

# STAGE D'IMMERSION EN COMMUNAUTE

## Accès aux soins des populations des Chars du nord du Bangladesh



**BERTOLDI Christel**  
**HSIEH Aurélie**  
**HULLIGER Derek**

**Mai - Juin 2010**

## Table des matières :

<b>Bangladesh.....</b>	<b>p.5</b>
- Histoire.....	p.5
- Géographie.....	p.8
- Population.....	p.9
- Gouvernement.....	p.10
- Economie.....	p.12
<b>Les Chars.....</b>	<b>p.13</b>
<b>Friendship.....</b>	<b>p.16</b>
- Santé.....	p.17
- Lifebuoy Friendship Hospital.....	p.17
- Emirates Friendship Hospital.....	p.17
- Health camp.....	p.18
- Clinique satellite.....	p.19
- Friendship Community Medics.....	p.20
- Education.....	p.21
- Prise en charge de la population lors de catastrophes naturelles.....	p.21
- Soutien économique.....	p.22
- Conservation du patrimoine culturel.....	p.22
<b>Stage IMC.....</b>	<b>p.25</b>
- Préparation du stage.....	p.25
- Emirates Friendships Hospital.....	p.27
- Equipage du bateau et staff médical.....	P.28
- Exemple de journée type.....	p.33
-Problèmes rencontrés.....	p.34
- Questionnaire.....	p.34
- Paiement.....	p.34
- Dr. Tanvir.....	p.35
- Liberté.....	p.36
- Impression.....	p.36
- Consultation par l'équipe paramédicale.....	p.36

- Prescription des antibiotiques.....	p.37
Récapitulatif des activités de l'EFH.....	p.39
<b>Comportements de recherche de soins de la population rurale des Chars</b>	
dans le district de Kurigram ( Nord du Bangladesh ).....	p.41
- Introduction.....	p.41
- Système de santé au Bangladesh.....	p.41
- Friendship et la population des Chars.....	p.43
- Objectifs.....	p.43
- Méthodes.....	p.44
- Dessin de l'étude.....	p.44
- Définitions.....	p.45
- Analyses statistiques.....	p.45
- Description de la patientèle de EFH.....	p.47
- Résultats.....	p.47
- Discussion.....	p.50
- Accès à EFH.....	p.53
- Résultats.....	p.53
- Discussion.....	p.56
- Accès aux soins.....	p.57
- Résultats.....	p.57
- Discussion.....	p.64
- Accès à la pharmacie.....	p.67
- Résultats.....	p.67
- Discussion.....	p.68
- Satisfaction.....	p.69
- Résultats.....	p.69
- Discussion.....	p.70
- Santé maternelle et infantile.....	p.71
- Résultats.....	p.71

- Discussion..... **p.73**
- Planning familial..... **p.75**
  - Résultats..... **p.75**
  - Discussion..... **p.77**
- Limitations..... **p.77**
- Conclusion..... **p.78**
- Bibliographie..... **p.79**
  - Appendix 1 : Char Health-Seeking Behavior Questionnaire..... **p.79**

## BANGLADESH



Le cercle rouge représente le soleil levant, ainsi que les sacrifices endurés durant la guerre d'indépendance.

Le carré vert symbolise l'abondante végétation du Bangladesh.

(Source : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bg.html>)



Source: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bg.html>

Carte du Bangladesh

## Histoire

Les européens sont arrivés pour la première fois sur le territoire du Bengale, dès le 15<sup>ème</sup> siècle. La présence anglaise s'est fortement renforcée à partir du 17<sup>ème</sup> siècle.

Durant cette présence britannique, une animosité croissante s'est propagée entre Hindous et Musulmans. Au 19<sup>ème</sup> siècle, le congrès national Indien comptait essentiellement des membres Anglais et Hindous. La communauté musulmane, en réponse, a fondé la ligue musulmane indienne. Ces deux institutions avaient beaucoup de peine à trouver des points d'entente, surtout en ce qui concernait les droits des Musulmans.

Dès 1936, une volonté d'indépendance des indiens musulmans s'est faite ressentir après la défaite, sur le plan politique, de la ligue musulmane indienne. En 1940, les musulmans ont voulu que les régions du Bengale et du Punjab, où vivent une majorité de croyants d'obédience islamique, deviennent indépendantes.

En 1946, la ligue musulmane gagna une majorité des sièges dans la région du Bengale, ce qui s'ensuivit par des violences entre les deux communautés, surtout dans la région de Calcutta.

En 1947, l'empire colonial Anglais fut fortement affaibli par la deuxième guerre mondiale. Les Anglais à bout de souffle décidèrent de séparer les Hindous des Musulmans en créant le Pakistan comportant une partie Occidentale

et Orientale. Le Bengale fut alors divisé en deux, la partie Ouest à majorité Hindoue et la partie Est à majorité Musulmane.

Dès la création du Pakistan, des tensions sont apparues entre la partie Occidentale et la partie Orientale. Les désaccords se focalisaient en grande partie sur l'aspect culturel que ne partageaient pas les deux parties. La pierre d'achoppement des mécontentements fut le refus du gouvernement central, dominé par le Pakistan Occidental, de considérer la langue Bengali comme une des langues officielles. En effet, ce gouvernement voulait imposer la langue Urdu pour tout le pays. Le Pakistan Oriental avait aussi l'impression de se sentir exploité par le Pakistan Occidental.

En 1949, le parti politique, la ligue Awami, fut créée au Pakistan Oriental. En 1970, ce parti nationaliste, mené par Sheikh Mujibur Rahman, gagna une majorité à l'assemblée nationale. Ceci déboucha sur des négociations infructueuses avec le président Pakistanais en place, ce dernier n'acceptant pas les résultats des élections. De grands troubles civils ont alors éclaté dans le Pakistan Oriental.



Source : <http://www.asiantribune.com/node/22209>

Sheikh Mujibur Rahman

Le 26 mars 1971, les nationalistes Bengali déclarèrent unilatéralement l'indépendance de la république du Bangladesh. Le Pakistan envoya son armée sur le territoire du Bengale ce qui donna lieu à une guerre terriblement sanglante. Le conflit dura neuf mois jusqu'à ce que l'armée Indienne intervienne en faveur des musulmans Bengalis. Le 16 décembre 1971, le Bangladesh fut officiellement proclamé. En 1972, le pays devint une démocratie parlementaire avec Sheik Mujibur Rahman comme premier ministre.

La nouvelle constitution renforça le rôle du premier ministre, lui donnant tout les pouvoirs et laissant le président dans un rôle plus figuratif. Mujibur, profitant d'une très forte popularité et d'une absence totale d'opposition, instaura un gouvernement socialiste à parti unique le BAKSAL (Bangladesh Krishak Sarmik League). Malgré des promesses d'amélioration de la situation économique du pays, cette dernière resta précaire et Mujibur, ainsi qu'une partie de sa famille furent assassinés par l'armée.

Il s'en suivit plusieurs tentatives militaires pour s'emparer du pouvoir. L'ancien gouvernement BAKSAL fut dissout et le pays se trouva alors sous contrôle militaire.

En 1976, Ziaur Rahman devient le nouveau président en tant que chef administrateur des lois martiales. Il annonça une série de réformes économiques ainsi que des élections libres qu'il gagna en 1978 en tant que leader du parti Nationaliste du Bangladesh. En 1981 le président Ziaur fut assassiné par les militaires.



Source: <http://www.s9.com/Biography/Ziaur-Rahman>

Ziaur Rahman

Le prochain coup d'état est fait par le militaire Ershad en 1982. Le pays passe alors de nouveau sous loi martiale. Ershad resta à la tête du pays jusqu'en 1990.

A partir de cette date, le poste de premier ministre s'est partagé entre les deux partis majoritaires à tour de rôle. On retrouve à la tête de chacun des partis deux femmes, Sheik Hasina, la fille de l'ancien président Sheik Mujibur pour la ligue Awami et Khaleda Zia, la veuve de l'ancien président Ziaur Rahman pour le parti nationaliste du Bangladesh.



source : <http://www.topnews.in/people/khaleda-zia>

A gauche: Khaleda Zia et à droite: Sheikh Hasina

Depuis, le climat politique resta instable avec les deux partis essayant de déstabiliser celui en place. Actuellement cette situation est encore présente puisqu'en 2008, Sheik Hasina, leader de la ligue Awami, remporta les élections.

Récemment une ouverture du pays s'est faite sur le plan international. Un rapprochement s'est opéré avec l'Inde via une coopération anti-terroriste. La premier ministre a aussi plaidé sur le plan international pour lutter contre le réchauffement climatique.

N.B. : Les informations concernant l'histoire du Bangladesh proviennent essentiellement des sites internet suivants :

- <http://www.cia.gov/library/publication/the-world-factbook/geos/bg.html>
- <http://www.bangladesh.net>

## Géographie

Le Bangladesh se trouve en Asie du Sud-ouest, au niveau de la baie du Bengale entre l'Inde et la Birmanie<sup>1</sup>. Une grande partie du pays se trouve au niveau de la mer. Le Bangladesh est formé par un delta où confluent plusieurs fleuves dont les plus importants sont le Padma (Gange) et le Brahmaputra (Jamuna)<sup>2</sup>. Dans la région du Sud se trouve la seule région montagneuse du pays, les Hill Tracts de Chittagong. Le Bangladesh est un pays très pluvieux rendant sa terre fortement fertile. En effet, 55% des terres sont arables<sup>3</sup>. Ce pays se trouve au niveau du tropique du cancer. On trouve donc un climat subtropical avec une mousson entre Juin et Septembre et un très fort taux d'humidité<sup>4</sup>.

Ce pays est extrêmement susceptible aux inondations. Le Bangladesh est également régulièrement frappé par des cyclones qui prennent origine dans la baie du Bengale durant les périodes d'Avril-Mai et Septembre-Novembre<sup>5</sup>. Il y en a en moyenne 16 tous les dix ans<sup>6</sup>. Ces cyclones causent d'énormes dégâts matériels, ainsi que de lourdes pertes civiles.

L'urbanisation se fait de manière intensive dans certaines régions, telles que la capitale Dhaka, où vivent plus de dix millions de personnes<sup>7</sup>.

Le Bangladesh n'est pas très riche en minerais. Les principales ressources sont le gaz naturel, l'agriculture, ainsi que le bois<sup>8</sup>.

Un des problèmes du Bangladesh est la pollution des eaux, surtout au niveau des zones de pêches<sup>9</sup>. Cette pollution est en partie dû à l'utilisation de pesticides. Les sources d'eau souterraines sont également polluées par l'arsenic, causant de graves problèmes à la population<sup>10</sup>.

---

<sup>1,3,9-10</sup> <http://www.cia.gov/library/publication/the-world-factbook/geos/bg.html>

<sup>2,4,6-7</sup> <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3452.htm>

<sup>5</sup> <http://www.bangladesh.net>, partie Rivers and Lakes

<sup>8</sup> <http://www.bangladesh.net>, partie Flora and Fauna

## Population

La population totale du pays est de 156 millions de Bangladeshi. Il s'agit du 7<sup>ème</sup> pays le plus peuplé du monde<sup>11</sup>. La répartition de la population en fonction de l'âge est nettement en faveur de la catégorie 0-14 ans qui représente 34% de la population. En comparaison, la catégorie 65 ans et plus ne comprend que 4.1% de la population<sup>12</sup>. La population est plutôt rurale, puisque seulement 27% des Bangladeshi vivent en milieu urbain<sup>13</sup>. L'espérance de vie est en moyenne de 60 ans<sup>14</sup>.

98% des Bangladeshis sont d'origine Bengali et parlent le Bengali<sup>15</sup>. Les non-Bengali se trouvent surtout dans la région de Chittagong dans le Sud-est.<sup>16</sup>

La religion principale est l'islam. En effet, on trouve 83% de Musulmans, 16% d'Hindous et le reste est partagé entre Chrétiens, Bouddhistes et les autres religions<sup>17</sup>. La majorité des Musulmans sont sunnites.

Le système d'éducation n'est pas très développé avec un taux de personnes lettrées de 48%<sup>18</sup>.

Le cursus scolaire comprend 12 ans d'études avant d'arriver à l'université<sup>19</sup>. Il existe aussi un système d'éducation religieux. Des étudiants peuvent intégrer des écoles Madrasa pour y acquérir une éducation basée sur l'islam<sup>20</sup>.

---

11-13,15-18,23 <http://www.cia.gov/library/publication/the-world-factbook/geos/bg.html>

14,19-20 <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3452.htm>

## Gouvernement

Le Bangladesh est une démocratie parlementaire. Il existe une trentaine de partis politiques, dont les plus importants sont le parti Nationaliste du Bangladesh (BNP) et la ligue Awami (AL)<sup>21</sup>. A la tête de l'état, se trouve un président. Le gouvernement est dirigé par le premier ministre<sup>22</sup>. Le président actuel est M. Zillur Rahman et le premier ministre est Mme Sheikh Hasina Wajed<sup>23</sup>.



Le président est élu par le parlement tout les cinq ans, mais c'est le premier ministre qui détient l'essentiel des pouvoirs. Ce dernier doit faire partie du gouvernement.

Ce gouvernement est composé de 345 sièges, 300 étant directement élu et 45 réservés pour les femmes. Tous les membres du parlement sont élus par le peuple tous les cinq ans. Le suffrage est universel à partir de 18 ans<sup>24</sup>.

Le gouvernement est miné par la corruption. Selon l'index de la perception de la corruption 2009 de Transparency International, le Bangladesh se situe au 139<sup>ème</sup> rang sur 180 pays listé<sup>25</sup>. La corruption touche tous les secteurs publiques, mais est particulièrement présent dans la police. Toutefois, des améliorations sont à noter depuis quelques années, grâce à l'effort de quelques membres du gouvernement. La liberté de la presse est loin d'être respectée. Selon le classement de Reporters sans frontière de 2006, le Bangladesh se situe au 121<sup>e</sup> rang sur 175 pays<sup>26</sup>. La même association dénonce une situation catastrophique pour les journalistes dans le pays. Ils écrivent sur leur site : "45 journalistes agressés ou menacés de mort, un reporter assassiné, seize rédactions ou clubs de la presse attaqués et quatre journalistes détenus par les autorités en un peu plus de huit mois, le Bangladesh est de loin le pays du monde le plus violent envers la presse"<sup>27</sup>. Ils dénoncent également le rôle de la police dans les violences perpétrées à l'encontre des journalistes. Les journalistes indépendants et étrangers ne sont pas à l'abri<sup>28</sup>.

Dans le rapport de Freedom House de 2007, les journalistes rapportent des violences à l'encontre des opposants politiques souvent orchestrées par la police. Ils parlent aussi de milliers d'opposants politiques détenus irrégulièrement en prison. La corruption au sein même du gouvernement est également citée<sup>29</sup>. A ce titre, les deux femmes à la tête des deux plus grands partis, le nationaliste du Bangladesh et la ligue Awami, ont été mises en examen pour corruption. Ils spécifient aussi une discrimination envers les minorités religieuses, ces dernières n'étant pas suffisamment représentées au gouvernement.

D'après leur rapport, le système éducatif subi également des pressions de la part du gouvernement et des groupes religieux influents. De nombreux professeurs auraient été menacés faute de n'avoir pas suivi les indications données par ces groupes de pressions<sup>30</sup>.

---

<sup>21-24</sup> <http://www.cia.gov/library/publication/the-world-factbook/geos/bg.html>

<sup>25</sup> [http://www.transparency.org/policy\\_research/surveys\\_indices/cpi/2009/cpi\\_2009\\_table](http://www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2009/cpi_2009_table)

<sup>26</sup> <http://fr.rsf.org/press-freedom-index-2009,1001.html>

<sup>27</sup> [http://fr.rsf.org/spip.php?page=article&id\\_article=2617](http://fr.rsf.org/spip.php?page=article&id_article=2617)

<sup>28</sup> [http://fr.rsf.org/spip.php?page=article&id\\_article=2617](http://fr.rsf.org/spip.php?page=article&id_article=2617)

<sup>29</sup> <http://www.freedomhouse.org/template.cfm?page=22&country=7132&year=2007>

<sup>30</sup> <http://www.freedomhouse.org/template.cfm?page=22&country=7132&year=2007>

Lors de nos rencontres avec les bangladeshis, il est très souvent ressorti des discussions un mécontentement général vis-à-vis du gouvernement. Ils se sentaient peu impliqués dans la politique et ne se trouvaient pas réellement représentés par les membres du parlement. Ils nous racontaient que pour être politicien, il faut venir d'une bonne famille. D'après leur avis, les politiciens pensent en premier à leurs propres intérêts, détournent les fonds et ne laissent absolument rien au peuple. Il paraissait y avoir une totale scission entre les politiciens et la population. En caricaturant, il y aurait d'un côté, des hommes issus de bonnes familles, se trouvant dans un environnement luxueux et semble-t-il déconnecté des problèmes récurrents de la majorité de la population. De l'autre côté, il y aurait un peuple devant énormément travailler pour un salaire dérisoire. Ce même peuple ne pouvant pas profiter des infrastructures sociales, tels que hôpitaux, écoles pour tous, sécurité, puisque ces services ne sont qu'incomplètement fournis par l'état.

Quelques personnes restaient optimistes, nous racontant que les choses commençaient à changer. Apparemment, les jeunes générations éduquées s'impliquent plus dans la politique pour essayer d'améliorer la situation à l'avantage du peuple. Ils nous disaient que ça prendrait du temps, mais qu'un jour grâce à l'éducation, peut-être, le gouvernement représentera réellement la majorité de la population.

## Economie

Le Bangladesh est un pays très pauvre. 36.3% de la population se trouve en dessous du seuil de pauvreté<sup>31</sup>. Le PIB par habitant est de 1'600\$, alors que celui de la Suisse est de 41'700\$<sup>32</sup>. Plus de la moitié des richesses produites par le pays provient du secteur des services. Ceci contraste avec le secteur de l'agriculture qui ne participe qu'à 18,6% du PIB, alors que c'est le plus grand fournisseur d'emplois.

L'agriculture occupe une place très importante au Bangladesh. En effet, 45% de la population travaille dans cette branche du marché<sup>33</sup>. Les produits principaux sont le jute et le riz, mais il y a aussi, entre autres, du thé, du maïs et des légumineuses<sup>34</sup>. Le Bangladesh est un fournisseur de jute très important au niveau du marché mondial<sup>35</sup>. Ce pays éprouve beaucoup de difficultés à être autosuffisant sur le plan de l'alimentation et doit compenser par des importations<sup>36</sup>.

Les récoltes sont fortement dépendantes des moussons. Le gouvernement essaye de mettre en place des projets d'irrigation afin de contrôler les flux d'eau. Ces programmes ont pour objectifs de permettre de stocker l'eau en excès durant les périodes d'abondances, afin de pouvoir irriguer les cultures lors des périodes plus sèches<sup>37</sup>.

---

<sup>31</sup> <http://www.cia.gov/library/publication/the-world-factbook/geos/bg.html>

<sup>32</sup> <http://www.cia.gov/library/publication/the-world-factbook/geos/bg.html>

<sup>33</sup> <http://www.cia.gov/library/publication/the-world-factbook/geos/bg.html>

<sup>34</sup> <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3452.htm>

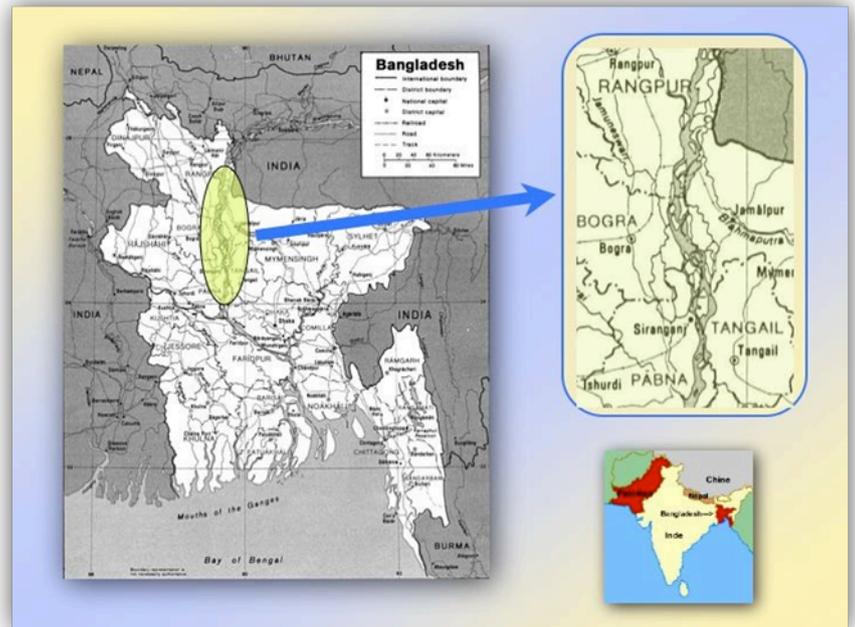
<sup>35</sup> <http://www.asie-planet.com/bangladesh/geographie.htm>

<sup>36</sup> <http://www.asie-planet.com/bangladesh/geographie.htm>

<sup>37</sup> <http://www.asie-planet.com/bangladesh/geographie.htm>

## LES CHARS

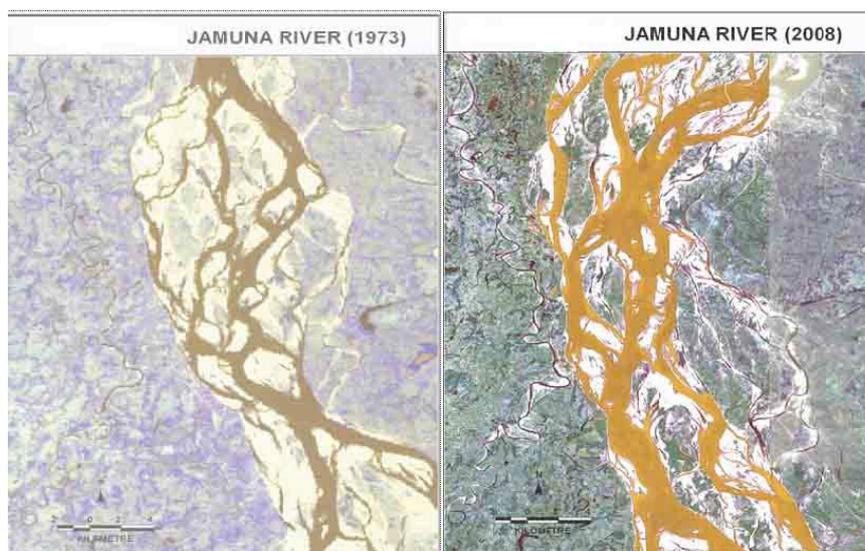
Nous avons choisi cette région du Bangladesh, car elle possède des particularités qui la rendent très intéressante à étudier du point de vue socio-économique et démographique. Pour mieux comprendre, il est essentiel de connaître certains points importants sur cette population nomade qui dépend fortement de la nature.



### Région où se trouvent la plupart des chars

Quatre grands fleuves irriguent principalement le Bangladesh, il y a le Gange, Padma, Brahmapoutre et Jamuna. Ils forment le delta du Bengale, qui constitue l'un des plus grands du monde. Des cours d'eau sont nés lors de la formation du delta et leur parcours ne cesse de changer. Les sources d'eau proviennent en grande partie de l'Himalaya et transportent des tonnes et des tonnes d'alluvions et de sable chaque année, qui se déposent le long des fleuves. Ce processus de formation alluviale, qui dépend de la dynamique des cours d'eau, est à l'origine d'îles fluviales faites de sable et de limon déposés par les rivières. On appelle ces îles : les chars.

Ces îles sont constamment dans un état de formation et d'érosion. C'est au nord du pays, sur le lit du Brahmapoutre qu'on trouve le plus grand nombre de chars. La raison est qu'il a un débit très élevé et de ce fait transporte une grande quantité d'eau et de charge sédimentaire.



La rivière Jamuna en 1973 et en 2008 ([http://www.clp-bangladesh.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=131&Itemid=153](http://www.clp-bangladesh.org/index.php?option=com_content&task=view&id=131&Itemid=153))

Il existe plusieurs classifications pour différencier les chars. Premièrement, il y a les chars attachés à la rive et les chars sous forme d'îles entourées d'eau. Deuxièmement, on trouve les chars semi-permanents et temporaires. Les chars semi-permanents ont une durée de vie entre cinq et vingt ans et sont les plus stables. Les chars temporaires peuvent exister de quelques mois à quelques années. Tous sont habitables et cultivables, mais ils sont moins productifs que la terre ferme, à cause de la qualité et de l'érosion des sols, et aux fréquentes inondations pendant les périodes de moussons où les typhons sont fréquents. De mars à avril, les rivières sont quasiment sèches et c'est à partir de juin que commencent les inondations. Le niveau de l'eau est capable de monter jusqu'à six mètres. De plus, le réchauffement climatique, qui cause l'élévation du niveau de la mer, accélère l'érosion des terres.



Partie de char qui se détache



Champ de jute et terre érodée

La population des chars est estimée à 5 millions de personnes. Ce nombre s'explique par le fait qu'il y a eu au XX<sup>e</sup> siècle une explosion démographique qui a poussé les paysans sans terre à s'installer sur ces terres instables. De 1901 à maintenant, la population du Bangladesh est passée de 29 millions à 156 millions d'habitants. La pression démographique continue à attirer du monde. Cependant, la densité de la population sur les chars est nettement inférieure à la moyenne nationale.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Ratan Lal Chakraborty « Le delta du Bengale et la mise en valeur de terres alluviales depuis le régime colonial », *Hérodote* 2/2006 (n° 121), p. 119-140.

La terre sur les chars est fertile et les récoltes sont souvent meilleures que sur la terre ferme. L'abondance de l'eau souterraine et de la rivière permet une irrigation des champs. Bien que l'agriculture y soit favorable, la population des chars est sans cesse menacée par les conditions géographiques et météorologiques. Du jour au lendemain, il est possible qu'une partie du terrain se soit écroulé. Ces habitants veillent constamment sur le niveau de l'eau et savent parfois à l'avance prévoir les inondations en observant l'aspect du fleuve et en connaissant la météo. Lorsque pendant la mousson les terres disparaissent sous les eaux, ils quittent leurs îles avec tous leurs biens et reviennent quand l'eau retrouve son niveau normal.

Lorsque l'île habitée est emportée par les courants du fleuve, il n'y a pas d'autre solution que de tout recommencer à zéro sur une autre île. Il est estimé qu'une génération se reloges entre cinq à sept fois. «Quand nos maisons deviennent enfin décentes et la terre fertile, c'est le fleuve qui nous mange la terre à cause du courant et il faut tout recommencer», confie Hayatun, une paysanne du *char* Rulipara.<sup>39</sup>

Les chars sont exposés à toute sorte de catastrophes naturelles. Depuis une cinquantaine d'années, plus d'une quinzaine de typhons et de cyclones ont dévasté les côtes du Bengale, faisant à chaque fois plus de cent mille morts et des milliers de sans abris. Le Bangladesh est situé à trente centimètres du niveau de la mer et donc est fréquemment touché par des inondations.

La situation isolée de ces chars fait qu'il y manque cruellement d'infrastructure et d'emploi pour pouvoir développer ces régions. Il y manque des écoles, des hôpitaux, des moyens de transport, de communication, l'électricité et de la nourriture. C'est une région qui est beaucoup délaissée par le gouvernement et les ONG.



Terre inondée par la pluie

<sup>39</sup> [http://www.unesco.org/courier/1999\\_08/fr/dici/txt1.htm](http://www.unesco.org/courier/1999_08/fr/dici/txt1.htm)

## FRIENDSHIP

Friendship est une organisation non gouvernementale à but non lucrative basée au Bangladesh, dont l'objectif est d'aider les communautés les plus démunies de ce pays. Cette ONG apporte son aide en particulier à une population nomade vivant sur les terres les plus inaccessibles et reculées du pays : les Chars. Cette population est isolée tant socialement que géographiquement par le gouvernement bangladaise.

Très peu d'infrastructures (écoles, hôpitaux,...), visant à améliorer la qualité de vie, sont mises à dispositions par le gouvernement dans cette région. La plupart des habitants n'ont pas eu le droit à une éducation et très peu ont des connaissances sur l'hygiène et la santé.

En plus, ce pays est sujet à de fréquentes catastrophes naturelles qui n'aident pas au développement de celui-ci. En plus des cyclones et de l'érosion des terres, annuellement des inondations saisonnières, dus à la fonte de l'Himalaya et à la mousson, fragilise l'agriculture et l'économie de cette région. C'est pour toutes ces raisons que cette ONG se concentre sur la population des Chars.

Les premiers pas de cette association se sont fait en 1994, lorsque Yves Marre, un navigateur français a eu l'idée de transformer une péniche, qui avait déjà servi en tant que pétrolier, en bateau hôpital afin de procurer les soins de bases à une population démunis. La rénovation du bateau a duré plusieurs années et il a fallu trouver les premiers fonds pour commencer les travaux. Plusieurs de ses amis armateurs ont participé à la construction. Une fois le bateau achevé, il a été acheminé au Bangladesh.

C'est seulement en 1998 qu'est officiellement née l'association Friendship avec son projet de bateau hôpital, appelé le Lifebuoy Friendship Hospital. C'est d'après le nom d'un produit de la société Lifebuoy, qui a été le premier sponsor du projet, qu'a été nommé le bateau.

Bien que la santé soit un élément clé pour développer un pays, il faut aussi que la population soit éduquée, qu'elle ait un logement adéquat et qu'elle ait facilement accès à la nourriture. Pour bien comprendre ce concept, voici quelques exemples qui nous montrent qu'il faut agir sur ces 3 fronts, sans quoi le progrès n'est pas possible :

- Un enfant qui a faim n'arrivera pas à bien étudier à l'école, il faut donc lui apporter les éléments nécessaires pour qu'il puisse manger tout les jours et ensuite recevoir une éducation appropriée.
- Enseigner le concept de « Woman empowerment » à une femme ayant une migraine sera inutile tant qu'on ne l'aura pas soigné. Les soins médicaux passent avant l'éducation.

C'est pourquoi Friendship a développé non seulement des projets qui prodiguent les soins de base, mais aussi des projets qui concernent l'éducation, la génération de revenu, l'aide aux personnes atteintes par les catastrophes naturelles et la conservation culturelle.

Voici un bref résumé des différents projets de Friendship :

## SANTE

Ce projet a pour but de d'offrir à cette population isolée un diagnostic, un traitement et des conseils de qualité. La terre ne permettant pas de s'installer durablement, la plupart des infrastructures se trouvent sur la rivière. On y trouve deux hôpitaux flottants, des cliniques satellites et des bateaux ambulances.

### 1. Lifebuoy Friendship Hospital

Cette ancienne péniche française transformée en clinique a accueilli depuis 2001 plus de 360'000 patients. Selon l'état de la rive, le bateau se déplace tout les 2 à 3 mois et opère sur la rivière Jamuna. Il fait 38,5 mètres de long et 5,05 mètres de largeur et peut accueillir 20 membres du personnel. Les unités disponibles:

- Pédiatrie
- Gynécologie
- Orthopédique
- Ophtalmologie
- Dentaire
- ORL
- Planning familial
- Laboratoire
- X-ray et ECG
- Chirurgie, deux blocs opératoires
- Pharmacie
- Prévention



Lifebuoy Friendship Hospital

Ce bateau est actuellement en rénovation.

### 2. Emirates Friendship Hospital



EFH

Suite au succès du premier bateau, un second a été construit à Dhaka spécialement pour cette occasion. C'est le bateau sur lequel nous avons fait notre IMC. Il a été inauguré en novembre 2008 par le président et se trouve sur les rives du Brahmapoutre. Ce bateau possède les mêmes unités que LFH, mais peut en plus accueillir des invités (docteurs, donateurs, visiteurs, stagiaires,...) et possède 8 lits post-opératoires pour les patients. En cas d'urgence, le pont peut aussi accueillir 30 à 40 patients.

### 3. Health camps

Des camps sont organisés occasionnellement par Friendship pour fournir des soins dits secondaires. L'organisation travaille avec des médecins locaux et étrangers, cela permet d'élargir la variété des soins proposés. C'est aussi grâce à des partenariats avec des organisations étrangères, telles que Doctor's Bank of Sweden et Humaniterra International (association française), qui donne la possibilité aux médecins d'aider volontairement cette communauté marginalisée. Les services proposés sont des opérations orthopédiques, mineures, pédiatriques, ophtalmologique et reconstructives.<sup>40</sup> Les soins post OP sont aussi prodigués sur le bateau.

Lors de notre stage, nous avons eu la chance de tomber sur les dates où était prévu un camp de chirurgie. Cette fois-ci, il y avait deux chirurgiens originaires du Bangladesh, un qui est présent pour des chirurgies mineures (kystes,...) et un autre spécialisé dans la cataracte. Ce camp a duré trois jours.

Les patients qui nécessitaient ces soins avaient été informés des dates lors de leur dernière consultation. Pour confirmer, ils étaient avertis par téléphone de la date exacte de l'opération. Les patients étaient appelés à venir un jour avant le début afin d'avoir le check-up préopératoire.

Sur les rives étaient installés un abri en tôle séparé en deux compartiments homme femme et qui peut contenir plus de 60 lits en bois. Les patients amènent leurs propres draps et nourriture.



Patient attendant à l'extérieur

Les opérations débutaient vers les 9h et se poursuivaient jusqu'à 20h. Deux types d'interventions étaient disponibles.

La première était l'opération de la cataracte. Le médecin était d'une très grande rapidité et traitait plus de 30 patients par jour. Dans la salle était à disposition tout le matériel nécessaire, qui était moderne. Un staff médical du bateau l'assistait. Le chirurgien a eu la gentillesse de nous expliquer ce qu'il faisait et les différentes techniques utilisées.

Plusieurs éléments nous ont marqué, tout d'abord le fait que le chirurgien ne changeait pas de gants entre chaque intervention. Ce qui n'est pas stérile pour les patients.

Deuxièmement, on nous a appris que l'association versait 700 Taka (10 Frs) par patient aux



<sup>40</sup> <http://friendship-bd.org/page/specialised-health-camp-24>

chirurgiens. On nous a fait comprendre qu'il était là uniquement pour l'argent et que son but était d'opérer un maximum de cas. Ce commentaire a froissé l'image qu'on a des médecins qui sont là pour la « bonne cause » et pour aider les pauvres. Nous avons du mal à imaginer que les médecins font du profit sur des personnes qui gagnent à peine 20 dollars par mois.

Dernièrement, le médecin est tout jeune et doit avoir uniquement quelque année de plus que nous.

La seconde opération disponible était la chirurgie mineure. Le médecin avant d'opérer, voyait ses patients pour la première fois le matin même. Uniquement quelques minutes étaient consacrées à l'examen physique. La plupart des motifs de consultation étaient des kystes, qui avaient parfois des tailles non négligeables. Beaucoup d'entre eux ont attendus de nombreuses années, voire parfois toute une vie avant d'avoir l'occasion d'enlever le kyste. Nous avons discuté avec certains patients et ils nous disaient qu'ils n'avaient pas les moyens de se faire opérer par un chirurgien. Sur le bateau, les frais pour l'opération étaient les mêmes qu'une consultation normale, soit 5 Taka pour les femmes et 10 Taka pour les hommes (70 Taka = 1 Frs).



Christel

Le déroulement se faisait de la manière suivante ; chaque patient attendait dans l'entrée jusqu'à que ce soit leur tour. Ils étaient appelés et ensuite entraient directement dans la salle d'opération pour s'installer sur la table. Uniquement une anesthésie locale leur était administrée. Les patients étaient d'un très grand courage, de même que les enfants. Ils ne montraient aucune émotion et aucune anxiété qui puisse déranger le chirurgien. A la fin, ils étaient raccompagnés dans l'abri, où ils restaient un ou deux jours et retournaient chez eux. Une semaine après, il leur était demandé de revenir dans le but de retirer les points de suture.

Nous avons eu la chance de pouvoir assister le chirurgien, vêtus d'un masque, d'un bonnet, d'une blouse et de gants stériles, nous avons pu apprendre à faire une anesthésie locale, tenir les écarteurs, éponger le sang et appris à faire des points de suture. Nous étions très heureux d'avoir pu participer.

#### 4. Clinique satellite

Les conditions géographiques et physiques ne permettant pas d'établir des cliniques statiques, Friendship est l'association pionnière du système de clinique satellite au Bangladesh. En effet, Friendship possède plus de 232 « cliniques » dans 94 chars (îles) différents faisant parti du district de Gaibandha et Kurigram. Ces cliniques sont souvent des huttes prêtées par quelqu'un, souvent travaillant dans le domaine médical. Une fois par semaine, une équipe consistant en :

- Un paramédical
- Un éducateur de la santé
- Une infirmière



Programme d'éducation des femmes

se rendent sur place avec un stock de médicaments et de contraceptifs pour prodiguer les soins de bases. Les services presque gratuits proposés sont :

- Soins généraux
- Soins pédiatriques (vaccination, infection respiratoire aiguë, diarrhée,)

- Soins gynéco obstétrique (soins ante et post-natal, planning familial, maladie sexuellement transmissible,)
- Médicaments gratuits

Le manque d'éducation et de moyens fait que le taux de naissance est très haut dans cette région isolée. Le programme de planning familial de Friendship vise à diminuer ce taux en utilisant des techniques sur le long terme. Avec des explications et en proposant différentes méthodes comme l'utilisation de la pilule, le préservatif, l'implant, les injections, la vasectomie, la ligation des trompes et le stérilet, une baisse de la natalité a déjà été remarquée.

En absence de l'équipe médicale, la pilule et des préservatifs sont mis à disposition aux villageois.

Dans le but de réduire la mortalité des enfants et des femmes, des sessions de vaccinations (Expanded Programme for Immunisation, EPI) sont organisées avec le soutien du gouvernement. Ce programme concerne uniquement les enfants entre 0 et 1 an et les femmes entre 15 et 49 ans. Les femmes sont averties à l'avance de la date de la session et s'y rendent avec leur enfant et leur carnet de vaccination. Les enfants sont vaccinés contre la polio, DTP, rougeole, hépatite B et tétanos.

Un programme de sensibilisation est aussi mis en place en parallèle des cliniques satellites. Fréquemment, des meetings ont lieux et rassemblent toutes les femmes et on leur enseigne des règles élémentaires sur<sup>41</sup> :

- 1) **l'alimentation** : La grande majorité de la population vivant sur les chars sont malnutris et spécialement les enfants. La raison principale est dû à un manque d'éducation et de connaissance. Le programme consiste à leur enseigner l'importance d'une alimentation équilibrée pour leur enfant et il y a souvent des démonstrations sur la façon de cuisiner.
- 2) **Les méthodes contraceptives**
- 3) **Les soins de l'enfant**, dans le but de diminuer la morbidité et la mortalité infantile. On leur enseigne comment se comporter quand un enfant est malade, ce qu'il faut faire et les signes de gravités.
- 4) **Les soins de la femme enceinte**, là encore on leur enseigne les règles principales à suivre lors d'une grossesse et leur apprend à reconnaître les signes de complications pour pouvoir les prendre en charge rapidement.
- 5) **L'hygiène en générale**, par exemple l'importance de se doucher et d'utiliser les latrines.

## 5. Friendship Community Medics

Pour assurer des soins de bases continus, un nouveau système a été introduit en 2008. Il s'agit de femmes du village même qui participe à des entraînements intensifs sur la prévention, les maladies, les soins de l'adulte et de l'enfant, l'alimentation, l'accouchement et l'utilisation de certains médicaments, et qui acquière ensuite la capacité de prodiguer les premiers soins et de faire de la prévention. Leur rôle est essentiel car ces personnes font le lien entre la communauté et le système de santé. Elles sont capables aussi d'identifier les problèmes et de pouvoir référer les cas graves directement au bateau hôpital présent dans la région.

Leur rôle est aussi d'organiser et d'informer les villageois de la présence hebdomadaire des cliniques satellites. Ce projet est aussi une occasion de donner des responsabilités et une source de revenus à des femmes. Elle possède aussi un stock de médicaments chez elles qu'elles doivent gérer.

---

<sup>41</sup> <http://friendship-bd.org/page/satellite-clinics-22>

## EDUCATION

Pour développer un pays, il est absolument nécessaire d'introduire l'éducation au sein de la population. C'est en ayant des êtres indépendants et instruits qu'il est possible d'avancer et de faire des progrès. En 2005, Friendship a développé un programme dont le but est d'augmenter le taux d'alphabétisation et de lettrisme. Actuellement il y a 16 écoles primaires dans la région du nord du Bangladesh. Les branches étudiées sont l'anglais, le bengali, les mathématiques, des sciences de l'environnement et il y a aussi des activités culturelles tels que la danse, le chant, l'éthique et l'écriture de poème. Le matériel est fourni gratuitement. Seulement 30 élèves entre 5 et 6 ans sont accueillis chaque année en 1<sup>ère</sup> primaire.



Les enfants qui finissent le programme peuvent accéder directement au système scolaire secondaire gouvernemental.

Faute de moyens, il n'est pas possible d'accueillir tous les enfants du village. Plusieurs projets ont été mis en place pour combler ce déficit.

Tout d'abord, un projet qu'on appelle les écoles satellites, a été mis en place sur différents chars. Un professeur accompagne une classe de 25 élèves tout au long des six ans. Le programme est non formel et simplifié. Il consiste à enseigner des branches basiques qui permettent aux enfants de savoir en tout cas lire, écrire.

Puis un projet qui porte le nom de « teach a friend » permet d'étendre le niveau d'éducation. L'idée consiste à partager avec un autre ami qui n'a pas l'occasion d'aller à l'école, ce qu'il a appris le jour même en cours. Selon nous, c'est un bon moyen pour disséminer le savoir. Malgré tout, ce programme demande beaucoup d'assiduité de la part des enfants. C'est pourquoi nous pensons que l'utilité de ce système sur le long terme laisse à désirer.

D'autres projets cette fois-ci concernant les adolescents et les adultes existent. Le but est de leur apprendre en premier lieu à lire et à écrire. Ensuite, il existe des programmes pour les former professionnellement dans différents domaines. Cela leur permet d'avoir un meilleur revenu et de réduire la pauvreté tout en leur donnant des qualifications pour un métier précis. Les apprentissages sont disponibles dans le domaine de : la mécanique, la couture, la plomberie, l'électricité, la pêche, l'agriculture, la menuiserie et la peinture.

## PRISE EN CHARGE DE LA POPULATION LORS DE CATASTROPHES NATURELLES

Le Bangladesh est un pays particulièrement touché par des catastrophes naturelles. Selon la saison, le risque d'inondation et de cyclones est augmenté.

En 2004 et en 2007, des inondations ont dévastés le pays. Friendship en réponse a délivré en urgence d'importantes rations de nourriture aux sinistrés. Puis pour aider les gens à reconstruire ce qui a été emportés par l'eau, les fermiers (en majorité dans cette région) ont reçu des semences pour recommencer leur culture. De plus, dans certaines régions, des maisons et de l'eau ont été mis à disposition en attendant que les conditions s'améliorent.

En 2007, un cyclone particulièrement violent a causé une destruction massive des régions du sud du Bangladesh. Immédiatement après la catastrophe, des équipes ont été envoyées sur les lieux et ont mis en place un plan de sauvetage en 3 étapes :

1. Distribution de vivres et envoi de plusieurs équipes médicales dont des médecins et infirmiers étrangers. La durée des soins et de distribution a été de 1 mois.
2. Reconstruction des abris et des sources d'eau
3. Réhabilitation des zones les plus touchées en leur fournissant du matériel (bateau, panneau solaire, graines, essence, puits, filet de pêche,...) avec l'aide du gouvernement et d'autre ONG. Le but est aussi par la même occasion de leur apporter une meilleure qualité de vie.

## SOUTIEN ECONOMIQUE

Friendship a depuis peu développé un projet qui consiste à soutenir sur plusieurs fronts, l'économie de la population des chars pour réduire la pauvreté. Le but est de développer des mécanismes générateurs de revenus durables à travers la micro épargne, la micro assurance et la mutualisation des risques liés à l'emprunt.<sup>42</sup> A la différence du microcrédit, ce projet donne les besoins initiaux au démarrage d'une activité économique tout en initiant la notion d'épargne et de prêts.

La première étape est de former des « Friendship Char Development Committee manager » pour gérer et développer le projet qui consiste à générer des revenus. Par des formations adaptées, on leur enseigne les bases sur l'agriculture, l'élevage de bétail et ainsi que la gestion de leurs biens. Le programme dure 6 mois. Le but de cette formation est de rendre les managers capables de prendre en charge et d'éduquer des villageois pour qu'ils puissent créer leur propre coopérative dans les 3 à 5 ans à venir.

A la fin, selon leur besoin et pour les aider à débiter, Friendship fournit individuellement des biens matériels comme des téléphones mobiles pour la communication, du bétail, des bateaux, des pompes d'irrigations, des semences et de l'engrais.

Le but est de créer de nouvelles sources de revenus pour les habitants des chars, d'améliorer

leurs compétences, d'augmenter la productivité agricole, les former à la gestion commerciale, favoriser les échanges et l'accès au marché, mais surtout de leur donner l'occasion d'être autonome.

Une autre branche du projet consiste à leur faire connaître la notion de micro épargne. On leur propose de mettre de côté 10 Taka (15 cts environ) par mois. Cet argent servira pour plus tard de fond pour lancer une activité lucrative ou sera utilisé en cas de catastrophe naturelle pour la relocation du logement.

Afin d'aider la population lors de crise, un système de micro assurance a été mis en place. Il donne une impression de sécurité pour le future. Il est financé par le profit des autres projets décrits ci-dessus. Cela motive les personnes à réussir et à conserver leur source de revenu. S'il y a un profit, toute la communauté en profite et Friendship peut retourner à son investissement capital, mais s'il y a des pertes, tout le monde est perdant. Ce concept est appelé le « risk sharing » ou mutualisation des risques. Au final, il n'y a pas de profit qui se fait au détriment des autres.

## CONSERVATION DU PATRIMOINE CULTUREL

Le Bangladesh est un pays riche en fleuves, c'est la raison pour laquelle un des modes de transport le plus commun est le bateau. De plus, c'est moyen économique et pratique pour les habitants. Il y a dans ce pays une accumulation énorme depuis plusieurs siècles de savoir et d'héritage naval. Yves Marre, un des co-fondateurs de l'association Friendship, est un passionné de bateau. C'est lui qui a eu l'idée de créer un hôpital flottant. Friendship a créé un projet qui consiste à préserver les anciennes techniques de construction et de les partager au public. Il y a eu par le

---

<sup>42</sup> <http://www.fondation-internationale-carrefour.org/docroot/groupe/fondation/Acueil/Actions/Nos%20actions%20internationales/r%C3%A9sum%C3%A9%20Bangladesh%20Friendship.pdf>

passé, plusieurs expositions à Dhaka et à Paris de bateaux miniatures tout en respectant l'échelle et les techniques traditionnelles utilisées. La création d'un musée fixe est un de leur projet dans l'avenir.



Carte des activités de l'association Friendship, le point jaune indique la localisation du bateau EFH

## STAGE IMC

### Préparation du stage

Nous voulions trouver un stage dans la région du subcontinent Indien. Nous ne savions pas exactement comment procéder dans cette démarche. Néanmoins, comme nous étions intéressés par une région spécifique, nous pouvions cibler nos recherches. Nous avons choisi cette région, parce qu'un membre de notre groupe avait déjà travaillé au Bangladesh. En écoutant ses expériences, nous avons pensé que ce pays se prêterait parfaitement à notre stage d'immersion en communauté.

Nous avons alors cherché les différentes possibilités s'offrant à nous. Notre première démarche a été de consulter les dossiers des stages des volées précédentes, afin d'obtenir d'avantages d'informations qui nous seraient utiles durant la préparation du stage. Cela nous a permis de nous faire une idée sur les types de projets réalisables et sur les associations que nous aurions pu contacter.

Malheureusement, très peu d'informations sur les contacts utilisés par nos prédécesseurs étaient disponibles sur le site de l'université. Nous avons fortement apprécié l'effort fourni par certains de nos collègues, qui essayent de créer une continuité dans les projets existants, en suggérant aux anciens étudiants de transmettre les contacts qu'ils ont eux-mêmes utilisés pour leur propre stage. Cette démarche, d'une part facilite la préparation du stage pour les volées suivantes et d'autre part peut être bénéfique pour les organisations accueillant les étudiants de notre université.

Ainsi, nous avons pu trouver une association basée en Inde s'occupant des mères et des enfants. Nous avons en premier lieu contacté la personne sur Genève qui était en lien avec l'Institut for Indian mother and child. Suite à ces entretiens, on nous a conseillé de nous inscrire sur internet, depuis un site basé en Italie. Nous avons procédé comme conseillé, mais malheureusement nous n'avons pas pu trouver un accord parce que certains de nos collègues avaient déjà finalisé leur projet avec la même association.

Nous étions alors quelque peu désemparés. Nous avons commencé à naviguer sur internet espérant trouver une option nous convenant tant dans la destination que dans le programme de l'association. Nous avons passé beaucoup de temps à faire des recherches et à envoyer des mails et avons été surpris par la lenteur, voire l'inexistence, de communication. En effet, nous avons reçu très peu de réponses et commençons à désespérer jusqu'à ce que nous trouvions, par une illumination nocturne, l'association Friendship basée au Bangladesh.

Nous étions extrêmement motivé de pouvoir travailler avec cette organisation, qui essaye d'avoir l'approche la plus globale possible pour tenter d'améliorer le quotidien de leur population cible.

Nous avons contacté Friendship par e-mail et à notre plus grande surprise, avons reçu très rapidement une réponse positive. Notre contact, Dr. Rupa Patel, nous a été d'une grande utilité pour toute la préparation de notre stage. Nous leur avons émis notre envie d'effectuer un questionnaire visant à observer les difficultés rencontrées par la population des chars lorsqu'ils veulent avoir accès aux services de santé. L'association Friendship a été dès le début fortement enthousiaste quant à notre proposition. Ce projet semblait particulièrement les intéresser parce qu'ils avaient très peu d'informations statistiques à propos de cette population spécifique.

Nous étions très satisfaits voyant l'intérêt qu'ils portaient à notre questionnaire. Ils nous ont rapidement proposé les services, contre rémunération, d'un médecin Bangladeshi. Ce dernier aurait dû nous aider pour la traduction de notre questionnaire ainsi que pour l'analyse statistique que nous aurions dû effectuer par la suite. Avec l'aide de ce médecin, nous aurions également pu faire paraître les résultats obtenus dans une revue médicale. Nous avons

longuement hésité mais avons finalement accepté l'aide de ce médecin, décision que nous avons regretté par la suite.

Paradoxalement, malgré leur enthousiasme, nous avons éprouvé beaucoup de difficultés à obtenir des feed-back pour qu'on puisse améliorer notre questionnaire. Nous avons regretté ce manque de communication lorsque nous sommes arrivés sur place. Une meilleure collaboration nous aurait évité bien des problèmes par la suite (cf. Problèmes rencontrés).

Malgré ces désagréments, la planification du stage c'est bien déroulée. Nous étions assurés de pouvoir effectuer notre stage au sein de leur association. Notre correspondant nous fournissant tous les documents nécessaire pour la validation de notre projet. Cependant, nous sommes restés perplexes jusqu'à notre arrivée à Dhaka ne sachant pas exactement ce que nous allions faire sur place. Nous étions très motivés à mener notre projet mais nous voulions également pouvoir observer le travail quotidien du personnel médical travaillant sur le bateau de Friendship. Nous avons peur, suite à l'intérêt porté à notre projet, qu'ils attendaient que nous nous consacrons à plein temps à notre questionnaire. Nous leur avons demandé d'avantages d'informations à maintes reprises mais n'en n'avons jamais obtenu.

A présent, il ne nous fallait plus que d'acheter les billets d'avion et faire les visas.

## EMIRATES FRIENDSHIP HOSPITAL

Il s'agit du nom du bateau sur lequel on se trouvait. Nous savions que Friendship avait deux bateaux hôpitaux, mais ne savions pas sur lequel nous allions faire le stage. C'est seulement en arrivant que nous avons découvert que c'était celui là. Le LFH (Lifebuoy Friendship Hospital) est plus vieux et est maintenant en rénovation.

Nous sommes partis sur le terrain, le 21 mai depuis Dhaka. Le voyage en bus a duré 8 heures. Nous sommes descendus à Chilmari, une des villes les plus proches de l'EFH. Notre première approche avec la population a été surprenante. Nous avons dû attendre une quinzaine de minutes notre guide et étions tout de suite entourés par une cinquantaine de personnes nous dévisageant et nous prenant en photo avec leurs téléphones mobiles. Plus le temps passait et plus nous attirions la foule. C'était une étrange sensation plutôt désagréable. Fort heureusement, notre guide n'a pas tardé et avons pris le rickshaw pour nous rendre au port, où un bateau traditionnel à moteur nous attendait. Après 30 minutes de voyage, nous sommes arrivés. Le bateau était amarré.

L'Emirates Friendship Hospital fait 28 mètres de longueur, 12 mètres de hauteur et 180 tonnes. La construction de ce catamaran spécialement pour en faire un bateau hôpital a nécessité trois ans de construction à Dhaka. Les travaux ont coûté environ 12 millions de Taka (171'000 Frs). Lorsque nous étions sur place, cela faisait un an et sept mois qu'il était en service. Il paraissait beaucoup plus ancien. Il possède quatre étages.

### Sous-sol :

- Cabines du staff médical. Il y a dix cabines qui contiennent à chaque fois trois lits.
- Espace pour stocker du matériel

### Rez-de-chaussée : C'est ici que se passent les consultations.

- Il y a un couloir qui accueille les patients et qui fait office de salle d'attente
- un comptoir où les patients peuvent s'enregistrer et payer
- un comptoir pour distribuer les médicaments
- deux salles de consultations générales avec à chaque fois une table pour l'examen physique
- une salle de consultation gynécologique avec une table d'examen physique
- une salle de consultation ophtalmologique
- deux blocs opératoires
- deux salles reliées qui contiennent huit lits en tout pour accueillir des patients
- un laboratoire avec une machine pour faire des radiographies et du matériel pour faire des examens de dépistage
- une salle de stérilisation
- une salle pour le lavage des mains
- la salle de bain et les toilettes pour le staff médical

### 1<sup>er</sup> étage : Cet étage est réservé au personnel du bateau, il y a :

- deux cabines de deux lits
- la cuisine
- la salle à manger des employés
- la salle à manger pour les médecins, le commandant du bateau et nous
- un salon où se passent les réunions, il y a aussi des livres et deux télévisions où le staff se retrouve après le travail pour regarder des films Bollywood

- un grand pont à l'extérieur

**2<sup>e</sup> étage** : Espace réservé pour les invités, c'était où nous logions. Il y a :

- trois cabines de deux lits
- une salle de bain
- un pont
- les commandes du bateau

Il a été inauguré le 20 novembre 2008. Il a tout d'abord commencé son service à Dhaka et est resté six mois dans la capitale. Les critères de sélection de l'endroit choisi pour l'amarrage dépendent en premier, de la sécurité du bateau, puis ensuite du nombre de personnes servies. Le but est de se déplacer tout en préservant le staff et le bateau. Ils choisissent aussi en fonction de l'état de rive, du courant et du niveau de l'eau. Ils essaient aussi de se déplacer le moins fréquemment possible, car le transport du bateau coûte 140 Frs de l'heure en essence. Depuis Dhaka, le bateau a parcouru 2055 kilomètres jusqu'à Gopalgong, remorqué par plusieurs bateaux de taille plus petite. Les chars visités et la durée d'amarrage sont les suivants :

- Dhaka : 6 mois
- Gopalgong : 3 mois
- Savar : 4 mois
- Sirajgong : 1 mois
- Nowshila : 15 jours
- Montola : 2 mois et demi
- Bozradierkata : lieu où nous étions

Lorsque nous sommes arrivés le premier jour sur le bateau, nous étions à Montolar. Nous sommes restés uniquement 4 jours sur ce char. En raison de la dégradation de la rive qui se faisait emportée petit à petit par la rivière, nous avons dû changer pour un char avec une rive plus stable. Nous nous sommes rendus à Bozradierkata, à environ 1 heure de bateau. Le déplacement a duré une journée. Il a fallu ranger le matériel déposé sur la rive, il y avait les lits d'hôpitaux qui ont servis lors des camps de chirurgie. Il a aussi fallu lever les ancrs dont une était ensevelie sous le sable et qui était particulièrement résistante à monter.

Des bateaux annexes suivent toujours l'EFH. Il y a :

- 1) Un ancien voilier où il est possible de loger quatre personnes et de stocker du matériel.
- 2) Le bateau ambulance en cas d'urgence
- 3) Un bateau qui est là pour offrir un logement aux médecins en visite et pour les invités. Il y a une dizaine de places dans des cabines plus luxueuses que sur l'EFH.
- 4) Des barques en bois avec moteur pour les petits déplacements

## **L'EQUIPAGE DU BATEAU ET LE STAFF MEDICAL**

Il y a en tout une trentaine d'employés, mais tous n'étaient pas là au même moment. Ils travaillent durant soixante jours d'affilés et ensuite ont 10 jours de repos où ils rentrent chez eux. L'équipe consiste en :

- un commandant
- un capitaine du bateau
- un médecin
- trois paramédicaux

- un dentiste
- un paramédical spécialisé en ophtalmologie
- une paramédical spécialisée dans les soins gynécologique et obstétrique
- plusieurs infirmiers
- deux laborantins
- une éducatrice de la santé
- plusieurs personnes qui s'occupent du côté administratif du bateau
- deux cuisiniers
- une dizaine de personnes qui s'occupe de l'entretien du bateau et du service en cuisine



Taposh le dentiste



Mannan lors d'une consultation



Le laboratoire



Enregistrement et accueil d'une patiente



Le cuisinier

Le système de formation du personnel médical est totalement différent de celui qu'on connaît en Suisse. Le gouvernement facilite des cursus qui se font généralement sur trois ou quatre ans pour devenir un paramédical. Ils ont un rôle similaire au médecin. Ces formations accélérées permettent de combler le déficit de médecins dans les zones rurales. Les paramédicaux peuvent donner des consultations, prescrire des médicaments et demander des tests. Ils ont amplement les capacités pour traiter les maladies de bases. Il est arrivé que parfois nous nous apercevions qu'ils avaient tout de même des lacunes sur certains points plus complexes. Pendant les dix jours de repos du médecin, ce sont eux qui prennent la responsabilité des patients.

Presque tout le personnel médical était jeune et venait de terminer leur étude. Même le médecin qui venait de terminer son travail de mémoire avait un peu moins de trente ans. Il était notre responsable et nous a beaucoup aidé dans notre travail. En discutant avec lui et plusieurs autres personnes, nous avons remarqué pour eux qu'il était difficile de travailler dans ces conditions. En effet ils sont loin de leur famille et amis et on très peu de liberté sur le bateau. De plus, le médecin nous a dit qu'il y avait très peu de diversité dans les motifs de consultation et que c'était pour lui pas très intéressant et qu'il souhaitait plus tard travailler en ville dans le privé. On nous a aussi souvent mentionné que travailler avec une population peu éduquée était un vrai challenge pour eux. Les patients ne comprennent pas toujours ce qu'on leur explique, il faut avoir beaucoup de patience. Taposh, le dentiste qui avait presque notre âge, nous a aussi expliqué les conditions difficiles qu'il avait pour travailler. Les personnes vivant sur les chars ne connaissent pas l'hygiène dentaire, surtout chez les personnes plus âgées, qui de plus mâchent du tabac et ont les dents toutes noires.



Zaheeda, « health educator » d'EFH

Nous admirons beaucoup leur courage et leur persévérance auprès de cette population.

## EXEMPLE D'UNE JOURNÉE TYPE SUR LE BATEAU

**8h00** : Petit déjeuner avec le commandant ou le médecin (attention, jamais avec les deux car ils ne s'entendaient pas pour une raison inconnue). Nous avons souvent du pain indien (galette appelée naan, roti ou paratha) avec du curry de légumes avec un œuf et un thé.

**10h00** : Des patients arrivent par bateau et attendent le début des consultations sous un abri.

**10h30** : Démarrage du générateur et début des consultations.

Les patients se mettent en file pour entrer et attendent d'être enregistrés à l'accueil. Toutes les données sur le nom, l'âge, sa date de naissance et son village sont rentrées dans un ordinateur. C'est aussi là bas qu'ils contribuent à la visite médicale. Les coûts sont les suivants : 10 Taka pour les hommes et 5 Taka pour les femmes et les enfants lorsque c'est la première consultation, 2 Taka de moins pour les consultations suivantes. Ce prix est surtout symbolique et comprend la consultation, les soins et les médicaments. Ensuite, le staff triait les patients selon leur motif de consultation, il prenait les dossiers et les apportait aux médecins / paramédicaux qui les appelaient au fur et à mesure. La consultation durait environ 5 minutes et était surtout basée sur l'anamnèse. Parfois, les patients étaient envoyés aux laboratoires pour faire des tests ou bien on leur prescrivait des médicaments qu'il allait chercher à la pharmacie. Les données du nombre de médicaments distribués étaient entrées dans un ordinateur. On leur rappelait aussi quand et combien de temps prendre les médicaments.

En parallèle, nous avançons notre questionnaire.

**11h30** : Pause thé que nous ne prenions jamais car nous étions trop occupés.

**13h00** : Derniers patients. Lors de forte affluence, les consultations pouvaient aussi finir à 16h00.

**14h00** : Pause déjeuner. Un repas typique se composait de riz, de concombre, d'un curry au poisson ou à la viande, d'un curry de légumes et d'un thé à la fin.

**16h00** : Ils éteignent le générateur. Nous en profitons pour entrer les données journalières du questionnaire dans notre ordinateur portable.

**17h30** : Partie de football pour les hommes dans un champ. Parfois partie de volley-ball, où Christel et Aurélié avait le droit d'y participer.

**19h00** : À la tombée de la nuit, le générateur était rallumé et l'équipage, surtout les hommes, regardait des films indiens à la télé.

**21h00** : Dîner, avec un menu semblable au déjeuner

## Problèmes rencontrés

Les problèmes que nous avons rencontrés sont surtout apparus à partir de notre arrivée à Dhaka. Toutefois, ce n'étaient pas des problèmes de très grandes importances.

- **Questionnaire :**

Nous avons eu l'idée de faire un questionnaire visant à déterminer, dans la mesure du possible, les difficultés rencontrées par la population des Chars lorsqu'ils veulent avoir accès aux services de santé. Pour cela, nous nous sommes basés sur un questionnaire fait par l'OMS. Ce dernier n'était pas spécifiquement destiné à notre population cible donc notre travail était de l'adapter. Pour ce faire, il nous fallait l'aide de personnes connaissant la culture locale et les réalités du "terrain" pour nous guider dans notre tâche. En effet, nous devons trier les questions pertinentes, en ajouter des nouvelles afin d'obtenir des résultats plus intéressants. Nous aurions fortement apprécié de pouvoir commencer les modifications lorsque nous nous trouvions à Genève dans de bonnes conditions de travail. A Dhaka, il nous manquait les infrastructures logistiques (internet, imprimante...) et nous avions très peu de temps à notre disposition.

Notre questionnaire devait également être traduit en Bengali pour faciliter la compréhension avec les patients et les personnes nous assistants durant les interviews. Pour cette tâche, un membre de l'association nous a aidé.

Là encore, il aurait été utile de commencer cette traduction avant notre départ.

Ce manque de communication a fait que nous sommes arrivés à Dhaka avec un questionnaire inutilisable tel qu'il était et non traduit. Nous avions à notre disposition seulement quelques jours pour faire tous les changements nécessaires, parce que nous devons absolument imprimer les questionnaires avant notre départ pour le bateau.

Cette situation n'était pas très agréable, ni pour le traducteur ni pour nous, puisque nous avons dû travailler sous stress. Cela a malheureusement affecté la qualité de notre questionnaire.

- **Paiement :**

Un autre problème, et peut être le plus important, a été tout ce qui concerne le paiement de notre stage. Le coût final a largement dépassé ce que nous nous étions imaginé. Nous n'avons pas apprécié qu'on nous communique les prix seulement après notre arrivée sur place. On nous a mis, en quelque sorte, devant le fait accompli et nous n'avons pas mot à dire. Nous avons l'impression qu'ils ne prenaient pas en considération le fait qu'on soit des étudiants.

A notre arrivée à Dhaka nous avons du loger dans un hôtel choisi par l'association. Le prix de la chambre était beaucoup trop élevé pour des étudiants. Au total, nous avons dû rester une semaine à Dhaka ce qui a déjà bien entamé notre budget. Ensuite, pour surenchérir le coût du séjour dans cette ville, l'association nous a fourni un chauffeur pour faciliter nos déplacements que nous avons dû payer. Même s'il est vrai que ce chauffeur nous a été utile par rapport à notre sécurité et pour nos rendez-vous, cela représente un coût additionnel et pas des moindres.

Finalement, la plus mauvaise surprise a été celle du prix demandé pour toutes les accommodations de notre séjour sur le bateau. Nous avons presque l'impression de faire du tourisme de luxe ce qui était loin de ce que nous recherchions. Ce sentiment était en contradiction avec le mode de vie de la population des chars, puisque qu'une journée revenait au salaire mensuel de la plupart des patients que nous côtoyions.

- **Dr Tanvir:**

Lorsque nous avons proposé notre projet d'étude de la population des chars, notre contact au sein de l'association Friendship nous a conseillé de s'attacher les services d'un médecin indépendant de Friendship, mais expert en ce qui concerne les études de terrain. Il faisait parti de l'ICDDR,B (International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh) un centre très influent au Bangladesh.

Dans un premier temps, nous avons dû payer ce médecin relativement cher mais finalement, comme nous étions très déçus par son travail, nous avons été remboursés.

Il ne nous a été d'aucune utilité quant aux modifications que nous devions effectuer sur notre étude. Il était également supposé nous aider dans la traduction de notre questionnaire, travaille qui a été fourni par une autre personne par la suite. Lorsque nous nous trouvions sur le bateau, nous n'avons eu trop peu de contacts pour que cela eût été utile.

Finalement, il était aussi supposé nous aider dans toute la partie concernant l'analyse statistique que nous devions effectuer avec les résultats récoltés. Une fois de plus rien n'a été fait dans ce sens.

La collaboration avec le Dr Tanvir partait d'une bonne intention de la part de Friendship. Par un manque de communication et une mauvaise compréhension des buts recherchés, cela n'a pas marché. De plus, il était très occupé car on nous a dit qu'il travaillait très dur pour obtenir les fonds de la Bill Gates Foundation pour soutenir ICDDR,B.

- **Liberté :**

Une des difficultés rencontrées durant notre stage, et en particulier sur le bateau, était le manque de liberté. De manière générale, il y a au Bangladesh une pratique très prononcée de l'hospitalité. Nous avons remarqué que lorsqu'un Bangladeshi reçoit un invité il doit s'occuper d'absolument tout, laissant très peu d'autonomie à celui qu'il accueille. Nous avons l'impression que les personnes que nous côtoyions ressentaient le besoin de nous seconder dans toutes nos activités quotidiennes.

Par exemple, il fallait absolument que quelqu'un soit présent lors de tous nos déplacements. Nous ne pouvions pas sortir seuls du bateau. Rester sur un bateau restreint fortement toute possibilité de déplacements, et en plus pour sortir du bateau il fallait demander la permission du responsable et qu'une personne locale nous accompagne. Cet exemple peut être étendu à beaucoup d'autres activités engendrant chez nous un sentiment, parfois assez prononcé, de frustration.

Un autre problème, qui a également une origine culturelle, concerne surtout les femmes. Au Bangladesh, les femmes n'ont pas accès aux mêmes activités que les hommes. Par exemple, le responsable du bateau nous a clairement expliqué que les femmes n'avaient pas le droit de jouer au football ni de pratiquer la plupart des sports. Ceci accentuait encore la frustration liée au manqué d'autonomie ressentie par les filles du groupe.

Ce manque de liberté était aussi présent durant les consultations que nous pouvions observer. Malgré de nombreuses demandes ils ne voulaient pas vraiment qu'on les aide dans leur travail. Le personnel médical était ravi de nous accueillir dans leur bureau et de nous montrer leur travail quotidien, mais nous sentions que notre présence devait s'arrêter au rôle d'observateur. Ceci dit, ce dernier point n'a aucunement péjoré l'entente que nous avons avec ces professionnels de la santé.

## Impressions

### Consultation par l'équipe paramédicale

Le staff médical est composé d'un médecin ayant accompli un cursus médical complet, d'un dentiste, un ophtalmologue, deux pharmaciens et de plusieurs paramédicaux. Dans la communauté, les paramédicaux sont considérés comme de vrais médecins. Les consultations données par le médecin qualifié correspondent en grande partie à ce que l'on peut observer dans nos hôpitaux. En revanche, nous étions parfois très surpris de constater de grandes différences lorsque nous assistions aux consultations des paramédicaux. Ces différences vont de l'anamnèse jusqu'à la prescription des médicaments. Nous allons décrire une consultation type en donnant nos impressions.

Le para-médique accueille le patient dans son bureau. Un entretien dure en moyenne 5 min et il peut recevoir en moyenne 50 patients par jours. Ce dernier chiffre peut varier considérablement. Le nombre de patients augmentant lorsque le bateau vient de s'amarrer sur un nouveau Char ou bien à l'approche d'un camp de chirurgie. Le para-médique ne peut consacrer que très peu de temps pour chaque patient. Sur ce point, nous pensons qu'un effort pourrait être fait en changeant les horaires de travail en passant d'une journée de 6 heures à une journée de 8-10 heures.

Le para-médique procède alors à l'anamnèse. Il demande au patient le motif de la consultation. Le patient lui explique très brièvement, avec ses mots, ce qui lui arrive et le para-médique n'essaye pas d'aller chercher plus loin. Il lui pose très peu de questions. Nous étions étonnés de voir qu'ils ne tentaient pas réellement de caractériser les symptômes ni de chercher des diagnostics différentiels. Le para-médique restait très en superficie, ne passant pas assez de temps, à notre goût, pour obtenir d'avantage d'informations. Nous étions fortement surpris puisque durant nos études, on nous apprend à poser énormément des questions, afin de pouvoir cibler avec le plus de précision possible le problème du patient. Il nous paraissait alors très difficile pour le para-médique de savoir de quelle manière il devait procéder lors de la suite de l'entretien.

Ensuite, vient le moment de l'examen physique. Cet examen est en général très rapide puisqu'il dure en moyenne moins d'une minute. Encore une fois, nous avons constaté le même problème que lors de l'anamnèse, le para-médique restant en superficie et n'obtenant qu'une partie des informations. Par rapport à ce que nous apprenons durant notre apprentissage universitaire, l'examen physique pratiqué par ces professionnels de la santé était incomplet puisqu'il consistait en majeure partie à une simple exploration visuelle. Durant l'examen physique nous avons rarement vu le para-médique appliquer les tests et techniques que nous apprenons. Mise à part une prise de tension de temps à autre et quelques auscultations, cette partie de la consultation restait très pauvre en examens.

Ce manque d'informations obtenu vient s'ajouter à celui de l'anamnèse. Nous étions parfois interloqués à ce stade de la consultation puisque jusque là, ce qu'on observait était aux antipodes des ce que l'on nous enseigne. Durant nos études, on nous répète systématiquement qu'une bonne récolte d'informations est une étape primordiale dans la recherche du bon diagnostic. Nous ne savions pas comment la para-médique pouvait continuer son entretien et donner un diagnostic, sans s'exposer à de grandes et peut-être dangereuses erreurs médicales.

La consultation arrive bientôt à son terme et le diagnostic, tant attendu par le patient, va alors arriver. En vue du reste de l'entretien, nous nous demandions sur quelles bases le para-médique allait formuler son jugement. Nous étions souvent surpris par les simplifications dans l'explication donnée aux symptômes faite par le para-médique, ainsi que par la non prise en compte d'autres diagnostics potentiellement corrects. Nous avions l'impression qu'ils ne connaissaient qu'une liste limitée de pathologies concernant chaque système et donc, par manque de connaissances,

des raccourcis étaient pris. Nous n'avions pas l'impression qu'ils appliquaient un raisonnement scientifique pour trouver la bonne solution.

Les patients acceptent le diagnostic sans poser de questions. Cela s'explique sûrement par un manque de connaissances médicales mais aussi par un respect et une confiance, peut-être trop importante, à celui qui porte la blouse blanche.

Le para-médique prescrit alors des médicaments aux patients. Nous étions étonnés par la quantité et par la diversité des médicaments prescrits. Chaque patient recevait plusieurs médicaments et très souvent des antibiotiques. Nous ne sommes pas habitués à voir de telles démarches, puisqu'on nous apprend à ne prescrire que si nécessaire, surtout s'il s'agit d'antibiotiques. Nous avons l'impression que l'une des attentes principales des patients était de recevoir des médicaments. Un patient satisfait rend le médecin également satisfait. Nous assistions presque à des situations insolites, mais tristes, où le médecin et le patient trouvaient leur compte alors que la qualité des soins n'était pas suffisante. Malheureusement, cette situation dure depuis un moment et nous ne savons pas si elle va changer de si tôt.

Nous précisons encore une fois, que ces critiques concernent certaines des prestations fournies par les para-médiques et que cela ne signifie pas que toutes leurs prestations sont mauvaises, loin de là. Nous précisons également que les autres personnels de santé sur le bateau, notamment le médecin qualifié, exécutent un excellent travail.

Nous étions juste parfois étonnés par le déroulement de certains des entretiens, nous inquiétant pour le patient, dans la mesure où nous ne savions pas forcément s'il allait mieux se porter après la consultation. Ce qui nous dérangeait était de savoir que le patient ne recevait pas le meilleur traitement, alors que les infrastructures médicales étaient présentes mais qu'elles n'étaient pas correctement exploitées.

A nous de replacer ce que nous avons observé dans son contexte. Cette association s'occupe d'une population qui n'a accès à aucune infrastructure médicale quelle qu'elle soit, et essaye de faire de son mieux. Il faut aussi se demander ce qui est préférable pour la population, entre avoir des associations comme Friendship mais avec le risque d'être victime de quelques erreurs médicales, ou bien de n'avoir aucune assistance médicale. Il faut également rajouter que tout le personnel soignant est réellement impliqué dans leur travail. Nous savons que leur travail est primordial pour la population des Chars et qu'il doit absolument continuer.

La comparaison est parfois brutale parce que nous comparons le système Suisse reconnu comme étant l'un des meilleurs au monde, avec celui d'un pays extrêmement désorganisé en particulier en ce qui concerne leur système de santé. Il est juste frustrant d'observer un système qui est bon mais qui pourrait être encore meilleur, si les infrastructures déjà en place étaient mieux exploitées.

## Prescription des antibiotiques

Comme nous l'avons mentionné lors de la description des consultations, les médecins et les para-médiques prescrivent énormément de médicaments dont très souvent des antibiotiques. Lorsqu'ils sont prescrits par les para-médiques, il est probable que ces médicaments ne soient pas toujours indiqués voir peut-être nocifs pour le patient. La prescription des antibiotiques est faite alors que le diagnostic repose uniquement sur l'appréciation de la personne soignante, et qu'il n'est que très rarement confirmé par des examens complémentaires. Il nous est venu à l'esprit le problème de résistance que cela pouvait engendrer.

Le médecin qualifié travaillant sur le bateau nous racontait qu'il recevait régulièrement des patients avec des pathologies à des stades avancés qui étaient résistant à la plupart des antibiotiques qu'il avait à sa disposition. Il nous faisait part de son désarroi face à ces patients puisqu'il ne pouvait pas les aider. Pour que ces patients reçoivent des

soins, il leur conseillait d'aller dans les grands hôpitaux de la région. Malheureusement, ces hôpitaux sont situés très loin de leur villages. Ces patients, n'ayant que très rarement les moyens et le temps d'y aller, restent en fin de compte non traités et voient leur état de santé s'empirer.

Nous pensons que ce problème de résistance peut venir d'une part, à cause d'une utilisation abusive des antibiotiques et d'autre part, à cause d'un manque de connaissances médicales de la part des patients.

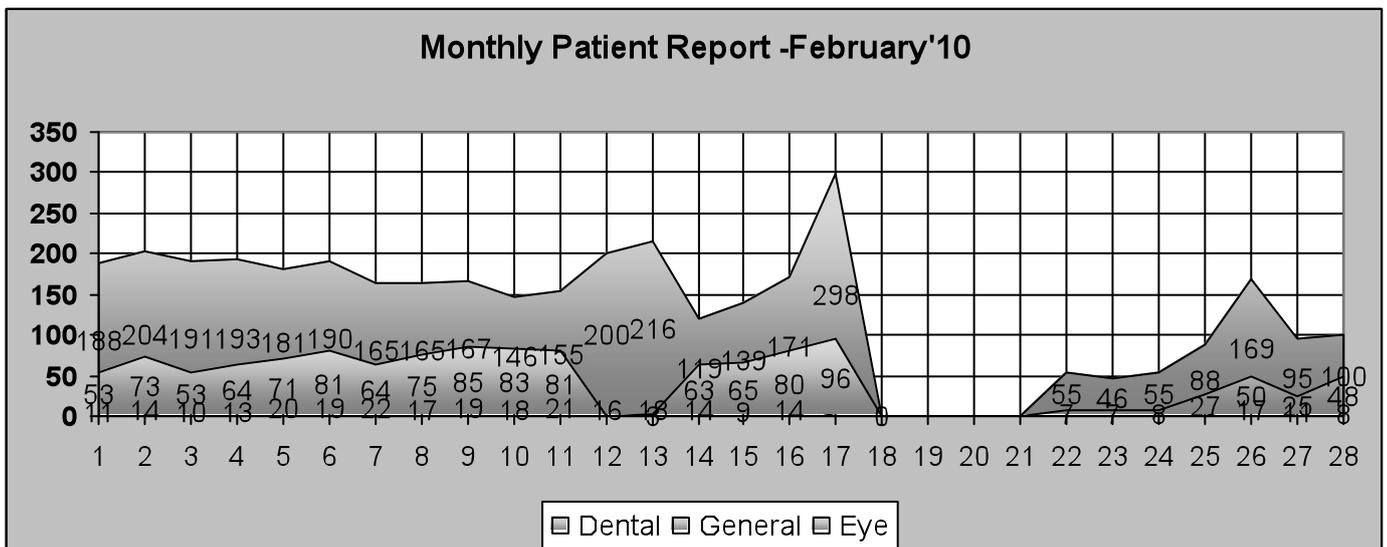
Sur de dernier point, il est fort probable que la compliance thérapeutique ne soit pas très bonne. Les patients ne sont pas suffisamment informés sur la manière de prendre les médicaments, ainsi que sur la nécessité de terminer le traitement une fois commencé. Il est également probable que d'autres facteurs viennent encore s'ajouter à ceux mentionnés, mais le résultat donne une situation propice à une sélection de mutations résistantes aux antibiotiques, au sein de ce grand nombre de patients incorrectement traités.

### RECAPITULATIF DES ACTIVITES DE L'EFH

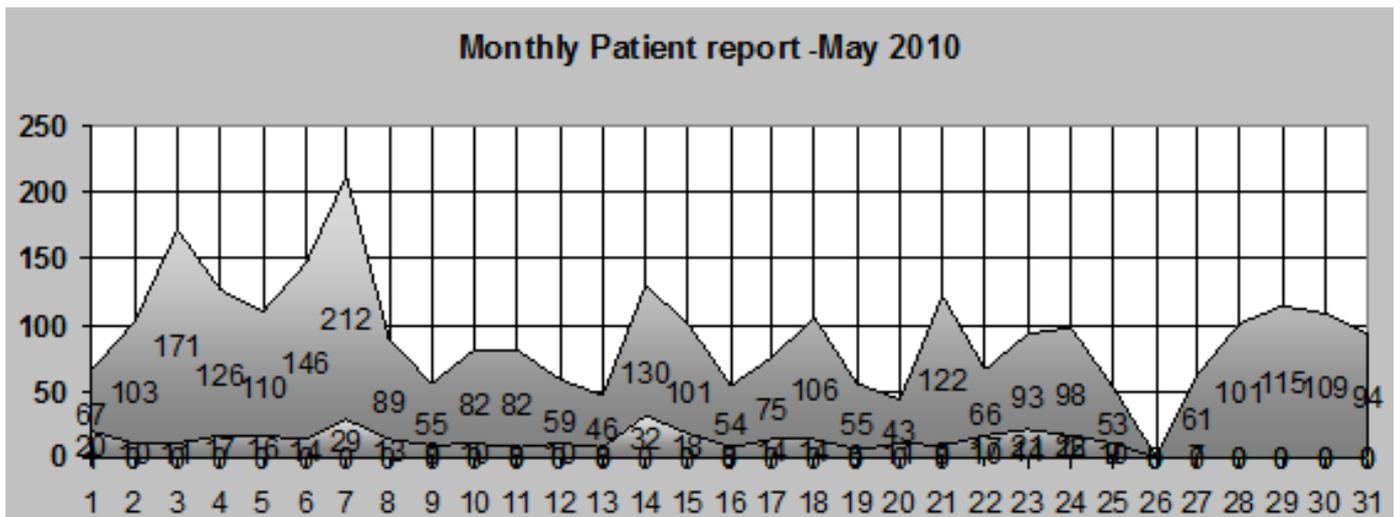
Nous sommes arrivés le 21 mai sur le bateau. Durant la mousson, nous observons qu'il y a moins de patients que d'habitude. La raison est que les conditions météorologiques sont beaucoup moins bonnes pour les déplacements jusqu'au bateau. Les jours où il n'y a aucun patient sont les jours pendant lesquels le bateau se déplace.

A chaque nouvelle arrivée dans un endroit, il faut avertir les habitants des chars que le bateau se trouve là. Comme les moyens de communication sont limités, quelques jours sont nécessaires pour qu'il y ait à nouveau un nombre constant de patient. Les informations se font aussi beaucoup par le bouche à oreille.

Depuis novembre 2008, plus de 80'000 patients ont déjà été soignés. Voici un récapitulatif des soins prodigués par l'équipe médical du Emirates Friendship Hospital.



Documents internes à EFH





## Emirates *FRIENDSHIP* HOSPITAL



### Total Number of Beneficiaries from 2008 to May'2010

SL.NO	Type of Service	2008	2009	January	February	March	April	May	Total
1	Emirates Friendship Hospital (Treatment)	1877	46869	3474	5249	4861	2714	3238	68'282
2	BCC / Health Education	352	1334	0	0	0	0	0	1'686
3	Word Service	0	318	45	60	203	33	15	674
4	Minor Surgery (EFH)	2	230	30	44	31	8	0	345
5	Injury / Burn / Dressing / Others	19	559	51	37	131	45	41	883
6	Pathology	34	2274	125	228	353	267	1029	4'310
7	X-ray	0	290	23	24	68	47	98	550
8	ECG	9	124	4	1	2	2	37	179
9	USG	0	12	0	0	9	0	15	36
10	Nutrition Program	0	0	0	0	0	0	0	-
11	Gynecological Surgery	0	20	0	0	25	0	13	58
12	Plastic Surgery ( Others Operation )	0	63	0	0	0	0	0	63
13	Cleft Lip Operation	0	16	0	0	0	27	0	43
14	Post Burn Contracture	0	47	0	0	3	0	0	50
15	Family Planning (Operation)	0	0	0	0	0	0	0	-
16	Orthopedic Camp (Others Operation)	0	0	0	0	22	0	0	22
17	Club Foot Operation	0	0	0	0	13	0	0	13
18	Physiotherapy Camp (Treatment)	0	52	0	0	65	0	0	117
19	Pediatrics Camp (Others Operation)	0	0	0	0	0	0	0	-
20	Hernia	0	0	0	0	0	0	0	-
21	Hydrocil	0	0	0	0	0	0	0	-
22	Dental Camp ( Treatment )	0	232	0	0	84	0	451	767
23	ENT Camp ( Treatment )	0	0	0	0	0	0	0	-
24	Eye Camp ( Operated )	9	406	32	56	177	0	0	680
25	Referral Services	33	566	25	30	36	16	20	726
26	Others ( NID )	0	0	0	0	0	0	0	-
<b>Total Number of Beneficiaries</b>		<b>2335</b>	<b>53412</b>	<b>3809</b>	<b>5729</b>	<b>6083</b>	<b>3159</b>	<b>4957</b>	<b>79'484</b>

Document interne EFH

# Comportements de recherche de soins de la population rurale des Chars dans le district de Kurigram (Nord du Bangladesh)

## Introduction

### Systeme de santé du Bangladesh

Le Bangladesh est le pays le plus densément peuplé du monde, comptant 150 millions d'habitants et une densité de population de 920 personnes par km<sup>2</sup> (NIPORT, March 2009). Au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, la population a augmenté de 45%, mais cette croissance s'est intensifiée durant la seconde moitié, pendant laquelle la population a triplé (NIPORT, March 2009). Cette forte augmentation a été causée par la rupture de l'équilibre entre un taux de mortalité et de natalité élevés, notamment à travers des progrès importants dans le domaine de la santé depuis l'indépendance du Bangladesh en 1971. Ceci, en se concentrant particulièrement sur le développement du système de soins primaire, depuis la Déclaration d'Alma Ata en 1978 (World Health Organization, 2008).

L'espérance de vie à la naissance a atteint 65 ans en 2006, contre 49 ans en 1980 (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009), les femmes atteignant, depuis le début des années nonante, un espérance de vie plus longue que celle des hommes, similairement à la situation en vigueur dans les pays développés.

En outre, la couverture vaccinale des enfants est passée de 82% en 2007 (NIPORT, March 2009), alors qu'elle n'était que de 2% en 1986 (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009).

De plus, la prise en charge des maladies diarrhéiques s'est améliorée depuis les années 70 et le développement des solutions orales de réhydratation (ORS) par le International Center for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B). Grâce notamment à la campagne du Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC), lancée en 1979 et visant à introduire les ORT (oral rehydration therapy) et RHF (recommended home fluids), dans chaque foyer du Bangladesh (ICDDR, ICDDR,B and ORS: the history of a miracle discovery, 1994), la population a été sensibilisée à la prise en charge de la diarrhée chez l'enfant. Ainsi, en 2007, 85% des enfants traités pour cause de diarrhée ont reçu des ORS, des RHF ou une augmentation des fluides consommés (NIPORT, March 2009).

Ces nombreux progrès ont notamment profité aux femmes et aux couches les plus pauvres de la société (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009), mais ont également contribué à l'explosion de la population.

Le contrôle de cette population est alors devenu un des objectifs principaux du gouvernement du Bangladesh, entrant même parmi les « Millennium Development Goals » (NIPORT, March 2009). Ainsi dès le début des années septante, le gouvernement a mis en place de nombreuses mesures pour canaliser l'augmentation de sa population, notamment via le développement du planning familial. En trente ans, l'utilisation de méthodes contraceptives modernes par les femmes mariées est passée de 5% à 48% en 2007 (NIPORT, March 2009), particulièrement grâce à l'effort des gouvernements successifs, aux programmes de sensibilisation promouvant les familles de petite taille, à l'établissement d'un réseau d'infrastructures spécialisées dans le planning familial, y compris au niveau des villages, ainsi que grâce à l'aide internationale et à celle des ONG (NIPORT, March 2009). L'objectif est notamment d'atteindre un taux de reproduction net de 1 avant 2010. En effet, il est estimé que même en atteignant cet objectif en 2010, avec un tiers de la population âgée de moins de 15 ans, les habitants du Bangladesh devraient atteindre 210 millions en 2060 (NIPORT, March 2009),.

Dans ces conditions, le gouvernement se trouve face à une bombe à retardement, représentant un véritable défi, notamment en terme d'accès à la santé. En effet, une augmentation de la population est synonyme d'augmentation de la demande de soins. Dans ce domaine, la tâche est rendue encore plus difficile par le fait que 70% de la population vit en milieu rural et comprend 82% des personnes les plus pauvres du pays (TeleMedics), ce qui pose un problème d'accès aux soins.

De plus, comme beaucoup de pays en développement, le Bangladesh se trouve dans une période de transition socio-économique, démographique et épidémiologique (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009) et doit faire face non seulement aux maladies infectieuses, dont certaines sont devenues rares dans les pays occidentaux, mais également aux maladies non-infectieuses émergentes (diabète, hypertension, prise en charge de l'infarctus, ...).

Afin de faire face aux besoins en termes de santé de sa population, le pays a développé un réseau d'infrastructures équipées à plusieurs échelles du pays. En effet, le Bangladesh est divisé en divisions, elles-mêmes subdivisées en districts, upazilas (sous-districts), puis en unions. En 2008, les upazilas et unions étaient équipées respectivement 1399 et 413 structures destinées à assurer les soins primaires de la population. Le personnel des structures des unions comprend des assistants médicaux et sages-femmes, ayant reçu une formation officielle, alors que le personnel des Upazila Health Complex est composé de médecins qualifiés, environ une dizaine par centres. Il y a 59 hôpitaux de districts et deux hôpitaux généraux assurant les soins secondaires, ainsi que 23 hôpitaux rattachés aux universités et collèges pour les soins tertiaires. (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009)

Au niveau de ces infrastructures publiques, un déséquilibre d'utilisation a pourtant été observé. En effet, on constate une faible utilisation des infrastructures de soins primaires, alors qu'il y a une sur-utilisation des infrastructures aux niveaux secondaire et tertiaire. (World Health Organization, 2008) En effet, seulement 8% de la population rurale a accès à ces aménagements. Cette minorité d'individus aurait, selon plusieurs ONG, un niveau socio-économique élevé par rapport aux individus vivant dans le même village (TeleMedics).

Cette sous-utilisation des infrastructures primaires serait causée par une faible qualité des soins, ainsi que par des problèmes d'accessibilité et d'information des populations, qui ne savent souvent pas que ces structures existent. (TeleMedics)

L'infrastructure est présente, mais la main-d'œuvre qualifiée manque. Il est estimé que le Bangladesh manque d'environ 60'000 médecins, 280'000 infirmières et 483'000 techniciens de laboratoire. Dans certaines zones rurales, il n'y a parfois que 1.1 médecin qualifié pour 10'000 habitants (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009). De plus, rien n'oblige les médecins à s'installer dans les zones rurales ou les hôpitaux gouvernementaux, qu'ils fuient. Ces régions souffrent ainsi de manque de personnel et la conséquence en est une perte de la qualité de services et la prolifération de fournisseurs de soins non-officiels et souvent sans formation reconnue, tels que les « village doctors » ou les guérisseurs traditionnels. De plus, certains pharmaciens vendent non seulement les médicaments, mais diagnostiquent et traitent également les patients, sans forcément être au bénéfice d'une formation reconnue. Ces fournisseurs de soins non officiels sont particulièrement appréciés en zone rurale, car ils sont accessibles et offrent des services bon marché avec souvent des facilités de paiement (TeleMedics). De plus, avec la pénurie de personnel médical qualifié, ils sont nécessaires, puisqu'ils représentent 95% de la main-d'œuvre dans le domaine de la santé. Les « village doctors » assurent notamment 60% des traitements en zone rurale. (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009).

Les unions et upazilas étant des régions essentiellement rurales, ce sont des populations, vivant souvent dans des situations précaires, qui sont défavorisées par ce système.

## Friendship et population des chars

Dans le nord du Bangladesh, se trouve une région d'îles nomades, appelées chars et entourées par le fleuve Brahmapoutre. Ces îles sont formées par l'érosion et le dépôt de limon et sont géographiquement instables du fait du changement constant du fleuve en fonction des conditions météorologiques. Environ 5 millions d'individus vivent sur ces chars et les cultivent. Elles sont ainsi particulièrement sujettes aux caprices du fleuve, qui inonde et érode l'île. Bien que certains chars anciens aient subsisté 40 ans, les chars se trouvant sur le fleuve Brahmapoutre sont jeunes et on évalue leur durée de vie à 10 ans. Par conséquent, on estime qu'un foyer doit se reloger cinq à sept fois au cours d'une génération. (CLP)

Les populations des chars font ainsi partie des population les plus pauvres parmi les plus pauvres.

Certaines ONG, telles que Friendship, sont ainsi présentes dans ces zones rurales et instables, pour tenter d'offrir aux populations des soins accessibles et de qualité, notamment grâce à deux bateaux-hôpitaux, des cliniques satellites et un programme médical communautaire. De décembre 2001 à octobre 2008, la population prise en charge par Friendship s'élevait à 794'314 individus (Statistiques internes à Friendship).

A cause de sa localisation géographique, la population des chars doit faire face à l'isolation et à difficultés d'accès aux soins. Le problème des difficultés de transport n'est pas arrangé par la pauvreté extrême dans laquelle cette population vit.

Bien que la situation sanitaire se soit améliorée au Bangladesh du fait des programmes de santé publique à large échelle, l'isolation géographique de la population des chars l'empêche de tirer parti de ces bénéfices ; cette zone restant éloignée des services de santé gouvernementaux, ainsi que des programmes de nombreuses ONG.

Peu de données existent sur les besoins en soins de la population de chars et son comportement de recherche de soins. Bien sûr des études sur l'accès aux soins de populations rurales ont été effectuées (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009), mais les particularités géographiques des chars rendent sa population et ses besoins uniques par rapport à d'autres régions rurales du pays.

## Objectifs

- Identifier les ressources de la région des chars en matière de santé et l'utilisation de ces ressources par la population ;
- Explorer le comportement de recherche de soins, les besoins et les habitudes de la population consultant auprès de EFH ;
- Décrire la population venant consulter à EFH ;
- Se faire une idée du système de santé à travers les récits et expériences de ces patients.

## Méthodes

### Dessin de l'étude

Les données de cette étude ont été recueillies, grâce à un questionnaire administré du 23 mai au 16 juin 2010, à certains patients, sélectionnés aléatoirement, alors qu'ils venaient consulter EFH pour des soins chroniques ou aigus.

#### Ce questionnaire était centré sur les thèmes suivants :

- Information démographiques
- Accès à EFH
- Accès aux soins : utilisation des ressources et symptômes causant la recherche de soins
- Accès à la pharmacie
- Satisfaction
- Santé maternelle et infantile
- Planning familial

#### Critères généraux d'inclusion :

- Personne vivant dans la région des chars ;
- Adulte de plus de 18 ans ou marié ou accompagné par un parent ;
- Personne cherchant des soins aigus ou chroniques auprès de EFH.

Le questionnaire était rédigé en anglais et en bangla. De même, l'interview était effectuée dans les deux langues. La traduction de l'anglais au bangla était effectué par un membre de l'équipe paramédicale, travaillant sur EFH.

#### Le questionnaire était séparé en deux parties :

- Accès aux soins (comprenant les thèmes : accès à EFH, accès aux soins, accès à la pharmacie et satisfaction) ;
- Santé maternelle et infantile.

Chaque patient, inclus dans l'étude, était attribué à une partie, en fonction de certains critères d'inclusion, afin de limiter la durée de l'interview à 30-40 minutes.

#### Critères d'inclusion pour la partie sur la santé maternelle et infantile :

- Etre marié ;
- Avoir, au moment de l'interview, un enfant âgé de moins de cinq ans.

#### Critères d'inclusion par la partie sur l'accès aux soins :

- Patients exclus de la partie sur la santé maternelle et infantile.

Les questions concernant les informations démographiques, ainsi que le planning familial étaient posées à tous les patients inclus dans l'étude.

Lors de l'interview, les répondants sont installés dans une salle, où la confidentialité pouvait être garantie, dans la mesure du possible. Des explications claires, concernant le but de l'interview, le type de questions posées et l'utilité de cet interview, ont été fournies à chaque patient sélectionné et un consentement oral a été demandé. Le patient pouvait à tout moment mettre fin à l'interview.

Les données des patients ont été retranscrites anonymement sur des formulaires, puis insérées dans des bases de données pour analyse statistique.

## Définitions

### Dénomination des patients interviewés

Les noms et adjectifs mis au masculin dans l'étude désignent les hommes, comme les femmes, sauf si le contraire est précisé.

Le terme de « **répondants** » désigne les patients qui ont répondu à une question particulière de l'étude.

### Taka (Tk)

Le taka correspond à la monnaie nationale du Bangladesh. 1 CHF équivaut environ à 67 Tk.

### Village doctor

Les « village doctors » sont des fournisseurs de soins informels et offrent un service de proximité, car comme leur nom l'indique, ils vivent dans les villages, au plus près des patients. 95% des « village doctors » sont masculins et 66% ont suivi au moins 12 ans d'éducation. Une minorité de ces « village doctors » ont une licence du gouvernement. Ils exercent chez eux, dans un cabinet ou dans une pharmacie. Ils se lancent dans la profession après avoir suivi quelques formations, après avoir été apprentis dans une pharmacie ou assistants auprès d'un médecin qualifié ou d'un autre « village doctor » ou en ayant appris la profession d'un autre membre de la famille. Les « village doctors » vendent également des médicaments, dont ils tirent un bénéfice. (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009)

### Douleur

Dans cette étude, les plaintes des patients ont été classées selon le système atteint (ex. troubles gastro-intestinaux, problèmes dentaires, etc.). Bien souvent, ces plaintes étaient des douleurs, qui lorsque cela était possible, ont été classées dans leur système correspondant. Toutefois, certaines douleurs ne pouvant pas être classées dans un système ou un autre, la rubrique douleur a été créée. Cette rubrique correspond à toutes les douleurs « indéterminées », généralement lorsqu'il n'y avait pas de diagnostic médical précis permettant le classement dans un système bien défini (ex. douleurs généralisées, maux de tête, ...).

### Clinique satellite

Une clinique satellite correspond à une structure de soins primaires, non permanente. Il peut s'agir d'une école, de la maison d'un villageois ou d'un tout autre local, qui est périodiquement utilisé pour effectuer des vaccinations, la distribution des méthodes contraceptives, les soins de base des villageois ou des formations spécifiques (ex. nutrition de l'enfant, santé maternelle, etc.).

## Analyses statistiques

La gestion de la base de donnée et l'analyse statistique des résultats a été effectuée grâce à SPSS 17.0.

Les données nominales sont exprimées sous forme de moyennes  $\pm$  SD, et analysées grâce à des tests de Student bilatéraux, non appariés, ainsi que par ANOVA lorsqu'il s'agit de comparer les moyennes de plusieurs catégories.

Les données catégoriques sont exprimées sous forme de pourcentage (N) et analysées aux moyens de tests de Fisher pour les petits échantillons et de tests Chi2 pour les échantillons plus importants ou pour les tabelles qui n'étaient pas 2x2.

## Description de la patientèle de EFH

### Résultats

Du 23 mai au 16 juin 2010, 144 patients ont été interviewés, au hasard, parmi la patientèle d'EFH.

L'échantillon des patients interviewés comprend 37.5% (54) d'hommes et 62.5% (90) de femmes. La moyenne d'âge des répondants est de  $28.9 \pm 11.1$  ans, 37.5% (54) des patients interviewés étant âgés de 21 à 30 ans (Tableau 1 et Figure 1). Les patients âgés de plus de 50 ans correspondent à 2.1% (3) des répondants.

La moyenne d'âge des femmes interviewées est de  $27.1 \pm 8.5$  ans et celle des hommes est de  $31.8 \pm 13.9$  ans. Cette différence d'âge est significative ( $p = 0.014$ ).

Tableau 1 : Age des répondants

Groupes	1	2	3	4	5	6	7
Age (ans)	<11	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	> 60
N	2	33	54	42	10	1	2
%	1.4	22.9	37.5	29.2	6.9	0.7	1.4

76.4% (110) des répondants sont mariés et 22.2% (32) sont célibataires. 1.4% (2) des répondants ont déclaré être divorcés ou veufs. Il s'agissait de deux femmes. 67.3% (74) des individus mariés sont des femmes, alors que ces dernières ne correspondent qu'à 43.8% (14) des individus célibataires. La différence est significative ( $p = 0.016$ ). 82.2% (74) des femmes interviewées sont mariées, alors que 66.7% (36) des hommes le sont.

La moyenne d'âge lors du premier mariage est de  $17.1 \pm 4.7$  ans, 45% (50) des répondants s'étant mariés entre 15 et 18 ans (Tableau 2 et Figure 2).

Tableau 2 : Age lors du mariage

Groupes	1	2	3	4	5	6
Age (ans)	< 10	10 - 14	15 - 18	19 - 21	22 - 25	> 25
N	2	30	50	12	12	5
%	1.8	27	45	10.8	10.8	4.5

Pour les femmes, la moyenne d'âge lors du premier mariage est de  $15.2 \pm 3$  ans, alors que la moyenne pour les hommes est de  $21.1 \pm 5.2$  ans. Cette différence d'âge est statistiquement significative ( $p < 0.0001$ ). 93.3% (70) des femmes interviewées se sont mariées avant l'âge de 18 ans et 61.1% (22) des hommes se sont mariés avant l'âge de 21 ans.

Les répondants mariés ou qui ont été mariés (112) ont une moyenne de  $2.5 \pm 1.7$  enfants. 8% d'entre eux (9) n'ont pas d'enfant. Un foyer moyen se compose de  $5.6 \pm 2.1$  personnes.

47.2% (67) des répondants sont femmes-au-foyer et ne sont pas rémunéré. Aucun homme ne s'est déclaré être homme-au-foyer. 17.6% (25) des répondants sont étudiants. Parmi les étudiants, 28% (7) ont un emploi rémunéré à côté de leurs études. 71.4% (5) d'entre eux sont enseignants et ont en moyenne  $11.6 \pm 1.5$  années d'éducation. Un étudiant est fermé (13 ans d'éducation) et un autre travaille dans une ONG (10 ans d'éducation). Agriculteur

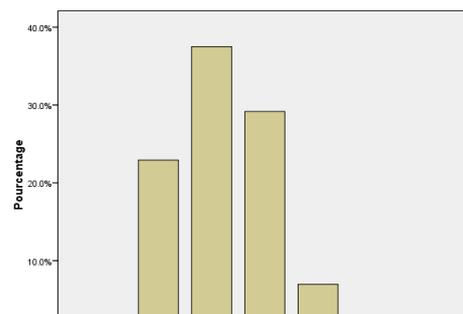


Figure 1: Age des répondants

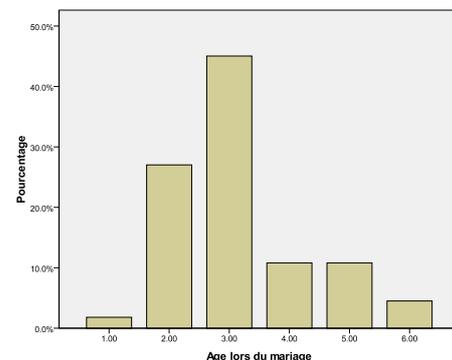


Figure 2 : Age lors du premier mariage

correspond à l'emploi rémunéré le plus fréquent (Tableau 3), comprenant 16.9% (24) des répondants. 2.8% (4) des répondants sont sans emploi.

Tableau 3 : Emplois des répondants

EMPLOIS	Femme au foyer	Etudiant	Agriculteur	Artisan	Autre	Conducteur professionnel	Chômeur	Commerçant	Enseignant	Travailleur dans une ONG	Employé de banque	TOTAL
N	67	25	24	6	6	4	4	2	2	1	1	142
%	47.2	17.6	16.9	4.2	4.2	2.8	2.8	1.4	1.4	0.7	0.7	99.9

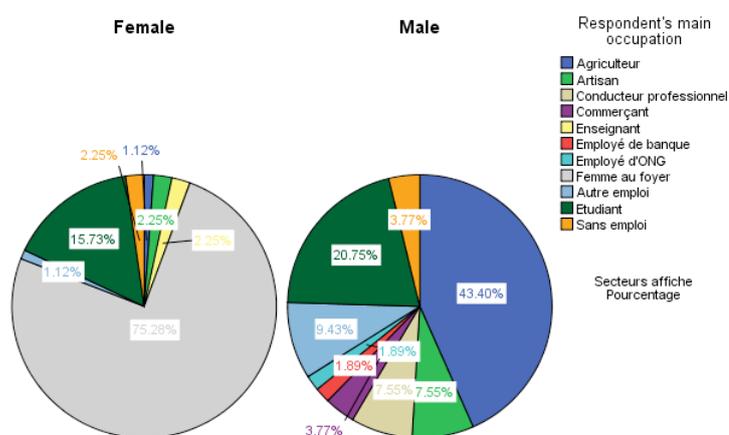


Figure 3 : Emplois en fonction du sexe

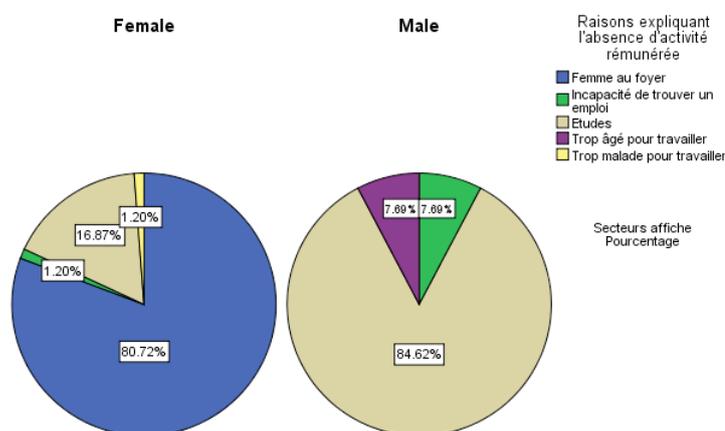
75.3% (67) des femmes sont femmes au foyer et 15.7% (14) sont étudiantes. 43.4% (23) des hommes sont agriculteurs et 20.8% (11) sont étudiants. Cette différence entre hommes et femmes est significative ( $p < 0.0001$ ). (Figure 3)

Ainsi parmi les individus n'exerçant pas d'emploi rémunéré, il y a 69.8% (67) de femmes au foyer, 26% (25) d'étudiants, 2.1% (2) de personnes ne parvenant pas à trouver d'emploi, 1% (1) de personnes trop âgées pour travailler et 1% (1) de personnes dont la santé ne permet pas de travailler.

80.7% (67) des femmes n'exercent pas d'activité rémunérée, car elles sont femmes au foyer. D'une manière identique, 84.6% (11) des hommes n'exercent pas d'activité rémunérée, car ils sont étudiants. (Figure 4)

Parmi 140 répondants, dont les données concernant les salaires sont disponibles, 62.1% (87) n'ont aucun revenu. Les femmes représentent 93.1% (81) de ces individus.

Figure 4 : Causes d'absence d'emploi rémunéré en fonction du sexe



Les individus effectuant un emploi rémunéré gagnent en moyenne  $4292 \pm 3056$  Tk par mois. Il n'y a pas de différence significative entre les sexes ( $p = 0.96$ ).

15% (21) des répondants se trouvent dans une fourchette salariale allant de 1501 à 3000 Tk. (Tableau 4)

Tableau 4 : Salaires mensuels

Salaires mensuels en Tk	0	1 - 1500	1501 - 3000	3001 - 4500	4501 - 6000	6001 - 8000	> 8000
N	87	8	21	6	11	4	3

%	62.1	5.7	15	4.3	7.9	2.9	2.1
---	------	-----	----	-----	-----	-----	-----

Concernant le revenu mensuel du ménage, il est en moyenne de  $4921 \pm 3310$  Tk par mois. 42% (47) des ménages se trouvent dans une fourchette de revenu allant de 1501 à 3000 Tk. (Tableau 5)

Tableau 5 : Revenus mensuels des ménages

Revenus mensuels des ménages en Tk	0	1 - 1500	1501 - 3000	3001 - 4500	4501 - 6000	6001 - 8000	> 8000
N	1	3	47	24	14	12	11
%	0.9	2.7	42	21.4	12.5	10.7	9.8

Les répondants ont effectué en moyenne  $4.6 \pm 4.4$  années d'éducation, sachant que 35.2% (50) des répondants ne sont pas allés à l'école. (Tableau 6)

Tableau 6 : Années d'éducation des répondants

Années d'éducation	0	1 - 5	6 - 10	> 10
N	50	39	37	16
%	35.2	27.5	26.1	11.3

Les 89 femmes questionnées sur leur éducation déclarent avoir effectué en moyenne  $4.3 \pm 3.9$  années d'étude, alors que les hommes en déclarent  $5.2 \pm 5.1$ . Cette différence n'est pas significative ( $p = 0.224$ ).

Au sein des répondants, l'âge au premier mariage tend à augmenter avec le nombre d'années d'éducation ( $p = 0.044$ ). (Tableau 7) En séparant les hommes et les femmes, une même tendance s'observe chez les répondants masculins ( $p = 0.054$ ), mais n'est pas significative chez les femmes ( $p = 0.358$ ). (Tableau 8)

Tableau 7 : Moyenne d'âge lors du premier mariage en fonction des années d'éducation

Années d'éducation	Moyenne d'âge lors du premier mariage	N	Ecart-type
0	17.19	47	5.110
1 - 5	15.53	36	2.843
6 - 10	18.36	22	5.852
> 10	20.40	5	3.847

Tableau 8 : Moyenne d'âge lors du premier mariage en fonction du sexe et de l'éducation

Années d'éducation	Moyenne d'âge lors du premier mariage			
	Femmes		Hommes	
	N	Moyenne $\pm$ écart-type	N	Moyenne $\pm$ écart-type
0	29	$15.2 \pm 3.8$	18	$20.3 \pm 5.5$
1 - 5	28	$14.8 \pm 2.5$	8	$18.3 \pm 2.4$
6 - 10	15	$15.2 \pm 1.9$	7	$25.1 \pm 5.7$
> 10	3	$18 \pm 2$	2	$24 \pm 2.8$

En lien avec cette tendance, le nombre moyen d'enfant des répondants tend à diminuer avec l'augmentation de l'éducation de ces derniers ( $p = 0.046$ ). (Tableau 9)

Tableau 9 : Nombre moyen d'enfants des répondants en fonction de l'éducation

Années d'éducation	Nombre moyen d'enfants	N	Ecart-type
0	2.83	47	1.324
1 - 5	2.41	37	1.739
6 - 10	2.45	22	2.304
> 10	0.60	5	0.894

En ce qui concerne la religion, 97.2% (140) des patients interviewés sont musulmans, alors que 2.8% sont hindous.

## Discussion

Les patients qui ont été interviewés comprenaient environ deux tiers de femmes pour un tiers d'hommes. Cette proportion correspond à celle obtenue par les employés d'EFH lors de l'enregistrement des patients. L'échantillon de patients sélectionnés pour l'étude tend ainsi à être proche de la population consultant à EFH.

Le fait que plus de femmes viennent consulter est intéressant. Cela pourrait être expliqué par les hypothèses suivantes :

Les femmes sont principalement mères au foyer et viennent ainsi consulter avec leurs enfants.

Les troubles gynécologiques comptent pour 10% des plaintes enregistrées dans cette étude, mais peu d'hommes viennent consulter pour des troubles de la sphère génitale ou sexuelle. La honte est la principale cause de retard de consultation, invoquée lors de discussions avec ces hommes.

La majorité des hommes font vivre le foyer et ont donc des difficultés à manquer une journée de travail pour venir consulter. Ils tendent à venir si la pathologie leur semble grave ou handicapante. Cette hypothèse pourrait également expliquer pourquoi la moyenne d'âge des hommes venant consulter est plus grande que celle des femmes. En effet, les hommes attendent en moyenne  $38.6 \pm 48.8$  mois avant de consulter, alors que les femmes attendent en moyenne  $20.6 \pm 36.2$  mois. Cette différence étant presque significative ( $p = 0.053$ ).

Concernant la distribution de l'âge des patients interviewés, l'étude n'était pas concentrée sur les enfants, mais sur les adultes et jeunes adultes consultant EFH. Par conséquent, ni la moyenne d'âge, ni la distribution des patients en fonction de leur âge ne peuvent être comparées avec les données pour la population totale du Bangladesh ou une autre population rurale.

Néanmoins, les personnes âgées de plus de 50 ans représentent 2.1% des personnes interviewées. Dans les régions rurales du Bangladesh, les personnes âgées de plus de 50 ans représentent 13.6% de la population. (NIPORT, March 2009). Le fait que le pourcentage retrouvé dans cette étude soit faible peut signifier que :

- Peu de personnes âgées viennent consulter EFH ;
- Il y a eu un biais lors sélection des patients en défaveur des personnes âgées ;
- L'espérance de vie dans les chars est inférieure à la moyenne nationale.

76.4% des répondants étaient mariés lors de l'interview. 82.2% des femmes interviewées sont mariées, alors que 66.7% des hommes le sont. Dans la population générale du Bangladesh, tous âges confondus, il y a 78% de femmes mariées et 72.4% d'hommes. Toutefois, entre l'âge de 20 et de 24 ans, 82.5% des femmes dans la population générale sont mariées et 65.9% des hommes entre 25 et 29 ans (NIPORT, March 2009). Ces fourchettes d'âge correspondent à celles dans lesquelles se trouvent la majorité des patients interviewés. Cela met en évidence que le statut marital au sein de la population des chars ne varie pas énormément de la moyenne nationale. A noter également que la majorité des femmes tendent à être mariées. Cela semble constituer un principe universel au Bangladesh. D'un point de vue sécuritaire comme culturel, une femme seule dans un foyer semble inacceptable et ceci encore plus dans des zones rurales.

De plus, les femmes se marient plus jeunes que les hommes. Cela est un élément important, car dans un pays, où les relations sexuelles hors mariage sont encore tabou, le mariage marque le point à partir duquel porter un enfant devient acceptable (NIPORT, March 2009). Par conséquent, plus une femme se marie jeune, plus la période d'exposition au risque de grossesse est longue. Sans méthode de planning familial efficace, une femme qui se marie jeune augmente son risque d'être mère de famille nombreuse. D'ailleurs malgré, la mise en place d'un programme

de planning familial par le gouvernement, les mariages précoces constituent une difficulté dont il faut faire face pour contrôler la croissance de la population.

La moyenne d'âge de mariage pour une autre population rurale est de 27 ans pour les hommes et 20 ans pour les femmes (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009), alors qu'elle est de 15 ans pour les femmes et de 21 ans pour les hommes dans la population de chars. De plus, il faut savoir que légalement, les femmes âgées de moins de 18 ans et les hommes âgés de moins de 21 ans n'ont pas le droit de se marier. Ceci afin de protéger les enfants contre le mariage précoce. Au sein de la population interviewée, 93.3% des femmes se sont mariées avant l'âge de 18 ans, alors que ce pourcentage atteint 43.2%, en 2007, au sein d'une autre population rurale. De même pour les hommes, où le pourcentage de mariage avant 21 ans atteint 61.1% dans les chars, alors qu'il était de 25.6% en 2007, au sein d'une autre population rurale. (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009)

Cette différence entre la population des chars et cette autre population rurale pourrait être expliquée par le fait que les chars sont bien souvent abandonnés par le gouvernement et personne ne vient donc vérifier si l'âge légal du mariage y est respecté.

En 2007, le nombre moyen d'enfants nés par femme était de 2.3. (NIPORT, March 2009) Les répondants de cette étude ont en moyenne 2.5 enfants. Néanmoins, la majorité de la population interviewée se trouvant dans la fourchette d'âge de 21 à 30 ans. Les femmes ont le potentiel d'avoir encore des enfants.

Dans cette étude, 77.6% de femmes n'exercent pas d'activité rémunérée, principalement car elles sont femmes au foyer ou sans emploi, alors que c'est le cas de 3.8% des hommes, car ils sont sans emplois. Dans la population générale, 65% des femmes n'exercent pas d'activité rémunérée. Il faut savoir que les femmes divorcées, séparées ou veuves sont plus susceptibles d'exercer une activité rémunérée. 2.3% des hommes dans la population générale sont sans emploi. (NIPORT, March 2009) Cette différence par rapport à l'emploi des femmes peut s'expliquer par le fait que la proportion de femmes mariées est plus importante dans les chars. De plus, les perspectives d'emploi dans ces zones reculées sont moindres et les conditions de vie difficiles. Il n'est ainsi pas étonnant que 16.9% des répondants soient agriculteurs. Dans une étude sur la population rurale de Chakaria, au sud-est du pays, (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009), 30% des hommes sont étudiants, 11% agriculteurs et 9% sans emplois, alors que dans notre population, 43.4% des hommes sont agriculteurs, 20.8% étudiants et 3.8% sans emploi. En ce qui concerne les femmes de la zone rurale de Chakaria, 44% sont femmes au foyer, 31% étudiantes et 1% ont un emploi, alors que cette étude compte 75.3% de femmes au foyer, 15.7% d'étudiantes et 6.7% ont un emploi.

Avec un revenu familial mensuel moyen de 4921 Tk, cela signifie qu'une famille moyenne, vivant dans les chars et comptant en moyenne 5.6 membres, possèdent 2.5 CHF par jour pour vivre.

On n'observe pas de différence homme-femme quant à l'éducation. De plus, des écoles gouvernementales et non-gouvernementales se sont implantées sur les chars, permettant aux enfants d'avoir un accès facilité à l'éducation. Dans la population générale, 34.1% des individus ne bénéficient pas d'éducation, alors que ce pourcentage est de 35.2% dans la région de chars. De même, au Bangladesh, 29.5% des individus ont complété 1 à 5 années d'études, alors que le pourcentage est de 27.5% dans les chars. Les individus ayant terminé leur éducation secondaire ou ayant continué dans des études supérieures constituent 11.9% de la population générale et 11.3% de la population des chars. Ainsi, on constate que l'éducation dans les chars est équivalente à ce qui est atteint ailleurs au Bangladesh. (NIPORT, March 2009)

Sans surprise, le niveau d'éducation semble retarder l'âge du mariage et par conséquent, le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du nombre d'années d'études. Si le gouvernement cherche un nouveau

programme pour contrôler l'augmentation de sa population, l'amélioration du niveau d'éducation de la population pourrait être une piste...

Le région rurale de Charkaria compte 90% de musulmans et 10% d'hindous, de chrétiens et de bouddhistes (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009). En ce qui concerne la population interviewée, elle est constituée de 97.2% de musulmans et de 2.8% d'hindous.

## Accès à EFH

### Résultats

87 patients ont été interviewés sur la question de l'accès aux soins.

Durant la période des interviews, EFH est resté amarré sur deux chars, près des villages de Montolar et de Bozradar Khata. Cette région, intersectée par le fleuve Brahmapoutre, se situe au nord du pays, près de la frontière indo-bangladeshie. La population ciblée par EFH habite principalement les chars alentours, notamment les upazilas de Chilmari (65%), d'Ulipur (9.7%), de Kurigram (5.5%), de Romari (3%), de Rajipur (3%), bien que les patients proviennent également des Upazilas voisins (13.8%).

En effet, il faut en moyenne  $108 \pm 85$  minutes, soit 1 heure 48 minutes, pour que les répondants se rendent de leur domicile à EFH, avec un temps minimum de 10 minutes et un temps maximum de 600 minutes. Ainsi 17.3% (22) des patients mettent entre 91 et 120 minutes pour atteindre EFH (Tableau 10).

Tableau 10 : Temps nécessaire pour atteindre EFH depuis le domicile des patients

Temps nécessaire pour atteindre EFH depuis le domicile	Moins de 30 minutes	Entre 30 et 60 minutes	Entre 61 et 90 minutes	Entre 91 et 120 minutes	Entre 121 et 180 minutes	Plus de 180 minutes
N	18	19	6	22	15	7
%	14.2%	15%	4.7%	17.3%	11.8%	5.5%

Le principal moyen de transport permettant d'atteindre EFH est le bateau. En effet, parmi tous les moyens de transport cités par les répondants, le bateau revient 69 fois, soit dans 46.9% des cas. (Figure 5)

18.4% (16) des 87 patients, ayant répondu à la question du transport, se sont déplacés à EFH uniquement à pied. Ils ont mis en moyenne  $50.9 \pm 57.6$  minutes pour atteindre la structure.

79.3% (69) des 87 patients sont obligés de prendre le bateau pour atteindre EFH. Leur trajet dure en moyenne  $114.4 \pm 64$  minutes.

La différence de temps de trajet entre les patients qui peuvent atteindre EFH à pied et ceux qui sont obligés de prendre le bateau est significative ( $p = 0.0005$ ).

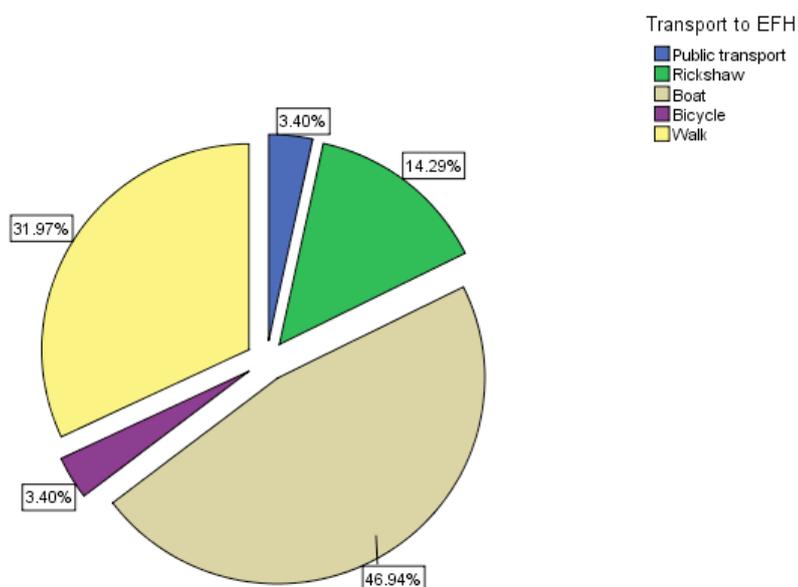


Figure 5 : Moyens de transport utilisés par les répondants pour atteindre EFH (réponses multiples acceptées)

Parmi les 87 patients interviewés sur la question de l'accès aux soins, 33.3% (29) sont allés chercher des soins auprès de EFH en première intention. Pour ces patients, il s'agissait ainsi de la première consultation médicale depuis l'apparition d'un symptôme donné. Les 58 patients restants avaient déjà consultés d'autres fournisseurs de soins avant de finalement se rendre à EFH. 37.9% (11) des patients, qui sont allés consulter à EFH en premier lieu, ont attendu moins d'un mois, à partir de l'apparition de leur plainte actuelle, avant de venir consulter. Il faut tout de même noter que 13.8% (4) des 29 patients ayant consulté EFH ont attendu plus de 36 mois avant de le faire. (Tableau 11)

Tableau 11 : Mois attendus par les patients avant de consulter à EFH

Nombre de mois que les patients ont attendu avant de venir consulter à EFH	Mois attendus					
	< 1 mois	Entre 1 et 6 mois	Entre 7 et 12 mois	Entre 13 et 24 mois	Entre 25 et 36 mois	Plus de 36 mois
N	11	9	3	0	2	4
%	37.9%	31%	10.3%	0%	6.9%	13.8%

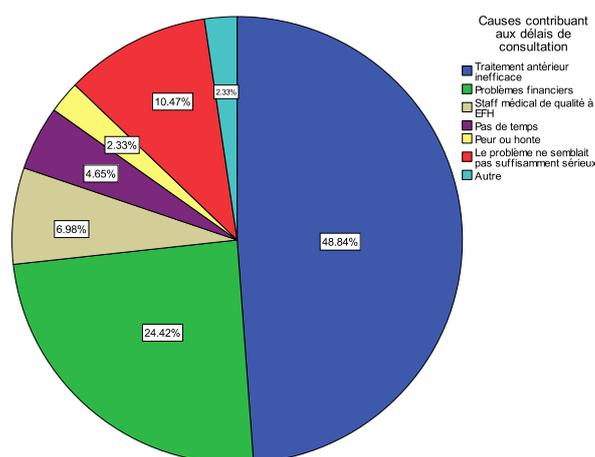
Concernant les 58 patients, ayant consulté d'autres fournisseurs de soins avant de se tourner vers EFH, ils tendent à attendre plus longtemps avant de consulter. Comme le montre le Tableau 12, 12.1% (7) de ces patients attendent moins d'un mois et 22.4% (13) attendent plus de 36 mois.

La différence de mois attendus par les deux groupes de patients est statistiquement significative ( $p = 0.026$ ).

Tableau 12 : Mois attendus par les patients avant de consulter un fournisseur de soins

Nombre de mois que les patients ont attendu avant de consulter un fournisseur de soins	Mois attendus					
	< 1 mois	Entre 1 et 6 mois	Entre 7 et 12 mois	Entre 13 et 24 mois	Entre 25 et 36 mois	Plus de 36 mois
N	7	13	11	8	6	13
%	12.1%	22.4%	19%	13.8%	10.3%	22.4%

Parmi les 58 patients qui sont initialement allés consulter d'autres fournisseurs de soins que EFH, 67.2% (39) déclarent que l'inefficacité des prises en charge ou des traitements antérieurs a retardé leur consultation auprès de EFH. Tous groupes de patients confondus (86 patients, 1 donnée non disponible), ce problème pèse 48.8% (42) parmi les causes contribuant aux retards de consultation.



Une autre cause importante de délai de consultation est le manque d'argent, qui est cité par 24.4% (21) des 86 patients. (Figure 6)

Parmi les 39 patients dont la prise en charge ou les traitements ont été inefficaces, 33.3% (13) avaient précédemment consulté dans un hôpital gouvernemental et 30.8% (12) avaient consulté un « village doctor » ou un homéopathe. (Figure 7)

Si EFH n'existait pas, 69 des 84 patients ayant répondu à cette question, soit 82.1% des répondants, s'adresseraient aux hôpitaux gouvernementaux et 7.1% (6) des patients ne feraient rien. (Figure 8)

Figure 6 : Causes contribuant aux délais de consultation

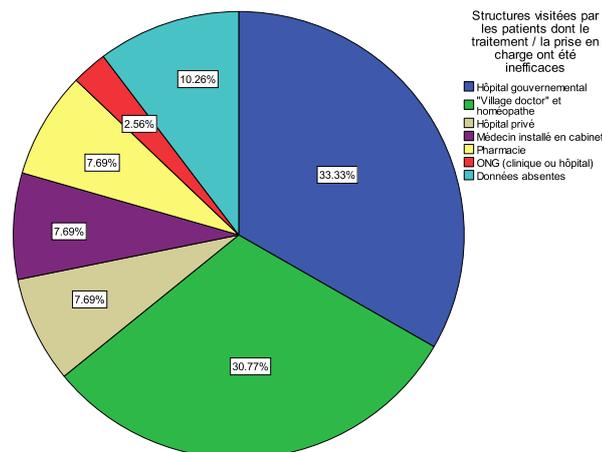


Figure 7 : Structures visitées par les patients dont le traitement ou la prise en charge a été inefficace

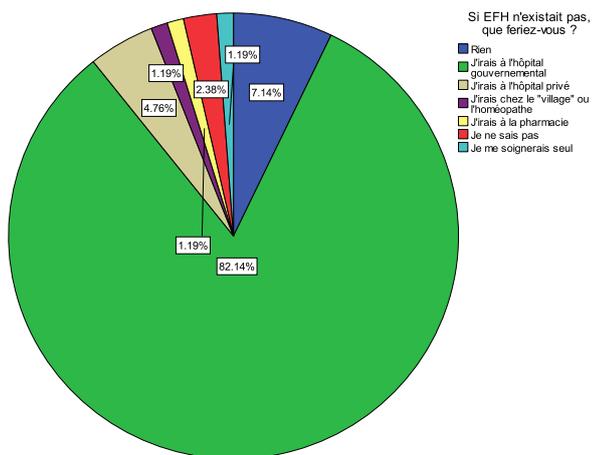


Figure 8 : Si EFH n'existait pas, que feriez-vous ?

## Discussion

L'accès à EFH n'est pas aisé pour les patients des chars, sauf pour ceux qui habitent sur l'île où est amarré EFH. En effet, rejoindre EFH équivaut à rejoindre le char, où le bateau-hôpital est amarré, ce qui implique une dépendance des patients vis-à-vis du seul moyen de transport permettant de joindre l'île : le bateau. Des navettes font le trajet régulièrement pour un coût de 10 Tk, l'aller-simple, mais les patients sont totalement dépendants des conditions météorologiques.

De plus, ce moyen de transport implique un coût en temps. En effet, les patients mettent en moyenne 108 minutes pour joindre EFH, alors que le temps de trajet n'est que de 64.5 minutes en moyenne pour joindre d'autres structures sur la terre ferme. En outre, les patients, vivant sur le char où se trouve EFH et ne se déplaçant qu'à pied, mettent en moyenne 50.9 minutes pour y arriver. En comparant ces temps de trajet, on peut émettre l'hypothèse que les principaux patients consultant auprès de EFH ne viennent pas des chars voisins, mais de l'intérieur des terres, car ces patients ne sont pas aussi dépendants du bateau pour se rendre dans les autres structures, notamment les hôpitaux publics, qui se trouvent uniquement à l'intérieur des terres (cf. tableau 19). Les patients des chars semblent donc représenter une minorité de patients, contrairement à ce que l'on pourrait penser.

Une explication à cela est que l'interview avait lieu en période de mousson et qu'il était trop dangereux d'amarrer le bateau dans un char plus reculé. Par conséquent, il est aussi plus difficile pour ces population reculées d'avoir accès à EFH.

Malgré le coût en temps et argent qu'impose le trajet vers EFH, les patients affluent. D'ailleurs ces derniers attendent moins de temps après l'apparition des premiers symptômes pour consulter à EFH, qu'ils ne le feraient s'ils devaient se rendre dans d'autres structures.

Les patients parcourent ainsi la distance qui sépare leur domicile d'EFH, car dans ce bateau-hôpital, ils ont l'impression d'être bien traités. Néanmoins, le facteur déterminant semble être le faible coût des soins à EFH (entre 3 et 5 Tk, si le patient possède déjà un carnet de santé ou non) et les médicaments essentiels sont gratuits. La gratuité des médicaments semble tenir un rôle important, puisque les patients paraissent mécontents s'ils repartent sans qu'on leur ait prescrit de médicaments (d'où une prescription importante de vitamines). Finalement, sachant qu'une cause importante de délai de consultation est le manque de moyens, la presque gratuité des soins chez EFH est un atout majeur, contribuant à la diminution du délai de consultation par rapport au délai rencontré pour d'autres structures.

L'importance que joue le coût des soins dans le choix du fournisseur est mise en évidence par le fait que si EFH n'existait pas, 82.1% des patients ont répondu spontanément qu'ils iraient dans un hôpital gouvernemental, qui est également sensé offrir les soins de base gratuitement à la population. Néanmoins, si EFH est préféré à un hôpital gouvernemental, c'est par la qualité supérieure des soins et de la prise en charge qui y est offerte.

## Accès aux soins

### Résultats

87 patients ont été interviewés concernant l'accès aux soins.

62.1% (54) des répondants consultent pour n'importe quel degré de gravité, y compris lorsqu'ils considèrent qu'ils sont atteints d'une maladie sans gravité. 37.9% (33) des répondants ne consultent que lorsqu'ils considèrent que les symptômes sont graves.

46.3% (25) des femmes et 24.2% (8) des hommes ne consultent qu'en cas de force majeure. Cette différence entre les sexes est statistiquement significative ( $p = 0.04$ ).

57.5% (50) des répondants se présentent aux consultations avec une plainte unique, alors que 42.5% (37) d'entre eux souffrent de plaintes multiples. 53.7% (29) des femmes et 24.2% (8) des hommes souffrent de plaintes multiples. Cette différence entre les sexes est également significative ( $p = 0.007$ ).

La douleur correspond à 16.1% (24) des plaintes et est celle la plus fréquemment exprimée par les patients. Ces derniers se plaignent également fréquemment de troubles musculo-squelettiques, qui constituent 15.4% (23) des plaintes. Finalement, les troubles cutanés et des tissus mous forment le troisième groupe des plaintes les plus fréquentes, soit 12.1% (18) des plaintes. (Tableau 13)

**Tableau 13 : Fréquences des plaintes des répondants** (réponses multiples acceptées)

Plaintes	N	%
Douleur	24	16.1%
Troubles musculo-squelettiques	23	15.4%
Troubles dermatologiques et des tissus mous	18	12.1%
Faiblesses	17	11.4%
Troubles digestifs	15	10.1%
Troubles sexuels et gynécologiques	15	10.1%
Troubles ORL	9	6%
Problèmes dentaires	8	5.4%
Troubles respiratoires	7	4.7%
Troubles de la vue	6	4%
Fièvre	4	2.7%
Troubles cardiovasculaires	3	2%

Lorsque les patients s'adressent à un fournisseur de soins, 53.9% (42 parmi 78 répondants) d'entre eux se tournent vers les hôpitaux gouvernementaux et 21.8% (17) consultent les « village doctors ». (Tableau 14)

**Tableau 14 : Fréquences de consultation des différents fournisseurs de soins**

Fournisseurs de soins	N	%
Hôpitaux gouvernementaux	42	53.9%
« Village doctors » et homéopathes	17	21.8%
Médecin installé en cabinet	6	7.7%
Pharmacie	6	7.7%
Hôpital privé	4	5.1%
ONG (clinique satellite ou hôpital)	3	3.9%

28.1% (18) des répondants n'ont pas eu à payer la consultation et 46.9% (30) ont payé entre 1 et 50 Tk. (Tableau 15)

Tableau 15 : Coût de la consultation

Coût de la consultation	0 Tk	Entre 1 et 50 Tk	Entre 51 et 100 Tk	Entre 101 et 150 Tk	Entre 151 et 250 Tk	Plus de 250 Tk
N	18	30	7	0	5	4
%	28.1%	46.9%	10.9%	0%	7.8%	6.3%

44.4% (8) des répondants souffrant d'une douleur se tournent en premier lieu vers le « village doctor » ou l'homéopathe et 38.9% (7) consultent un hôpital gouvernemental. En ce qui concerne les patients souffrant de troubles musculo-squelettiques, 50% (5) d'entre eux consultent en premier un « village doctor » ou un homéopathe et 40% (4) se rendent dans un hôpital gouvernemental. Le constat est le même pour les patients souffrant de troubles dermatologiques et des tissus mous, dont 50% (6) consultent les « village doctors » et 33.3% les hôpitaux gouvernementaux. (Tableau 16)

Tableau 16 : Préférence du choix des fournisseurs de soin en fonction de la plainte

Plainte	Type de fournisseur de soins	%
<b>Douleur (18)</b>	« Village doctor » et homéopathe	44.4%
	Hôpital gouvernemental	38.9%
	Hôpital privé	5.6%
	Médecin installé en cabinet	5.6%
	Pharmacie	5.6%
<b>Troubles musculo-squelettiques (10)</b>	« Village doctor » et homéopathe	50%
	Hôpital gouvernemental	40%
	Hôpital privé	10%
<b>Troubles de la peau ou des tissus mous (12)</b>	« Village doctor » et homéopathe	50%
	Hôpital gouvernemental	33.3%
	Hôpital privé	8.3%
	Pharmacie	8.3%

Toutes plaintes confondues, les patients mettent en moyenne  $64.5 \pm 64$  minutes pour rejoindre ces structures, 50% des 78 répondants mettant moins d'une demie heure de trajet. En comparant ces données de temps avec celles pour accéder à EFH (cf. Accès à EFH), les patients tendent à mettre plus de temps à accéder à EFH par rapport aux autres structures. Cette différence de temps entre les deux groupes est significative ( $p = 0.002$ ). (Tableau 17)

Tableau 17 : Temps nécessaire pour atteindre les différentes structures et EFH depuis le domicile

	Temps nécessaire pour atteindre les structures depuis le domicile	Moins de 30 minutes	Entre 30 et 60 minutes	Entre 61 et 90 minutes	Entre 91 et 120 minutes	Entre 121 et 180 minutes	Plus de 180 minutes
<b>EFH</b>							
	N	18	19	6	22	15	7
	%	14.2%	15%	4.7%	17.3%	11.8%	5.5%
<b>Autres structures</b>							
	N	39	17	4	7	8	3
	%	50%	21.8%	5.1%	9%	10.3%	3.8%

Le temps de trajet est fortement dépendant du type de structure visité. Les hôpitaux sont les plus éloignés pour les patients, avec une moyenne de  $74.5 \pm 66.9$  minutes pour se rendre dans un hôpital public et  $150 \pm 77.5$  minutes pour un hôpital privé. Les cabinets des « village doctors », ainsi que les pharmacies sont plus proches des répondants, avec respectivement  $37.1 \pm 27.8$  minutes et  $15 \pm 10$  minutes de trajet moyen. La différence de temps de trajet selon le type de structure visité est significative ( $p = 0.007$ ) (Tableau 18)

Tableau 18 : Temps de trajet moyen en fonction du type de structure visité

Structure	Temps moyen de trajet du domicile à la structure	N	Ecart-type
Hôpital privé	150 minutes	4	77.5
Hôpital gouvernemental	74.5 minutes	42	66.9
Médecin installé en cabinet	60 minutes	6	67.6
« Village doctor » et homéopathes	37.1 minutes	17	27.9
Pharmacie	15 minutes	6	10

Afin de joindre ces différentes structures, les patients utilisent principalement le rickshaw, cette réponse revenant 35 fois parmi tous les moyens de transport cités par les répondants (94), comptant ainsi pour 37.2% des réponses. La marche correspond à 33% (31) des réponses données par les patients. (Tableau 19 - Autres structures)

La fréquence d'utilisation des différents moyens de transport est significativement différente, selon que le patient se rend à EFH ou dans une autre structure ( $p < 0.0001$ ), le bateau étant le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à EFH, alors que pour les autres structures le rickshaw est un moyen de transport important. (Tableau 19)

Tableau 19 : Moyens de transport utilisés pour accéder aux différentes structures (réponses multiples acceptées)

	Moyens de transport utilisés pour accéder aux différentes structures	Transport public	Rickshaw	Rickshaw à moteur	Bateau	Vélo	Marche
<b>EFH</b>							
	N	5	21	0	69	5	47
	%	3.4%	14.3%	0%	46.9%	3.4%	32%
<b>Autres structures</b>							
	N	8	35	4	9	7	31
	%	8.5%	37.2%	4.3%	9.6%	7.4%	33%

En ce qui concerne le coût du transport, 36.8% (28) des répondants n'ont rien payé, principalement, car 25 d'entre eux se sont déplacés uniquement à pied. 52.6% (40) des répondants ont payé entre 1 et 30 Tk pour se rendre à la structure. (Tableau 20)

Tableau 20 : Coût du transport

Coût du transport	0 Tk	Entre 1 et 30 Tk	Entre 31 et 50 Tk	Entre 51 et 100 Tk	Entre 101 et 150 Tk	Plus de 150 Tk
N	28	40	1	4	1	2
%	36.8%	52.6%	1.3%	5.3%	1.3%	2.6%

Le temps que les patients passent à attendre en salle d'attente est aussi dépendant de la structure. Les patients attendent le moins longtemps en pharmacie et au cabinet du médecin avec respectivement  $13 \pm 26.4$  minutes et  $17.5 \pm 28.7$  minutes d'attente. Dans les hôpitaux, les répondants ont patienté  $45.8 \pm 41.8$  minutes dans les hôpitaux gouvernementaux et  $82.5 \pm 45$  minutes dans les hôpitaux privés. Ces différences de temps d'attente sont significatives ( $p = 0.046$ ). (Tableau 21)

Tableau 21 : Temps passé en salle d'attente en fonction du type de structure

Structure	Temps passé en salle d'attente	N	Ecart-type
Hôpital privé	82.5	4	45
Hôpital gouvernemental	45.8	39	41.8
« Village doctor » et homéopathes	22.2	17	30.3
Médecin installé en cabinet	17.5	4	28.7
Pharmacie	13	5	26.4

75 patients ont cité 91 médicaments qu'ils ont consommé :

- la dernière fois qu'ils ont été malades, pour ceux dont c'est la première fois qu'ils consultent pour leur plainte.
- la première fois où ils ont fait appel à un fournisseur de soins, pour ceux qui ont déjà consulté un ou plusieurs différents fournisseurs de soins avant de se tourner vers EFH pour prendre en charge cette même plainte.

Les antalgiques font partie des médicaments les plus fréquemment consommés par les répondants et correspondent à 31.9% (29) de tous les médicaments cités dans cette étude. 17.6% (16) des médicaments consommés sont des vitamines et 13.2% (12) des antiacides. Les antibiotiques ne constituent que 8.8% (8) des médicaments cités par les répondants. A noter que 22.7% des 75 répondants, ayant consommé des médicaments, ne connaissaient pas ou ne se souviennent plus des médicaments qu'ils ont pris. (Tableau 22)

Tableau 22 : Médicaments cités par les répondants (réponses multiples acceptées)

Médicaments	N	%
Antalgiques	29	31.9%
Vitamines	16	17.6%
Autres	13	14.3%
Antiacides	12	13.2%
Homéopathie	9	9.9%
Antibiotiques	8	8.8%
Traitements dermatologiques	4	4.4%

62.5% (5) des antibiotiques sont administrés après une consultation dans un hôpital gouvernemental et 12.5% (1) ont été prescrits par le « village doctor ».

50%(8) des répondants, ne sachant pas quels médicaments ils ont consommés, avaient consulté dans un hôpital gouvernemental. 18.8% (3) avaient consulté dans un hôpital privé et le même pourcentage de répondants avaient consulté un pharmacien. Un seul répondant, ayant consulté un « village doctor », n'était pas en mesure de spécifier le type de médicament consommé.

En ce qui concerne les répondants souffrant de douleurs, les antalgiques correspondent à 57.1% (12) des médicaments consommés par ces patients. Ils prennent aussi des vitamines et antiacides, constituant respectivement 38.1% (8) et 23.8% (5) de tous les médicaments pris en cas de douleurs. 4.8% (1) des médicaments utilisés en cas de douleur correspondent à de l'homéopathie.

De même, en cas de troubles musculo-squelettiques, les principaux médicaments consommés par les répondants sont :

- Antalgiques : 36.8% (7)
- Vitamines : 26.3% (5)
- Antiacides : 21% (4)

Dans ce cas également, 5.3% (1) des médicaments sont homéopathiques.

L'homéopathie constitue 23.5% (4) des médicaments consommés par les patients souffrant de troubles dermatologiques ou des tissus mous. Les crèmes et autres médicaments dermatologiques, ainsi que les antalgiques correspondent chacun à 17.6% (3) des médicaments consommés. Les antibiotiques comptent parmi 5.9% (1) des traitements.

Concernant le prix des médicaments, 16.7% (11) des répondants ont eu accès gratuitement aux médicaments et 30.3% (20) des patients ont dépensé entre 1 et 100 Tk. 22.7% (15) des répondants ont dépensé plus de 300 Tk en médicament. (Tableau 23)

Tableau 23 : Coût des médicaments

Coût des médicaments	0 Tk	Entre 1 et 100 Tk	Entre 101 et 200 Tk	Entre 201 et 300 Tk	Entre 301 et 500 Tk	Entre 501 et 1000 Tk	Plus de 1000 Tk
N	11	20	11	9	7	5	3
%	16.7%	30.3%	16.7%	13.6%	10.6%	7.6%	4.5%

Les moyennes des coûts pour le transport, la consultation et les médicaments ont été comparées selon les structures. En ce qui concerne le transport, les moyennes de coûts les plus basses se retrouvent chez les patients qui se sont rendus en pharmacie et chez le « village doctor ». Les frais de transport correspondent respectivement à  $6.2 \pm 10$  Tk et  $4.1 \pm 7.2$  Tk. La moyenne de coût de transport la plus élevée se retrouve chez les patients qui ont consulté dans un hôpital privé et qui ont déboursé en moyenne  $88.8 \pm 141.1$  Tk en frais de transport. La différence de coûts de transport entre les structures est statistiquement significative ( $p = 0.03$ ).

Pour ce qui est des coûts de consultation, les consultations auprès des « village doctors » ont le coût le plus bas ; les patients devant déboursé en moyenne  $43.2 \pm 55.5$  Tk. Les hôpitaux privés ont des frais de consultation les plus

élevés, avec un coût moyen de  $186.7 \pm 155$  Tk. La différence de coûts de consultation entre les structures n'est, toutefois, pas significative ( $p = 0.5$ ).

Les patients, ayant consulté uniquement un pharmacien, payent en moyenne  $140 \pm 96.2$  Tk de frais de médicaments, alors que ces frais peuvent atteindre une moyenne de  $445 \pm 344.6$  Tk, si le patient a préalablement consulté un médecin installé en cabinet. La différence de coûts de médicament n'est pas significative ( $p = 0.612$ ). (Tableau 24)

Tableau 24 : Coûts en fonction de la structure

Type de structure		Coûts du transport (Tk)	Coûts de la consultation (Tk)	Coûts des médicaments (Tk)	Coûts totaux (Tk)
Hôpital gouvernemental	Moyenne	24.31	65.23	326.97	416.51
	N	42	39	33	
	Ecart-type	40.012	168.955	504.367	
Hôpital privé	Moyenne	88.75	186.67	302.50	577.92
	N	4	3	4	
	Ecart-type	141.090	155.027	234.147	
Médecin installé en cabinet	Moyenne	30.00	110.00	445.00	585
	N	6	5	4	
	Ecart-type	38.859	134.164	344.625	
« Village doctor » Homéopathe	Moyenne	4.13	43.21	156.56	203.9
	N	16	14	16	
	Ecart-type	7.191	55.456	212.397	
Pharmacie	Moyenne	6.17		140.00	146.17
	N	6		5	
	Ecart-type	10.008		96.177	

Notons que les coûts indirects (comme la perte de journées de travail) n'ont pas été pris en compte dans le calcul des coûts totaux, qui sont donc sous-estimés. De plus, seuls 9 patients ont subi des examens de laboratoires et ils n'étaient pas suffisamment nombreux pour qu'on puisse les prendre en compte dans ce tableau.

Les moyennes de coûts de consultation et de médicaments ont été comparées chez les patients souffrant de douleur, de troubles musculo-squelettiques et de troubles cutanés ou des tissus mous. Il n'y a pas de différence significative du coût de consultation ( $p = 0.663$ ) ou de médicaments ( $p = 0.579$ ), en fonction de la plainte.

Les patients atteints d'une douleur attendent en moyenne  $23.6 \pm 47.2$  mois avant de consulter, alors que ceux atteints de troubles musculo-squelettiques attendent en moyenne  $9.5 \pm 14.5$  mois et ceux atteints de problèmes dermatologiques ou des tissus mous attendent  $37 \pm 71.4$  mois. Néanmoins, ces différences de temps en fonction des plaintes ne sont pas significatives ( $p = 0.472$ ).

La principale difficulté pouvant entraver ou retarder l'accès aux soins des patients est le manque de moyens financiers. Ce problème constitue 49.1% (54) des difficultés exprimées par les répondants. 18.2% (20) des difficultés touchent particulièrement au domaine de la qualité des soins et de la prise en charge. Les patients se plaignent notamment du manque de qualification des équipes médicales, ainsi que du manque de médicaments et/ou d'équipement entravant une prise en charge adéquate. (Figure 9)

Les patients atteints d'une douleur expliquent le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation par :

- Problèmes financiers : 80% (4)
- Equipe médicale compétente à EFH : 20% (1)

Pour les patients atteints de troubles musculo-squelettiques, les causes de délais de consultation sont principalement :

- Problèmes financiers : 45.5% (5)
- Le patient ne pensait pas que le problème était suffisamment grave pour consulter : 27.3% (3)
- Traitement antérieur inefficace : 9.1% (1)
- Equipe médicale compétente à EFH : 9.1% (1)
- Autre : 9.1% (1)

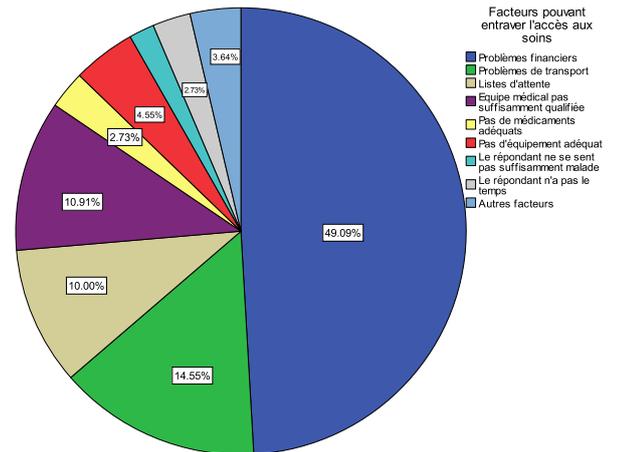


Figure 9 : Facteurs pouvant entraver l'accès aux soins (réponses multiples acceptées)

Les patients souffrant de problèmes dermatologiques ou des tissus mous citent les causes suivantes :

- Problèmes financiers : 33.3% (2)
- Le patient ne pensait pas que le problème était suffisamment grave pour consulter : 33.3% (2)
- Le patient n'avait pas le temps de consulter : 16.7% (1)
- Traitement antérieur inefficace : 16.7% (1)

## Discussion

Il existe une différence entre les sexes pour ce qui est du besoin de consulter. Parmi les patients qui ne consultent qu'en cas de force majeure, 46.3% sont des femmes. De plus, ces dernières ont plus tendance à se plaindre de problèmes multiples que les hommes. Une telle différence peut être expliquée par le fait que les femmes ne sont pas toujours libre de consulter lorsqu'elles le souhaitent et doivent avoir l'autorisation de l'époux ou de la belle-famille, notamment car elles ne sont souvent pas indépendantes financièrement. Ce manque d'indépendance des femmes dans leur choix de consulter peut avoir des conséquences importantes, notamment pour les adolescentes et les jeunes mères. On peut ainsi émettre l'hypothèse que lorsqu'elles ont l'opportunité de consulter, elles font part de tout ce qui leur fait souci, ce qui mène souvent à des plaintes multiples.

En outre, le degré de gravité de la plainte influence significativement le type de structure que le patient va consulter. En effet, lorsque la plainte est perçue comme sérieuse, seulement 11.8% des patients consultent un « village doctor », alors que 76.5% préfèrent se rendre dans un hôpital.

Il n'est pas étonnant que la douleur et les troubles musculo-squelettiques soient parmi les plaintes principales des patients. En effet, ces patients vivent dans des conditions rudes et font face à des stress physiques et psychiques, ainsi qu'à une charge de travail importants. Dans l'étude effectuée auprès de la population rurale de Charkaria (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009), la plainte principale englobait les refroidissements et la fièvre, suivie par les troubles musculo-squelettiques et gastro-intestinaux.

Il faut noter que certaines pathologies dont souffrent les patients ont un rythme saisonnier. En effet, la période d'interview à Charkaria a eu lieu pendant une épidémie de fièvre virale et de refroidissement. C'est pour cela que dans les chars, une minorité de la population interviewée s'est plainte de fièvre. Au contraire, les troubles gastro-intestinaux viennent en troisième position à Charkaria, alors qu'ils ne constituent que la cinquième position dans les chars. Il faut savoir que la saison des pluies venait de commencer au moment des interviews et que ce n'était pas encore la période des pics de diarrhées.

Avec douleur et troubles musculo-squelettiques comme plainte principale, il semble normal que les antalgiques soient les médicaments les plus consommés. Comme beaucoup de patients se plaignent de faiblesses, des vitamines sont également souvent consommées. De plus, les patients sont très demandeurs d'antiacides. En effet, il est pratique courant pour les hommes comme les femmes de chiquer du pan ou du betel, un stimulant issu d'une noix ou d'une feuille, causant à la longue, des brûlures d'estomac (le régime alimentaire à base de piments n'aidant pas)... Dans la catégorie des troubles dermatologiques et des tissus mous, il est intéressant de constater que les médicaments les plus fréquemment consommés sont homéopathiques. En effet, cette catégorie comprend aussi les lipomes et kystes sébacés, qui doivent être traités par chirurgie, mais que les patients essaient de prendre en charge par l'homéopathie.

Il faut noter que l'automédication n'est presque pas apparue dans les diverses interviews des patients, malgré que cela prenne une place importante dans les zones rurales du Bangladesh. (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009) En effet, en visitant le domicile des gens des chars et en les questionnant un peu sur le thème de l'automédication, on est surpris par le nombre de plantes qu'ils utilisent pour se soigner seuls et qu'ils font pousser dans leur jardin. On citera, par exemple, le « neem tree » qui est souvent utilisé pour traiter les problèmes dermatologiques tels que la gale ou encore le « turmeric » également utilisé pour traiter la peau. En outre, contre la toux, ils utilisent une autre plante le « secret basil » ou une mixture à base de gingembre. En cas de maux de gorge, les villageois effectuent souvent des gargarismes avec de l'eau chaude et du sel.

Le fournisseur de soins le plus fréquenté par les patients est l'hôpital gouvernemental, suivi par le « village doctor », mais pour des plaintes telles que les douleurs, les troubles musculo-squelettiques ou les problèmes dermatologiques, le « village doctor » ou l'homéopathe est consulté en premier lieu.

Le succès que les hôpitaux publiques, mais surtout que les « village doctors » ont auprès de la population n'est pas un hasard. D'ailleurs, les « villages doctors » ont tout autant de succès dans d'autres zones rurales comme Chakaria, 64.7% des fournisseurs de soins (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009). Ils jouent ainsi le rôle de médecins de premier recours pour les populations rurales, ainsi que pour celle des chars.

En effet, en se penchant sur les difficultés d'accès aux soins de la population des chars, on constate que les difficultés financières arrivent en premier lieu, suivies par les difficultés de transport, les problèmes d'attente pour avoir accès aux soins, ainsi que la mauvaise qualité des services de santé.

Le « village doctor » permet de surmonter les trois premières difficultés. En ce qui concerne les coûts, c'est le fournisseur de soins qui offre ces services à meilleur marché. En effet, les coûts totaux combinant les moyennes de coûts de transport, de consultation et de médicaments sont les moins chers de tous les fournisseurs. Le patient paye ainsi en moyenne 200 Tk tout compris, alors qu'ils en auraient pour 416 Tk dans un hôpital gouvernemental et plus dans une structure privée. De plus, le « village doctor » accepte souvent les paiements à crédit ou en nature et les patients peuvent acheter le nombre de médicaments qu'ils ont les moyens de payer. L'autre avantage est que le patient achète les médicaments au même lieu de consultation. De plus, ils sont très accessibles, puisque les patients mettent en moyenne deux fois moins de temps pour se rendre chez le « village doctor » que dans un hôpital public. Le temps passé dans la salle d'attente est également deux fois et demi moins long que dans un hôpital public. En outre, contrairement aux médecins des hôpitaux publiques qui sont disponibles uniquement quelques heures dans la journée pour ensuite aller faire payer les consultations au prix fort dans leurs cabinets privés, les « village doctors » sont disponibles toute la journée et même pour les visites à domicile en cas d'urgence.

Si les « village doctors » sont populaires, il ne faut pas oublier que, bien souvent, ils ne bénéficient d'aucune formation reconnue. En effet, une étude sur les « villages doctors » à Charkaria (ICDDR, Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria, 2009) montre que dans 18.4% des cas, les traitements prescrits par le « village doctor » étaient appropriés. Dans 74.5% des cas, les traitements étaient inappropriés, mais sans conséquences pour les patients, alors que dans 7.1%, les traitements inappropriés ont été néfastes.

Les hôpitaux gouvernementaux sont également des fournisseurs de soins très demandés, car malgré des temps de trajets et des attentes qui peuvent parfois être longs, les coûts de consultations et de médicaments sont plus abordables que dans les structures hospitalières privées ou chez les médecins installés. De plus, le personnel est sensé y être qualifié et les équipements disponibles permettent une meilleure prise en charge que chez le « village doctor ».

Il faut tout de même savoir que les consultations et les médicaments fournis par les hôpitaux gouvernementaux sont sensés être gratuits, avec un coût d'enregistrement d'une dizaine de takas. Il est ainsi difficile de voir un coût total moyen de 416 Tk. Ce coût s'explique par le fait que certes les médicaments sont gratuits, mais il s'agit seulement des médicaments de base, tels que les vitamines ou les antiacides. Si le patient a besoin de médicaments plus spécifiques, il doit se rendre en pharmacie pour les acheter. De même, les consultations doivent être gratuites, mais beaucoup de patients se sont plaints de devoir payer des pots-de-vin aux médecins pour qu'ils les examinent en dehors de leurs heures de travail.

L'information aux patients semble varier en fonction des structures. 50% des patients, ne se souvenant plus du type de médicament consommé, étaient allés consulter dans un hôpital gouvernemental et 37.6% avaient reçu leur

prescription dans un hôpital privé ou s'étaient rendus directement en pharmacie. 6.3% des patients avaient reçu le médicament d'un « village doctor ».

Malgré le manque de régulation en matière de fournisseurs de soins informels, les « village doctors » semblent incontournables dans le système de santé des zones rurales, où la pénurie de personnel qualifié se fait le plus ressentir.

## Accès à la pharmacie

### Résultats

85 patients ont été interrogés, concernant la pharmacie la plus proche de leur domicile.

88.2% (75) des répondants indiquent que la pharmacie la plus proche est une structure privée, alors que pour le reste des répondants, il s'agit d'une structure gérée par le gouvernement.

71.4% des répondants (60) mettent moins de 30 minutes pour rejoindre la pharmacie, mais pour 17.9% (15) des patients, plus de 60 minutes de trajet sont nécessaires. Les patients tendent à mettre moins de temps pour se rendre à la pharmacie que pour se rendre dans d'autres structures telles que EFH ou les hôpitaux. Cette différence de temps de trajet est significative ( $p < 0.0001$ ).

La marche constitue 54% (54) des moyens de transport utilisés par les répondants pour se rendre en pharmacie. Le rickshaw est cité dans 28% (28) des cas et le bateau dans 13% (13). Ainsi 54.8% (46) des répondants n'ont aucun frais de transport pour se rendre en pharmacie et 42.9% (36) payent moins de 30 Tk.

Les médicaments les plus fréquemment achetés en pharmacie sont les antalgiques (31.1%), suivis par les antiacides (18.5%), les antibiotiques (16.8%), ainsi que les vitamines (13.5%). 20% des 75 répondants ne connaissent pas ou ne se souviennent plus du type de médicament acheté lors de leur dernière visite en pharmacie. (Tableau 25)

Tableau 25 : Médicaments achetés lors du dernier passage en pharmacie

Médicaments	N	%
Antalgiques	37	31.1%
Antiacides	22	18.5%
Antibiotiques	20	16.8%
Autres	17	14.3%
Vitamines	16	13.5%
Médicaments dermatologiques	4	3.4%
Médicaments cardiaques/hypertension	3	2.5%

4.8% (3) des répondants ont pu obtenir les médicaments gratuitement et 42.9% (27) ont déboursé moins de 100 Tk. 20.6% (13) des répondants ont dépensé plus de 300 Tk. (Tableau 26)

En comparant ce tableau des coûts de médicaments achetés en pharmacie avec le tableau 23 indiquant le coût des médicaments achetés dans différentes structures, les deux premières colonnes mises ensemble, on constate que ces deux tableaux sont quasiment identiques. D'ailleurs le test montre une différence non significative ( $p = 0.426$ ).

Tableau 26 : Frais des médicaments lors de la dernière visite en pharmacie

Coût des médicaments							
	0 Tk	Entre 1 et 100 Tk	Entre 101 et 200 Tk	Entre 201 et 300 Tk	Entre 301 et 500 Tk	Entre 501 et 1000 Tk	Plus de 1000 Tk
N	3	27	11	9	6	4	3
%	4.8%	42.9%	17.5%	14.3%	9.5%	6.3%	4.8%

## Discussion

La pharmacie joue un rôle similaire à celui des « village doctors », dans le sens qu'il s'agit d'une structure de proximité. En effet, la majorité des répondants interrogés sur cette questions étaient capables de donner des informations sur la localisation, les moyens de transport disponibles et le coût des médicaments achetés dernièrement dans une pharmacie située à proximité de leur domicile. De plus, la marche constitue le moyen de transport principal permettant de rejoindre la pharmacie

En observant les fréquences des médicaments achetés lors de la visite en pharmacie, on constate que les antalgiques viennent encore une fois en tête. En comparant ces fréquences avec celles des médicaments prescrits par les diverses structures (cf. Tableau 22), on constate une forte proportion d'antibiotiques (16.8%) achetés en pharmacie, alors qu'ils ne constituaient que 8.8% des médicaments dans le tableau 22.

Le problème est que les ventes de médicaments ne sont pas du tout régulées et que le pharmacien, comme le « village doctor », peuvent vendre des antibiotiques et autres médicaments, qui ne devraient pas être en vente libre, sans ordonnance et souvent sans consultation, ni examens approfondis. De là, naissent les problèmes de résistance et les difficultés lors de traitements ultérieurs.

## Satisfaction

### Résultats

85 patients ont répondu aux questions concernant leur satisfaction avec le système de santé du Bangladesh. 41.2% (35) des patients se disent très satisfait du système, alors que 12.9% (11) et 11.8% (10) se disent respectivement insatisfaits et très insatisfaits. (Tableau 27) A noter que 27.1% (23) des patients déclare devoir faire face à des difficultés en lien avec le système de soin, comme une liste d'attente trop importante, du personnel médical insuffisamment qualifié, ainsi que du matériel et des médicaments qui ne permettent pas une prise en charge adéquate.

Tableau 27 : Satisfaction avec le système de santé du Bangladesh

Satisfaction	N	%
Très satisfait	35	41.2%
Satisfait	23	27.1%
Ni satisfait, ni insatisfait	6	7.1%
Insatisfait	10	11.8%
Très insatisfait	11	12.9%

Ces 85 patients ont également évalué leur propre santé. 51.7% (44) d'entre eux ont évalué leur santé comme étant bonne ou très bonne, alors que 14.1% (12) l'ont évaluée comme étant mauvaise ou très mauvaise. Il n'y a pas de lien significatif entre le niveau de santé exprimé par le patient et le nombre de ses plaintes ( $p = 0.36$ ). (Tableau 28)

Tableau 28 : Auto-évaluation de la santé des répondants

Auto-évaluation de la santé	N	%
Très bonne	11	12.9%
Bonne	33	38.8%
Modérée	29	34.1%
Mauvaise	9	10.6%
Très mauvaise	3	3.5%

Les patients ont également été interrogés sur leur degré de bonheur. 46.5% (48) d'entre eux se considèrent heureux et très heureux, alors que 25.9% (22) d'entre eux se considèrent malheureux, voire très malheureux. (Tableau 29)

Tableau 29 : Degré de bonheur des répondants

Degré de bonheur	N	%
Très heureux	14	16.5%
Heureux	34	40%
Ni heureux ou malheureux	15	17.6%
Malheureux	14	16.5%
Très malheureux	8	9.4%

On entend souvent dire que l'argent ne fait pas le bonheur... Pour vérifier cela, une moyenne du revenu familial a été calculée pour chaque degré de bonheur et ces moyennes ont été comparées. Cela ne donne pas une résultat

complètement significatif ( $p = 0.077$ ), mais permet tout de même de mettre en évidence une tendance dans le sens d'une augmentation du degré de bonheur avec l'augmentation du revenu familial. (Tableau 30)

Tableau 30 : Degré de bonheur en fonction du revenu familial mensuel

Degré de bonheur	Revenu familial mensuel		
	Moyenne	N	Ecart-type
<b>Très heureux</b>	7417	12	3971
<b>Heureux</b>	5569	29	3909
<b>Ni heureux, ni malheureux</b>	3838	8	3449
<b>Malheureux</b>	4591	11	2289
<b>Très malheureux</b>	3000	6	1975

## Discussion

En ce qui concerne la satisfaction des patients avec le système de santé du Bangladesh, la majorité d'entre eux semblent satisfaits de la situation. Néanmoins, il est possible de penser que ce résultat est surestimé. En effet, les patients peuvent avoir honte ou peur de critiquer le système en public, surtout devant des étrangers. De plus, certaines répondants semblaient ne pas avoir compris la question et évaluaient EFH au lieu du système de santé du pays.

## Santé maternelle et infantile

### Résultats

57 patients ont répondu aux questions suivantes, concernant la santé maternelle et infantile. Ils ont été sélectionnés sur le fait qu'ils aient, au moment de l'interview, au moins un enfant âgé de moins de 5 ans. Cet échantillon est composé de 63.2% de femmes et de 36.8% d'hommes.

Les répondants ont eu en moyenne  $2.8 \pm 1.7$  enfants (incluant les enfants morts) au moment de l'interview.

L'âge de la mère, lors de la première grossesse, est en moyenne de  $17.8 \pm 3.1$  ans. Il y a une tendance significative ( $p = 0.028$ ) d'augmentation de l'âge de la première grossesse avec le niveau d'éducation. (Tableau 31)

Tableau 31 : Âge lors de la première grossesse en fonction du niveau d'éducation

Education	Moyenne	N	Ecart-type
0 an	16.2	13	1.9
1 - 5 ans	17.5	15	3.0
6 - 10 ans	18.7	7	1.7
> 10 ans	23.0	1	.

Au cours de leur dernière grossesse, 54.4% (31) des mères ont bénéficié d'un check-up. En moyenne, ces femmes ont subi  $3.4 \pm 2.3$  check-up pendant toute la durée de leur grossesse.

35.5% (11) des patients ont été suivies dans une clinique ou un hôpital appartenant à une ONG. 29% (9) ont bénéficié de check-up dans un hôpital gouvernemental et 19.4% (6) dans un hôpital privé. 9.7% (3) ont bénéficié de visites à domicile. Une femme a été suivie par un médecin installé en cabinet et une autre par un « village doctor ».

30% (9) des futures mères ont été suivie pour la majorité des check-up par une infirmière et 30% par des assistants paramédicaux. 26.7% (8) ont été suivies par des médecins qualifiés et 6.7% (2) par des « village doctors ». 6.7% (2) ne savent pas qui les a suivies.

25% (14) des femmes ont subi des complications au cours de leur dernière grossesse. La complication la plus fréquente est le saignement. (Tableau 23)

Tableau 32 : Fréquence des complications

Type de complication	N	%
Saignements	4	30.8%
Douleur	3	23.1%
Fièvre	3	23.1%
Travail prolongé	2	15.4%
Convulsions	1	7.7%

Parmi les femmes ayant subi une complication, 78.6% (11) ont cherché de l'aide. En cas de complication, 68.3% (30) des femmes se rendent à l'hôpital gouvernemental, 11.4% (5) dans une clinique ou un hôpital d'ONG, 9.1% (4) dans un hôpital privé, 6.8% (3) chez un médecin installé en cabinet et 4.5% (2) chez un « village doctor ».

96.4% (53) des femmes ont accouché par voie basse. Dans 83.9% (47), les répondantes / épouses des répondants ont accouché à domicile. Les 9 femmes restantes ont accouché dans des hôpitaux gouvernementaux (3), privés (3) ou appartenant à des ONG (3).

Pour 59.7% (34) des femmes, ce sont des membres de la famille qui les ont assistées durant l'accouchement, notamment leur mère ou leur belle-mère. 21.1% (12) ont été assistées par des infirmières, des sages-femmes ou des assistants paramédicaux. 12.3% (7) ont été accouchées par des TBA (traditional birth attendant). Dans 71.4% (5) des cas, les TBA ne bénéficiaient d'aucune formation officielle (untrained TBA). Finalement, 7% (4) des femmes ont été assistées par un médecin diplômé.

Concernant l'immunisation des enfants, 98.2% (54) des répondants ont affirmé que leur plus jeune enfant a été vacciné et 98.1% (53) possèdent une carte de vaccination à la maison. Un seul répondant n'en possédait pas, car la carte avait été perdue lors de l'inondation du foyer.

96.4% (53) des plus jeunes enfants des répondants ont été vaccinés contre la polio et 98.1% (51) ont reçu le DPT et l'hépatite B. 96.2% (50) ont reçu le BCG et 80.8% (42) ont été immunisés contre la rougeole. Trois patients ne connaissaient pas l'état d'immunisation de leur enfant, notamment le nom des vaccins reçus. Ce n'était pas le cas pour le vaccin de la polio, duquel les trois patients se souvenaient.

Les plus jeunes enfants de 87.3% (48) des répondants ont reçu une dose de vitamine A et 70.4% (38) ont reçu des comprimés vermifuges.

Dans 88.9% (48) des cas, c'est une structure gouvernementale qui a vacciné les enfants, bien que la vaccination ait été effectuée par une ONG chez 9.2% (5) des répondants. Un enfant a été immunisé dans un hôpital privé.

41.8% (23) des vaccinations ont eu lieu à la maison et 24.6% (19) dans un centre de vaccination. 10.9% (6) des enfants ont été immunisés dans une clinique satellite et 9.1% (5) se sont rendus dans un hôpital gouvernemental.

32.7% (18) des répondants ont déclaré que leur plus jeune enfant a souffert au moins une fois de diarrhée au cours de 6 mois précédant l'interview.

Pour traiter ces enfants, les ORS (sels de réhydratation orale) correspondent à 38.7% (12) des médicaments utilisés dans ce cas et les comprimés ou sirops à base de zinc constituent 22.6% (7) des traitements. Dans 83.3% (10) des cas, les ORS ont été achetés dans une pharmacie et dans 16.7% (1), ils ont été fournis par le « village doctor » ou à l'hôpital gouvernemental.

9.7% (3) des traitements cités étaient de la métronidazole, qui dans deux cas a été prescrit par un « village doctor » et un pharmacien. Seulement une fois, ce médicament a été prescrit après visite à domicile par un médecin qualifié.

6.5% (2) des traitements impliquent des traitements faits à la maison, notamment la préparation de fluides de réhydratation à base de sel et de sucre. De plus, 6.5% (2) des médicaments utilisés sont homéopathiques.

Les antibiotiques constituent 3.2% (1) des médicaments consommés en cas de diarrhée. Dans le cas de cette étude, le répondant a acheté les antibiotiques dans une pharmacie et sans prescription médicale.

11.1% (2) des répondants, dont le plus jeune enfant a souffert de diarrhée, ne savent pas avec quels médicaments, ils ont été traités.

En cas de diarrhée chez leur enfant, 41.2% (7) des répondants consultent un « village doctor » ou un homéopathe et 29.4% (5) se rendent à l'hôpital (gouvernemental, privé ou ONG) ou consultent un médecin installé en cabinet. 23.5% (4) se rendent à la pharmacie et 5.9% (1) reçoivent des visites à domicile par un médecin qualifié.

## Discussion

Les femmes ont leur premier enfant environ 2.6 ans après leur mariage, sachant qu'une femme ne vit pas toujours auprès de sa belle-famille immédiatement après le mariage. Ces femmes ont en moyenne 17.8 ans lors de la première naissance. Un début précoce de la maternité augmente la période pendant laquelle il est acceptable pour une femme d'avoir des enfants et par conséquent, cela augmente le nombre d'enfants qu'une femme peut mettre au monde. Dans beaucoup de pays en développement, le délai de la première naissance, causé notamment par une augmentation de l'âge du premier mariage, a fortement contribué à diminuer l'augmentation de la population (NIPORT, March 2009). De plus, une grossesse précoce peut entraîner des risques pour la mère et l'enfant, ainsi que tend à diminuer les perspectives éducatives et économiques des femmes.

54.4% des femmes ont bénéficié de check-up anténataux lors de leur dernière grossesse. Pour la population générale du Bangladesh, 60% des femmes ont reçu au moins un contrôle prénatal au cours de leur dernière grossesse. Elles ont reçu en moyenne 3.4 check-up. Selon l'OMS, il serait préférable de bénéficier d'au moins 4 check-up, en commençant lors du premier trimestre. En moyenne, les femmes habitant dans les zones urbaines effectuent un contrôle de plus que les femmes résidant en zone rurale, car les structures de soins sont plus accessibles et les individus mieux informés. (NIPORT, March 2009)

Les femmes sont principalement suivies par des ONG, ainsi que par des structures gouvernementales. En effet, la santé maternelle fait notamment partie des programmes gouvernementaux de santé de la population. En outre, beaucoup d'ONG ont des programmes destinés aux femmes, qui ont été ou sont encore parfois négligés, notamment par leur belle-famille. Une majorité de ces femmes ont été suivies par du personnel qualifié, notamment des infirmières et des sages-femmes.

En cas de complication, 21.4% des femmes ne sont pas allées chercher de soins, principalement, à cause de la méconnaissance des complications ou l'impression que ce n'était pas suffisamment grave pour consulter. Parfois, elles ne sont pas allées consulter, car elles n'étaient pas libres de le faire indépendamment.

Contrairement à ce qui a été montré précédemment concernant la popularité des « villages doctors », peu de femmes souffrant de complications au cours de leur grossesse en consultent un. La majorité des femmes se tourne, en effet, vers les hôpitaux gouvernementaux ou les ONG. Les « village doctors » sont boudés par les femmes peut-être parce que ce sont principalement des hommes ou, car la complication est perçue comme trop grave par la future mère.

3.6% des femmes ont accouché par césarienne, alors qu'elles sont 8% dans la population générale. (NIPORT, March 2009) Le pourcentage de femmes ayant accouché par césarienne pourrait être un indicateur indirect de l'accès aux soins aigus, en cas d'accouchements compliqués.

83.9% des femmes ont donné naissance à domicile. Ce pourcentage s'élève à 85% dans la population générale. La probabilité d'accouchement dans une structure de santé est augmentée avec le niveau d'éducation, le statut socio-économique, ainsi que le nombre de contrôle anténataux de la mère. De plus, 59.7% des femmes ont été assistées par des membres de leur famille pendant l'accouchement, alors que ce pourcentage n'est que de 6% dans la population générale. (NIPORT, March 2009) Cette différence peut être causée par l'isolement des femmes ou le manque de personnel qualifié en zone rurale.

Concernant la vaccination des enfants, les données récoltées dans cette étude semblent peu fiables, car les vaccins effectués par les enfants n'ont jamais pu être vérifiés. De plus, polio mise à part, les parents ne se souvenaient pas du nom et du nombre des vaccins effectués et leurs réponses étaient donc souvent influencées par le traducteur. De plus, il était impossible de savoir si l'enfant avait effectué des rappels. Néanmoins, selon le sondage national de

2007, 82% des enfants de 12 à 23 mois sont complètement immunisés. Dans cette étude, la rougeole est le seul vaccin à couvrir moins de 82% des enfants, notamment car beaucoup d'entre eux étaient trop jeunes pour être vaccinés, au moment de l'interview.

87.3% des enfants ont reçu une dose de vitamine A. Ceci permet une prévention efficace de la cécité causée par un manque de cette vitamine et permet de diminuer la sévérité d'infections telles que la diarrhée ou la rougeole.

Dans la majorité des cas, les enfants ont été vaccinés dans des structures gouvernementales. En effet, c'est principalement le gouvernement, aidé par certaines ONG, qui prend en charge la vaccination de sa population.

32.7% des répondants ont affirmé que leur plus jeune enfant a souffert de diarrhée au cours des six mois précédant l'interview. Selon le médecin de EFH, ce pourcentage augmente fortement lorsque la saison des pluies a atteint son apogée. Seulement 45.2% des enfants souffrant de diarrhée ont reçu des ORS ou des fluides de réhydratation faits maison, ce qui est bien en-dessous des 85% des enfants souffrant de diarrhée et traités grâce à la réhydratation orale. Le manque d'information pourrait être un facteur contribuant à un si faible pourcentage. Dans les cas, où des antibiotiques ou de la métronidazole ont été consommés, ils l'étaient souvent sans ordonnance, soulignant le manque de régulation existant dans la vente de ces médicaments.

Lorsque les enfants souffrent de diarrhée, le « village doctor » est consulté en premier lieu, ce qui est similaire à ce qui a été montré pour la douleur, les troubles musculo-squelettiques ou les problèmes dermatologiques, mais pas pour les complications de la grossesse. Une partie des enfants est traitée par le pharmacien, qui, dans ce cas, joue un rôle similaire à celui du « village doctor » ; il s'agit d'une structure de proximité et cela est bon marché.

## Planning familial

### Résultats

138 patients ont été interrogés sur la question du planning familial. Si le répondant était marié, il était interviewé quant à son utilisation des moyens de contraception, alors que s'il était célibataire, il était questionné sur sa connaissance des contraceptifs.

55.1% (76) des répondants utilisent des contraceptifs. 68.2% (73) des individus mariés utilisent de tels moyens.

Parmi 77 méthodes différentes citées par les répondants mariés, celle la plus utilisée est la pilule contraceptive (53.4%), suivie par les injections (26%) et les méthodes traditionnelles (10.4%), telles que le retrait ou l'abstinence. Les préservation ne compte que parmi 7.8% des méthodes utilisées et 2.6% consistent en des croyances religieuses.

Concernant les connaissances que les personnes célibataires ont des contraceptifs, la pilule contraceptive correspond à 30.2% des méthodes citées (43), suivie par le préservatif à 25.6% et les injection à 18.6%. La stérilisation constitue 4.7% des méthodes citées. Un tiers des répondants célibataires (9) ne connaissent aucun méthode de contraception. Ces neuf personnes ont, en fin d'interview, bénéficié d'une explication concernant les méthodes contraceptives disponibles.

92 patients ont cité le lieu où ils achètent habituellement leur méthode (répondant marié) ou ont indiqué le lieu où ils savaient pouvoir trouver de telles méthodes en cas de besoin (répondant célibataire).

31.5% des répondants (29) ont indiqué se rendre dans une pharmacie et 29.3% (27) dans un hôpital. Parmi les 27 patients se rendant à l'hôpital, il s'agit d'un hôpital gouvernemental dans 88.9% des cas.

25% (23) des répondants reçoivent des visites à domicile par des travailleurs spécialisés en planning familial, qui les fournissent régulièrement en méthodes. Parmi ces 23 patients, 75% reçoivent la visite d'un travailleur gouvernemental. Le reste des patients est visité par des ONG.

Dans 13.1% (12) des cas, les patients se fournissent dans des cliniques satellites, ouvertes régulièrement chez un villageois ou dans une école du village. Dans 75% des cas, ces cliniques satellites sont des structures non gouvernementales, alors que dans le reste des cas, le gouvernement prend en charge ces structures.

Seulement 1.1% (1) des répondants se fournissent auprès du « village doctor ».

77.4% (48) des répondants se trouvent à moins d'une demie heure de la structure, où ils se fournissent en moyens contraceptifs.

La marche constitue 52.9% (37) des moyens de transport employés pour se rendre aux structures, où des méthodes contraceptives sont disponibles. 31.4% des moyens de transports cités correspondent aux rickshaws et 7.1% (5) aux bateaux.

68.3% (43) des répondants n'ont pas de frais de transport et le reste des patients payent entre 1 et 30 Tk.

De même, 43.1% (28) des répondants ont accès gratuitement à une méthode contraceptive, principalement à travers des structures gouvernementales (18 patients sur 24), mais également grâce à l'aide de certaines ONG (6 patients sur 24).

46.2% (30) des répondants doivent payer entre 1 et 30 Tk par mois. Parmi eux, 29 répondants ont indiqué la structure où ils se fournissaient. Dans 68.9% (20) des cas, ils se rendent dans une structure privée. 20.7% (6) des patients payant entre 1 et 30 Tk se fournissent dans une structure gouvernementale et 10.4% (3) dans une ONG.

3.1% (2) des patients payent plus de 50 Tk par mois et se fournissent principalement dans le secteur privé ou dans des ONG.

Il est ainsi significativement ( $p < 0.0001$ ) meilleur marché de se fournir dans un centre gouvernemental que dans une structure privée; le coût moyen d'une méthode dans le privé étant dix fois supérieur à celui d'une méthode achetée dans une structure gouvernementale.

Le coût moyen des deux méthodes les plus fréquemment utilisées, la pilule contraceptive et les injections, a été comparé. Chaque mois, les répondants payent en moyenne  $14.7 \pm 13.5$  Tk pour des pilules contraceptives et  $6 \pm 10.3$  Tk pour les injections. Cette différence de prix est significative ( $p = 0.018$ ).

Il n'y a pas de différence significative ( $p = 0.386$ ) de nombre d'années d'éducation en fonction du choix de moyen contraceptif traditionnel ou moderne. En effet, les patients ayant choisi une méthode contraceptive traditionnelle ou religieuse ont effectué en moyenne  $2.6 \pm 2.8$  années d'éducation, alors que les patients ayant choisi la pilule contraceptive, le préservatif ou l'injection ont effectué une moyenne de  $3.7 \pm 3.9$  années.

Concernant les visites à domicile des travailleurs spécialisés en planning familial, sur les 136 patients ayant répondu à ces questions, 53.75 (73) ont reçu au moins une visite au cours de six mois précédant l'interview.

Les répondant ont reçu une moyenne de  $5.4 \pm 5.4$  visites. Ces visites ont été effectuées par des travailleurs gouvernementaux dans 83.3% (60) des cas et le reste du temps par des travailleurs employés par les ONG.

La dernière visite de ces travailleurs remontait en moyenne à  $1.7 \pm 0.03$  mois.

## Discussion

Les mentalités commencent à changer en terme de planning familial, surtout auprès de jeunes couples. Selon une assistante paramédicale travaillant à EFH et conseillant les patients quant aux méthodes de planning familial, les gens commencent à se rendre compte que de toute façon les enfants partent lorsqu'ils grandissent et qu'il n'y a donc pas besoin d'en faire autant. Deux enfants suffisent ! C'est d'ailleurs ce que disent les patients lors de discussions informelles. Bon nombre d'entre eux souhaite ne pas avoir plus que deux enfants.

Concernant la préférence des parents vis-à-vis des enfants mâles, les mentalités commencent également à changer, car avoir un garçon n'est plus une assurance que ce dernier reste avec ses parents pour s'occuper d'eux lorsqu'ils seront âgés.

Pour convaincre les patients d'utiliser les moyens de contraception moderne, l'assistante paramédicale se cite comme exemple, afin de montrer qu'il est possible de n'avoir qu'un enfant.

Comme c'est le cas dans la population générale du Bangladesh, la méthode la plus fréquemment utilisée par les répondants est la pilule, suivie par les injections (NIPORT, March 2009). Plus inquiétant, alors que le préservatif fait partie du second moyen de contraception le plus cité par les individus célibataires, en pratique, il n'est utilisé que dans 7.8% des cas, étant même dépassé par les méthodes traditionnelles. Aucune donnée concernant les maladies transmissibles n'a été collectée dans cette étude, mais une statistique interne à EFH indique que 1% des patients sont HIV positifs. Il faut savoir que lorsque le travail se fait rare dans les chars, les hommes tendent à partir en ville pour trouver du travail et il peut arriver, que loin de leurs épouses, ils fréquentent des prostituées et importent les maladies transmissibles de la ville à la campagne.

La majorité des couples se fournissent en moyens de contraceptions auprès des structures gouvernementales, car les méthodes y sont bien moins chères qu'ailleurs. Néanmoins, certaines femmes préfèrent acheter leur pilule contraceptives dans le privé, car elles supportent mal celles produites par le gouvernement. Beaucoup de femmes s'étant plaintes de manière informelle de maux de tête qui sembleraient être causés par ces pilules gouvernementales.

Les visites à domicile des travailleurs du planning familial sont extrêmement importantes. Non seulement pour refournir les couple en contraceptifs, mais aussi pour informer en masse, notamment les membres de la famille, les jeunes couples et les femmes enceintes. Cela fait partie des programmes gouvernementaux de contrôle de la croissance de la population. Cela fonctionne relativement bien dans cette région de chars, où la population semble bénéficier d'environ une visite par mois.

## Limitations

- Les principales limitations de cette étude ont été d'ordre linguistique. En effet, certaines questions n'étaient pas comprises par les traducteurs ou les patients et il a donc fallu les modifier au cours des interviews.
- De plus, les patients répondaient souvent par des réponses multiples, ce qui a été difficile à analyser par la suite.
- Beaucoup de questions demandaient de faire appel à la mémoire des patients. On peut bien imaginer qu'il n'est pas évident de se souvenir de tous les détails d'une prise en charge ou d'un traitement. Par conséquent, certaines imprécisions subsistent.
- En outre, beaucoup de patients ne venaient pas des chars, mais de villages situés à l'intérieur des terres. Ne connaissant pas bien la géographie locale, il était difficile d'exclure correctement ces patients. Néanmoins, cela a permis de montrer qu'un grand nombre de patients consultant à EFH ne viennent pas des chars.

- Finalement, l'échantillon de patients interrogés était relativement faible, d'autant que les patients ont été séparés en deux groupes pour répondre aux deux parties du questionnaire, ce qui diminue d'autant plus l'échantillon.

## Conclusions

Cette étude a permis de mettre en évidence que la population de la région des chars partage beaucoup de similitudes en terme de besoins et d'utilisation des ressources disponibles dans le domaine de la santé avec d'autres régions rurales du Bangladesh. Les systèmes de santé informels y sont bien implantés et la population est généralement relativement bien informées des infrastructures existantes. Ces fournisseurs de soins informels sont nécessaires pour la population de cette région, à cause du manque de personnel médical qualifié. Néanmoins, afin de limiter les risques pour les utilisateurs de ces services, le gouvernement et les ONG auraient intérêt à offrir des formations de qualité à ces « village doctors ».

Certains programmes du gouvernement (vaccinations et planning familial), ainsi que d'ONG (éducation) s'intéressent à cette région et contribuent à l'amélioration des conditions de vie de ces populations, extrêmement dépendantes des caprices du fleuve.

Un meilleur contrôle des mariages devrait, toutefois, être effectué, afin de limiter le nombre de naissances, ainsi que le mariage d'adolescents, et indirectement diminuer les risques de complications lors des grossesses.

Cette région se trouve à une période charnière, où du fait de la pauvreté, les traditions et croyances sont tenaces, alors que le progrès tente de se faire une place dans zone du Bangladesh trop longtemps oubliée.

## Bibliographie

CLP. *The Chars.* Récupéré sur [http://www.clp-bangladesh.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=131&Itemid=153](http://www.clp-bangladesh.org/index.php?option=com_content&task=view&id=131&Itemid=153)

ICDDR, B. (2009). *Health for the Rural Masses - Insights from Chakaria*. Dhaka: Abbas Bhuiya.

ICDDR, B. (1994). ICDDR,B and ORS: the history of a miracle discovery. *Glimpse*, 3-4.

NIPORT, Mitra and Associates and MEASURE DHS Macro International. (March 2009). *Bangladesh Demographic and Health Survey 2007*. Dhaka.

The TeleMedics. *Healthcare in Bangladesh.* Récupéré sur <http://www.tslab.ssvl.kth.se/csd/projects/0606/healthcare%20in%20bangladesh.pdf>

World Health Organization, B. (2008). *Health system in Bangladesh.* Récupéré sur [http://www.who.org/health\\_system\\_bangladesh.html](http://www.who.org/health_system_bangladesh.html)

ANNEXES : Exemple du questionnaire utilisé lors des interviews

### Appendix 1: Char Health-Seeking Behavior Questionnaire

**Char Location:**

**Village Location:**

**Date:**

### Screening questions

#### 1. Respondent's Sex:

- M 0  
 F 1

#### 2. Respondent's Age (years): [\_\_|\_\_] years (Don't know = 99)

#### 3. Respondent's Marital status

- Never married 1  
 Currently married 2  
 Separated 3  
 Divorced 4  
 Widowed 5  
 Others 6

#### 4. If femal,Have you ever given birth?

- N 0  
 Y 1

### Socio-Demographic Data

#### 5. How old were you when you first got married (in years)? [\_\_|\_\_] years

#### 6. Number of years of education completed by Respondent? [\_\_|\_\_] years

(For interviewer's information: Primary 0-5, Secondary 6-10 years of schooling)

- Illiterate/No schooling 0  
 Schooling, primary, 0-5 years 1  
 Schooling, secondary, 6-10 years 2  
 Traditional education 3  
 Religious education 4  
 Others ----- 5

#### 7. How many children and adults are there in your household?

[\_\_|\_\_] adults                      [\_\_|\_\_] female                      [\_\_|\_\_] male  
 [\_\_|\_\_] children                      [\_\_|\_\_] female                      [\_\_|\_\_] male

#### During the last 12 months, what has been your main occupation?

- Professional (engineer, doctor, teacher, clergy, etc.) 1  
 Clerk (secretary, cashier, etc.) 2  
 Service or sales worker (cook, travel guide, shop salesperson) 3

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fisherman   | 4 |
| <input type="checkbox"/> Farmer  | 5 |
| <input type="checkbox"/> Craft or trades worker (carpenter, painter, jewellery worker, butcher, etc.)                      | 6 |
| <input type="checkbox"/> Plant/machine operator or assembler (equipment assembler, sewing-machine, operator, driver, etc.) | 7 |
| <input type="checkbox"/> Elementary worker (street food vendor, shoe cleaner, etc.)  | 8 |
| <input type="checkbox"/> Armed forces (government military)  | 9 |
| <input type="checkbox"/> Other   | 1 |

**8. What is your last month's income?** [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] taka (Don't know = 999,999)

**9. If you are not working for pay, What is the main reason you are not working for pay?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Homemaker / caring for family            | 1 |
| <input type="checkbox"/> Looked but can't find a job              | 2 |
| <input type="checkbox"/> Doing unpaid work / voluntary activities | 3 |
| <input type="checkbox"/> Studies / training                       | 4 |
| <input type="checkbox"/> Retired / too old to work                | 5 |
| <input type="checkbox"/> Ill health                               | 6 |
| <input type="checkbox"/> Other                                    | 7 |

**10. What is your religion?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Islam        | 1 |
| <input type="checkbox"/> Hindu        | 2 |
| <input type="checkbox"/> Buddhism     | 3 |
| <input type="checkbox"/> Christianity | 4 |
| <input type="checkbox"/> Other_____   | 5 |

**Friendship's Consultation purpose**

**11. When do you feel the need to consult with any doctor or health facility?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> For minor illness   | 1 |
| <input type="checkbox"/> For any illness     | 2 |
| <input type="checkbox"/> For serious illness | 3 |
| <input type="checkbox"/> Other_____          | 4 |

**12. Why are you here today to ask for medical care? (Check only one that is the most important)**

- |  |    |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> Fever                   | 1  |
| <input type="checkbox"/> Diarrhoea               | 2  |
| <input type="checkbox"/> Vomiting                | 3  |
| <input type="checkbox"/> Cough                   | 4  |
| <input type="checkbox"/> Pain                    | 5  |
| <input type="checkbox"/> Skin disorder           | 6  |
| <input type="checkbox"/> Joint disorder          | 7  |
| <input type="checkbox"/> Pulmonary disorder      | 8  |
| <input type="checkbox"/> Cardiac disorder        | 9  |
| <input type="checkbox"/> Urinary disorder        | 10 |
| <input type="checkbox"/> Gynaecological disorder | 11 |
| <input type="checkbox"/> Neurological disorder   | 12 |
| <input type="checkbox"/> Immunization            | 13 |
| <input type="checkbox"/> Antenatal consultation  | 14 |
| <input type="checkbox"/> Family planning         | 15 |
| <input type="checkbox"/> Pregnancy               | 16 |
| <input type="checkbox"/> Dental care             | 17 |
| <input type="checkbox"/> Accident                | 18 |
| <input type="checkbox"/> Minor surgery           | 19 |

- Ophthalmologic disorder 20
- Other 21

**13. How long did it take you to come here?**

- Between 0 to 15 minutes 1
- Between 15 to 30 minutes 2
- Between 31 to 60 minutes 3
- Between 61 to 90 minutes 4
- Between 91 minutes to 3 hours 5
- Between 3 to 5 hours 6
- Between 5 to 10 hours 7
- Between 10 to 15 hours 8
- Between 15 to 20 hours 9
- More than 20 hours 10

**14. What means of transport did you take to come here?**

- Private car 1
- Motorcycle 2
- Public Transport 3
- Rickshaw 4
- Boat 5
- Ambulance 6
- Bicycle 7
- Walked 8
- Other \_\_\_\_\_ 9

**15. How long did you wait after the appearance of the first symptoms, before you could ask for medical care?**

- Less than 24 hours 1
- 25-48 hours 2
- About a week 3
- About a month 4
- 1 to 6 months 5
- More than 6 months 6

**16. Why did you wait that long?** \_\_\_\_\_

**17. If Friendship didn't provide medical assistance, what would you have done?** \_\_\_\_\_

**Pattern of health seeking behavior**

**18. Is it the first time you are asking for medical care regarding your present purpose of consultation?**

- N 0
- Y 1

If no, please fill in the following table:

**19. In case of illness, where do you go ?**

	first	second	third
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Satellite/Static Clinic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pharmacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Private physician	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Traditional Healer (i.e. Traditional/Village/Quack Doctor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Community Health Worker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Christel BERTOLDI

Aur lie HSIEH

Derek HULLIGER

- Religious representative
- Other \_\_\_\_\_

- 
- 
- 
- 

**20. Type of structure**

- Government operated 1
- Private 2
- NGO 3
- Other \_\_\_\_\_ 4
- Don't Know 5

- 
- 
- 
- 
- 

**21. Where is it? Name of location \_\_\_\_\_**

**22. How long does it take to get to this structure?**

- 0-15 minutes
- Between 16 to 30 minutes
- Between 31 to 60 minutes
- Between 61 to 90 minutes
- Between 91 minutes to 3 hours
- Between 3 to 5 hours
- Between 5 to 10 hours
- Between 10 to 15 hours
- Between 15 to 20 hours
- More than 20 hours

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**23. What means of transport do you take to get to this structure?**

- Private car or motorcycle
- Public Transport
- Rickshaw
- Boat
- Ambulance
- Bicycle
- Walked
- Other

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**24. In the facility, how much time do you have to generally wait to get the service in hours? [ ] [ ] hours**

**25. What kind of remedy did you use? \_\_\_\_\_**

**26. How much do you usually have to pay for the following services (on average in taka)?**

- Transportation [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
- Medical attention, check-up and treatments [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
- Medicine [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]
- Lab tests and complementary examinations [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

**27. If medicines are prescribed for you, how many of them are you able to get?**

- All of them
- Most
- Some
- Very few
- None of them

**28. What reason best explains why you don't get all the medicines you were prescribed?**

- Could not afford 1

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Could not find all medicines                    |   | 2 |
| <input type="checkbox"/> Did not believe all the medications were needed | 3 |   |
| <input type="checkbox"/> Started to feel better                          |   | 4 |
| <input type="checkbox"/> Already had some of the medicines at home       |   | 5 |
| <input type="checkbox"/> Other _____                                     |   | 6 |

**29. What kind of difficulties do you have to face when you wish to have access to health care facilities and providers? (More than one answer is acceptable)**

- |   |   |    |
|---|---|----|
| <input type="checkbox"/> Could not afford the cost of the visit                       |   | 1  |
| <input type="checkbox"/> No transport   |   | 2  |
| <input type="checkbox"/> Could not afford the cost of transport                       |   | 3  |
| <input type="checkbox"/> The health care provider's drugs or equipment are inadequate | 4 |    |
| <input type="checkbox"/> The health care provider's skills are inadequate             | 5 |    |
| <input type="checkbox"/> You were previously badly treated                            | 6 |    |
| <input type="checkbox"/> Could not take time off work or had other commitments        | 7 |    |
| <input type="checkbox"/> You did not know where to go                                 |   | 8  |
| <input type="checkbox"/> You thought you were not sick enough                         |   | 9  |
| <input type="checkbox"/> You tried but were denied health care                        |   | 10 |
| <input type="checkbox"/> Other _____  |   | 11 |

**30. If yes, according to you, it was because of your: (several answers may apply)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sex                    | 1 |
| <input type="checkbox"/> Age                    | 2 |
| <input type="checkbox"/> Lack of money          | 3 |
| <input type="checkbox"/> Social class           | 4 |
| <input type="checkbox"/> Ethnic group or colour | 5 |
| <input type="checkbox"/> Type of illness        | 6 |
| <input type="checkbox"/> Nationality            | 7 |

**31. In some places, there is a clinic set up for a day or part of a day in someone's house or in a school. During the past 6 months, was there any such clinic in this char, village, or mohalla?**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> N          | 0 |
| <input type="checkbox"/> Y          | 1 |
| <input type="checkbox"/> Don't know | 2 |

**32. Did you visit such a temporary health clinic in the last 6 months?**

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> N | 0 |
| <input type="checkbox"/> Y | 1 |

**33. If yes, what services did you receive?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Family Planning Methods/Contraception | 1 |
| <input type="checkbox"/> Immunizations                         | 2 |
| <input type="checkbox"/> Child Growth Monitoring               | 3 |
| <input type="checkbox"/> General Health Visit                  | 4 |
| <input type="checkbox"/> Antenatal Care                        | 5 |
| <input type="checkbox"/> Other _____                           | 6 |
| <input type="checkbox"/> Don't know                            | 7 |

**34. What structure was this temporary clinic**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Friendship      | 1 |
| <input type="checkbox"/> CLP             | 2 |
| <input type="checkbox"/> BRAC            | 3 |
| <input type="checkbox"/> Other NGO _____ | 4 |
| <input type="checkbox"/> Government      | 5 |

- Private 6
- Other \_\_\_\_\_ 7
- Don't know 8

35. How much did it cost to get care there in taka? [\_\_][\_\_] [\_\_] taka

36. How long did it take to get there in minutes? [\_\_][\_\_] [\_\_] minutes

#### Pharmacy

37. Do you know of a pharmacy near you?

- N 0
- Y 1

If yes, then ask the questions below.

38. What type of structure is it?

- Government operated 1
- Private 2
- NGO 3
- Other \_\_\_\_\_ 4

39. Where is it? Name of location \_\_\_\_\_

40. How long does it take to get to this nearest pharmacy?

- Less than 5 minutes 1
- Between 5 to 30 minutes 2
- Between 30 to 60 minutes 3
- Between 60 to 90 minutes 4
- Between 90 minutes to 3 hours 5
- Between 2 to 5 hours 6
- Between 5 to 10 hours 7
- Between 10 to 15 hours 8
- Between 15 to 20 hours 9
- More than 20 hours 10

41. What means of transport do you take to get to this nearest pharmacy?

- Private car or motorcycle 1
- Public Transport 2
- Rickshaw 3
- Boat 4
- Ambulance 5
- Bicycle 6
- Walked 7
- Other 8

42. How much does it cost (in taka) to get to this pharmacy? [\_\_][\_\_] taka

43. During your last visit to this pharmacy, how much did you spend (in taka)? [\_\_][\_\_] taka

44. During your last visit to this pharmacy, what did you buy? (Check all that apply)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotics                   | 1 |   |
| <input type="checkbox"/> Antacid                       |   | 2 |
| <input type="checkbox"/> Vitamins                      |   | 3 |
| <input type="checkbox"/> Pain medicine                 |   | 4 |
| <input type="checkbox"/> Contraception-Pill            | 5 |   |
| <input type="checkbox"/> Skin Cream                    | 6 |   |
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure/Heart Medicine |   | 7 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Medicine             | 8 |   |
| <input type="checkbox"/> Other _____                   |   | 9 |

### Satisfaction

#### 45. Are you satisfied with the current healthcare system?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Very satisfied                    |   | 1 |
| <input type="checkbox"/> Rather satisfied                  |   | 2 |
| <input type="checkbox"/> Neither satisfied or dissatisfied |   | 3 |
| <input type="checkbox"/> Rather dissatisfied               | 4 |   |
| <input type="checkbox"/> Very dissatisfied                 |   | 5 |

#### 46. How would you rate your health today?

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Very good | 1 |
| <input type="checkbox"/> Good      | 2 |
| <input type="checkbox"/> Moderate  | 3 |
| <input type="checkbox"/> Poor      | 4 |
| <input type="checkbox"/> Very poor | 5 |

#### 47. Do you usually feel happy?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Very happy               |   | 1 |
| <input type="checkbox"/> Fairly happy             |   | 2 |
| <input type="checkbox"/> Neither happy or unhappy | 3 |   |
| <input type="checkbox"/> Fairly unhappy           |   | 4 |
| <input type="checkbox"/> Very unhappy             |   | 5 |

### Maternal and Child Health

48. How many children have you had during your life? (All birth, including dead children) [\_\_|\_\_]

49. How old were you at the time of your first delivery (in years)? [\_\_|\_\_]

50. When you were most recently pregnant, did you see anyone for a medical checkup?

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> N | 0 |
| <input type="checkbox"/> Y | 1 |

If No, skip the next 3 questions.

51. Where did you receive this antenatal care medical checkup?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Public Sector-Medical College                          |   | 1 |
| <input type="checkbox"/> Public Sector-Sadar Hospital                           |   | 2 |
| <input type="checkbox"/> Public Sector-Family Welfare Center (FWC)              | 3 |   |
| <input type="checkbox"/> Public Sector-Thana Health Complex                     |   | 4 |
| <input type="checkbox"/> Public Sector-Upazila Health Complex                   |   | 5 |
| <input type="checkbox"/> Public Sector-EPI Outreach Center                      | 6 |   |
| <input type="checkbox"/> Public Sector-Maternal and Child Welfare Center (MCWC) | 7 |   |
| <input type="checkbox"/> Public Sector-Community Clinic                         |   | 8 |

<input type="checkbox"/> Public Sector-Other Govt_____	9
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Hospital	10
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Static Health Clinic	11
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Satellite Clinic	12
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Other_____	13
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Private Hospital/Clinic	14
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Qualified Doctor	15
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Traditional Doctor (Village/Quack Doctor)	16
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Paramedic	17
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Pharmacy	18
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Other_____	19
<input type="checkbox"/> Own Home	20
<input type="checkbox"/> Other Home	21
<input type="checkbox"/> Other Location_____	22
<input type="checkbox"/> Don't Know	23

**52. How many times during your most recent pregnancy did you go for a medical checkup?**

- [\_\_|\_\_|\_\_] of times
- Don't remember 0
- Not applicable 1

**53. Whom did you see most of the time during your medical checkup for your most recent pregnancy?**

- Health Personnel-Qualified Doctor 1
- Health Personnel-Nurse/Paramedic/Medical Assistant/Midwife 2
- Health Personnel-Family Welfare Visitor (FWV) 3
- Health Personnel-Community Skilled Birth Attendant (CSBA) 4
- Health Personnel-Other\_\_\_\_\_ 5
- Other-NGO Community Health Worker\_\_\_\_\_ 6
- Other-Trained TBA 7
- Other-Untrained TBA 8
- Other-Traditional doctor (Village/Quack Doctor) 9
- Other-Pharmacy 10
- Other-Relative/Friend 11
- Other\_\_\_\_\_ 12
- Don't know 13
- No one 14

**54. Were you told about the signs of pregnancy complications?**

- N 0
- Y 1
- Don't know 2

**55. Were you told WHERE to go if you had any signs of pregnancy complications?**

- N 0
- Y 1
- Don't know 2

**56. WHERE were you told to go if you had signs of complications of pregnancy? Location\_\_\_\_\_**

**57. What type of structure is it?**

- Public Sector-Medical College 1
- Public Sector-Sadar Hospital 2
- Public Sector-Family Welfare Center (FWC) 3
- Public Sector-Thana Health Complex 4

<input type="checkbox"/> Public Sector-Upazila Health Complex		5
<input type="checkbox"/> Public Sector-EPI Outreach Center	6	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Maternal and Child Welfare Center (MCWC)	7	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Community Clinic		8
<input type="checkbox"/> Public Sector-Other Govt _____		9
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Hospital		10
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Static Health Clinic		11
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Satellite Clinic	12	
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Other _____		13
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Private Hospital/Clinic		14
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Qualified Doctor	15	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Traditional Doctor (Village/Quack Doctor)	16	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Paramedic	17	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Pharmacy	18	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Other _____	19	
<input type="checkbox"/> Own Home		20
<input type="checkbox"/> Other Home		21
<input type="checkbox"/> Other Location _____		22
<input type="checkbox"/> Don't Know		23

**58. How long does it take to get to this facility?**

<input type="checkbox"/> 0-15 minutes		1
<input type="checkbox"/> Between 15 to 30 minutes	2	
<input type="checkbox"/> Between 31 to 60 minutes	3	
<input type="checkbox"/> Between 61 to 90 minutes	4	
<input type="checkbox"/> Between 91 minutes to 3 hours		5
<input type="checkbox"/> Between 3 to 5 hours		6
<input type="checkbox"/> Between 5 to 10 hours		7
<input type="checkbox"/> Between 10 to 15 hours		8
<input type="checkbox"/> Between 15 to 20 hours		9
<input type="checkbox"/> More than 20 hours		10

**59. What means of transport do you take to get to this nearest facility?**

<input type="checkbox"/> Private car or motorcycle	1
<input type="checkbox"/> Public Transport	2
<input type="checkbox"/> Rickshaw	3
<input type="checkbox"/> Boat	4
<input type="checkbox"/> Ambulance	5
<input type="checkbox"/> Bicycle	6
<input type="checkbox"/> Walked	7
<input type="checkbox"/> Other	8

**60. How much does it cost (in taka) to get to this facility? [\_\_\_\_][\_\_\_\_] taka****61. When you gave birth, who assisted in the delivery?**

<input type="checkbox"/> Health Personnel-Qualified Doctor		1
<input type="checkbox"/> Health Personnel-Nurse/Paramedic/Medical Assistant/Midwife	2	
<input type="checkbox"/> Health Personnel-Family Welfare Visitor (FWV)		3
<input type="checkbox"/> Health Personnel-Community Skilled Birth Attendant (CSBA)		4
<input type="checkbox"/> Health Personnel-Other _____		5

<input type="checkbox"/> Other-NGO Community Health Worker_____		6
<input type="checkbox"/> Other-Trained TBA	7	
<input type="checkbox"/> Other-Untrained TBA		8
<input type="checkbox"/> Other-Traditional doctor (Village/Quack Doctor)	9	
<input type="checkbox"/> Other-Pharmacy		10
<input type="checkbox"/> Other-Relative/Friend		11
<input type="checkbox"/> Other_____		12
<input type="checkbox"/> Don't know		13
<input type="checkbox"/> No one		14

**62. Where did you give birth during your most recent pregnancy?**

<input type="checkbox"/> Public Sector-Medical College		1
<input type="checkbox"/> Public Sector-Sadar Hospital		2
<input type="checkbox"/> Public Sector-Family Welfare Center (FWC)	3	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Thana Health Complex		4
<input type="checkbox"/> Public Sector-Upazila Health Complex		5
<input type="checkbox"/> Public Sector-EPI Outreach Center	6	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Maternal and Child Welfare Center (MCWC)	7	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Community Clinic		8
<input type="checkbox"/> Public Sector-Other Govt_____		9
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Hospital		10
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Static Health Clinic		11
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Satellite Clinic	12	
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Other_____		13
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Private Hospital/Clinic		14
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Qualified Doctor	15	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Traditional Doctor (Village/Quack Doctor)	16	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Paramedic	17	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Pharmacy	18	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Other_____	19	
<input type="checkbox"/> Own Home		20
<input type="checkbox"/> Other Home		21
<input type="checkbox"/> Other Location_____		22
<input type="checkbox"/> Don't Know		23

**63. Did you have a complication during the most recent pregnancy?**

<input type="checkbox"/> N	0
<input type="checkbox"/> Y	1
<input type="checkbox"/> Don't know	2

**64. If yes, did you seek treatment for the complication?**

<input type="checkbox"/> N	0
<input type="checkbox"/> Y	1

**65. Where did you seek treatment?**

<input type="checkbox"/> Public Sector-Medical College		1
<input type="checkbox"/> Public Sector-Sadar Hospital		2
<input type="checkbox"/> Public Sector-Family Welfare Center (FWC)	3	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Thana Health Complex		4
<input type="checkbox"/> Public Sector-Upazila Health Complex		5
<input type="checkbox"/> Public Sector-EPI Outreach Center	6	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Maternal and Child Welfare Center (MCWC)	7	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Community Clinic		8
<input type="checkbox"/> Public Sector-Other Govt_____		9

<input type="checkbox"/>	NGO Sector-Hospital	10
<input type="checkbox"/>	NGO Sector-Static Health Clinic	11
<input type="checkbox"/>	NGO Sector-Satellite Clinic	12
<input type="checkbox"/>	NGO Sector-Other_____	13
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Private Hospital/Clinic	14
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Qualified Doctor	15
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Traditional Doctor (Village/Quack Doctor)	16
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Paramedic	17
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Pharmacy	18
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Other_____	19
<input type="checkbox"/>	Own Home	20
<input type="checkbox"/>	Other Home	21
<input type="checkbox"/>	Other Location_____	22
<input type="checkbox"/>	Don't Know	23

**66. Did you have a caesarian section during your most recent pregnancy?**

<input type="checkbox"/>	No	0
<input type="checkbox"/>	Yes	1
<input type="checkbox"/>	Don't know	2

**67. Was a clean delivery kit used during delivery?**

<input type="checkbox"/>	No	0
<input type="checkbox"/>	Yes	1
<input type="checkbox"/>	Don't know	2

**Family Planning/Contraception****68. Do you know of a place where you can obtain a method of family planning?**

<input type="checkbox"/>	No	0
<input type="checkbox"/>	Yes	1

**69. Are you currently using something to delay or avoid pregnancy such as contraception or sterilization?**

<input type="checkbox"/>	No	0
<input type="checkbox"/>	Yes	1

**70. Which method are you using?**

<input type="checkbox"/>	Female sterilization (i.e. Tubal Ligation)	1
<input type="checkbox"/>	Male Sterilization (i.e. Non Scalpel Vasectomy NSV)	2
<input type="checkbox"/>	IUD	3
<input type="checkbox"/>	Condom	4
<input type="checkbox"/>	Pill	5
<input type="checkbox"/>	Injectables (i.e. Depot)	6
<input type="checkbox"/>	Implants (i.e. Norplant)	7
<input type="checkbox"/>	Other_____	8

**71. If you are using sterilization, then where did the sterilization take place or if you are using another method, where did you obtain it the last time?**

<input type="checkbox"/>	Public Sector-Medical College	1
<input type="checkbox"/>	Public Sector-Sadar Hospital	2
<input type="checkbox"/>	Public Sector-Family Welfare Center (FWC)	3
<input type="checkbox"/>	Public Sector-Thana Health Complex	4
<input type="checkbox"/>	Public Sector-Upazila Health Complex	5
<input type="checkbox"/>	Public Sector-EPI Outreach Center	6
<input type="checkbox"/>	Public Sector-Maternal and Child Welfare Center (MCWC)	7

<input type="checkbox"/>	Public Sector-Government Field Worker (FWA)	8
<input type="checkbox"/>	Public Sector-Community Clinic	9
<input type="checkbox"/>	Public Sector-Other_____	10
<input type="checkbox"/>	NGO Sector-Static Clinic	11
<input type="checkbox"/>	NGO Sector-Satellite Clinic	12
<input type="checkbox"/>	NGO Sector-Depot Holder	13
<input type="checkbox"/>	NGO Sector-NGO Field Worker (FWA)	14
<input type="checkbox"/>	NGO Sector-Other_____	15
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Private Hospital/Clinic	16
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Qualified Doctor	17
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Traditional Doctor (Quack Doctor)	18
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Pharmacy	19
<input type="checkbox"/>	Private Medical Sector-Other_____	20
<input type="checkbox"/>	Other-Shop	21
<input type="checkbox"/>	Other-Friend/Relative	22
<input type="checkbox"/>	Other Location/Source_____	23
<input type="checkbox"/>	Don't Know	24

72. **Where is it?** Name of location\_\_\_\_\_

73. **How long does it take to get to this structure?**

<input type="checkbox"/>	0-15 minutes	1
<input type="checkbox"/>	Between 16 to 30 minutes	2
<input type="checkbox"/>	Between 31 to 60 minutes	3
<input type="checkbox"/>	Between 61 to 90 minutes	4
<input type="checkbox"/>	Between 91 minutes to 3 hours	5
<input type="checkbox"/>	Between 3 to 5 hours	6
<input type="checkbox"/>	Between 5 to 10 hours	7
<input type="checkbox"/>	Between 10 to 15 hours	8
<input type="checkbox"/>	Between 15 to 20 hours	9
<input type="checkbox"/>	More than 20 hours	10

74. **What means of transport do you take to get to this structure?**

<input type="checkbox"/>	Private car or motorcycle	1
<input type="checkbox"/>	Public Transport	2
<input type="checkbox"/>	Rickshaw	3
<input type="checkbox"/>	Boat	4
<input type="checkbox"/>	Ambulance	5
<input type="checkbox"/>	Bicycle	6
<input type="checkbox"/>	Walked	7
<input type="checkbox"/>	Other	8

75. **How much does it cost (in taka) to get to this facility?** [\_\_][\_\_] taka

76. **During your last visit to this facility, how much did you spend (in taka)?** [\_\_][\_\_] taka

77. **During the last 6 months has anyone visited your home to talk about family planning or give you any family planning method?**

<input type="checkbox"/>	No	0
<input type="checkbox"/>	Yes	1

78. **Who visited your home?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NGO-Friendship                         | 1 |
| <input type="checkbox"/> NGO-CLP                                | 2 |
| <input type="checkbox"/> NGO-BRAC                               | 3 |
| <input type="checkbox"/> NGO-Other_____                         | 4 |
| <input type="checkbox"/> Government—Family Planning (FP) Worker | 5 |
| <input type="checkbox"/> Government—Health Worker               | 6 |
| <input type="checkbox"/> Government—Other                       | 7 |
| <input type="checkbox"/> Other_____                             | 8 |
| <input type="checkbox"/> Don't know                             | 9 |

**79. During the last 6 months, how many times did a worker or workers visit you to talk about family planning or to give you family planning methods?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> [____] number of times |   |
| <input type="checkbox"/> Don't know             | 0 |

**80. When was the last time you were visited by a field worker who talked about family planning with you?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> [____] number of months ago |   |
| <input type="checkbox"/> Don't know                  | 0 |

**Child Immunizations**

**81. Is your youngest child get immunized?**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No  | 0 |
| <input type="checkbox"/> Yes | 1 |

**82. Do you have a card where vaccinations are written down?**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No  | 0 |
| <input type="checkbox"/> Yes | 1 |

**83. What kind of vaccines did the child receive? (Please check all that apply)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Polio Vaccine (that is drops in the mouth)  | 1 |
| <input type="checkbox"/> DPT Vaccine (that is an injection given in the thigh or buttocks given at the same time as the polio vaccine, drops in the mouth) | 2 |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B (that is an injection given in the right thigh at the same time as DPT)   | 3 |
| <input type="checkbox"/> Measles (that is an injection in the arm at 9 month or older of age)  | 4 |
| <input type="checkbox"/> BCG Vaccine for Tuberculosis (that is an injection in the left shoulder that usually leaves a scar)                               | 5 |
| <input type="checkbox"/> Other_____  | 6 |
| <input type="checkbox"/> Don't know  | 7 |

**84. Did your youngest child receive a Vitamin A dose (that is a capsule)?**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No         | 0 |
| <input type="checkbox"/> Yes        | 1 |
| <input type="checkbox"/> Don't know | 2 |

**85. Did your youngest child receive a de-worming tablet?**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No         | 0 |
| <input type="checkbox"/> Yes        | 1 |
| <input type="checkbox"/> Don't know | 2 |

**86. Where did your youngest child receive the vaccinations?**

<input type="checkbox"/> Public Sector-Medical College	1
<input type="checkbox"/> Public Sector-Sadar Hospital	2
<input type="checkbox"/> Public Sector-Family Welfare Center (FWC)	3
<input type="checkbox"/> Public Sector-Thana Health Complex	4
<input type="checkbox"/> Public Sector-Upazila Health Complex	5
<input type="checkbox"/> Public Sector-EPI Outreach Center	6
<input type="checkbox"/> Public Sector-Maternal and Child Welfare Center (MCWC)	7
<input type="checkbox"/> Public Sector-Community Clinic	8
<input type="checkbox"/> Public Sector-Other Govt _____	9
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Hospital	10
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Static Health Clinic	11
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Satellite Clinic	12
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Other _____	13
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Private Hospital/Clinic	14
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Qualified Doctor	15
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Traditional Doctor (Village/Quack Doctor)	16
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Paramedic	17
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Pharmacy	18
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Other _____	19
<input type="checkbox"/> Own Home	20
<input type="checkbox"/> Other Home	21
<input type="checkbox"/> Other Location _____	22
<input type="checkbox"/> Don't Know	23

**Diarrhea****87. Has your youngest child had diarrhea in the last 6 months?**

<input type="checkbox"/> N	0
<input type="checkbox"/> Y	1
<input type="checkbox"/> Don't know	2
<input type="checkbox"/> Not applicable	3

**88. Was he/she given any of the following to drink at any time at the start of the diarrhea? (Check all that apply)**

<input type="checkbox"/> ORS Packet	1
<input type="checkbox"/> Homemade salt-sugar-water fluid	2
<input type="checkbox"/> Rice Saline	3
<input type="checkbox"/> Rice water, chira pani, or clean water	4
<input type="checkbox"/> Zinc tablets	5
<input type="checkbox"/> Zinc Syrup	6
<input type="checkbox"/> None of the above	7
<input type="checkbox"/> Don't know	8

**89. If an ORS packet was given, then from where did you get the ORS packet?**

<input type="checkbox"/> Govt health facility	1
<input type="checkbox"/> Community-based health worker	2
<input type="checkbox"/> Friend/Relative	3
<input type="checkbox"/> Other _____	4
<input type="checkbox"/> Don't remember	5

**90. Did you seek treatment for the diarrhea?**

<input type="checkbox"/> N	0
<input type="checkbox"/> Y	1
<input type="checkbox"/> Don't know	2
<input type="checkbox"/> Not applicable	3

**91. Where did you seek advice or treatment?**

<input type="checkbox"/> Public Sector-Medical College		1
<input type="checkbox"/> Public Sector-Sadar Hospital		2
<input type="checkbox"/> Public Sector-Family Welfare Center (FWC)	3	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Thana Health Complex		4
<input type="checkbox"/> Public Sector-Upazila Health Complex		5
<input type="checkbox"/> Public Sector-EPI Outreach Center	6	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Maternal and Child Welfare Center (MCWC)	7	
<input type="checkbox"/> Public Sector-Community Clinic		8
<input type="checkbox"/> Public Sector-Other Govt_____		9
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Hospital		10
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Static Health Clinic		11
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Satellite Clinic	12	
<input type="checkbox"/> NGO Sector-Other_____		13
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Private Hospital/Clinic		14
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Qualified Doctor	15	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Traditional Doctor (Village/Quack Doctor)	16	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Paramedic	17	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Pharmacy	18	
<input type="checkbox"/> Private Medical Sector-Other_____	19	
<input type="checkbox"/> Own Home		20
<input type="checkbox"/> Other Home		21
<input type="checkbox"/> Other Location_____		22
<input type="checkbox"/> Don't Know		23

**92. From whom did you seek treatment?**

<input type="checkbox"/> Health Personnel-Qualified Doctor	1	
<input type="checkbox"/> Health Personnel-Nurse/Paramedic/Medical Assistant/Midwife	2	
<input type="checkbox"/> Health Personnel-Family Welfare Visitor (FWV)		3
<input type="checkbox"/> Health Personnel-Community Skilled Birth Attendant (CSBA)		4
<input type="checkbox"/> Health Personnel-Other_____		5
<input type="checkbox"/> Other-NGO Community Health Worker_____		6
<input type="checkbox"/> Other-Traditional doctor (Village/Quack Doctor)	7	
<input type="checkbox"/> Other-Pharmacy		8
<input type="checkbox"/> Other-Relative/Friend		9
<input type="checkbox"/> Other_____		10
<input type="checkbox"/> Don't know		11
<input type="checkbox"/> No one		12