



RESUME DES CONTRIBUTIONS DU PROGRAMME D'ERADICATION DE LA VARIOLE
AUX AUTRES PROGRAMMES DE SANTE
SOUS FORME D'ENQUETES MENEES AU BANGLADESH^a

HISTORIQUE

A l'origine, on a organisé des enquêtes pour évaluer l'efficacité du dépistage de la variole, effectué périodiquement par 12 000 assistants sociaux, chargés de visiter toutes les habitations du Bangladesh en l'espace de 6 à 10 jours. Mais le programme d'éradication de la variole a étendu ses services à un champ plus vaste de santé publique en associant d'autres enquêtes à cette évaluation dans le but d'aider à planifier ou à évaluer d'autres programmes de santé. Chaque enquête est précédée d'une consultation entre le Gouvernement du Bangladesh et l'Organisation mondiale de la Santé. Les résultats des enquêtes sont transmis au Gouvernement qui peut alors les communiquer à d'autres agences intéressées. Les enquêtes supplémentaires ont porté jusqu'ici sur les objets suivants^b :

- 1) Alimentation en eau des villages par puits tubulaires et degré d'utilisation de cet approvisionnement. (Par la suite, le FISE a procédé à une enquête similaire sur un échantillon de villages; les résultats des deux enquêtes accusent une haute corrélation.)
- 2) Distribution de capsules de vitamine A.
- 3) Dépistage des cas de paludisme.
- 4) Evaluation du programme de planification familiale : la question posée portait sur la connaissance de la pilule contraceptive (cette enquête a été publiée sous forme de brochure par le Gouvernement du Bangladesh et l'AID des Etats-Unis d'Amérique).
- 5) Par qui les soins de santé primaires sont-ils distribués ?

LOGISTIQUE

Calendrier. Les enquêtes sont exécutées dans les huit jours qui suivent le dépistage de la variole.

Personnel. Participent à l'enquête des fonctionnaires, de district et de sous-district, des services de santé et de lutte antipaludique, les épidémiologistes du programme d'éradication de la variole et, dans une certaine mesure, des membres des équipes de surveillance, soit au total quelque 400 enquêteurs dont la plupart disposent d'un moyen de transport personnel, jeep ou motocyclette.

Population visée. Le Bangladesh est divisé en districts, subdivisés en sous-districts, en thanas et en JL (correspondant, en gros, aux villages). Toutes les habitations des JL reçoivent un numéro d'ordre dans le cadre de la lutte antipaludique. Le siège du programme d'éradication de la variole connaît le chiffre de la population de chaque JL, et, par addition, celui de chaque thana, de chaque sous-district et de chaque district. Il dispose également de cartes de thana, indiquant la situation des villages.

^a Document préparé par le programme d'éradication de la variole au Bangladesh, Dacca.

^b Les résultats de ces enquêtes peuvent être obtenus sur demande.

Les ménages à enquêter sont choisis au hasard, le nombre de JL par district étant fonction de la population de ce dernier. Pour chaque million d'habitants (recensement de 1973), 20 JL environ font l'objet des évaluations.

A l'intérieur des districts, le nombre voulu de JL a été choisi au moyen d'une technique qui donne à chacun d'eux les mêmes chances d'être sélectionné, indépendamment de leur importance et de leur situation. Toutefois, à l'avenir, on utilisera une nouvelle méthode où les JL seront désignés en fonction de l'importance de leur population. Dans chaque JL est choisie au hasard une grappe de 20 habitations. Des cartes indiquant la situation des habitations numérotées pour la lutte antipaludique sont disponibles aux sièges administratifs de thana.

La population visée représente environ 1500 villages - soit quelque 30 000 habitations. La région montagneuse de Chittagong et les grandes agglomérations, qui totalisent environ 12 millions d'habitants, ne sont pas incluses dans l'évaluation (au Bangladesh, 8 % de la population vit dans les grandes agglomérations). L'échantillon est donc de l'ordre de 1 pour 400. Tout membre d'un de ces ménages peut être interrogé selon les besoins de l'enquête.

On notera que, pour des raisons de logistique, l'échantillon choisi est un échantillon en grappe de sorte que des erreurs peuvent se produire si l'élément mesuré, quel qu'il soit, s'agglomère à l'intérieur de la population.

Methodologie. Pour commencer, on expérimente le libellé des questions dans le cadre d'une enquête pilote. Ensuite, on explique les techniques de l'enquête aux fonctionnaires de district à des réunions de district qui ont lieu plusieurs jours avant le début de l'enquête. En général, ces réunions sont présidées par les médecins civils et les techniques sont expliquées par les épidémiologistes de la variole, dûment formés à Dacca.

Au cours de l'enquête, les enquêteurs posent d'abord les questions se rapportant au dépistage de la variole, puis celles qui concernent les autres enquêtes. Les réponses à ces dernières sont enregistrées sur le même formulaire que celles qui intéressent la variole. Tous les résultats sont analysés au siège à Dacca.

ENQUETES SUPPLEMENTAIRES EXECUTEES PAR LES EPIDEMIOLOGISTES ET LES EQUIPES DE SURVEILLANCE

Outre les enquêtes associées à l'évaluation du dépistage de la variole, on pourra peut-être en effectuer d'autres l'an prochain à l'occasion des travaux visant à réunir des preuves de l'éradication de la variole à l'intention de la Commission internationale. Récemment, une enquête natalité/mortalité a été réalisée conjointement à une étude sur les scarifications et vaccinations antivarioliques.

Pour ces activités, on dispose, dans l'ensemble, de 51 équipes de surveillance (une par sous-district) totalisant 223 membres (soit quatre ou cinq par équipe), et d'environ 30 épidémiologistes, dont six internationaux. Les épidémiologistes disposent de jeeps et les membres des équipes de surveillance de motocyclettes.

Le temps et les moyens requis pour ces enquêtes supplémentaires varient de l'une à l'autre. Dans l'enquête susmentionnée, qui impliquait l'interrogatoire des sujets et la recherche des marques varioliques, deux membres d'une équipe de surveillance ont mis de deux à trois jours pour visiter 100 maisons d'un village.

I. EVALUATION DE LA DISTRIBUTION DE VITAMINE A AU BANGLADESH
OCTOBRE 1975

1. INTRODUCTION

La kératomalacie liée à l'avitaminose A est une cause majeure de cécité chez les enfants du Bangladesh. Avec l'aide du FISE, le Ministère de la Santé et de la Planification familiale a institué la distribution semestrielle à domicile en 1973 de capsules de vitamine A à 250 000 unités. Les manifestations cliniques de l'avitaminose A dans la période d'après-libération ont été mises en évidence par de nombreux auteurs.^{1,2,3,4}

En octobre 1975, le Ministère de la Santé a entrepris une évaluation indépendante de la distribution de vitamine A, associée à l'évaluation mensuelle du dépistage porte à porte de la variole.⁵

2. CHOIX DE L'ECHANTILLON

On a constitué un échantillon aléatoire de 1535 villages appartenant à 18 des 19 districts, la région montagneuse de Chittagong, qui ne compte que 1 % de la population, ayant été exclue de l'enquête. La méthode de sélection de l'échantillon est décrite à l'appendice I.

L'évaluation a été exécutée par des fonctionnaires de district, des épidémiologistes de l'OMS et les équipes de surveillance de district.

3. METHODE D'EVALUATION

- 1) Chaque enquêteur s'est vu remettre une capsule de vitamine A.
- 2) Une formation préalable a été donnée aux enquêteurs au niveau du district afin de garantir une méthode uniforme.
- 3) Pour chaque grappe, les enquêteurs ont visité l'habitation désignée comme indice et les 19 habitations voisines.
- 4) Dans chaque habitation, les enquêteurs ont posé les questions suivantes :
 - a) Avez-vous déjà vu une capsule comme celle-ci ? Oui/Non.
 - b) Combien y a-t-il dans cette maison d'enfants en dessous de six ans ?
 - c) Combien y a-t-il d'enfants en dessous de six ans qui ont absorbé cette capsule ?

4. RESULTATS

Sur 42 518 enfants vivant dans les habitations de l'échantillon, 23 433 (55,1 %) avaient pris une capsule de vitamine A (tableau 1).

5. DISCUSSION

Depuis 1972, le FISE a importé 75 millions de capsules de vitamine A à haute concentration qui ont été distribuées semestriellement à cinq reprises (15 millions de capsules chaque fois). D'après les fichés des services de santé intégrés, la couverture en vitamine A a été de 85 %, et des évaluations par sondage réalisées par le FISE ont fait apparaître une forte diminution de la prévalence des symptômes d'avitaminose A.

TABLEAU 1. NOMBRE ET POURCENTAGE D'ENFANTS EN DESSOUS DE SIX ANS
AYANT ABSORBE UNE CAPSULE DE VITAMINE A

District	Nombre d'enfants en dessous de six ans	Nombre d'enfants en dessous de six ans ayant absorbé de la vitamine A	Pourcentage d'enfants en dessous de six ans ayant absorbé de la vitamine A
Dinajpur	1 892	996	53
Rangpur	2 782	1 511	54
Bogra	1 346	881	66
Pabna	1 548	844	55
Rajshahi	2 508	1 607	64
Kushtia	2 276	2 005	88
Jessore	3 199	2 211	69
Khulna	1 475	759	52
Faridpur	2 057	1 046	51
Barisal	2 019	1 291	64
Patuakhali	998	421	42
Mymensingh	4 469	2 296	51
Tangail	1 451	723	50
Dacca	5 750	2 369	41
Sylhet	1 890	599	32
Comilla	3 040	2 086	69
Noakhali	1 741	650	37
Chittagong	2 077	1 138	55
	42 518	23 433	55

D'après les statistiques actuelles, 55 % des enfants en dessous de six ans ont reçu au moins une fois de la vitamine A. Si l'on estime à 16,5 millions la population d'enfants de 0 à 6 ans (22 % de 75 millions), quelque 9,1 millions d'enfants ont donc été traités à la vitamine A.

L'enquête n'a pas mesuré le nombre d'enfants ayant reçu des capsules de vitamine A à plus d'une reprise. Elle n'a pas mesuré non plus la couverture des enfants ayant actuellement dépassé six ans et qui se trouvaient dans la population visée lors des distributions précédentes. Il est donc impossible de déterminer avec exactitude le nombre de capsules distribuées. De toute manière, l'administration d'un service à quelque 9 millions d'enfants représente une réalisation importante.

Parmi les nombreuses raisons qui expliquent pourquoi la couverture n'a pas été optimale, on peut citer les facteurs suivants :

- 1) dans plusieurs sous-secteurs (environ 1200 sur 12 000) les postes d'assistants sociaux sont vacants;

- 2) les assistants sociaux ont pour instructions d'administrer les capsules de vitamine A à la population présente et de ne pas en laisser pour les absents de sorte que les enfants qui ne se trouvent pas au village au moment de la distribution n'en reçoivent pas;
- 3) il n'y a pas d'évaluation simultanée régulière de la distribution de vitamine A;
- 4) la formation des assistants sociaux concernant l'utilité de la vitamine A et la méthode de distribution est insuffisante.

Si les résultats obtenus sont inférieurs aux prévisions, la première démarche à faire est d'identifier le problème en vue d'améliorer l'action.

6. RECOMMANDATIONS

6.1 Avant la prochaine distribution de vitamine A, organiser une journée de formation des assistants sociaux aux sièges de thana sur l'utilité de la vitamine A et les méthodes de distribution.

6.2 Déterminer expérimentalement s'il est efficace de confier à des adultes raisonnables du ménage des capsules de vitamine A destinées aux absents.

6.3 Expérimenter les différents plans de distribution ci-après :

- a) Campagne d'une semaine à objet unique analogue à la semaine de dépistage porte à porte de la variole.
- b) Tournée unique.
- c) Maintien de la distribution dans le cadre des activités de routine.

6.4 Mettre sur pied une évaluation indépendante régulière de la distribution de vitamine A, comportant l'identification des agents consciencieux qu'il convient de récompenser et des agents négligents auxquels il faut, soit offrir une nouvelle formation, soit appliquer des mesures de discipline.

6.5 Enquêter sur le système d'approvisionnement afin d'évaluer les quantités et l'activité des capsules de vitamine en cours de stockage et de distribution.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Kamal, W. W. Assignment report on Blindness Prevention Programme, Bangladesh, novembre-décembre 1972 (Document SEA/NUT/41)
2. Kamal, W. W. Assignment report on implementation of the Blindness Prevention Programme in Bangladesh, 12 février-15 mars 1973 (Document SEA/NUT/45)
3. Kamal, W. W. Assignment report on preliminary evaluation of the Bangladesh Blindness Prevention Programme, 31 août-1er septembre 1973 (Document SEA/NUT/47)
4. Franken Assignment Report on Blindness Prevention Programme in Bangladesh, 9 octobre-1er novembre 1974 (Document SEA/OPHTAL/4)
5. Government of Bangladesh Order N° 1/Integ/74-75/OPN/V-III/54 - 10 octobre 1975.

APPENDICE I

METHODE DE SELECTION DES VILLAGES

1. Dans chaque district, tous les JL seront catalogués comme suit :

N° d'ordre	Thana	N° JL	N° habitation début	N° habitation fin
1	Kotwali	256	1	256
2	Kotwali	257	2	1 000

2. Le nombre total de JL (numéros d'ordre) sera divisé par le nombre de villages à enquêter pour déterminer l'intervalle d'enquête. Exemple : si le nombre de JL est 400, et le nombre de villages à enquêter, 40, on divise 400 par 40 et l'on obtient un intervalle de 10.

3. On choisira un chiffre au hasard entre 0 et le chiffre de l'intervalle d'enquête; on aura ainsi le premier village à enquêter. Exemple : si l'intervalle d'enquête est 10, on choisira un chiffre entre 0 et 10, par exemple 5.

4. Pour sélectionner les JL, il faut ajouter régulièrement le chiffre de l'intervalle d'enquête en partant du premier JL choisi. Exemple : si l'intervalle est 10 et le premier JL choisi, 5, les autres JL sélectionnés seront 5, 15, 25, 35, etc.

5. Pour chaque JL sélectionné, on divisera le nombre total des habitations par 6. Exemple : dans un JL de 256 habitations, on divise 256 par 6 et l'on obtient 44. L'habitation portant le numéro 44 sera la première maison enquêtée, suivie des 19 habitations les plus proches.

II. ENQUETE SUR L'EXISTENCE ET L'UTILISATION DE PUIITS TUBULAIRES
DANS LES ZONES RURALES DU BANGLADESH

En septembre 1975, des fonctionnaires de district ont mené, parallèlement à l'évaluation du dépistage porte à porte de la variole, une enquête sur les puits tubulaires. En voici les résultats (tableau 1) :

TABLEAU 1

Distance entre l'habitation et le puits tubulaire le plus proche	Nombre d'habitations	Pourcentage
0-250 yards (228,5 m)	22 467	61
250 yards (228,5 m) à 1/2 mile (804,5 m)	10 730	30
1/2 mile (804,5 m)	3 868	9

Puits tubulaires en état de fonctionnement

Oui	23 558	83
Non	4 746	17

Quartier utilisant un puits tubulaire

Oui	18 909	65
Non	10 125	35

Ces données ont été fournies au Département d'Ingénierie sanitaire et au FISE qui les ont récemment diffusées. Comme ces résultats étaient très supérieurs à ceux auxquels on s'attendait le FISE a entrepris une seconde enquête qui a porté, dans chaque district, sur deux villages enquêtés et deux villages non enquêtés, et a été réalisée selon la technique du porte à porte (FISE, rapport février 1976, Shawcross). Le tableau 2 ci-après fournit les résultats comparatifs de ces deux enquêtes.

TABEAU 2

	Prévisions OMS Juillet 1974	Prévisions OMS Septembre 1975	Evaluation du dépistage variologique Septembre 1975	Enquête du FISE Janvier 1976
% de puits tubulaires dans un rayon de 250 yards (228,5 m)	26	50	61	74
% de puits tubulaires en état de fonctionnement	50	75	83	86
Utilisation des puits tubulaires	-	-	65	58
Puits tubulaire le plus proche au-delà de 1/2 mile (804,5 m)	-	-	9	9

Malgré la différence de méthode d'échantillonnage et de dimension des échantillons, les résultats d'ensemble sont remarquablement similaires. Ils seront utilisés comme données de base pour les futures enquêtes.

L'enquête du FISE a déterminé l'influence de la distance du puits sur son utilisation (tableau 3).

TABEAU 3

Distance entre l'habitation et le puits tubulaire le plus proche	Pourcentage d'habitations utilisant le puits tubulaire
0 - 91,5 m	79
91,5 m - 213,5 m	52
213,5 m - 804,5 m	32
804,5 m	15

La proximité d'un puits tubulaire en état de fonctionnement augmente donc sa probabilité d'emploi. Du point de vue de la santé et de l'action sanitaire, la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies diarrhéiques exige une approche multidisciplinaire :

- 1) Education du public sur la nécessité d'une eau salubre.
- 2) Fourniture d'installations adéquates d'alimentation en eau.
- 3) Entretien de ces installations pour qu'elles soient en état de fonctionnement.
- 4) Connaissance de la manière d'utiliser l'eau.
- 5) Motivation du public pour un emploi correct de l'eau.

Pour atteindre ces buts, il faudra une coopération et une coordination constantes entre plusieurs départements - santé, ingénierie de santé publique, éducation, information et développement rural.

III. ENQUETE SUR LES SOINS MEDICAUX FOURNIS DANS LES VILLAGES
CONJOINTEMENT A L'EVALUATION DU DEPISTAGE PORTE A PORTE DE LA VARIOLE AU BANGLADESH
- RAPPORT PRELIMINAIRE - 19 JUIN 1976

1. INTRODUCTION

Une enquête sur la distribution des soins de santé a été effectuée dans les zones rurales du Bangladesh en juin 1976, parallèlement à l'évaluation du dépistage porte à porte des cas de variole. Les zones urbaines (qui ne représentent que 8 % de la population totale) ont été exclues de cette enquête.

Le dépistage des cas de variole avait été réalisé du 28 mai au 5 juin par des assistants sociaux (assistants de village).

2. BUT DE L'ENQUETE

Il s'agissait de déterminer le genre de soins médicaux auxquels les villageois recourent en cas de maladie grave d'un de leurs enfants.

Lorsqu'un enfant est gravement malade, c'est le plus souvent une des personnes suivantes qui est consultée :

- 1) Médecin du Gouvernement - médecin diplômé mais aussi, plus généralement, agent de santé exerçant dans un hôpital du Gouvernement, un centre sanitaire rural, etc.
- 2) Médecin privé - médecin diplômé exerçant dans un hôpital ou un dispensaire privé, ou faisant des visites à domicile, mais aussi praticien non diplômé administrant des médicaments allopathiques.
- 3) Homéopathe - cette catégorie comprend des praticiens possédant un diplôme médical officiel, des praticiens n'ayant reçu qu'une brève formation et des autodidactes. Ils administrent des médicaments homéopathiques ou des préparations de leur composition (simples, etc.).
- 4) Guérisseurs traditionnels - Kobiraj, Baidya, Oza, etc. Ils n'emploient généralement pas de médicaments mais appliquent des remèdes empiriques.

3. TECHNIQUE

Les enquêteurs ont visité un échantillon d'habitations, constitué suivant un système proportionnel qui tenait compte de la population de chaque district. Plus de 27 000 ménages dans 1381 villages ont été visités et 22 867 personnes se sont vu poser la question suivante : "La dernière fois qu'un enfant de cette habitation a été malade au point de ne pouvoir ingérer d'aliments, qui avez-vous consulté en premier lieu ?". La réponse était enregistrée par l'enquêteur en regard d'une des rubriques suivantes :

- 1) Médecin du Gouvernement
- 2) Médecin privé
- 3) Homéopathe
- 4) Guérisseur traditionnel (Kobiraj, Baidya, etc.)
- 5) Néant.

Les enquêteurs devaient remplir un questionnaire; ensuite, toutes les données ont été compilées au niveau du district puis au niveau national.

4. RESULTATS

Les résultats sont fournis en annexe, sous forme de graphiques et de tableaux.

4.1 Résultats nationaux

- 1) Trente-cinq pour cent des personnes interrogées ont d'abord consulté un praticien de médecine moderne (allopathique) lorsqu'un enfant était gravement malade.
- 2) Trente et un pour cent ont consulté d'abord un autre praticien.
- 3) Quatorze pour cent n'en ont consulté aucun.
- 4) La figure 1 indique l'importance relative des médecins privés en ce qui concerne la couverture de la population. Plus de trente-huit pour cent des enquêtés les ont consultés en premier lieu.

4.2 Résultats de district

On a noté des variations considérables d'un district à l'autre. Par exemple, dans les districts de Khulna et Patuakhali, c'est la médecine traditionnelle qui a été le plus couramment mise à contribution.

Dans les districts de Kushtia et Noakhali, la plus grande partie des enquêtés ont consulté un médecin privé.

Dans les districts de Mymensingh, Rajshahi et Chittagong, un nombre important de personnes (20 à 30 %) ont consulté les médecins gouvernementaux, alors que, dans les autres districts, le pourcentage a été remarquablement constant (10 % en moyenne).

5. DISCUSSION ET CONCLUSIONS

On constate que 15 % des enquêtés n'ont consulté aucun praticien. Il y a à cela plusieurs raisons possibles : décès de l'enfant, guérison rapide, communications déficientes, absence de prestations de santé, dépense élevée, sentiment de gêne ou crainte, expérience antérieure malheureuse, etc.

Ce sont là autant de questions qui demandent un complément de recherches.

D'après cette enquête, c'est au "médecin privé" que les enquêtés se sont le plus souvent adressés en cas de maladie grave d'un enfant (c'est également ce praticien qui exerce le plus couramment dans les villages).

La médecine moderne, utilisant les médicaments allopathiques, telle que la pratiquent les médecins du Gouvernement ou les médecins privés est la plus habituelle. Soixante-dix pour cent des enquêtés avaient consulté l'un ou l'autre de ces "médecins".

Comme cette enquête a mis en évidence l'importance du praticien privé de village dans la situation décrite, on procédera à une seconde enquête pour mieux connaître son influence sur la santé des habitants du village, son niveau de formation, ses sources de revenus, etc.

ANNEXES

1. Instructions données aux enquêteurs.
2. Résultats associés.
3. Graphiques comparant les résultats pour chaque catégorie de praticien.

INSTRUCTIONS POUR L'EVALUATION DE DISTRICT

Nom de l'enquêteur _____ Désignation _____

Nombre de JL très exposés à évaluer _____

Nombre de JL à évaluer, sélectionnés au hasard _____

1. Evaluation des JL à haut risque

On entend par évaluation à haut risque celle qui concerne des JL où l'on prévoit un dépistage mal fait, par exemple là où les enquêteurs ont précédemment fait preuve de négligence ou dans les zones frontalières et autres régions d'accès difficile. L'ASO doit préparer une liste des JL à haut risque. A la réunion de district précédant le dépistage, chaque enquêteur de district se voit assigner un ou plusieurs thanas, où il devra superviser le dépistage et réaliser l'évaluation des JL à haut risque, en utilisant le formulaire 8, de type "haut risque". Les résultats de cette évaluation seront compilés par l'ASO mais ne seront pas inclus dans le formulaire 9 de district.

2. Evaluation aléatoire

Le nombre de JL sélectionnés au hasard sera le même que pour l'évaluation de mars. La méthode de sélection est exposée dans un document distinct. Pour l'évaluation de mai-juin, on déterminera le numéro de la première habitation à visiter en divisant par cinq le numéro d'habitation le plus élevé.

3. L'enquête supplémentaire ne sera menée que dans les JL sélectionnés au hasard et non dans les JL à haut risque. Cette fois, elle portera sur "les soins médicaux dans les villages".

Le but de cette enquête est d'établir à qui les ménages s'adressent en premier lieu - médecin du gouvernement, médecin privé, homéopathe ou guérisseur traditionnel - lorsqu'un de leurs membres est très malade.

La question à poser est la suivante : "La dernière fois qu'un enfant de votre maison a été malade au point de ne pas pouvoir absorber d'aliments, qui avez-vous consulté en premier lieu?"

Dans les ménages où il n'y a pas d'enfant, vous poserez la question au sujet d'un adulte. Mais rappelez-vous que parfois les femmes enceintes n'absorbent pas d'aliments, alors qu'elles ne sont pas très malades et ne consultent pas de praticien. Pourquoi spécifier : au point de ne pas pouvoir absorber d'aliments ? Parce que ce symptôme étant une indication du degré de gravité de la maladie, les réponses reposeront sur le même genre de situation.

Les enquêteurs du dépistage de la variole sont maintenant formés aux techniques de l'enquête. Ils savent que celle-ci perd toute valeur si l'on exerce la moindre pression sur les personnes interrogées. Il convient que vous preniez votre temps, et posiez les questions de manière à recevoir une réponse spontanée. Si la personne interrogée ne répond pas, répétez la question sans exercer de contrainte. La réponse exacte finira par être fournie.

Il peut y avoir d'autres genres de praticiens que ceux du formulaire. Dans ce cas, inscrivez la réponse dans la catégorie qui s'en rapproche le plus.

Il est évident que très souvent, plusieurs types de praticiens seront consultés pour le même malade. Pour simplifier, vous n'inscrirez que le praticien consulté en premier lieu.

Si un enquêté ne comprend pas votre question, ne suggérez aucun nom pouvant être donné en réponse. Demandez par exemple : "Qui avez-vous consulté pour recevoir des conseils ou faire

WHO/SE/77.91

Page 12

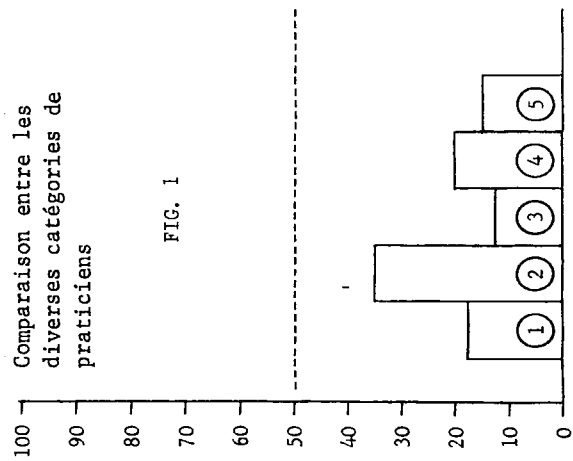
Annexe 1

soigner votre malade ?" et ne dites pas : "Qui avez-vous consulté : un praticien privé ? ... un homéopathe ? ..." car vous recevriez probablement la réponse "oui" au premier nom suggéré.

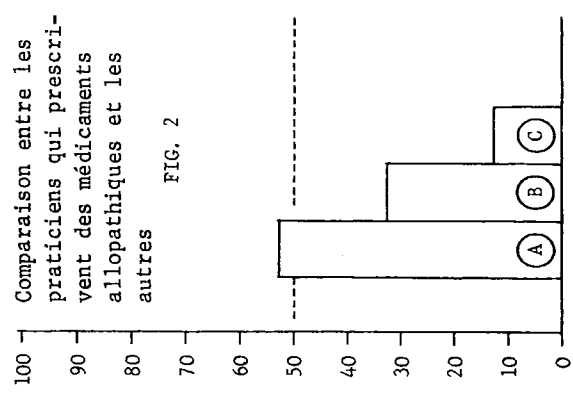
Rappelez-vous également que ces enquêtes sont un bon moyen d'évaluation brute mais qu'elles doivent être faites avec honnêteté et objectivité.

DISTRIBUTION DES SOINS MEDICAUX DANS LES VILLAGES - ENQUETE SUPPLEMENTAIRE, MAI 1976

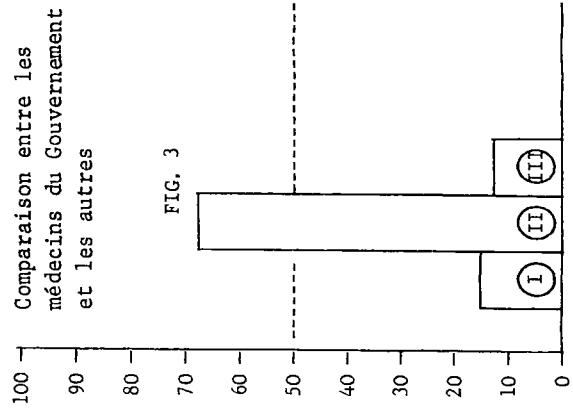
District	Nombre de villages enquêtés	Nombre de réponses	Qui avez-vous consulté en premier lieu ?									
			Médecins de Gouvernement	% (1)	Médecins privés	% (2)	Homéopathes	% (3)	Guérisseurs traditionnels	% (4)	Aucun	% (5)
Dinajpur	59	1 152	203	18	497	43	215	19	84	7	153	13
Rangpur	114	2 232	166	7	907	41	349	16	212	9	598	27
Bogra	48	950	96	10	512	54	180	19	95	10	67	7
Rajshahi	103	1 980	635	32	634	32	173	9	309	16	229	11
Pabna	59	1 140	163	14	548	48	202	18	108	10	119	10
Kushtia	32	569	33	6	414	73	18	3	86	15	18	3
Jessore	69	994	96	10	213	21	185	19	248	25	252	25
Khulna	77	762	7	1	185	24	97	13	467	61	6	1
Barisal	82	1 357	316	23	608	45	121	9	144	11	168	12
Patuakhali	32	350	34	10	35	10	21	6	235	67	25	7
Faridpur	85	1 502	162	11	519	35	130	9	593	39	98	6
Dacca	115	2 290	336	15	367	16	289	13	712	31	586	25
Tangail	47	646	106	17	338	52	112	17	36	6	54	8
Mymensingh	156	1 893	594	31	613	33	147	8	252	13	287	15
Sylhet	92	1 819	337	18	795	44	251	14	165	9	271	15
Comilla	82	765	126	16	251	33	194	25	190	25	4	1
Noakhali	63	1 254	180	14	894	71	121	10	59	5	0	-
Chittagong	66	1 212	287	24	356	29	244	20	141	12	184	15
Chittagong HT												
Total	1 381	22 867	3 877	17	8 686	38	3 049	13	4 136	18	3 119	14



- 1. Médecin du Gouvernement
- 2. Médecin privé
- 3. Homéopathe
- 4. Guérisseur traditionnel
- 5. Aucun



- A. Médecins du Gouvernement et privé
- B. Autres
- C. Aucun



- I. Médecin du Gouvernement
- II. Autres
- III. Aucun

* * *