

Immersion en communauté à Bodhgaya (Inde)



Charlotte Berlier, Marion Ferry, Jacklean Kalibala et Halima Müller

Mai-juillet 2008

Tables des matières

Introduction.....	3
Ecoles de la Terre.....	4
L'Inde.....	5
Généralités	
Santé	
Religion	
Bodhgaya	
L'éducation.....	9
Camijuli's public school	
Le village d'Itra	
Les cours	
L'histoire des 4 ^e	
La Santé.....	22
Campagne de dépistage du diabète	
Le Dispensaire ' <i>Camijuli health center</i> '	
La santé des femmes à la campagne	
Détermination des groupes sanguins	
Hôpital universitaire de Gaya	
Représentations des maladies	
Les femmes indiennes.....	40
Micro crédits	
Rudraksha	
Interview de Vibha Rani	
Conclusion.....	47

Introduction

Nos attentes et espérances

Avant cette immersion, j'ai toujours été attirée par l'Inde, sa culture, ses coutumes, ses couleurs, ses saveurs épicées, bien que n'y étant jamais allée, et n'en ayant qu'une connaissance livresque, télévisuelle et bollywoodienne.

Lorsque la possibilité de faire ce stage d'immersion en communauté à l'étranger s'est présentée, j'ai su que mon choix se porterait sur l'Inde, et de préférence sur l'Inde du Nord, plus authentique, comparé au sud considéré comme plus « touristique ».

J'avais envie de confronter l'Inde « imaginée » à la réalité.

En outre, j'étais curieuse de tester ma capacité d'adaptation à une culture et un mode de vie différents des miens, ainsi que partager une expérience de vie de groupe.

Ce stage était la possibilité de découvrir sur une culture différente, de s'intéresser aux autres systèmes de santé et aux autres façons de soigner dans le monde.

C'est le 23 mai, finalement on part, on se lance dans ce voyage tant attendu. Tout c'est passé tellement vite depuis la fin des examens, on a à peine le temps de vérifier les résultats que l'on se retrouve déjà à l'aéroport à faire des adieux.

Je m'attends à ce choc dont tout le monde nous a parlé mais aussi à découvrir une nouvelle culture, avec toutes ses odeurs, sons, textures, couleurs et personnages. Je monte dans l'avion remplie de sentiments d'excitation de soulagement et d'appréhension. Comment va se passer cette « immersion » ? Y aura-t-il quelqu'un pour nous accueillir, est ce qu'on va se supporter ? Autant de questions qui fusent dans ma tête. Mon seul souhait pour ce stage est d'apprendre, de m'imprégner de tout, de ne rien oublier et peut être laisser quelque chose derrière. Alors je me laisse partir, le cœur ouvert à l'inconnu.

J'ai envie de partir explorer un pays, un pays du Sud, quitter l'Europe pour une fois. Je choisirai l'Inde. J'ai déjà lu quelques livres s'y déroulant mais je n'ai pas d'idée précise de ce que je vais y trouver. Je ne veux rien prévoir, ne m'attendre à rien, seulement me laisser surprendre par ce pays d'une autre dimension et y vivre un petit moment.

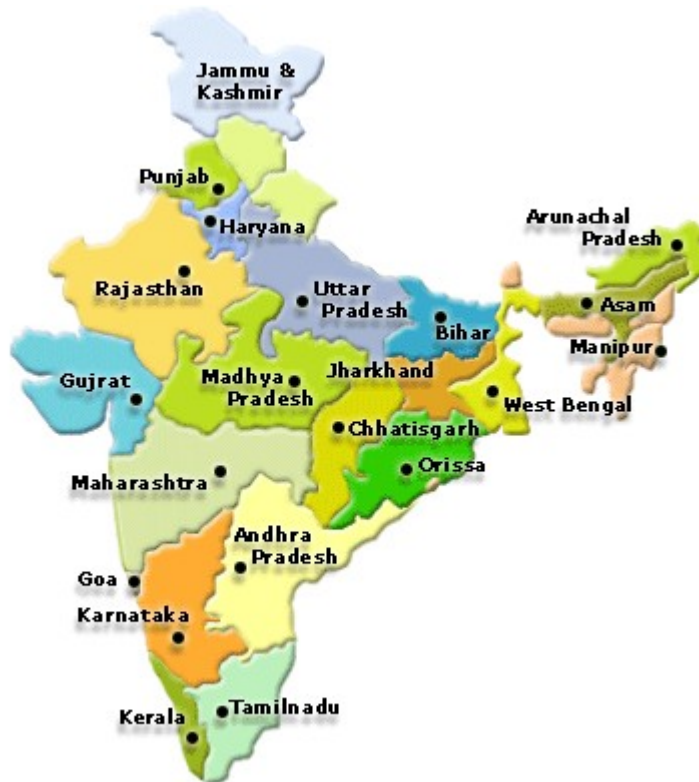
Ecoles de la terre

« Ecoles de la terre » (EDLT) est une ONG suisse, fondée par Monsieur Martial Salamolard en 1997. Le but de cette organisation humanitaire était de soutenir de petites écoles dans des bidonvilles de Calcutta et dans les îles Sunderbans de l'Etat du Bengale. Martial Salamolard a travaillé dans un orphelinat de Mère Teresa à Calcutta et c'est pendant cette expérience qu'il a pris conscience du malheur de ces enfants. « : Il faut de toute urgence trouver de nouveaux moyens afin de développer une véritable action de soutien et pouvoir assurer des ressources financières, techniques et pédagogiques suffisantes et régulières. »

Depuis ses débuts en 1997, l'ONG a fondé des écoles un peu partout en Inde ; au Bihar, à Calcutta, au Rajasthan etc. S'étant aperçu, que certains enfants ne pouvaient pas suivre une scolarité normale à cause de leur âge avancé et des conditions de vie très difficiles, plusieurs programmes parallèles ont été créés. Pour les enfants qui ne peuvent rejoindre ce cycle d'études, ils ont ouvert des ateliers pour l'apprentissage du travail du textile et de l'artisanat afin de les orienter vers des activités professionnelles décentes. Face aux problèmes de nutrition et d'hygiène avec lesquels vivent les élèves, EDLT a développé un programme de santé et hygiène pour apporter aux enfants de l'école et leurs frères et sœurs la possibilité d'être soigné régulièrement.

EDLT (« Ecoles de la Terre ») est une association dont tous les membres et tous les volontaires sont bénévoles. Aucune indemnité n'est prélevée sur ses recettes.

L'Inde



Avec un total de 3 287 263 km², l'Inde se classe au 7^e rang des pays selon leur superficie. L'Inde est divisée en sept zones géographiques :

- Les montagnes septentrionales parmi lesquelles l'Himalaya et la chaîne de montagne du nord-est du pays
- La plaine indo-gangétique
- Le désert du Thar
- Les haut plateaux du centre et le plateau du Deccan
- La côte orientale
- La côte occidentale
- Les mers et îles avoisinantes

L'Inde est bordée à l'ouest par la mer d'Oman (aussi nommée la mer d'Arabie) et à l'est par le golfe du Bengale.

Par ailleurs le pays a des frontières communes avec le Pakistan, la Chine, le Bangladesh, la Birmanie, le Népal, le Bhoutan et l'Afghanistan.

Politiquement le pays est divisé en 28 états et 6 territoires fédéraux.

Suite à une crise monétaire et un déficit budgétaire en 1991, le gouvernement a renversé sa politique socialiste pour libéraliser l'économie. Depuis, l'Inde connaît une forte croissance économique.

En 2007, l'Inde est la 12^{ème} puissance économique mondiale avec un PIB de 1171 milliards de dollars soit 2.15% du PIB mondial.

Environ 60% de la population indienne dépend directement de l'agriculture.

L'Inde est par ailleurs le premier producteur et exportateur mondial de médicaments génériques. L'Inde est un état fédéral et selon la constitution c'est « une république souveraine, socialiste, laïque, démocratique ». Le président et le vice-président sont élus au suffrage indirect pour une durée de 5 ans par un collège électoral spécial. L'actuelle présidente est Mme Pratibha Devisingh Patil, élue en juillet 2007.

Il existe 18 langues officielles et des centaines de dialectes locaux. L'hindi est la langue officielle de l'état. L'Inde compte environ 1 milliard 100 millions d'habitants. Un indien sur deux a moins de 25 ans. La fécondité en Inde est de 3,1 enfants par femme en moyenne contre 1,7 pour la Chine et par conséquent on prévoit que l'Inde deviendra le pays le plus peuplé au monde vers 2035.

La santé

Les Indiens de classe moyenne sont confrontés à un choix difficile lorsqu'ils connaissent des problèmes de santé : s'endetter pour se payer des soins de qualité dans un hôpital privé ou se contenter des services bas de gamme des établissements publics. Mais ceux des basses classes n'ont même pas ce choix et bénéficient de soins déplorables.

Il y a donc deux types d'hôpitaux :

Les hôpitaux gouvernementaux qui sont gratuits pour les pauvres, ils sont peu équipés, disposent de peu de spécialistes et possèdent très peu de lits par rapport au nombre d'habitants. Il n'est pas rare qu'ils accueillent deux fois plus de patients que le nombre de lits et que la moitié des malades se retrouve sur un matelas à même le sol.

Les hôpitaux privés qui sont payants ; très bien équipés, avec un grand nombre de spécialistes. Seuls les riches peuvent se le permettre parce que les frais d'hospitalisation ne sont pas remboursés, étant donné qu'il n'y a pas de sécurité sociale.

Il y a plusieurs types de médecines pratiquées dont l'homéopathie et des médecines naturelles (par les plantes) : Siddha, Naturopathie et Ayurveda. Et encore le Yoga qui est une médecine qui soigne les besoins physiques, mentaux, sociaux et spirituels de l'être humain.

Le système de santé publique

Les médicaments sont gratuits dans les hôpitaux mais sont fournis en nombre limité. Les patients doivent s'approvisionner à l'extérieur et à leurs frais. D'où un certain nombre de trafics de médicaments : vendre des traitements médicaux, moins coûteux mais peu efficaces, est devenu le moyen de subsistance de milliers d'Indiens.

Le système privé de santé

Il possède les meilleurs scientifiques au monde mais seulement pour un nombre limité d'individus, appartenant aux castes riches, ou venant d'Europe pour se faire soigner par ces spécialistes très réputés.

La religion

L'Inde est un pays où le poids des traditions marque tous les aspects de la vie quotidienne et y joue un rôle très important. Les religions principales sont : l'hindouisme, le bouddhisme, l'islam, le sikhisme et le christianisme.

Hindouisme :

Religion principale de l'Inde, elle est pratiquée par 700 millions de personnes. Elle n'a ni fondateur ni clergé officiel. Elle repose sur deux principes fondamentaux. Le premier est que l'univers se fonde sur un ordre, la Vérité, qui le maintient en existence. Toute transgression de cet ordre se répercute sur l'ensemble du cosmos, c'est le « dharma ». Le second principe est que l'homme est fait d'un corps périssable et transitoire et d'une âme éternelle qui se réincarne indéfiniment d'un corps à l'autre en gardant une empreinte des fautes et des bonnes actions commises dans ces différentes vies : c'est le karma. A chaque réincarnation, chacun peut, grâce à sa bonne conduite, se rapprocher de l'état de pureté, condition nécessaire à la délivrance finale, la moksha.

Les hindous ont aussi l'idée d'un dieu suprême mais ne vénèrent que les formes manifestées, les innombrables divinités indiennes. On dit qu'elles sont au nombre de 33 millions. Les trois dieux principaux sont :

- Brahma, créateur du monde.
- Vishnou, protecteur de l'univers.
- Shiva, destructeur.

Le système de castes est d'origine religieuse et est fondamentale pour le fonctionnement de la vie sociale en Inde. La société indienne est structurée d'une manière hiérarchique et donc inégalitaire. Quatre castes (varna) existent :

- les brahmanes : castes des prêtres et des lettrés sortis de la bouche de Brahma.
 - les kshatriyas : guerrier, sortis de ses bras.
 - les vaisyas : commerçants, artisans et agriculteurs, sortis de ses cuisses.
- Ces trois castes représentent 20% de la population.
- les sudras : serviteurs, sortis de ses pieds. Représentant 42% de la population.

Les Indiens n'appartenant à aucune caste sont les intouchables, les parias, qui comprennent 20% de la population.

Ces castes ne correspondent pas aux classes sociales, ainsi un intouchable peut être millionnaire et un brahmane pauvre. Les femmes, quelque soit leur caste d'origine, jouant un rôle seulement dans les relations sociales (mariage), appartiennent à la caste la plus basse car elles incarnent le désir.

Bodhgaya

Le berceau de notre stage



L'état du Bihar est situé au nord-est de l'Inde. La capitale de l'état est Patna. Il est très densément peuplé et encore assez peu développé sur le plan économique. Le Bihar est très pauvre avec 30.6% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté contre une moyenne indienne de 22.15%.

C'est une plaine très fertile irriguée par 7 rivières dont le Gange. Les montagnes de l'Himalaya bordent l'état au nord. En ce qui concerne le climat, il est modérément froid en hiver. Les mois hivernaux sont décembre et janvier. En été il fait très chaud avec une moyenne de 35-40 Celsius. Juin, juillet, août et septembre sont les mois de moussons quant à octobre, février et mars le climat est assez plaisant.

Malgré la pauvreté et manque du développement de cet état, notre stage au Bihar s'est déroulé sans problème, dans la simplicité et le calme de Bodhgaya. A Bodhgaya, dans l'état du Bihar, nous sommes logés dans une guest house en périphérie de cette petite ville paisible. Après le tumulte de Delhi, Agra et Varanasi nous accueillons avec plaisir cette tranquillité. Bodhgaya est le haut lieu du bouddhisme, le Bouddha y a eu son éveil. Pendant la saison d'hiver il y a de nombreux pèlerinages et notamment la visite du Dalaï lama.

Dès notre arrivée à la gare de Gaya, nous faisons connaissance de la fine équipe qui nous accompagnera pendant notre stage : Rajesh (le responsable de EDLT à Bodhgaya) et ses comparses. Au fil des semaines passées parmi eux, nous apprendrons à tous les connaître individuellement.

Rajesh, qui nous a guidé et accueilli. A 28 ans il est déjà arrivé à une position influente à Bodhgaya : il supervise 5 écoles et les autres programmes de l'ONG. Il a aussi une petite famille et un bon sens de l'humour.

Sikendra, le chauffeur, le cuisinier et le fidèle compagnon.

Surendra, le gardien de la guest house grand amateur de riz et de clips bollywoodiens.

Et aussi Upendra, Sanje et les gardiens de nuit, sans parler de tous les autres qui ajoutèrent beaucoup de piment et d'allégresse à notre stage.

L'Education



सरस्वती, **Saraswati**, déesse hindoue de la connaissance, la musique et les arts. Elle représente l'intelligence, la conscience, la créativité, l'éducation, l'éveil, la musique, les arts, et le pouvoir. Elle n'est pas seulement vénérée pour son savoir séculaire mais pour le savoir divin vrai.

L'Ecole de Camijuli



Le but d'« Ecoles de la Terre » est d'ouvrir des écoles dans de nombreuses régions d'Inde du Nord : dans des bidonvilles de Calcutta, dans les campagnes des états du Bengale, du Bihar et du Rajasthan.

Le but est la construction d'écoles de campagnes regroupant plusieurs villages où les enfants étaient jusqu'alors non scolarisés:

- soit parce qu'il n'existe pas d'écoles à proximité,
- soit par manque de moyens des familles préférant envoyer les enfants aux champs pour gagner de l'argent,
- soit par désintérêt, certains parents ne voyant pas l'utilité d'envoyer leurs enfants à l'école vu qu'eux-mêmes n'y sont jamais allés.

Les écoles sont toujours gratuites, excepté un petit frais d'enregistrement et l'achat de l'uniforme. Le Staff d'EDLT est entièrement indien, le but à long terme étant que ces écoles deviennent autonomes et complètement gérées par la population locale.

A la découverte de Camijuli :

L'Ecole de Camijuli au Bihar est un exemple de réussite de ce projet de scolarisation. Ouverte le 31 janvier 2002, l'Ecole de Camijuli est la première école de village à ouvrir dans l'Etat du Bihar. Depuis, trois autres écoles ont ouvert dans cet Etat.

L'école de Camijuli se trouve dans le village d'Itra, à quarante minutes de jeep de Bodhgaya, dans le district de Gaya.

Tous les matins de la semaine, à six heures du matin, nous nous mettions en route pour l'Ecole de Camijuli. Le trajet en jeep plein de bosses et de fosses, traversait des villages et même presque des maisons. Nous pouvions admirer le lever du soleil sur la campagne, serrés les uns contre les autres, avant de découvrir l'école au bout de la route de terre battue.



L'école de Camijuli se répartit en deux bâtiments en forme de « U » s'articulant chacun autour d'une cour; l'école s'étant récemment agrandie avec l'ouverture en mai 2007 du dispensaire, une des deux cours sert à la fois de file d'attente pour les patients du dispensaire et de cour de récréation pour les élèves.



Cour principale de l'Ecole de Camijuli

Lors de notre premier jour à l'école, le directeur nous a fait faire une visite guidée. Il y a environ sept cent - huit cent élèves, ce qui nous semblait beaucoup pour la taille de l'école. Dans la cour principale nous avons déjà pu voir les deux classes de « nursery », chacune de 60 enfants.



Classe de nursery

Autour de la cour principale où trône un portrait de Martial, le fondateur de « Ecoles de la Terre », il y a sept classes : deux de « kindergarden », puis les classes « I à V », ainsi que le bureau du directeur.

Dans l'autre bâtiment se partageant avec le dispensaire, il y a les classes « VI à IX » ainsi qu'une salle d'ordinateur.

Cami julis Public School, Itra (Bodhgaya)

Time-Table Run by: ⇒ Ecoles de la terre
Schools of the world
Charitable Trust (Bodhgaya)

TEACHERS / PERIOD	1	2	3	4	5	6	7
1. RAMCHANDRA YADAV	IX	VIII	VII	VI	L	V	III
2. NIRJESH RANJAN	VIII	VII	VI	V	U	IV	III
3. DHIRENDRA KUMAR	VII	VI	V	IV	N	III	IX
4. RAJESH KUMAR	VI	V	IV	III	C	IX	VIII
5. BAYAN KUMAR	IV	III	IX	VII	H	VII	VI
6. RAMPRANESH KUMAR	V	IV	III	IX		VIII	VII
7. GOPAL KRASAD	III	IX	VIII	VII	T	VI	V
8. MD. JASIM KHAN	II	U.K.G.	L.K.G.	NUR	I	I	L.K.G.
9. MRS. SUNITA BANSAL	I	II	NUR	L.K.G.	M	U.K.G.	NUR
10. ANIL K. SENHA	U.K.G.	I	NUR	II	E	NUR	L.K.G.
11. SHEKHANANDY YADAV	NUR	NUR	II	L.K.G.	L.K.G.	I	U.K.G.
12. GEETA SENHA	L.K.G.	L.K.G.	I	U.K.G.	II	NUR	L.K.G.
13. BACHA SHARMA	NUR	NUR	U.K.G.	I	L.K.G.	II	NUR
14. SURESH KUMAR	L.K.G.	L.K.G.	L.K.G.	NUR	NUR	U.K.G.	I
15. MR. NIKHIL YADAV	L.K.G.	L.K.G.	L.K.G.	NUR	NUR	U.K.G.	I

L'année prochaine, une classe « X » va s'ouvrir. Après, les élèves doivent aller au collège de Gaya, le chef lieu du district.

Dans cette école ce sont les professeurs qui se déplacent pour chaque cours dans les différentes classes. Environ toutes les heures, il y a une rotation: cours de mathématiques, cours d'anglais, cours d'hindi pour les plus jeunes, auxquels s'ajoutent entres autres cours de biologie, de littérature pour les plus âgés. Pendant nos premiers jours, nous avons pu assister aux cours, aider le professeur à interroger les élèves sur leurs leçons, leur faire réciter des comptines tirées de leurs livres d'anglais, ou corriger des ardoises ou des cahiers remplis de lignes d'alphabet ou de nombres.

Au fur et à mesure, nous avons commencé à faire connaissance avec les élèves, et beaucoup de visages nous sont devenus familiers au fil des semaines. Nous avons pu découvrir le fonctionnement de cette école indienne à mille lieux de chez nous où les enfants sont 60 par classes, assis par terre, mais heureux.



Remise de sacs à dos au nom d'Écoles de la Terre pour les meilleurs élèves



Le premier jour, après la visite guidée de l'école, trois jeunes hommes nous ont donné un concert, car à la pause « lunch » certains élèves pratiquent aussi des instruments, deux jouaient du tabla (instrument composé d'une paire de tambours) et le troisième du clavier (comme un mini-piano-accodéon). C'était magnifique !

Du lundi au vendredi, les élèves ont cours de six heures du matin à dix heures trente, le reste de la journée étant beaucoup trop chaud pour étudier.

A neuf heures quarante-cinq, c'est l'heure du « Lunch », tous les enfants courent au magasin de samosas juste à côté de l'école pour se ravitailler, et d'ailleurs nous aussi ! Samosas aux pommes de terre épicées tout frétilants sorti de la marmite, quel délice !

Après l'école, comme tous les écoliers du monde, les élèves rentrent chez eux, jouent et font leurs devoirs pour le lendemain ! Certains doivent aider leurs parents dans les travaux ménagers ou aux champs. Mais dans le règlement de l'école, il est dit que les enfants doivent avoir 2h d'études le soir et une heure le matin avant le début des cours. Les autres exigences de EDLT sont que tous les enfants doivent porter un uniforme propre avec des chaussures. Ils doivent aussi avoir mangé le matin et ne pas être en retard ou manquer des cours.

Le samedi matin est consacré à l'exercice physique, tous les élèves sortent en file indienne, garçons à gauche et filles à droite. Un professeur leur crie les exercices à faire et les élèves suivent à la façon militaire. Nous y avons aussi participé et croyez-nous c'est physique ! Après cet échauffement, place aux jeux : badminton et cricket.



Le village d'Itra

Après avoir lié des liens avec les enfants de l'école, ils nous invitent au village. Nous les suivons donc après l'école, chacun avec son ami. Ils nous font découvrir leur village, divisé en deux parties : la partie hindoue et la partie musulmane. Il y a plusieurs maisons en brique dans le quartier musulman



alors que chez les hindous ce sont des maisons en terre. Ces maisons s'articulent autour d'une cour. Elles abritent chacune toute une famille : grands-parents, parents, oncles et tantes, cousins, enfants. Ils sont donc souvent au moins une trentaine de personnes dans ces maisons. Les vaches occupent les pièces ouvertes vers l'extérieur ou bien un abri dans la cour. La cour est l'espace de vie partagé par tous.

Dans les rues, boueuses à cause des pluies récentes, nous croisons des animaux, les frères et sœurs des élèves et surtout les mères et les jeunes filles. Elles sont assez farouches mais aussi curieuses de nous voir.

Les familles des élèves nous invitent à boire le chai (thé au lait épicé et sucré) chez eux. Nous parlons avec les élèves, ils

nous racontent leur vie quotidienne, nous présentent leurs parents et leurs frères et sœurs. Dans certaines familles il est difficile de parler avec les adultes car ils ne parlent pas anglais. Il nous accueillent néanmoins avec beaucoup de chaleur et de gentillesse.

Nous constatons une différence entre les hindous, les 'Kumar' (nom de famille presque unanime dans Itra) et les musulmans, les 'Khan'. Les Kumar sont des paysans qui travaillent la terre pour le compte de propriétaires terriens. Ils possèdent des vaches, des buffles, des chèvres et des poules. Les Khan ont d'autres métiers : épicier, ancien pharmacien, enseignants, tailleurs. Ils sont en règle générale plus aisés. Certains ont même la télévision chez eux. Il y a une mosquée et un temple hindou. La cohabitation nous semble harmonieuse toute en gardant une certaine séparation entre les deux groupes. Même si les enfants sont ensemble à l'école, une fois à la maison les hindous et les musulmans semblent rester entre eux.

Des filles de l'école proposent de nous faire des dessins à l'henné sur les bras.



Elles-mêmes en portent. C'est très répandu en Inde. Friandes d'immersion culturelle de ce genre, nous acceptons avec plaisir. Elles en sont ravies. Elles s'accaparent nos avant-bras pour nous dessiner des magnifiques dessins et figures. Le henné est une pâte brune qu'il faut laisser sécher deux heures. Ensuite la croûte de pâte se décolle et le dessin brun reste sur la peau pendant deux semaines environ. Nous voilà maintenant encore un peu plus indiennes !



Les cours

Après quelques jours passés à faire connaissance avec les élèves de l'école de Camijuli, c'est à notre tour de tenter de leur apprendre quelque chose. Alors on passe à l'action, sous le soleil sur la terrasse du toit, on prépare nos cours. Qu'est ce qu'on pourrait bien leur apprendre, qu'attendent-ils de nous?

La santé, le français et la géographie ce sont les sujets que nous avons choisi et qui correspondent au petit microcosme qu'est notre groupe. On donne les cours aux classes 6, 7, 8 et 9 ; c'est ceux qui comprennent le mieux l'anglais et pourront tirer profit de notre intervention. Les cours sont donnés sur une semaine et en groupes de 2. Chaque binôme comporte une personne de notre groupe et une de l'autre groupe avec qui on est parti.



La santé et l'hygiène

Quelle chance que l'on sort de l'unité Infections, c'est parfait pour apprendre à nos nouveaux amis comment se défendre contre les maladies les plus courantes de leur région. On décide de commencer par une introduction sur la transmission des maladies, on leur demande « how do you get ill ? ». Les élèves nous répondent assez aisément, il faut dire qu'ils ont déjà eu des cours dans le cadre du programme santé et hygiène de EDLT et ils ont déjà quelques bases. La suite du programme est consacrée aux principaux systèmes qui posent problème dans ces contrées, les systèmes digestif et respiratoire. Suite à notre discussion avec le Dr. Upendra on a appris que les enfants souffraient principalement de problèmes gastro-intestinaux et respiratoires dus au manque d'hygiène et à la mauvaise qualité de l'eau. Pendant le cours on évoque le fonctionnement général de chaque système; la plupart des élèves de ces classes connaissent déjà ces systèmes de leur cours de biologie qui nous a semblé assez complet en feuilletant leur brochure. Puis on passe aux maladies et à comment se protéger : on leur parle de diarrhée, tuberculose et aussi de la malaria. Après ça, la séance de questions, les élèves nous posent toute sortes de questions surtout la classe de 9^e qui s'intéresse aux problèmes de vue, au cancer et au SIDA.

On a essayé de rendre ces petits cours le plus ludique possible, avec des jeux interactifs et quelques blagues. Dans certaines classes ça c'est vraiment bien



passé, une entente parfaite et une envie de partager impressionnante. Dans d'autres c'était un peu plus difficile à engager la discussion, les enfants étaient timides, ils n'osaient pas. Mais on a souri, on les a encouragé, on a relancé avec un jeu et l'ambiance s'est gentiment détendue et les échanges ont commencés.

Cours de français

Marion et moi avons donné des cours de français aux élèves de 6^{ème} à 9^{ème} année. Le but était de leur apprendre quelques expressions à utiliser s'ils rencontrent des visiteurs francophones. Ainsi ils ont appris 'bienvenue en Inde', 'bonjour', 'au revoir', 'merci', 'comment vas-tu?', 'quel est ton nom', 'où habites-tu?', 'd'où viens-tu?'. Ce sont les questions que les gens nous posaient tout le temps, surtout notre pays ou village d'origine. Les enfants étaient donc contents de les apprendre. Nous nous divisions les classes en deux, ainsi nous pouvions faire répéter plusieurs fois à chaque élève les phrases. Il était amusant de constater que certains sons étaient vraiment difficiles pour eux, par exemple le 'b', le 'j' et le 'v'. Nous-mêmes avons beaucoup de peine à prononcer certains sons hindis. Les élèves ont donc constaté que nous étions égaux devant la difficulté de prononciation des autres langues.

Nous avons fait des panneaux avec les mots en français et en anglais, que les enfants ont recopié dans leurs cahiers. Certains écrivaient la phonétique en hindi, ce qui est très astucieux car ça leur permettait de ne pas oublier la prononciation et de réviser pour le lendemain.

Le deuxième cours leur apprenait les mots de la famille, du village et des animaux. Ils ont aussi appris à compter et à dire leur âge et le nombre de frères et sœurs (question récurrente des enfants indiens!).

Nous étions satisfaites quand, les jours suivants, les élèves nous disaient bonjour en français dans la cour d'école!



Cours de géographie

Dans le cadre des cours donnés à l'école de Camijuli, Nabeel et moi avons enseigné quelques rudiments de géographie. Cette idée, nous est venue à l'esprit suite aux différentes questions des élèves sur nos pays d'origines. Nous avons en effet remarqué que la plupart ne savaient pas où se situait la Suisse, la Belgique ou l'Ouganda. Nous avons donc acheté des cartes de l'Inde et du monde. Les cours étaient sous forme de questions-réponses suivis d'une recherche par groupe sur les cartes. Ainsi après avoir introduit et énuméré les continents, les élèves les ont cherchés et situés sur les cartes. De même nous avons procédé pour différents pays choisis aléatoirement ou sur requêtes des élèves.

Nous étions assez surpris de la curiosité des élèves. En effet, aucun d'eux n'avaient vu une carte auparavant et ils étaient tous en compétition pour avoir le privilège de la manier. Par ailleurs, les demandes des élèves étaient assez spéciales. Certains demandaient où se trouvaient l'Afrique du Sud et l'Australie et d'autres demandaient à situer le Pakistan ou l'Arabie saoudite. Nous avons compris plus tard que les premiers étaient des fans de cricket et les derniers étaient des musulmans.

L'histoire des 4^e, « les petits zèbres »

Extrait du blog de Martial Salamolard pour EDLT :

« Ce blog est avant tout destiné a vous dire quelques mots sur l'échange interculturel que nous tentons, Nicolas Biland de Charmey et moi-même, d'organiser pour deux classes d'élèves de 4eme année primaire, l'une suisse, l'autre indienne. L'initiative de construire un "livre commun" entre enfants suisses et indiens est l'oeuvre de Nicolas Biland, enseignant à l'école primaire de Charmey, dans le canton de Fribourg, en Suisse. Ses élèves de 4eme ont bien avancé dans leur histoire. J'ai eu la chance de les rencontrer dans leur classe, à la fin du mois de janvier dernier, peu avant mon départ pour l'Inde. J'ai apprécié leur enthousiasme à vivre une telle expérience avec des camarades d'un autre continent. Ils m'ont bombardé de questions sur l'Inde, son passé, sa géographie, ses coutumes. Je vous dirai juste, qu'à travers le livre qu'ils veulent réaliser, ils racontent l'histoire de leur vie, à l'école, en famille, dans leur village, dans la nature, de jour, de nuit, le week-end, en semaine. Je crois même qu'ils veulent parler de leurs rêves, de leur façon de voir le monde aujourd'hui et peut-être encore d'appréhender le futur. Afin de favoriser de vivants échanges avec les élevés de 4eme de l'école de Camijuli du village d'Itra, dans le district de Gaya, au Bihar, en Inde, j'ai donc demandé à Birendra Kumar Sinha, leur prof d'anglais, d'en faire de même de ce cote-ci de l'Océan. Certes, les élèves de Camijuli ne font que commencer à raconter leur histoire, mais l'enthousiasme que j'ai ressenti dans leurs premiers travaux représente déjà un merveilleux gage d'engagement !

Nicolas, Birendra et moi-même ne sommes que des intermédiaires au service de la curiosité des élèves et de leur envie d'échanger ! Deux histoires racontées à des milliers de kilomètres de distance par deux groupes d'enfants, appelés à se connaître par leur propre volonté, vont-elles devenir une seule histoire, encore plus grande, encore plus belle ? L'avenir nous le dira ! Mais le bonheur des écolières et des écoliers à vivre une telle expérience sur leur planète verte et bleue nous promet sans doute de prochains chapitres. »

Notre rôle dans ce projet était d'aller voir les 4^e de Camijuli, récolter leurs histoires et les ramener à Genève pour commencer l'assemblage du livre.

Une des raisons pour laquelle Martial a voulu que l'on ramène les histoires est que sur place on pourrait s'assurer que c'était bien les élèves et non pas l'enseignant qui avait écrit les histoires. Ceci a été un grand problème pour nous parce que les enfants devaient écrire en hindi et le professeur traduisait les histoires en Anglais. Nous avons reçu une histoire déjà traduite en Anglais, c'était celle du meilleur élève de la classe. Mais comment savoir si elle a vraiment été écrite par les enfants sans être retouchée par l'enseignant ?

On lit l'histoire puis on se regarde un peu confuses... Le langage utilisé ne nous semblait pas approprié à un enfant en 4^e primaire à Genève mais, en même temps les enfants de Camijuli ont reçu une éducation très différente de celle que nous avons reçue et n'utilisent pas forcément le même vocabulaire ni la même manière de raconter. Et maintenant comment faire la part des choses et communiquer nos doutes au professeur sans paraître insolentes ? Parce

qu'après tout, on n'en savait rien. Alors nous avons demandé de voir les autres histoires des enfants même en hindi si elles n'étaient pas traduites, pour comparer. Malheureusement on n'a pas pu parler avec les enfants pour leur demander ce qu'ils pensaient de ces histoires et du projet avec l'école de Charmey en suisse parce que leur anglais était encore assez basique et notre hindi encore plus. Cette expérience nous a montré comment un projet en apparence simple peut devenir compliqué quand il s'agit de collaboration entre deux mondes totalement différents. Le professeur de Camijuli avait envie de montrer le meilleur de ces élèves tandis qu'à Charmey on ne s'inquiétait pas tant pour la qualité mais pour le contenu et de donner la chance aux enfants de s'exprimer à leur propre façon.

Voici une des histoires.

I get up at 6:00 clock in the morning. After that I go for toilet, I wash my hands and mouth with soap. After that I clean my rooms. Then I brush my teeth, I comb my my hair. Then I put on my school uniform. I take my break fast. After this I get ready for the school. I go to school on foot with my friends. On the way of the school I talk to my friend. Talking with the friends, I reach the school. In the school I sweep my class room. I attend the school and pray. After this class starts. According to bell, I read my subjects. at 9:45 a.m it is the time for lunch. during this period sometimes I take some eatable goods. At 10:00 a.m class starts. In this period three bells go on. The school breaks up at 12:00 clock. Then I go to house, and after reaching the home I change school uniform and then I take meal and after that I take some rest. In the evening I go for play in the field with my friends.

Then I come back home at 6:00 clock. Then I wash my hands and mouth. After this I sit to study, I do all my school-home work.

Before dinner I talk to my brother about the current affair of the world. Then I take dinner.

Before sleeping I go to my grandfather to ~~see~~ listen some stories. I three brothers and two sisters. All of them read in this school which I belong.

In the playground I play Badminton. I have good relation with my villagers and others.

At the end of the day I go to house directly. There is a medical programme in the school and a lesson of gymnastic and sports. Some-time I go to doctor when I get sick. He gives some medicine to me to cure the disease.

Sometimes I dream. I tell my parents about this dream.

Prkhiest kum
class. It

La Santé

Campagne de dépistage du diabète, Bodhgaya

Le diabète est l'épidémie du 21^{ème} siècle. L'incidence du diabète augmente plus rapidement dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. En effet, 80 % des nouveaux cas sont attendus dans les pays en voie de développement d'ici à 2025. Aujourd'hui, 230 millions de personnes sont diabétiques. Dans 20 ans, 350 millions de personnes seront diabétiques si des actions ne sont pas entreprises.

Le diabète type 2 est responsable de 90 à 95 % des cas. 80 % des diabètes type 2 peuvent être évités grâce à des changements d'alimentation, à une augmentation d'exercice physique et à l'amélioration de l'environnement.

Dans les pays en voie de développement, moins de la moitié des personnes diabétiques sont diagnostiquées. Sans diagnostic et traitement, les complications et la morbidité du diabète augmentent exponentiellement.

Avec environ 35 millions de diabétiques, l'Inde a la plus grande population de diabétiques au monde.



Deux jours après notre arrivée à Bodhgaya, nous avons été invités à participer à une campagne de dépistage du diabète organisée par 'Jagran Pehel' et la 'Word diabetes foundation'. Nous avons donc sauté sur cette occasion de combattre, à notre échelle, cette maladie si présente en Inde.

Cette campagne se tenait sur la place centrale de Bodhgaya. Une grande foule, composée d'hommes à 99 % attendait devant le stand de dépistage.

Un questionnaire devait d'abord être rempli. Le recto comportait des informations personnelles : nom, adresse, sexe, type d'habitation (rurale/ semi-urbaine / urbaine), métier et signature. Et le verso comportait des questions visant à évaluer la présence de facteurs de risques pour le diabète : âge, parent avec le diabète, pratique d'exercice physique, métier sédentaire ou bien dur physiquement. Ces critères permettaient d'obtenir un score : 0 à 30 : risque bas, 30 à 60 : risque

modéré, 60 à 100 : risque élevé. Par manque de temps, le score n'était pas calculé à proprement parlé, mais les informations étaient recueillies. Toutes les informations demandées nous paraissaient adéquates, conformes à ce que nous avons appris sur le diabète et ses facteurs de risque.

Nous devions donc remplir ce formulaire, en posant toutes les questions aux personnes. Ce n'était pas toujours facile car certains ne parlaient pas anglais. Mais il y avait toujours quelqu'un dans la file pour nous aider à remplir le questionnaire.

Une fois le questionnaire rempli, les personnes devaient aller se faire piquer le doigt pour mesurer leur glycémie. Nous avons aidé les médecins présents. Le geste était simple et nous le connaissions déjà. L'équipement était le même qu'à Genève : piqueur à usage unique et machine à glycémie avec petite lame. La seule différence était l'unité de mesure en mg/dl. Ainsi la glycémie normale est entre 70 et 140 mg/dl. Une autre différence était la quantité de désinfectant utilisée : très faible à notre goût et pas d'Hopirub (désinfection des mains entre chaque patient).

Les patients dans la norme étaient renvoyés avec un petit coupon indiquant le « risque modéré » pour le diabète.

Les patients avec glycémie trop élevée devaient aller voir un médecin en bout de table. Celui-ci leur disaient d'aller à l'hôpital soigner leur diabète. C'était expéditif et peu explicatif. Nous nous demandions si ces patients avaient réellement compris leur problème de santé.

Une dernière question demeurait : pourquoi y avait-il si peu de femmes présentes à ce dépistage ? Nous avons interrogé un des médecins qui nous a dit que les femmes restent chez elles, sortent peu. Il y a en effet très peu de femmes en rue dans les villes en Inde. Pour atteindre les femmes ces fondations organisent des campagnes dans les villages, où les femmes sont plus accessibles.



जांच शिविर का अनुभव अनूठा

बोधगया (गया), निज प्रतिनिधि: दैनिक जागरण 'पहल' की ओर से बोधगया में बुधवार को आयोजित डायबिटीज जांच शिविर में जेनेवा से आये आठ मेडिकल के छात्रों ने सहयोग किया। ये सभी छात्र मेडिकल अंतिम वर्ष के हैं। और बोधगया में संचालित एकोलस देला तेरे (स्कूलस आफ द वर्ल्ड) स्वयंसेवी संस्था के माध्यम से ग्रामीण क्षेत्रों में शोध कार्य कर रहे हैं। मेडिकल के छात्र मारिआं पेरी, जेहान मार्टीन, स्टीफेन एल्जुफर, बामर पोपल, हलिमा मुलेर, जेकलेन कर्लीबेला, चारजेट वेट्लर और नेबील इल्खफी ने शिविर के अनुभव को अनूठा बताया। उन्होंने कहा कि फ्रेकेल्टी आफ मेडिसिन के अध्ययन काल में यह पहला अनुभव है। छात्रों ने कहा कि शिविर में महिलाओं की संख्या कम थी। इसके लिए ग्रामीण क्षेत्रों में डायबिटीज शिविर का आयोजन कर महिलाओं को जागरूक करना चाहिए। क्योंकि गर्भवती महिलाओं को यह रोग होने पर आने वाले बच्चे पर भी इस रोग का प्रभाव पड़ता है। छात्रों ने कहा कि अध्ययन के दौरान कई बार डायबिटीज रोगियों के जांच करने का मौका मिला। लेकिन इस शिविर में पंजीयन फार्म भरने से लेकर जांच करने तक का मौका मिला। जो शोध कार्य के लिए बोधगया यात्रा को एतिहासिक बना दिया। जेनेवा के मेडिकल छात्रों को टी-शर्ट भेंट कर सम्मानित किया गया।

भिक्षु और बोधगया की आम जनता। मे (स्कूलस आफ द वर्ल्ड) नामक स्वयंसेवक बोधगया आये हुये हैं। बोधगया महाबोधि सोसाइटी के समीप गोलाम्बर पर वर्ल्ड डायबिटीज फाउंडेशन इंडेन्मार्क के सहयोग से दैनिक जागरण 'पहल' की ओर से आयोजित जांच शिविर बौद्धिक रीति से सुसज्जित कर किया गया। ए तक कुल 628 लोगों को जांच की गयी। जांच की गयी। इस अवसर पर महाबोधि सोसाइटी प्रभारी भिक्षु पी.सिवली थेर ने कहा कि भूमि से शांति, अहिंसा और सहिष्णुता का जागरण ने पुनर्जीवित कर दिया है। ऐसे में भी होनी चाहिए। क्योंकि मधुमेह रोग आ मानव को क्षति पहुंचाता है। उन्होंने 'जांच से बचे जान' को सार्थक बताया। होने के परचात सूत्रपाठ में शामिल की अपना-अपना रक्त जांच कराया। तत्पश्चात लोगों की जांच शुरू की गयी। जांच का काम शाम तक चला। जांच शिविर में बोधगया के केन्द्र के प्रभारी डा. एस.के.सिंह, डा. वी.के.कुमार, डा. मो. अजहर उद्दीन, डा. ए.एन.के. कर पहचान किये गये रोगियों को मुफ्त दवा से उपलब्ध कराने का आश्वासन दिया। सूत्र के अलावा भते चालिदा, भते प्रजादीप, चत सोबिन सहित अन्य बौद्ध भिक्षु शामिल थे। नि संचालन में महाबोधि सोसाइटी आफ इंडिया देला तेरे स्वयंसेवी संस्था के सचिव राजेश फुटपार्थी दुकानदारों का सहयोग प्राप्त हुआ।

Journal Jagran, 5 juillet 2008.

Charlotte, Jackie, Nabeel, Bahar (de g. à d.)

Nous avons reçu des T-shirts 'world diabetes foundation' et avons été interviewés par un journal local. Nous avons donné nos impressions (positives) et relevé la faible participation des femmes. Derrière nous se trouvent les médecins et les patients.

पहल **मधुमेह जागरूकता तथा जांच केन्द्र**
DIABETES AWARENESS AND SCREENING CAMP
Organised by Jagran Peהל in association with

दैनिक जागरण
WORLD DIABETES FOUNDATION

REGISTRATION FORM रजिस्ट्रेशन फार्म

Location of camp/केन्द्र का स्थान: _____
Village/Town/राष्ट्र: _____ Block/ब्लॉक / Tehsil/तहसील: _____
District/जिला: _____
Registration Number/रजिस्ट्रेशन नम्बर: _____
Date of registration/रजिस्ट्रेशन की तिथि: _____ / 2008
Name/नाम: _____
Father's/Husband's name/पिता/पति का नाम: _____
Sex/लिंग: Male/पुरुष Female/महिला
Address/पता: _____
Type of habitation/निवास का प्रकार: Rural/ग्रामीण Semiurban/अर्धनगरीय Urban/नगरीय
Occupation: Agriculturist/skilled labour/unskilled labour/ service/business/others
पेशा: कृषक/दल श्रमिक/अदल श्रमिक/सर्विस/स्वतंत्र/अन्य

DECLARATION/घोषणा
I declare that I am attending this camp voluntarily. I fully understand that the purpose of this camp is to increase awareness about diabetes and screen for diabetes. The examination and tests done may indicate the presence of diabetes but for confirmation of diabetes report/analysis and tests may be needed.
मैं घोषणा करता हूँ कि मैं स्वयंसेवक से इस केम्प में उपस्थित हो रहा हूँ। मैं पूरी तरह समझता हूँ कि यह केम्प का उद्देश्य है कि जागरूकता बढ़ाए और डायबिटीज का स्क्रीनिंग करे। परीक्षा और परीक्षण से जागरूकता बढ़ाने के लिए है तथा परिणाम/रिपोर्ट का अंतिम उपचार नहीं है। मैं यह समझता हूँ कि यह टेस्ट का परिणाम अंतिम नहीं है। इसलिए अंतिम उपचार के लिए और भी टेस्ट करना परामर्श करने की आवश्यकता है जो इतरे केम्प का उद्देश्य नहीं है।

Signature/हस्ताक्षर: _____ Date/तिथि: _____
Name/नाम: _____ Place/स्थान: _____

Diabetes Awareness and Screening Camp
WORLD DIABETES FOUNDATION **पहल** **दैनिक जागरण**
जगलन समूह की ओर से

PRESENCE OF RISK FACTORS FOR DIABETES / जोखिम कारक

Please ask the following questions / निम्न प्रश्नों के उत्तर दें।

1. What is your age/आपकी उम्र क्या है? _____
2. Do you have a family history of diabetes? Yes हाँ / No नहीं
क्या आपके पारिवारिक इतिहास मधुमेह का रहा है?
If yes, who has the diabetes/यदि हाँ, तब मधुमेह किन्हें है?
a) Either father or mother/पिता को माता को b) Both/दोनों को
3. Do you exercise regularly/क्या आप नियमित रूप से व्यायाम करते हैं? Yes हाँ / No नहीं
4. How physically demanding is your work (occupation) आपके कार्य में कितनी शारीरिक श्रम है? (पेशा)
a) Strenuous/बौद्धिक b) Sedentary/अनिर्वाकित

Based on the above answers please calculate the risk score according to following table
उपर्युक्त उत्तर के आधार पर आप कृपया निम्नलिखित टेबल के अनुसार जोखिम स्कोर की गणना करें

S.No.	Factor	Score	Score in this case
1	Age/आयु		
	< 35	0	
	35-49	20	
	> 50	30	
2	Abdominal obesity/ मोटापा		
	Waist/कमर < 80 cm (female), < 90 (male)	0	
	Waist/कमर > 80-89 cm (female), > 90-99 cm (male)	10	
	Waist/कमर > 90 cm (female), > 100 (male)	20	
3	Physical Activity/शारीरिक क्रियाकलाप		
	Exercise (Regular) + Strenuous work	0	
	Exercise (Regular) or Strenuous work	20	
	No exercise and sedentary work	30	
4	Family History/परिवारिक इतिहास		
	No family history/कोई पारिवारिक इतिहास नहीं	0	
	Either parent/माता या पिता में एक को	10	
	Both parents/माता-पिता दोनों को	20	
Total score in this case/इस केस में कुल स्कोर			

Interpretation of total score/कुल स्कोर की व्याख्या:
0-30 = Low Risk/कम जोखिम, 30-60 = Moderate Risk/मध्यम जोखिम, 60-100 = High Risk/उच्च जोखिम

Result of the assessment of risk factors for diabetes:
Name: _____ Registration No. _____
Based on the assessment of the risk factors for diabetes you fall in following category:
LOW RISK / MODERATE RISK / HIGH RISK
Please note that this does not confirm that you have or do not have diabetes unless confirmed by blood sugar test

Authorised Signatory _____

Le dispensaire 'Camijuli Health Center'

Organisation générale



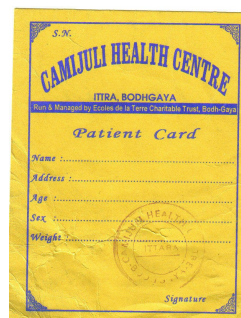
A une petite heure de route de Bodhgaya, près du village d'Itra, se trouve l'école *Camijuli's public school* et dans la même enceinte le dispensaire ou *Camijuli Health Center*. Nous découvrons ce dispensaire, qui est entièrement financé par l'ONG 'Ecoles de la Terre'. Il a ouvert ses portes il y a un an et demi. Il se compose d'une salle de consultation pour le docteur Upendra Kumar, d'une pharmacie, d'une salle de repos

avec 3 lits et d'une salle d'attente, qui est sous le toit à l'extérieur.

Le personnel est composé du jeune médecin Upendra Kumar, du jeune pharmacien Rakesh, de deux gardes, d'une nettoyeuse, d'une assistante, du réceptionniste et d'un chauffeur.

Le réceptionniste enregistre les patients. Les nouveaux patients doivent payer 2 roupies de frais d'enregistrement. Ils reçoivent en échange une 'Patient Card' à conserver avec eux et à amener quand ils viennent au dispensaire. A part ces minuscules frais d'enregistrement, les soins et médicaments sont gratuits. L'argent des frais d'enregistrement est déposé sur un compte bancaire et servira pour améliorer la clinique.

Le dispensaire est ouvert le lundi, mercredi, vendredi de 6h à 10h30-11h. Le jeudi est réservé aux élèves de l'école. Chaque jour le docteur voit entre 60 à 90 personnes. Il a vu environ 80 % de la population environnante. Il ne fait pas de visites à domicile car cela prend plus de temps et ne lui permet pas de voir autant de patients qu'au dispensaire.



Nous assistons alors aux consultations, deux par deux. Nous faisons quelques gestes : prise de tension, auscultation, inspection des oreilles.

Impression du déroulement des consultations

Lors de la première matinée que nous avons passés avec le médecin pour suivre ses consultations, j'ai été frappée par la rapidité des consultations, en effet il y a une longue file d'attente et une sonnette sur le bureau du médecin pour faire entrer le patient suivant. Et surtout, il fait une double consultation en faisant entrer deux patients à la fois, un de chaque côté de son bureau (le médecin n'est pas en face mais à côté de ses patients), et jongle entre deux anamnèses et des examens physiques ! Personnellement, j'ai un problème de

confidentialité, en tant que patiente, ça ne me plairait pas trop, mais ici ça n'a pas l'air de les déranger.

Les consultations différaient donc de ce que nous apprenons au Cmu, c'est-à-dire des consultations bien structurées de 20 minutes !

L'autre aspect 'choquant' est l'absence de désinfection des mains entre chaque patient. Nous avons apporté beaucoup d'Hopirub pour donner au docteur Kumar, mais il n'en avait pas l'usage.

Nous avons aussi remarqué le rôle de l'assistante. Nous croyions qu'elle était infirmière. En réalité elle n'a pas de formation médicale, elle remplit aussi le rôle de secrétaire. Ainsi elle consigne toutes les consultations dans de grands registres. Elle écrit les symptômes et le traitement donné. Cela permet donc un suivi médical.

Les différences de traitement

Le docteur Kumar a un diplôme de médecine allopathique et homéopathique, situation fréquente en Inde. Il soigne principalement avec des médicaments homéopathiques. L'usage de l'homéopathie est pour les maladies peu graves et les maladies chroniques. Ainsi il soigne la tuberculose avec de l'homéopathie ! L'allopathie est réservée aux cas aigus, tels que les infections. Les médicaments allopathiques dont il dispose sont surtout des antibiotiques.

Les avantages de l'homéopathie sont pour lui le bas coût et l'absence d'effets secondaires.

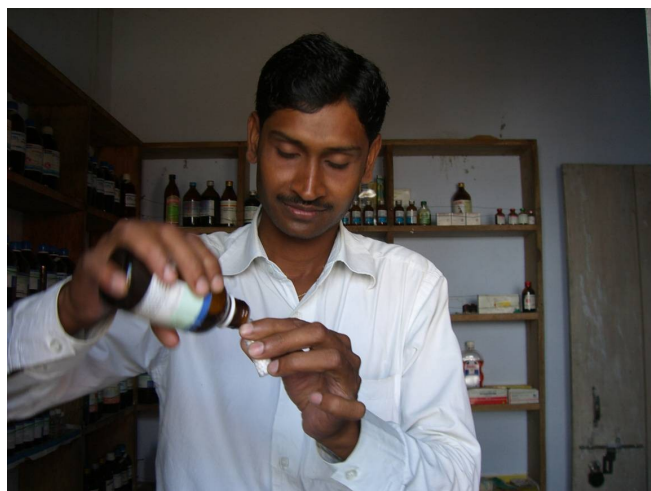


Homéopathie

L'Inde est un pays où l'homéopathie est largement utilisée : environ 10 % de la population indienne est soignée par l'homéopathie, c'est-à-dire 100 millions de personnes. Il y a environ 250 000 praticiens homéopathes. Certains sont critiqués car ils dénigrent la vaccination et l'usage d'antibiotiques et d'antimalariques. Ce n'est pas le cas du docteur Kumar.

L'homéopathie est inscrite dans le système national de santé indien à côté de la médecine occidentale et des deux systèmes de médecine indienne, Ayurveda et Unani. Les médecins qui souhaitent prescrire des médicaments homéopathiques doivent suivre un cursus particulier défini par le Conseil Central pour l'Homéopathie (Central Council of Homœopathy) qui dépend directement du ministère de la Santé.

L'homéopathie est arrivée en Inde au début du XIXème siècle par le biais de médecins et missionnaires allemands dans le Bengale. Le Maharaja Ranjit Singh du Punjab, ayant été très satisfait d'un traitement, alla en Europe rencontrer le fondateur de l'homéopathie, le Dr. Hahnemann. Il ramena avec lui de nombreux médicaments et praticiens et implanta profondément cette pratique en Inde.



Nous avons l'occasion d'aider le pharmacien à préparer les médicaments. Cela consiste à verser un certain nombre de gouttes de la solution sur des petites granules et d'indiquer la posologie oralement et par écrit.

Un après-midi après le dispensaire, nous avons interviewé le docteur Upendra Kumar, afin d'en savoir un peu plus sur les sujets de notre immersion.

La santé des femmes à la campagne :

Accès aux soins

L'accès aux soins est difficile pour les femmes des environs. Si elles ont des problèmes gynécologiques, il est très difficile pour elles d'en parler à leur mari. Ceux-ci sont souvent peu éduqués et ne comprennent donc pas l'importance de soins gynécologiques, surtout quand la maladie est récurrente. Dans la région d'Itra, les hommes sont des paysans travaillant des terres qui appartiennent à des propriétaires terriens. Ils sont donc pauvres et appartiennent aux basses castes.

Les femmes aussi manquent d'éducation et donc consultent peu. Elles ne sont pas indépendantes financièrement, ce qui les empêche d'aller consulter ailleurs, par exemple en ville. Le *Camijuli health center* leur permet de venir se soigner gratuitement et pas loin de chez elles. Elles viennent souvent en cachette de leur mari.

Education sexuelle

Parler de sexe est tabou. Il n'y a pas d'éducation sexuelle à l'école avant l'université. Le gouvernement doit mettre sur pied un plan d'enseignement. Au *Camijuli Health Center*, le docteur organise quelques fois du planning familial avec une doctoresse afin que les femmes puissent lui parler. Le docteur informe aussi les jeunes patientes à propos de la ménarche. Les femmes ont

très peu de connaissances à propos des maladies sexuellement transmissibles. Celles-ci peuvent avoir de grandes répercussions ; par exemple jusqu'à 30 % des enfants de parents avec la gonorrhée souffrent de maladies cardiaques congénitales.

Grossesse

L'avortement sélectif des bébés filles en Inde fait grand bruit dans les médias européens. Mais le docteur Upendra Kumar nous explique que ce n'est pas le cas dans la campagne de Bodhgaya car il n'y a pas de détermination sexuelle car il n'y a pas de contrôle de la grossesse par échographie. Ce genre de pratique est donc réservé aux gens de la ville.

Les check-up pendant la grossesse sont rares. Il s'ensuit donc de graves problèmes de pré-éclampsie et d'hyperémèse gravidique. La pré-éclampsie n'est pas diagnostiquée. Cette maladie affecte aussi bien la mère que le fœtus, dès 20 semaines de grossesse. La mère souffre d'hypertension, de protéinurie, d'œdèmes, de nausées, de vomissements, de maux d'estomac et de confusion. Ces signes sont peu spécifiques ou même invisibles (hypertension et protéinurie), alertant peu la mère. Elle risque pourtant l'éclampsie, qui se caractérise par des convulsions, ressemblant à des crises d'épilepsie, et qui, non traitée, peut aboutir à un coma, des dégâts cérébraux et la mort de la mère ou du bébé. La pré-éclampsie est plus fréquente chez les femmes de moins de 18 ans et de plus de 40 ans et chez les femmes qui ont une histoire familiale de pré-éclampsie ou d'hypertension ou de problèmes rénaux ou de diabète. Ces conditions sont retrouvées largement dans la population de la campagne d'Itra. Le bébé, quant à lui, risque une naissance prématurée, une restriction de croissance intra-utérine, une acidose ou même la mort.

L'hyperémèse gravidique se caractérise par de multiples vomissements (plus que 5 fois par jour), ce qui entraîne une forte déshydratation de la mère et du fœtus et parfois la mort du fœtus.

Les mères donnent naissance à la maison. Très peu vont à l'hôpital, malgré les mesures encourageant dans ce sens.

Les problèmes majeurs à l'accouchement sont mécaniques et entraînent des asphyxies.



Contraception

Les préservatifs sont acceptés par les hommes mais ils refusent ensuite de les utiliser quand ils sont ivres. Les hommes n'aiment pas les stérilets, c'est pourquoi ils sont peu utilisés. La pilule pose deux problèmes : le coût et l'utilisation. Les femmes n'ont pas beaucoup d'argent pour le foyer et encore moins pour leur santé. De plus la pilule n'est pas correctement utilisée : les femmes l'oublient souvent, ce qui empêche son action.

La meilleure solution pour les femmes qui ont déjà eu des enfants est donc la ligature des trompes. Cette opération fait donc une contraception permanente et définitive, ce qui est bien plus pratique. Mais cela nécessite une opération et surtout une récupération post-opératoire, ce qui est difficilement conciliable avec leur dur labeur quotidien à la maison et aux champs. C'est pourquoi la clinique de Camijuli, qui a organisé une journée d'opérations au mois d'avril 2008 avec des chirurgiens de Gaya, donnait 600 roupies par femmes. Cet argent servait à payer de la nourriture pour la récupération de la patiente. Des médicaments pour la période post-opératoire étaient aussi fournis. L'équipe médicale a expliqué la situation aux maris, insistant sur les bénéfices de cette opération et sur la récupération.

Treize femmes ont été opérées sans complication.

Cette compensation financière nous a, au début, semblé bizarre. Mais en discutant avec des médecins (notamment à l'hôpital de Gaya), nous avons remarqué que cela se fait souvent et que cela permet aux femmes de recevoir des soins sans les pénaliser : elles ont de l'argent pour nourrir leur famille et se reposer.



Infertilité

L'infertilité peut être innée ou acquise avec des causes anatomiques (utérus bifide, hypospadias), hormonales (maladie des ovaires polykystiques) ou infectieuses (maladies sexuellement transmissibles).

Taux de natalité

Le docteur nous a donné les chiffres de 3 à 4 enfants par femmes dans les villages et 2 enfants par femme dans les villes, chez les gens avec une plus haute éducation. En pratique, il nous semble que le nombre d'enfants par femme est plus élevé que cela dans les villages. En effet beaucoup d'élèves nous disent avoir « 3 frères et 3 sœurs », « 1 frère et 4 sœurs », « 2 frères et 2 sœurs » etc. Nous penchons donc pour plutôt 5 enfants par femme. Nous avons aussi remarqué que les familles hindoues ont plus d'enfant que les familles musulmanes. Par contre les personnes que nous avons rencontrées

avec un haut niveau d'études ont tous 2 enfants et n'en veulent pas plus. C'est pour eux une sorte de distinction de leur éducation. Cela montre qu'ils sont conscients du coût de l'éducation et de la vie et ils préfèrent donc avoir moins d'enfants mais scolarisés et en bonne santé.

Age du mariage

Un dernier point concernant les femmes, mais pas abordé par le médecin, nous a marqué : l'âge du mariage. Les mariages sont toujours arrangés par les parents. Les jeunes filles se marient très tôt, vers 16-17 ans ; il y a des fiançailles, appelées premier mariage, vers l'âge de 12 ans. Elles sont rapidement enceintes et ont donc plus de problèmes durant la grossesse (par exemple la pré-éclampsie). Cet âge n'est pas très différent entre la campagne et la ville. Ainsi les personnes que nous connaissons qui ne veulent que 2 enfants ont épousé des jeunes filles très jeunes. Cela nous paraît contradictoire, mais nous pensons quand dans ces situations le poids de la tradition est plus fort ; les jeunes gens éduqués peuvent choisir le nombre d'enfants mais n'ont pas d'influence sur le choix de la future épouse. Celui-ci est dicté par de nombreux facteurs : la religion, la caste, l'éducation et la dot.



Hypertension

L'hypertension ne touche bien sûr pas que les femmes, cependant c'est une maladie très fréquente, qu'il fallait mentionner. Elle touche 20 % de la population après 25 ans ! Mais elle ne se manifeste qu'à partir de 40 ans par des vertiges, des palpitations et des crampes. Selon le docteur elle est due au travail intensif ainsi qu'au grand stress des paysans.

La santé des enfants

Durant les consultations, nous avons vu un grand nombre d'enfants malades. Les principales maladies dont ils souffrent sont des problèmes digestifs : vomissements, diarrhée, gastro-entérite, dysenterie, déshydratation... dus à l'eau sale et à un manque d'hygiène. L'eau leur cause aussi des problèmes respiratoires pendant l'hiver. Ils souffrent alors d'angine et de pneumonie.

Beaucoup d'enfants ont des problèmes cutanés, tels que eczéma, furoncles, dépigmentation et acné banale de l'adolescent.

Un programme gouvernemental de vaccination est organisé dans les villages tous les ans. Les enfants reçoivent les vaccins suivants : BCG (tuberculose), DPT (diphtérie-tétanos-coqueluche, 3 doses), poliomyélite et ROR (rougeole, oreillons, rubéole). Pour les rappels, les mères peuvent amener leurs enfants à la clinique.

Une suture indienne

Une fillette arrive un matin au dispensaire avec une plaie profonde à la cuisse, due à une chute à vélo. Le docteur va donc lui refermer la plaie. Il nous demande (à Charlotte et Stephen) de l'assister. Nous suivons donc le déroulement de l'opération de A à Z.

D'abord la désinfection des instruments : bouillis dans une casserole. Les mains du docteur : pas de lavage et un seul gant suffit. Le docteur désinfecte la plaie et l'anesthésie. Commence alors la suture, très vigoureuse et avec une énorme aiguille ! La plaie saigne beaucoup, le docteur y va de main forte et ne semble pas gêné d'avoir une main nue dans la plaie. La fillette gémit doucement ; nous essayons de la reconforter. Une fois la plaie suturée, le docteur fait un pansement et jette les compresses et l'aiguille par la fenêtre ! Il se lave ensuite les mains et demande à la patiente de revenir dans 4 jours.



Nous regardons cela avec nos yeux européens et bien sûr nous sommes choqués. Mais nous ne voulons pas juger et rester sur cette image. Les conditions sont différentes et les moyens aussi. Le plus important est de soigner le patient. Cette situation faisait partie du processus d'adaptation et d'immersion que l'on devait faire. Un médecin européen nous a dit 'il vaut mieux mourir infecté que vivre stérile'. A méditer !

Détermination des groupes sanguins des élèves de l'école :

Pendant notre séjour, le docteur Upendra nous a proposé de déterminer les groupes sanguins des élèves de l'école. Afin que ceux-ci connaissent leurs groupes sanguins en cas d'accidents, et que les jeunes filles rhésus négatif soient repérées pour pouvoir surveiller leurs grossesses futures.

Le fait que nous étions huit étudiants représentait un gain de temps énorme pour ce médecin qui est tout seul d'habitude dans le dispensaire. Ainsi nous sommes allés avec lui acheter le matériel nécessaire : des kits d'anticorps A, B et D, des lames, des aiguilles stériles à usage unique, du coton et du désinfectant.

Nous nous sommes installés dans la salle de repos plutôt spartiate. Nous avons chacun un poste pour accueillir les élèves. Les conditions de travail, les moyens et les notions d'asepsie au dispensaire sont très différents d'ici. Après utilisation, les lames où nous mettions les gouttes de sang étaient trempées dans une bassine d'eau, (qui devenait rouge sombre à la fin de la matinée), et elles étaient séchées une part une avec un morceau de coton.

Nous avons récolté les lames et les aiguilles séparément mais nous ne savons pas vraiment où sont passés les déchets. Quoi de plus naturel ici ou il n'y a pas de poubelles dans les rues, et où l'on jette, par la force des choses, ses déchets par terre. Nous nous sommes habitués à ce fonctionnement, bien que un peu interloqués au début.



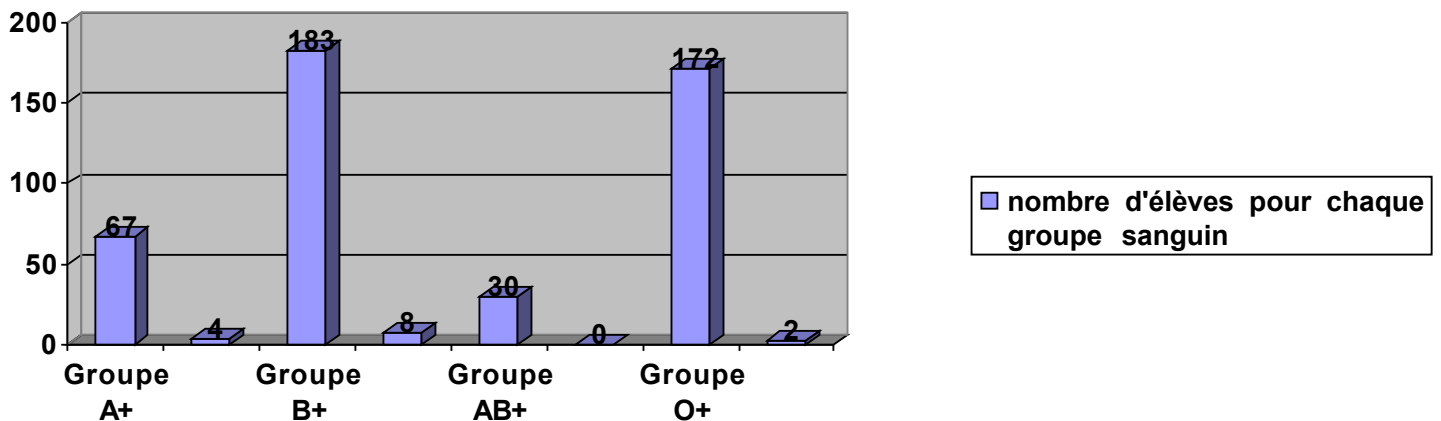
Nous avons testé 469 élèves et une trentaine de professeurs en quatre matinées. Cette expérience fut très intéressante et émouvante à tous points de vue.

Ce fut une expérience concrète d'un geste que nous avons appris à faire cette année en cours, une première expérience pratique, à l'autre bout du monde. Nous pouvions voir l'utilité directe du geste, au-delà de notre examen de compétences cliniques.

Ce fut un moment émouvant, mêlé d'appréhension et de volonté de bien faire, face aux petites filles qui pleuraient en voyant l'aiguille arriver. Les pauvres, elles étaient si courageuses, elles tendaient, en pleurs, leurs petites mains. Nous essayions de les rassurer, de les calmer, en leur disant « No dard », « no pain » en hindi, car les plus jeunes ne maîtrisaient pas bien l'anglais. La majorité des enfants étaient très courageux. Nous expliquions le principe des groupes sanguins au plus âgées. Ils nous demandaient s'ils avaient un « good » groupe et étaient tous heureux de se comparer entre eux.

Pendant l'intervention nous avons été frappés par le fait que certains groupes revenaient souvent dans les mêmes villages. Nous nous sommes demandé si il était question de consanguinité, mais le médecin nous a dit que normalement les mariages se faisaient toujours entre villages différents, alors mystère...

Voici les résultats des groupes sanguins :



469 élèves testés : 67 A+, 4 A-, 183 B+, 8 B-, 30 AB+, 0 AB-, 172 O+, 2 O-

Hôpital universitaire de Gaya : Département de gynécologie et obstétrique

Interview avec le Dr. R Tiwari

Après un voyage de 30 min serrés dans la jeep on arrive à Gaya devant le « HUG » local. On a la chance de pouvoir parler avec un des gynécologues le plus réputé dans la région, les consultations sont interrompues et les patientes écartées. A 8 on rentre à peine dans la petite pièce de consultation, très spartiate avec seulement un bureau et 2 chaises. Le Dr. nous explique qu'il n'a pas beaucoup de temps mais il est content de répondre à quelques questions. En effet ils sont très limités en personnel et les patientes sont nombreuses, rien qu'à regarder la queue dehors on voit qu'il a beaucoup de travail.

Notre question principale est : « quels problèmes ont les femmes pour l'accès aux soins ? »

Dr. Tiwari nous répond qu'il y a deux problèmes majeurs pour les femmes : le manque d'éducation et la pauvreté.

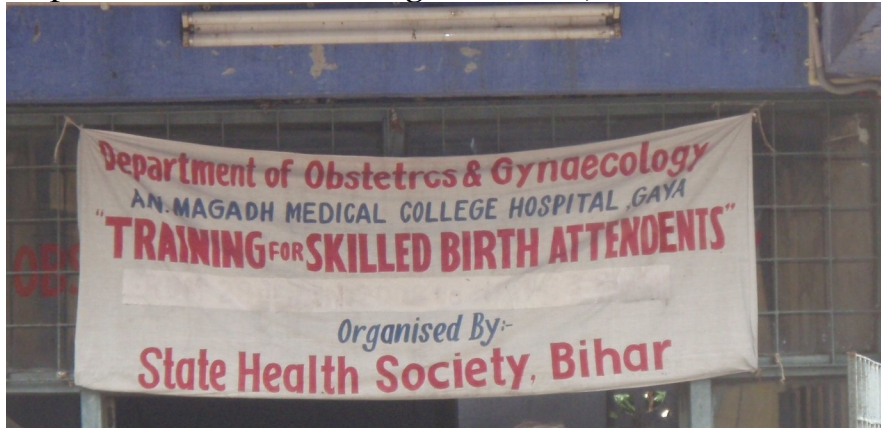
Le manque d'information est un problème majeur pour l'accès à la santé, même si le gouvernement offre plusieurs services gratuits aux femmes, le plus souvent elles n'en ont pas connaissance parce qu'elles restent à la maison et n'ont pas accès librement à la ville où elles auraient accès aux différents moyens de communication comme la radio, la télé et les journaux. Les moyens de communication sont inadaptés aux femmes parce qu'elles sont souvent analphabètes. Le Bihar a un taux d'analphabétisme de 53.47% dont 35% de femmes. En plus de ça, les services de santé ruraux sont très mal développés, alors on assiste à un afflux de patients aux hôpitaux. Selon le Dr. Tiwari, l'hôpital devrait seulement être pour les cas spéciaux et les urgences et n'a pas la capacité de faire un suivi à long terme de tous les patients. C'est pourquoi il est vraiment nécessaire d'améliorer et de maximiser le système de santé rural afin de diminuer le nombre de patients à l'hôpital et d'améliorer la prise en charge des patients.

Un autre problème du manque d'éducation est que les patients ne comprennent souvent pas l'importance du suivi médical. Par exemple beaucoup de femmes enceintes ne viennent pas aux cliniques anténatales, elles viennent seulement en cas de complications de leur grossesse. Tout l'aspect de la prévention, essentielle au cours de la grossesse pour diminuer la mortalité maternelle et infantile, est perdue.

La plupart des accouchements dans la région du Bihar sont encore effectués à la maison. Les femmes accouchent chez elles aidées par des sages femmes traditionnelles. Cela entraîne un grand nombre de complications pour la mère et l'enfant qui pourraient être évitées avec la présence d'une personne instruite. En effet il y a 10 accouchements par jour à l'hôpital, ce qui est peu pour une région aussi dense et avec taux de fécondité de 4.5. De plus

seulement 10% de ces accouchements sont programmés, les autres sont des urgences.

Pour contrer cette tendance et diminuer la mortalité maternelle qui est de 570 pour 100000 naissances, le gouvernement a conçu un projet qui favorise l'accouchement à l'hôpital. On donne 1000 roupies aux femmes en provenance de région urbaine qui accouchent à l'hôpital et 1400 roupies pour celles en provenance de zone rurale. On a aussi remarqué une banderole à l'entrée du département pour la formation de sages femmes, « skilled birth attendants ».



Ces campagnes ont commencé il y a maintenant plusieurs années, partout en Inde. Elles permettent d'éduquer les sages femmes traditionnelles qui assistent à la majorité des accouchements dans les villages. Ces femmes acquièrent de nouvelles compétences qui les revalorisent et améliorent effectivement les taux de mortalité maternelle et infantile. Comme par exemple l'apprentissage du geste de couper le cordon ombilical avec une nouvelle lame.

Un autre point important évoqué par le Dr. Tiwari est l'avortement. En Inde l'avortement jusqu'à 20 semaines est légalisé depuis 1972, mais malgré cela il y a toujours beaucoup d'avortements clandestins parce que même si la loi prévoit de répandre les services d'interruption de grossesse, en pratique l'accès à ces services est très limitée surtout en zone rurale.



Pendant notre visite de l'hôpital on remarque plusieurs panneaux intéressants.

À côté de la salle d'ultrasons il est écrit : « no sex determination ». Cette phrase nous rappelle le problème des enfants filles en Inde. Pour une famille indienne, une fille représente un fardeau car il faut payer sa dot et sitôt mariée, elle disparaît aux mains de la belle-famille.

Pour les familles indiennes, malheureusement assez pauvres, cela représente

des sommes considérables. Les parents préfèrent nettement avoir un garçon car c'est l'homme qui perpétue le nom et maintient la lignée familiale et quand les parents vieillissent, c'est lui qui subvient à leurs besoins. La plupart des familles ne peuvent se permettre d'avoir plusieurs filles et celles qui ont les moyens de payer l'échographie choisissent alors d'avorter ces enfants.

On assiste maintenant à un déséquilibre démographique, en août 2005 la moyenne nationale est de 933 femmes pour 1 000 hommes. Le problème des enfants filles existe depuis toujours mais a été nettement amplifié avec la légalisation de l'avortement. Ce qu'avant on faisait par manque de soins ou meurtre à la naissance est maintenant facilité par la technologie et il n'est pas rare qu'une femme subisse 5 ou 6 IVG. Pour lutter contre cette pratique, en 1994, le gouvernement a interdit aux médecins de déterminer les sexes avec l'échographie. Les docteurs donnant le sexe de l'enfant durant une échographie risquent en théorie jusqu'à cinq ans d'emprisonnement. Mais la loi n'est pas vraiment appliquée et il y a peu de poursuites.

Après l'interview on nous a proposé d'aller voir un accouchement.

On rentre dans une salle où il y a une jeune femme en plein travail et une sage-femme. La future mère est à peine dilatée et n'est pas prête d'accoucher malgré son agonie apparente. Son seul réconfort est une perfusion de dextrose dans le bras, on essaie de lui parler mais il y a, comme souvent pendant ce stage, la barrière de la langue. Alors on se retourne vers la sage-femme et c'est la même histoire. Après quelques minutes passées dans cette salle avec cette mère au bord du gouffre on se sent de plus en plus mal à l'aise, on n'a pas vraiment de rôle à jouer et sans la protection de nos blouses blanches on se sent comme des intrus. Alors on décide de partir et on les remercie de nous avoir laissé voler quelques instants de ce moment particulier.



Ensuite on visite les chambres. On arrive dans une grande pièce avec une vingtaine de lits, il y a à la fois des patientes gynécologiques et des nouvelles mères. En regardant les patientes on remarque qu'elles sont souvent accompagnées d'une femme plus âgée. On nous explique que ce sont les

mères des accouchantes qui sont là pour les guider dans les premiers jours de leur vie de mère.



Cette pratique qui n'existe pas en Suisse (où c'est les infirmières qui éduquent les mamans) nous surprend mais en même temps nous semble totalement naturelle, après tout qui est le mieux adaptée à nous accompagner pendant l'accouchement que notre propre mère ?

Hôpital de Gaya



Représentation des maladies:

La notion de « représentations des maladies » est un sujet à la fois passionnant et très important dans la pratique d'un médecin, s'intégrant dans l'approche bio psycho sociale centrée sur le patient. Cela explique pourquoi nous avons voulu nous y intéresser.

Nous avons tous des « représentations » sur les choses qui nous entourent, nous cherchons souvent des explications, des raisons aux choses qui nous arrivent. Les patients aussi ont leurs représentations, en particulier celle des maladies : Qu'est ce qui m'a rendu malade ? Pourquoi cela m'arrive à moi ? En effet, il est important d'avoir une idée de la représentation qu'a notre patient de sa maladie afin de mieux comprendre ce que sa maladie représente pour lui et mieux le soigner.

En caricaturant, dans la pratique médicale, il s'agit d'accorder ses représentations « de médecin », trouvant une cause plutôt scientifique à une maladie, à celles « du patient », trouvant une cause peut être plus spirituelle à sa maladie. C'est cet ajustement qui va pouvoir rendre possible la relation thérapeutique ; il faut être attentif à cette question de représentations car, si on la néglige, en tant que médecin, nous pouvons passer à côté de notre patient, qui ne croira pas à « notre version de la maladie » et peut-être perdre la relation de confiance.

Bien que la région de Bodhgaya soit influencée à la fois par l'Hindouisme, l'Islam, et le Bouddhisme, nous avons voulu nous intéresser aux représentations de certaines maladies que nous avons pu voir au dispensaire, basées en partie sur la notion de karma.

Le « karma » fait parti du dogme central de l'hindouisme, et concerne les actes et leurs effets : selon Louis Renou « tout acte suscite un effet qui se réalisera un jour proche ou lointain, déterminant une récompense ou une punition, une joie ou une souffrance, une élévation ou un abaissement de condition ». Le Karma est le fruit de l'ensemble de ses actes antérieurs, conforme ou non au « Dharma », c'est-à-dire au devoir propre à chacun, dans le respect de son statut et pour la préservation de l'ordre du monde, à son destin.

Certaines divinités sont invoquées dans des cas de demandes spécifiques (par exemple de guérison) associées à certaines pathologies :

Durga, déesse guerrière pour la santé en général.

Mariatta ou Mariamman pour la variole, varicelle, oreillons.

Katteri pour les problèmes d'infécondité ou liés aux enfants.

Exemples de représentations de certaines maladies :

Tuberculose : Une morsure de rat contient un poison qui peut rester dans le corps et entrer finalement dans le sang et donner la tuberculose.

Lèpre : Une croyance populaire pense qu'il s'agit d'une étape de certaines maladies sexuellement transmissibles dont la syphilis, c'est-à-dire que quand la syphilis empire, elle devient la lèpre.

Diarrhée chez l'enfant (dosham) : l'enfant l'attrape si sa mère passe dans un chemin sombre, près d'une tombe ou d'une crémation avant de l'allaiter ; si la mère a ses règles et a porté son enfant dans les bras ou si une femme ayant récemment avorté se trouve à proximité de l'enfant (vent porteur des miasmes du fœtus mort).

Varicelle (mariatta) : Un jour, la déesse Mariamman est venue sur Terre, après que son mari en colère l'ait chassé et l'ait couverte de pustules. Il l'a maudite en lui disant : « Tu n'es pas digne de vivre sous mon toit ! Va-t'en ! Sème les pustules autour de toi, et vis de ce que les gens t'offriront pour guérir ! ». En arrivant sur terre nue et couverte de pustules, des blanchisseurs lui ont donné un drap trempé dans de l'eau de curcuma pour la couvrir et soigner ses blessures, puis des villageois lui ont donné une bouillie de riz à manger. Ainsi depuis ce jour, la croyance veut que lorsque la « mariatta » rode, et touche un foyer, il faut aller chercher de la bouillie chez le blanchisseur pour lui en faire offrande, et faire la « Puja du fil »*, rituel au temple de Mariamman pour qu'elle parte du foyer sans emporter personne avec elle.

* « Puja du fil » : il faut acheter une pelote de fil, qu'on fait tremper dans de l'eau de curcuma, que l'on offre à Mariamman dans son temple, puis on attache à tous un bout du fil au poignet qui les protégera.

On voit ici combien il est important de parler des représentations de son patient lors d'une consultation, et d'en tenir compte, afin de mieux comprendre ses attentes, ses craintes. On imagine par exemple, comme cela pourrait être assez difficile pour un médecin, lors d'une consultation, de parler de la vaccination contre la varicelle à une mère pensant qu'il suffit de préparer de la bouillie et de faire la puja du fil pour que son nourisson ne soit pas emporté par la « mariatta ».

Les femmes indiennes



Les femmes indiennes ont toutes le même destin, qu'elles soient brahmane et citadine ou une villageoise intouchable.

Ces deux femmes vont inévitablement être mariées traditionnellement, sans choisir leur mari. Tout au long de leurs vies, elles dépendront d'un homme : leur père puis leur mari et finalement leur fils.

Avant d'arriver en Inde, cela nous paraissait de la théorie mais nous avons pu voir par nous même que c'est véritablement le cas. Ainsi, Pinky, jeune secrétaire d'EDLT à Dehli, avec qui nous avons voyagé la première semaine, a été fiancée à un homme de 27 ans. Celui-ci a été choisi par sa famille car il appartient à la même caste (brahmane) et origine (népalais).

Pinky est une citadine de notre âge, qui a beaucoup de culture et une bonne éducation. C'est une fille qui nous ressemble et avec qui nous avons une bonne complicité. Nous avons été surprises de constater qu'elle aussi doit se plier aux traditions et épouser un inconnu. Nous étions aussi inquiètes pour la suite : pourra-t-elle encore travailler et être aussi libre que maintenant une fois mariée ? La rapidité de ces fiançailles nous a aussi surpris : au début du voyage, elle avait mentionné la quête de sa famille pour un mari et un mois plus tard, l'époux était trouvé et les fiançailles organisées le mois d'après.

Micro crédits



Enfin, on les voit. Ces femmes si discrètes et invisibles en ville, rassemblées dans ce village de Mangibiga, entourées de leurs enfants et quelques hommes curieux. C'est un des groupes de micro crédits, une initiative qui a été créée afin d'aider les femmes à gérer leurs vies et leurs familles et leur permettre une certaine indépendance. Dans le village, la maison c'est l'affaire de la femme, les hommes travaillent le

plus souvent dehors dans les champs. C'est pour cela que EDLT a voulu créer ces groupes de femmes, pour augmenter les revenus des familles les plus pauvres, afin de permettre l'éducation des enfants les plus déshérités.

Mangibiga est un village d'environ 85 maisons et une centaine de femmes, essentiellement composé de familles de basse caste. Le groupe de micro crédit comporte 18 femmes dont 7 ont déjà commencé des petits business.

En général les groupes se réunissent 1 fois par mois pour discuter et sont constitués de 12 à 20 femmes, à qui on accorde un « pass book » qui permet de les identifier et de noter leur présence aux réunions. Chaque groupe comporte 3 membres clés sélectionnées parmi les femmes les plus affirmées et éduquées. La trésorière, la secrétaire et la présidente se réunissent avec une coordinatrice pour discuter du fonctionnement du groupe et du compte bancaire. La coordinatrice est une personne extérieure au groupe qui sert d'interprète et de lien entre EDLT, la banque et ces femmes. Dans notre groupe on a toutes été marquées par la présidente de ce groupe à Mangibiga. Elle avait beaucoup de prestance et parlait avec assurance, elle n'hésitait pas à poser des questions à la coordinatrice et à se faire entendre au nom de toutes les femmes réunies ce jour là.

Chaque femme du groupe économise 1 roupie par jour et tout l'argent récolté va sur le compte du groupe. Quand les économies du groupe atteignent 5000 roupies, EDLT double ce montant et le groupe se retrouve alors avec 10 000 roupies pour commencer à fonder des petites entreprises. C'est à ce moment que les femmes commencent à faire des propositions pour des petits business, tels que l'élevage de porcs ou



une petite épicerie. On accorde les premiers prêts et les femmes commencent leur business. Elles ont ensuite 6 mois pour repayer le prêt avec un taux d'intérêt de 2 roupies par mois. Une fois qu'un prêt a été payé on peut accorder un prêt à une autre femme. Les intérêts perçus servent à payer l'école et la clinique de sorte qu'à la longue les villages deviennent indépendants et puissent un jour fonctionner sans EDLT.

« Notre volonté est d'aider ces populations à sortir de leur milieu de pauvreté, de leur faire prendre conscience qu'elle peuvent élever leur niveau de vie et d'associer ce soutien à l'absolue nécessité de construire une structure d'éducation durable pour leurs enfants.

L'éradication du syndrome de la dépendance de l'aide passe par cet inévitable effort de persuasion et de développement. "Apprendre à pêcher plutôt que de donner du poisson" représente bien pour "Ecoles de la Terre" le proverbe qu'il faut appliquer à tout prix ! »

2007						2007					
क्र.सं.	सदस्य का नाम	मिमी	जुमी	मिमी	जुमी	पूरा	पूरा	मिमी	मिमी	जुमी	जुमी
1	कमला देवी		30	30	30						
2	सुमन देवी		30	30	30						
3	विमला देवी		30	30	30						
4	सुमन देवी		30	30	30						
5	विमला देवी		30	30	30						
6	सुमन देवी		30	30	30						
7	विमला देवी		30	30	30						
8	सुमन देवी		30	30	30						
9	विमला देवी		30	30	30						
10	सुमन देवी		30	30	30						
11	विमला देवी		30	30	30						
12	सुमन देवी		30	30	30						
13	विमला देवी		30	30	30						
14	सुमन देवी		30	30	30						
15	विमला देवी		30	30	30						
16	सुमन देवी		30	30	30						
17	विमला देवी		30	30	30						
18	सुमन देवी		30	30	30						
19	विमला देवी		30	30	30						
20	सुमन देवी		30	30	30						
21	विमला देवी		30	30	30						
22	सुमन देवी		30	30	30						
23	विमला देवी		30	30	30						
24	सुमन देवी		30	30	30						
25	विमला देवी		30	30	30						
26	सुमन देवी		30	30	30						
27	विमला देवी		30	30	30						
28	सुमन देवी		30	30	30						
29	विमला देवी		30	30	30						
30	सुमन देवी		30	30	30						
31	विमला देवी		30	30	30						
32	सुमन देवी		30	30	30						
33	विमला देवी		30	30	30						
34	सुमन देवी		30	30	30						
35	विमला देवी		30	30	30						
36	सुमन देवी		30	30	30						
37	विमला देवी		30	30	30						
38	सुमन देवी		30	30	30						
39	विमला देवी		30	30	30						
40	सुमन देवी		30	30	30						
41	विमला देवी		30	30	30						
42	सुमन देवी		30	30	30						
43	विमला देवी		30	30	30						
44	सुमन देवी		30	30	30						
45	विमला देवी		30	30	30						
46	सुमन देवी		30	30	30						
47	विमला देवी		30	30	30						
48	सुमन देवी		30	30	30						
49	विमला देवी		30	30	30						
50	सुमन देवी		30	30	30						
51	विमला देवी		30	30	30						
52	सुमन देवी		30	30	30						
53	विमला देवी		30	30	30						
54	सुमन देवी		30	30	30						
55	विमला देवी		30	30	30						
56	सुमन देवी		30	30	30						
57	विमला देवी		30	30	30						
58	सुमन देवी		30	30	30						
59	विमला देवी		30	30	30						
60	सुमन देवी		30	30	30						
61	विमला देवी		30	30	30						
62	सुमन देवी		30	30	30						
63	विमला देवी		30	30	30						
64	सुमन देवी		30	30	30						
65	विमला देवी		30	30	30						
66	सुमन देवी		30	30	30						
67	विमला देवी		30	30	30						
68	सुमन देवी		30	30	30						
69	विमला देवी		30	30	30						
70	सुमन देवी		30	30	30						
71	विमला देवी		30	30	30						
72	सुमन देवी		30	30	30						
73	विमला देवी		30	30	30						
74	सुमन देवी		30	30	30						
75	विमला देवी		30	30	30						
76	सुमन देवी		30	30	30						
77	विमला देवी		30	30	30						
78	सुमन देवी		30	30	30						
79	विमला देवी		30	30	30						
80	सुमन देवी		30	30	30						
81	विमला देवी		30	30	30						
82	सुमन देवी		30	30	30						
83	विमला देवी		30	30	30						
84	सुमन देवी		30	30	30						
85	विमला देवी		30	30	30						
86	सुमन देवी		30	30	30						
87	विमला देवी		30	30	30						
88	सुमन देवी		30	30	30						
89	विमला देवी		30	30	30						
90	सुमन देवी		30	30	30						
91	विमला देवी		30	30	30						
92	सुमन देवी		30	30	30						
93	विमला देवी		30	30	30						
94	सुमन देवी		30	30	30						
95	विमला देवी		30	30	30						
96	सुमन देवी		30	30	30						
97	विमला देवी		30	30	30						
98	सुमन देवी		30	30	30						
99	विमला देवी		30	30	30						
100	सुमन देवी		30	30	30						

पास-बुक

ECOLES DE LA TERRE

by C.B.O.

ECOLES de la TERRE
(Schools of the world)
(Bodhgaya)

समिति का नाम महिला शिक्षा

नाम पारि देवी

पत्नी राज कुमार चौधरी

खाता संख्या 35

तारीख 10/12/07

Cahier répertoriant le nom de chacun membre du groupe de femmes, ainsi que les 30 roupies que chaque femme épargne par mois.
Carte de membre du programme de micro-crédit



Photo du groupe de femmes avec de gauche à droite : la présidente, la trésorière, la secrétaire et la coordinatrice.

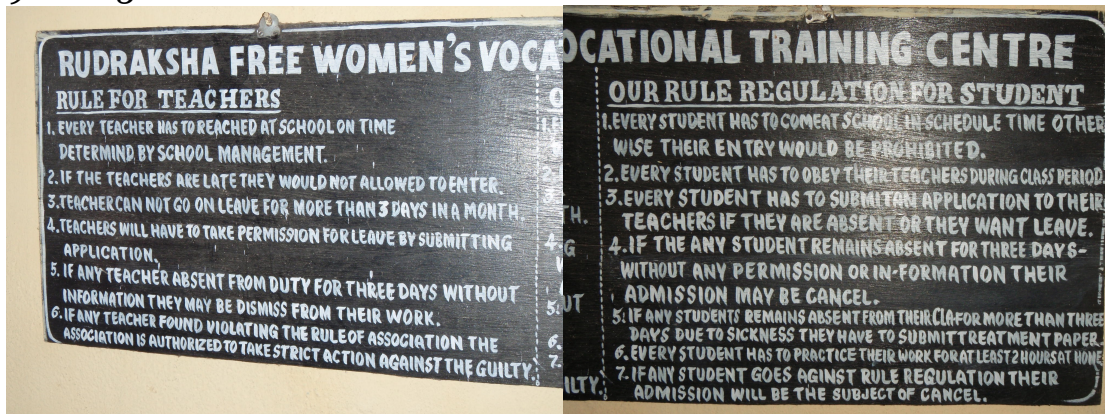
Rudraksha

Free women's vocational training center and self employment scheme, Bodhgaya.

L'association Rudraksha est une ONG espagnole fondée en 2003. Les locaux indiens se trouvent par chance au sous-sol de notre guest-house.

'Le but de Rudraksha est d'encourager le bien-être personnel, le travail et les talents culturels afin d'augmenter des projets de développement social pour améliorer l'environnement et la qualité de vie des femmes indiennes. Rudraksha travaille en proximité des communautés en écoutant leurs propositions et en respectant leurs traditions.'

Concrètement, Rudraksha dispense des cours de peinture sur tissu, de broderie, de couture et d'informatique. Ces cours sont gratuits et durent 6 mois. Ils s'adressent aux femmes de Bodhgaya, âgées de 15 à 40 ans. Ces cours ont un grand succès. 210 femmes sont inscrites cette année. Chaque jour quelque 150 femmes sont présentes. Il y a deux horaires différents : 7h30-9h et 9h-10h30.



Règlement

Après les 6 mois de cours, les femmes reçoivent un certificat, leur reconnaissant une formation dans une des disciplines enseignées et leur permettant de travailler.

Rudraksha emploie plusieurs professeures, spécialistes des disciplines.

Il y a aussi une classe de Kindergarten pour les enfants des enseignantes et des élèves. Une professeure s'occupe d'environ 25 à 35 petits élèves.

A noter que Rudraksha est une association exclusivement féminine ! Le seul homme est le garde.

Rudraksha a ouvert en 2006 une 'Fair Trade textile cooperative'. Cette coopérative fabrique des habits, des sacs, des tissus brodés ou peints et d'autres objets typiquement indiens. Cette production est ensuite vendue en Espagne et les bénéfices sont reversés à l'ONG. Cette coopérative est constituée

de 20 femmes, toutes recrutées dans les cours de Rudraksha. Elles sont payées pour leurs travaux. Les travailleuses font des études en parallèle, qui sont sponsorisées par Rudraksha. Cette coopérative encourage l'autonomie des femmes par le revenu qu'elles en tirent. L'argent de départ a été donné par les sponsors espagnols de Rudraksha mais ensuite les revenus de la coopérative sont redistribués : salaire des travailleuses, achat de tissu et de matériel et argent pour des améliorations. Ainsi Rudraksha va bientôt déménager dans des locaux plus grands. C'est donc un cercle positif qui s'auto-entretient.



Nos impressions :



Voir autant de femmes dans une même pièce, quel choc ! Quelle bonne surprise !
Après avoir fait le tour de tous les cours, nous avons parlé avec des jeunes filles de 16-17 ans suivant des cours de couture. Elles étaient très rieuses et ouvertes. Nous avons parlé de notre famille et surtout du mariage. C'est toujours un sujet qui intéresse beaucoup les Indiens, surtout les jeunes. Ces jeunes filles connaissaient le concept du 'boy-

friend', cela nous a fait un point d'entente ! Certaines étaient fiancées et d'autres avaient 'juste un boy-friend'.

Plus sérieusement, nous leur avons demandé leur avis sur Rudraksha. Elles suivent ces cours pour apprendre des choses pratiques. La couture va en effet être importante quand elles auront des enfants. La plupart étaient allées à l'école, certaines plus loin que d'autres. Ces cours leur permettent aussi une évacion du travail ménager quotidien auquel elles sont astreintes.

Nous étions vraiment heureuses de rencontrer des jeunes filles pleines de vie et sympathiques. Il nous était triste de penser que bientôt leur seul travail sera d'élever des enfants et de s'occuper du foyer. Mais grâce à leur certificat elles pourront peut être faire des travaux de couture rémunérés, tout en restant chez elles. Rudraksha aide véritablement les femmes en connaissance de leur vie quotidienne.

Le contact avec les femmes plus âgées fut malheureusement difficile parce qu'elles ne parlaient pas anglais.

Interview de Vibha Rani, 30 ans, directrice du 'Free women's vocational training center and self employment scheme'.



Quelle est votre famille?

Je viens d'une famille de la classe moyenne. Mon père travaille pour le gouvernement. J'ai un frère et une sœur. Tous les enfants de ma famille ont bénéficié d'une haute éducation.

Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai étudié la géographie à l'université. Ensuite j'ai enseigné la peinture à l'école de Camijuli. Puis le centre de Rudraksha a ouvert il y a 5 ans et j'en suis la directrice.

Quelle est votre vie familiale ?

J'ai d'abord vécu dans la famille de mon mari. Il a 4 frères et 2 sœurs. Mais comme j'étais la plus jeune des belles-filles je devais m'occuper de tout : cuisine, ménage etc. Alors je suis partie avec mon mari. On vit avec mon fils de 4 ans et ma fille d'un an. Mon mari ne travaille pas, c'est moi qui gagne l'argent pour la famille. Je suis un exemple pour les élèves de Rudraksha, mais il n'est pas facile de suivre mon exemple.

Que pensent les gens de cette manière de vivre ?

Je ne fais pas attention à ce que les gens pourraient dire. Ils n'ont rien à dire, j'ai le droit de vivre ma vie comme je le veux. J'ai le droit de travailler et d'avoir du pouvoir (je dirige plusieurs employés ici) et des responsabilités.

Quels sont les principaux problèmes des femmes indiennes ?

L'éducation est un gros problème pour les filles, elles restent à la maison donc n'ont pas accès à l'éducation ni au développement. Le mariage est à 12-13 ans, les filles ne sont pas éduquées. C'est pourquoi au centre toutes les travailleuses de la coopérative vont à l'école ou au collège et Rudraksha paye pour les études. Nous parlons aussi un peu d'éducation sexuelle et de la vie en général et de ce que nous les femmes pouvons faire. Je trouve que le centre de Rudraksha est très utile pour les femmes car il favorise leur développement.

Quels sont les métiers possibles pour une femme en Inde ?

Travailler au gouvernement, dans des ONG, les travaux ménagers et les travaux aux champs. Le gouvernement a fait des nouvelles lois pour aider les filles à continuer leur éducation. Il donne aux étudiantes des uniformes, des vélos, des livres et paye pour l'école. De plus, depuis 2-3 ans, 50 % des places de travail du gouvernement sont données aux femmes.

Pourquoi ne travaillez-vous pas au gouvernement ?

C'est vrai que la plupart des femmes éduquées préfèrent travailler au gouvernement parce que cela paye mieux. Moi je préfère travailler ici parce

que ce n'est pas un travail administratif répétitif ; tout change et évolue vite. Il y a beaucoup d'interactions avec les professeurs, travailleuses et élèves, beaucoup de choses à faire. Je donne beaucoup pour cette ONG et en retour je reçois beaucoup. Je suis un exemple pour les filles, elles m'aiment beaucoup. Cela me motive dans mon travail, à tout faire pour permettre aux femmes de se développer.



Conclusion

Nos expériences et impressions

Ce voyage fut une expérience inoubliable, un rêve de découvrir ce pays qui m'a toujours appelé. En fin de compte, la réalité s'est révélée assez conforme à ce que je m'étais imaginée : des couleurs, des saveurs, de l'agitation...

Les gens que l'on a rencontrés, l'expérience de terrain que l'on a pu avoir, les cours que l'on a donné aux enfants... Tant de souvenirs, de visages à jamais gravés dans ma mémoire.

J'aurai aimé m'intéresser à une vision plus anthropologique lors de cette immersion, mais pour cela il aurait fallu avoir plus de temps et réellement vivre dans une famille indienne dans un village pour apprendre plus sur les coutumes et croyance de tous les jours, c'est un peu frustrant car c'est un sujet qui me passionne personnellement et que j'aurai voulu pouvoir développer, mais sera l'objet d'un prochain voyage car j'ai bien l'intention d'y retourner ! Un de mes plus beaux souvenirs, la découverte émerveillée de Bénarès, ville empreinte de mysticisme aux moindres de ses détours.

Cette expérience m'a appris que je pouvais facilement m'adapter à un mode de vie différent, des croyances et d'autres façons de penser. J'ose espérer que je saurais m'en souvenir dans ma vie professionnelle future lorsqu'il s'agira de prendre en compte ces différences pour mieux soigner les patients.

De retour à Genève, heureuse de rentrer mais triste de partir et quitter cette endroit qui est devenu notre petit « chez nous ». Ce n'est pas évident de mettre ces 6 semaines en mots, il y a tellement de choses à raconter. L'Inde est réellement un pays unique, par sa religion, son rythme et son organisation sociale. Un lieu où, le sacré et le mystique se mêlent à la pauvreté, l'indifférence et une certaine ségrégation.

Finalement, je peux dire que j'ai beaucoup appris, aussi cliché que cela peut sembler, ce stage m'a beaucoup apporté. Je me suis immergée, pas entièrement, mais j'y ai trempé les pieds et j'ai réussi à avoir un aperçu de la vie d'une communauté Indienne. Tant du point de vue du système de santé, avec ces différences et similitudes que du côté personnel. J'ai vu comment on arrive à faire un maximum avec si peu de moyens. J'imagine toutes ces personnes qui apprennent et savent autant, mais ne peuvent pas utiliser leurs connaissances à leur juste valeur. Comment ne pas être frustré par tout ce que l'on pourrait faire si on avait un peu plus.

Et cette trace que je voulais laisser ?...je ne sais pas. J'ose espérer qu'elle y est quelque part dans les rires et sourire des personnes que l'on a rencontré ou même dans les chemins que l'on a tracés et sûrement dans la partie de moi que j'y ai laissée.

Ces 6 semaines furent 'hors du temps'. Je me suis vraiment sentie dans un autre monde. Vivre ailleurs m'a apporté énormément.

Tout d'abord des rencontres. Aussi diverses que possible : les enfants à l'école, les femmes villageoises, les citadins, les enfants des rues de Varanasi, les anglo-indiens de Calcutta, les routards croisés au détour du voyage, les gens du gouvernement, les familles toujours accueillantes, les employés de l'ONG. Ils m'ont appris l'ouverture et la générosité spontanée. Je voudrai d'ailleurs tous les remercier.

Ensuite la découverte d'un pays merveilleux : le Taj Mahal à l'aube, l'agitation des ghats de Varanasi, le tumulte des bazars de Delhi, les flots de l'océan indien, les taxis de Calcutta, les mystiques temples hindous, la sérénité de la campagne biharie. Cela restera gravé dans ma mémoire. Tout autant que les petites merveilles de la vie quotidienne : les vendeurs de chai et de lassi, la cuisine épicée, les chansons bollywoodiennes à plein volume, les vaches sacrées, la dévotion hindoue et les trajets fous en rickshaws.

Enfin la vie en communauté, l'adaptation nécessaire aux autres, que ce soit avec nos amis genevois ou avec les Indiens.

○ Bhârat...tu es comme un rêve....une explosion de couleurs, d'odeurs, de saveurs, d'émotions, de sons, de traditions...Ta magie incommensurable m'a emportée... chacune de nous est venue avec ses attentes, ses jugements et sa vision de toi mais très vite nous avons réalisé qu'il faut te vivre, te sentir, te toucher, te regarder pour te connaître et t'aimer.

O Bhârat...tu m'as émue, autant que tu m'as surprise. Je ne puis cacher que tu as testé mes limites à tous les niveaux et que quelquefois tu m'as horripilée. Mais comment t'en vouloir!? Devant cette effusion de force, de vulnérabilité, de modernité, de velléités de prospérité et d'attachement aux traditions, nul ne peut t'en vouloir...On ne peut que t'aimer Bhârat.

Je vais te raconter Bhârat...certes je ne serai pas à la hauteur mais au moins que tous ceux qui liront cette partie auront un aperçu de ta magnificence et ton unicité.



Bye bye India

Remerciements :

- *Tous les membres d'EDLT qui nous ont aidés et accueillis : Martial, Pinky et Rajesh.*
- *Toutes les personnes qui ont pris le temps de nous parler et de répondre à nos questions.*
- *Tous les enfants de l'école de Camijuli. Merci d'avoir partagé ces journées inoubliables avec nous.*
- *Tous les amis que l'on s'est fait. On ne vous oubliera pas.*