie de leurs attributions	N'ont pas le temps	Ne savent pas faire	Total
Nombre	34	16	24	74
Pourcentage	46%	21,6%	32,4%	100%



Faire N°14 : Diagramme de la répartition des étudiants selon les motifs de leur attitude négative envers l'IEC.

3.5. La pratique de l'IEC

3.5.1. Le sujet de l'IEC

Tableau N°15 : Répartition des étudiants selon le sujet d'IEC.

Dénomination	IEC sur la prévention des maladies	IEC sur la maladie et le traitement	Total
Nombre	4	7	11
Pourcentage	36,4%	63,6	100%

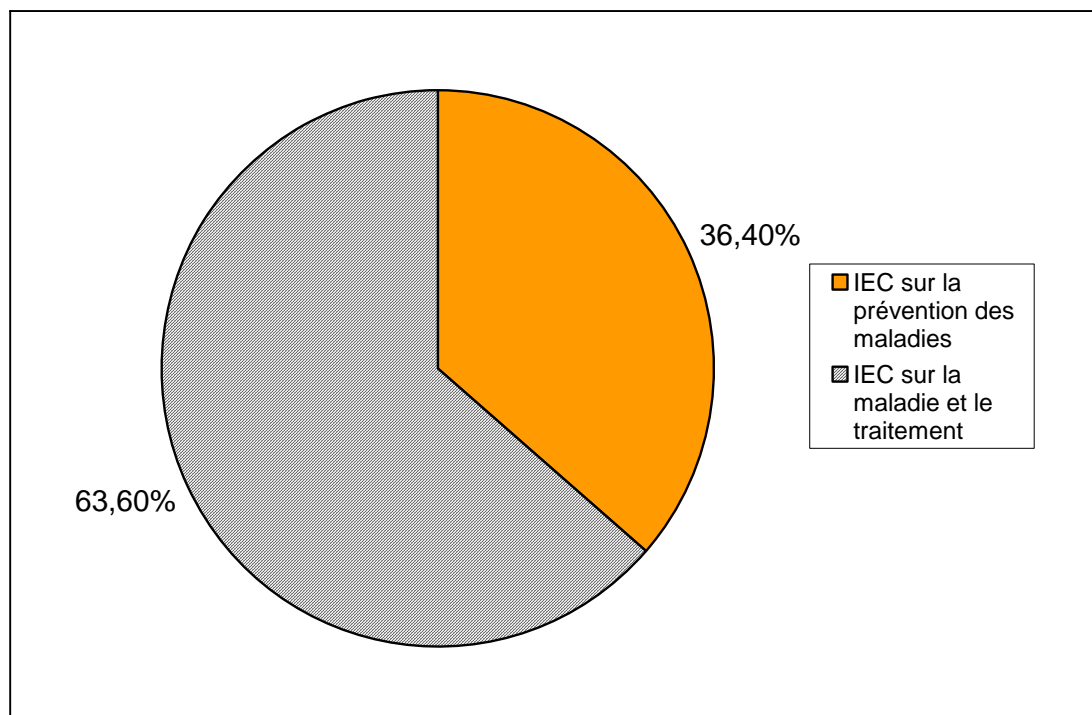


Figure N°15 : Diagramme de la répartition des étudiants selon le sujet d'IEC.

3.5.2. La population ciblée

Tableau N°16 : Répartition des étudiants selon leur cible.

Dénomination	Ciblent le malade	Ciblent le malade et ses accompagnants	Total
Nombre	2	9	11
Pourcentage	18,2%	81,8%	100%

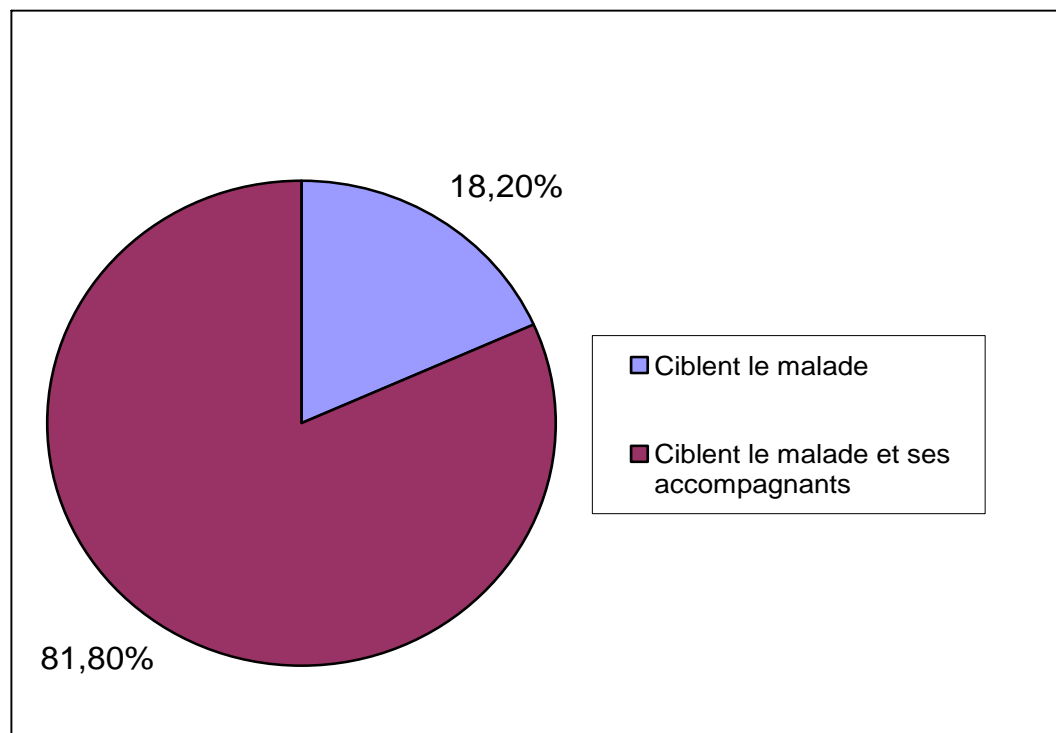


Figure N°16 : Diagramme de la répartition des étudiants selon leur cible.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS, COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRES

1.1. La méthode d'étude

La présente étude s'est servie d'une enquête CAP (Connaissance, Attitude, Pratique) pour cerner ce que les étudiants en médecine font à l'Hôpital de Befelatanana en matière d'IEC. La réalisation de l'enquête a suivi six étapes dans un ordre défini :

- ❖ définition des objectifs et choix de la méthode,
- ❖ élaboration du plan d'analyse,
- ❖ conception du questionnaire,
- ❖ élaboration du plan de sondage,
- ❖ collecte des données,
- ❖ exploitation des données.

1.1.1. Définition des objectifs et choix de la méthode

Cette étape a concerné quatre points :

i) La définition des objectifs

L'étude a visé d'identifier ce que les étudiants en médecine savent ou ne savent pas en matière d'IEC, leur comportement vis-à-vis des activités d'IEC et ce qu'ils font en matière d'IEC.

ii) La recherche documentaire

A Madagascar, les données statistiques nationales sont assez rares en matière d'IEC Santé : Les rapports d'activités d'IEC en provenance des formations sanitaires manquent de précision et ne permettent pas de penser que les activités sont basées sur un programme issu d'un programme national :

- Pour les formations sanitaires de base, les sujets d'IEC réalisés ne sont pas clairement définis. Il n'est pas mentionné non plus qui les réalise et quelle est la population-cible. En conséquence, les chiffres d'évaluation des activités sont difficiles à trouver.

- Pour les formations hospitalières, les rapports d'activités ne mentionnent pas les activités d'IEC.

Cette situation explique la pauvreté de nos données littéraires concernant Madagascar et concernant l'Hôpital Général de Befelatanana.

iii) Le choix de la population-cible

Les activités d'IEC santé nécessitent un minimum de connaissances précises et correctes en matière de santé. Ceci explique notre population-cible constituée par les étudiants en médecine de 6^è, 7^è et 8^è années.

iv) Choix de la méthode d'investigation

Compte tenu des objectifs visés et de la population-cible choisie, nous avons utilisé une enquête CAP.

1.1.2. Elaboration du plan de l'analyse

Le plan de l'analyse s'appuie sur les paramètres d'étude retenus :

- Les caractéristiques des étudiants en médecine ayant fait l'objet de l'enquête.
- La couverture des services par les étudiants.
- La connaissance des étudiants en matière d'IEC.
- L'attitude des étudiants vis-à-vis des activités d'IEC.
- La pratique de l'IEC.

1.1.3. Conception du questionnaire

Le questionnaire vise à apporter les réponses aux interrogations qui ont motivé l'enquête. Il comporte quatre parties :

- Les informations générales.
- Les questions relatives à la connaissance de l'IEC.
- Les questions relatives à l'attitude vis-à-vis de l'IEC.
- Les questions relatives à la pratique de l'IEC

(voir annexe).

1.1.4. Elaboration du plan de sondage

Nous avons choisi pour notre étude la méthode des quota, une méthode de sondage par choix raisonné du groupe des méthodes empiriques. La méthode des quota repose sur le principe que si des individus sont, par certaines caractéristiques, à l'image de la population-cible, ils le seront aussi pour les facteurs étudiés. Nous avons donc constitué un échantillon d'étudiants qui semble refléter la population visée (âge, sexe, année d'étude, etc...)

1.1.5. Collecte des données

La collecte des données se fait par interview à partir des questionnaires. Cet aspect opérationnel permet d'éviter certains problèmes (questionnaires remplis avec des réponses non individuelles, questionnaires non rendus, etc...). Il permet aussi d'aller plus vite. Il présente toutefois l'inconvénient d'une interprétation erronée des réponses données par la personne enquêtée.

1.2. Les caractéristiques des étudiants en médecine ayant fait l'objet de l'enquête

- Les étudiants concernés par l'enquête sont des jeunes adultes suffisamment mûrs pour donner des conseils précis et honnêtes aux malades et aux accompagnants : selon le tableau n°6, trois étudiants ont moins de 25 ans, 77 sont âgés de 25 à 30 ans et 5 étudiants ont plus de 30 ans.

- Le sexe féminin est bien représenté puisque selon le tableau n°7, 37,6% des enquêtés sont du sexe féminin. La présence des femmes est importante dans la mesure où certaines personnes du sexe féminin sont beaucoup plus ouvertes avec les femmes pour parler de certains problèmes de santé.

- Le niveau d'étude est important compte tenu de la précision et du contenu de l'IEC à faire. Les étudiants ciblés ont pratiquement terminé leurs études et pourraient être considérés comme aptes à assurer les activités attendues. Le tableau n°8 montre la répartition des étudiants selon l'année d'étude :

- 27 étudiants de 6^è année,
- 30 de 7^è année,
- 28 étudiants de 8^è année.

1.3. La couverture des services par les étudiants

- 228 étudiants en médecine sont en stage à l'Hôpital Général de Befelatanana pendant la période de réalisation de l'enquête. Compte tenu des caractéristiques exigés par l'enquête les tableaux n^{os} 9 et 10 montrent que chaque service de l'Hôpital est représenté correctement.

1.4. La connaissance des étudiants en matière d'IEC

- Les tableaux n^{os} 11 et 12 montrent que les étudiants en médecine ont une connaissance théorique acceptable de l'IEC :

- 82,4% connaissent la définition,
- 17,6% connaissent plus que la définition de l'IEC,
- 37,6% connaissent le système de communication à support humain,
- 62,4% connaissent le système de communication à supports multiples, combinés (humain et matériel).

- Cette situation plaide en faveur des résultats positifs obtenus par l'enseignement théorique de l'IEC.

1.5. L'attitude des étudiants

- Les résultats présentés aux tableaux n^{os} 13 et 14 permettent d'avoir une idée sur le comportement des étudiants vis-à-vis des activités d'IEC :

- 87,1% des étudiants ne font pas d'IEC,
- 12,9% essayent de le faire.

- Ce comportement a pour motifs :

- L'absence de directives en faveur de l'IEC de la part des responsables des services : apparemment, l'IEC ne fait pas partie des activités demandées aux étudiants. Ceci explique la réponse "L'IEC ne fait pas partie de nos attributions".

- L'ignorance de l'importance de l'IEC : 21,6% des étudiants n'ont pas le temps de faire de l'IEC parce que leur temps disponible est absorbé par d'autres activités.

- L'inaptitude à mener à terme une activité d'IEC.

- Les trois motifs qui viennent d'être mentionnés expliquent l'attitude négative des étudiants vis-à-vis de l'IEC.

I.6. La pratique de l'IEC

- 12,9% des étudiants seulement disent qu'ils font de l'IEC auprès des malades et/ou des accompagnants, soit 11 étudiants.

- Les tableaux n^{os} 15 et 16 montrent que les sujets d'IEC portent selon les occasions sur la prévention des maladies, sur les signes cliniques ou sur le traitement.

- Selon l'état des patients, l'IEC concerne la personne malade, les accompagnants ou les deux à la fois.

- Cette situation montre l'insuffisance d'encadrement pratique des étudiants en matière d'IEC. Habituellement, les hôpitaux de niveau tertiaire consacrent leurs activités sur les soins médico-chirurgicaux et sur les examens paracliniques. Les conseils aux malades ou aux accompagnants sont souvent donnés de façon informelle selon les occasions qui se présentent sans faire l'objet d'un programme établi et négligeant les méthodologies scientifiques de l'IEC. Même au niveau des formations sanitaires de base, la situation est à peu près la même.

2. SUGGESTIONS

D'après les résultats que nous avons obtenus, le rôle des étudiants en médecine dans le développement de l'IEC à l'hôpital est pratiquement insignifiant.

Pour remédier à la situation, nos suggestions portent sur trois points essentiels :

- L'utilisation d'un programme d'activités précis d'IEC des étudiants à l'hôpital comme dans les centres de santé de base.

- Un système de gestion adaptée de l'encadrement pratique.

- La disponibilité des moyens nécessaires à la réalisation du programme.

2.1. Utilisation d'un programme d'activités d'IEC

- Chaque service devrait avoir un programme d'IEC intégré dans les activités du service et précisant le rôle de l'étudiant.

- Le programme doit mentionner les objectifs de l'IEC, les stratégies et les activités selon le sujet concerné.

Par exemple, en cas d'hypertension artérielle essentielle, l'IEC effectuée par l'étudiant vise à faire adopter par le patient un comportement permettant à ce dernier de prendre en charge correctement le traitement de la maladie, c'est-à-dire :

- un contrôle tensionnel périodique,
- des mesures hygiéno-diététiques continues et adaptées,
- des prises à vie et correctes des médicaments prescrits comme tels.

L'action de l'étudiant doit respecter bien sûr les étapes de l'adaptation volontaire du comportement en utilisant des informations comme les signes cliniques, les complications graves de l'hypertension artérielle à court, moyen et long terme, sans les mesures prescrites.

2.2. Un système de gestion adaptée de l'encadrement pratique

- L'encadrement pratique des étudiants devrait être planifié, organisé, doté en personnel, bien dirigé, contrôlé et évalué.
- La planification de l'encadrement ainsi que l'organisation dépendent de plusieurs facteurs : le nombre d'étudiants, le nombre de malades, les pathologies du service, le personnel d'encadrement.
- La direction, le contrôle et l'évaluation des activités motivent les étudiants et développent leur capacité à faire de l'IEC. L'évaluation des activités en IEC par l'IEC permettrait en particulier d'assurer un développement continu de l'IEC par les possibilités d'ajustement du plan d'action.

2.3. La disponibilité des moyens

Un développement de l'IEC à l'hôpital exige un minimum de moyens.

2.3.1. L'infrastructure

Une salle équipée devrait au moins être disponible pour permettre la mise en œuvre du programme :

- Réunir les étudiants pour les directives.
- Pour l'appui à la pratique de l'IEC.
- Pour l'organisation, l'évaluation et la rétro-information.

2.3.2. Equipements et matériels

Un minimum d'équipements et matériels est indispensable. Ceci concerne essentiellement :

- Le tableau noir et accessoires.
- Un rétroprojecteur
- Un micro-ordinateur muni d'imprimante et un photocopieur

dans la mesure du possible.

La dotation de l'établissement en cette infrastructure et en ces équipements complémentaires constituerait un type d'investissement tant pour la pédagogie à l'hôpital et pour la santé intra et extra-hospitalière.

CONCLUSION

L'importance du rôle de l'étudiant en médecine dans le développement de l'Information, l'Education et la Communication ou IEC à l'hôpital, n'est plus à démontrer. Dans le cas de l'Hôpital Général de Befelatanana, lieu de réalisation de la présente étude, les activités d'IEC effectuées par les étudiants en médecine sont peu importantes pour des multiples raisons : l'absence de programme précis d'IEC au niveau de chaque service, l'absence d'une gestion adéquate de l'encadrement de la pratique de l'IEC à l'hôpital et l'insuffisance en infrastructure, en équipements et en matériels d'IEC.

Le nombre d'étudiants en stage à l'hôpital de Befelatanana était de 228 quand notre étude a été effectuée. A peine 12% des étudiants essayaient de faire de l'IEC auprès des malades ou des accompagnants. Afin de faire face à ce problème et pour une amélioration du rôle des étudiants dans le développement de l'IEC, nous avons proposé de préconiser un environnement favorable à ce développement. Il s'agit de renforcer l'aptitude pratique de l'étudiant en matière d'IEC, de motiver l'étudiant dans son entreprise et d'assurer un minimum d'infrastructure, d'équipements et de matériels pour les besoins de l'IEC.

QUESTIONNAIRE

Enquête CAP sur le rôle des Etudiants en Médecine

Dans le développement de l'IEC (Information - Education - Communication) à l'Hôpital

Numéro Date **1 - Informations générales**

- Age
- Sexe
- Année d'étude
- Service
- Nombre d'Etudiants dans le service
- Nombre de malades du service
- Nombre de malades de l'Etudiant

2 - Connaissance

- 2.1 - Selon vous, à quoi sert l'IEC ?
- a. A informer
 - b. A éduquer
 - c. A communiquer
 - d. A l'adaptation volontaire de comportement
 - e. Autres
- 2.2 - Sur quelles bases pratiques reposent les activités d'IEC ?
- a. Individu
 - b. Moyens audiovisuels (radio, TV)
 - c. Journaux
 - d. Prospectus
 - e. Autres

3 - Attitude

- 3.1 - Lors de vos observations, dialoguez-vous avec vos malades et/ou leurs accompagnants ? oui
 non
- 3.2 - Faites-vous des activités d'IEC auprès de vos malades et/ou leurs accompagnants ? oui
 non
- 3.2.1. Si non, pourquoi ?
- a. Ce n'est pas mon travail
 - b. Cela ne fait pas partie de nos attributions
 - c. Je n'ai pas le temps

d. Je ne sais pas le faire

e. Autres

4 - Pratique

Si oui,

4.1 - Sur quoi porte votre action d'IEC ?

a.

- la maladie du patient

- traitement

- signes cliniques

- Mesures de précautions à prendre :

+ préventives

+ curatives

b. Sur l'hygiène en général ou sujet prédéterminé

c. Autres

4.2 - Sur qui porte votre action d'IEC ?

a. le patient

b. l'accompagnant

c. les deux (patient et accompagnant)

BIBLIOGRAPHIE

1. Andriamanalina Razafindrakoto N. IEC : Procédures techniques pour l'application de l'IEC. Edition micro ed. 1998. Antananarivo, Madagascar.
2. Rochon A. Education pour la santé, Agence d'ARC inc. Les éditions, Montréal, Québec, 1998.
3. Erikson E.H. Childhood and Society. New York : Norton 1963.
4. Piaget J. La psychologie de l'intelligence. Paris. Collin. 1967.
5. Washington K. R. Succes counselling : a model workshop approach to self-concept building. Adolescence, 12, 1977 ; 12 : 405.
6. Mager R.F. Définir des objectifs pédagogiques, Paris. Bordas 1977.
7. Fontaine F. Les objectifs d'apprentissage. Montréal : l'université de Montréal. Service pédagogique, 1980.
8. Bertrand J. Communications pretesting - média Monograph 6, Chicago, University of Chicago, 1978.
9. St Arnaud Y. Les petits groupes : participation et communication. Montréal. Les presses de l'Université de Montréal. 1978.
10. Hyman R.T. Perspectives on the choice of Method dans ways of Teaching. Philadelphie : Lippincott. 1974.
11. Haas C.R. Pratique la publicité. Paris. Dunod. 1984.
12. Lebel P. Audio-visuel et pédagogie. Paris. Editions ESF. 1979.

13. Fustier M. Pratique de la créativité. Paris. Editions ESF. 1985.
14. Mucchielli R. La méthode des cas. Paris : Editions ESF. 1969.
15. Gagne R. Les principes fondamentaux de l'apprentissage. Montréal : HRW, 19776.
16. Larivière C.F., Leclerc J.M. L'enseignement systématique. Montréal : Service pédagogique de l'Université de Montréal, 1982. Leclerc J.M. Le choix de la méthode, 95 - 128.
17. Leclerc M. Perspectives sur le séminaire ou le groupe de discussions. Québec. Université Laval : Service de pédagogie. 1975.
18. Rogers E.M., Shoemaker. Communication of innovations. New York : Face Press, 1971.
19. Lebel P. Pratique de la concertation et des réunions d'échange. Collection "Formation permanente en sciences humaines". Paris : ESF. 1980.
20. O'Neil M. La modification de comportements reliés à la santé : Revue de la littérature théorique, Union médiale du Canada, 1980 ; 109 : 733 - 742.
21. Stainbrook G., Green L.W. Behavior and Behaviorisur in Health Education, Health Education, 1982.
22. Fishbein M., Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior. Reading : Addison - Wesley. 1975.
23. Schram WW. Mass communications. Beverly Hills : Sage, 1969.

24. Knowles M.S. The modern practice of Adult Education. Chicago : Follett, 1980.
25. Cross K.P. Adult as Learners. San Francisco : Jossey Bass, 1983.
26. Gilbert J. L'éducation sanitaire. Les presses de l'Université de Montréal, 1963.
27. Cotton E. L'éducation pour la santé : Méthodes. Faculté de médecine et de pharmacie, Ecole de santé publique, Editions de l'Université de Bruxelles, 1982.
28. Cossette D., Dery R. La publicité en action. Québec : Les éditions Riguil Internationales. 1987.
29. Pregent R. Viau R. Guide pratique d'utilisation des moyens audio-visuels en classe. Service pédagogique de l'Ecole Polytechnique. Montréal : Université de Montréal. 1978.
30. Olmstead J.A. Small-Group Instruction. Theory and Practice. Alexandria : Human Resources Research Organization. 1974.
31. Dabis F., Drucker J., Moren A. Epidémiologie d'intervention. Arnette 1992.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception, même sous la menace, je n'admettrai de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

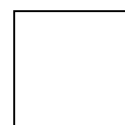
LU ET APPROUVE

Le Président de thèse,

Signé : Professeur RAKOTOMANGA Samuel

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine,



Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Nom et prénoms : MOHAMED Djanffari

Titre : "ROLE DES ETUDIANTS EN MEDECINE DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'IEC A L'HOPITAL"

Rubrique : Santé Publique

Nombre de pages : 50

Nombre de tableaux : 16

Nombre de figures : 16

Nombre de références bibliographiques : 31

Nombre d'annexe : 01

RESUME

La présente thèse intitulée "Rôle des étudiants en médecine dans le développement de l'IEC à l'hôpital" est une étude qui a été réalisée à l'Hôpital Général de Befelatanana, composante du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. L'étude vise à identifier le rôle de l'étudiant en matière d'IEC afin de suggérer des mesures stratégiques d'amélioration.

La méthode d'étude repose sur l'enquête CAP interview. L'échantillon utilisé et représentant les étudiants en médecine de 6^e, 7^e et 8^e années ciblés, a été obtenu par la méthode des quota, une technique de sondage par choix raisonné.

Les résultats que nous avons obtenus montrent que les activités d'IEC des étudiants à l'hôpital sont très réduites : 12% à peine des étudiants font des activités IEC. Les raisons de cette situation sont multiples : non programmation, défaut d'organisation, insuffisance d'encadrement, insuffisance de motivation des étudiants.

Nos suggestions portent sur trois points essentiels :

- utilisation d'un programme d'IEC précis par service,
- gestion adaptée de l'encadrement de la pratique d'IEC,
- disponibilité d'un minimum d'infrastructure, d'équipements et de matériels IEC (Information-Education-Communication).

Ces suggestions pourraient améliorer le développement de l'IEC par les étudiants à l'hôpital pour le bien des malades comme des dispensateurs de soins.

Mots clés : IEC - Connaissance - Attitude - Pratique - Hôpital.

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOMANGA Samuel

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Adresse de l'auteur : Lot II F 34 VU Andraisoro Antananarivo 101

Name and first name : MOHAMED Djanffari

Title : " ROLE OF MEDICAL STUDENTS IN THE DEVELOPMENT OF IEC AT THE HOSPITAL "

Rubric : Public Health

Number of pages : 50

Number of pictures : 16

Number **of**

figures : 16

Number of annexe : 01

Number of bibliographic references : 31

SUMMARY

The present thesis entitled "Role of medical students in the development of IEC at the hospital" is a study which has been realized at the General Hospital of Befelatanana component of the University Hospital Center of Antananarivo. The study aims at identifying the role of the student as regards IEC in order to suggest strategic measures of improvement.

The method of study is based on the inquiry CAP interview.

The sample used and representing the medical students in 6th, 7th and 8th has been obtained by the method of quota, a technic of pool by reasoned choice.

The results we have obtained show that the IEC activities of the students at the hospital are reduced : hardly 12% of students make IEC activities. The reasons of this situation are multiple : no programming, organization default, inadequacy of motivation from the students.

Our suggestions rest on three essential points :

Use of a precise IEC program by service

Adapted management of the IEC practice's supervising

Enability of a minimum infrastructure, equipments and IEC materials (Information - Education - Communication).

Those suggestions could improve the development of the IEC by the students at the hospital for the good of sick persons as dispensers of aids.

Key words : IEC - Knowledge - Attitude - Practice - Hospital.

Director of thesis : Professor RAKOTOMANGA Samuel

Assisted by : Doctor RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Address of the author : Lot II F 34 VU Andraisoro Antananarivo 101

