

Stage d'Immersion en Communauté :

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE



*Institute For Indian Mother and Child
Kolkata, Bengale Occidental
Inde*

Mai – Juin 2009

**Aurélie Clottu
Lima Corpataux
Thibault Schaeffer**

Sommaire

Introduction	3
Situation sanitaire en Inde	5
Epidémiologie	
• Maladies Infectieuses	
1. Infections cutanées	8
2. Parasites, diarrhée et déshydratation	9
3. Tuberculose	10
• Malnutrition	11
• Pauvreté et analphabétisme	
• Croyance et vécu	14
Entretiens	15
Institute For Indian Mother and Child	17
Actions et Organisation	19
• La Clinique centrale ou « indoor »	20
• Les Cliniques ambulatoires ou « outdoor »	22
1. Tegharia	23
2. Dhaki	25
3. Chackberia	
4. Hogolkuria	27
5. Kheadah	
• Women « Peace Councils »	28
• Education	30
• Micro-Crédits et épargne	32
• Enfants sponsorisés	34
• Catastrophes naturelles, « Reliefs Camps » et NGO Network	35
• Financement	37
• Difficultés rencontrées	38
Conclusion	40
Annexes	43
1. Entretien : la doctoresse Depali	44
2. Maladies infectieuses : cours donné par la Dresse Depali	46
3. Micro-Crédits : les seize « commandements » de la banque	48

Introduction¹

*Nômoshkar*² West Bengal

Le *Bengale Occidental*, Etat qui s'étend sur près de 80 000 km² au nord-est de l'Inde, est constitué essentiellement de plaines, à l'exception des montagnes du nord qui bordent le versant sud de l'Himalaya. Pays à la végétation luxuriante, aux mille et une lumières, aux parfums et aux couleurs intenses, c'est aussi le pays des extrêmes. Tourmenté par les pluies de la mousson de juillet à octobre, accablé par une chaleur toujours moite, il bénéficie d'une terre riche mais continuellement ravagée. Au sud, le Gange se jette dans la baie du Bengale, donnant naissance au delta des *Sunderbans* qui forme avec le sud du Bangladesh le plus grand delta du monde. Sur les milliers d'îles qui le composent, se trouvent des villages d'un autre temps peuplés d'hommes et de femmes cultivant la terre de l'aube au crépuscule. Les enfants vont à l'école, mais souvent irrégulièrement. Dans la douceur du soir, le temps y semble infini et le silence qui y règne est toujours agréable pour ceux qui connaissent l'agitation frénétique de la capitale, *Kolkata*.

Située à l'est de l'Etat, sur les berges du fleuve *Hooghly*, défluent occidental du Gange, *Kolkata* et son agglomération comptent plus de 15 millions d'habitants. Connue, entre autres pour avoir inspiré à l'écrivain Dominique Lapierre le roman « La Cité de la Joie », *Kolkata* a également vu naître et grandir le talentueux poète indien Rabindranath Tagore. Le célèbre économiste Amartya Sen, lauréat du prix Nobel, est une autre référence importante pour la ville. C'est aux confins de cette métropole, loin des monuments à l'architecture coloniale du centre, qu'a commencé notre aventure : au sein de l'*Institute for Indian Mother and Child*³ (IIMC), basé dans la petite ville de Sonarpur.

Lors de notre stage, nous nous sommes intéressés à la santé des mères et des enfants pauvres du Bengale Occidental en s'impliquant quotidiennement dans les diverses activités de l'IIMC, aux côtés de bénévoles indiens comme étrangers. L'IIMC est une organisation non gouvernementale vouée au développement communautaire et à la promotion de la santé auprès des femmes et des enfants du Bengale Occidental. Ses actions s'organisent autour de plusieurs axes : soutien médical dans les régions reculées du golfe, amélioration de la condition des femmes au sein des sociétés villageoises, ainsi qu'aide au développement et en particulier du milieu rural.

En tant qu'étudiants en médecine, nous nous sommes naturellement intéressés en premier lieu à l'aspect médical du travail de l'association. Nos objectifs principaux étaient les suivants : premièrement, nous impliquer dans les diverses tâches quotidiennes de l'IIMC ; puis, investiguer les problèmes de santé en lien avec nos activités ; enfin, profiter de la mixité d'un groupe constitué à la fois d'étudiants en soins infirmiers et d'étudiants médecins.

Concernant le premier objectif, nous avons pris part avec plaisir à toutes les activités des équipes avec lesquelles nous avons eu l'opportunité de travailler. Nous

¹ Wikipedia, L'Encyclopédie libre : wikipedia.org

² « Bonjour », en bengali dans le texte

³ Institut pour les Mères et Enfants Indiens

avons tenté de nous immerger au maximum dans ce monde si différent qu'est *l'Inde du Nord* : conscients que seuls la vie au contact de la population, le partage de leurs repas et de leur quotidien pouvaient nous permettre de nous imprégner de leur culture, c'est à travers le regard des hommes que nous avons été le plus à même d'apprécier le pays dans toutes ses dimensions.

En parallèle de nos activités quotidiennes au sein de l'institut, et en vertu du deuxième objectif, nous nous sommes intéressés aux actions parallèles de l'IIMC et leur impact sur la vie des Indiens. Plusieurs sujets ont retenu notre attention, parmi lesquels : la lutte contre les malnutritions maternelle et infantile, le traitement des maladies infectieuses, le suivi pédiatrique et l'éducation. Nous aimerions effectuer un compte rendu de la situation en mettant l'accent sur les bénéfices d'une telle entreprise.

Enfin, nous avons collaboré avec des élèves infirmières de la *Haute Ecole de Santé* de Genève. Dans ce sens, notre dernier objectif était de se familiariser avec leur travail, d'apprendre et de partager nos compétences respectives dans le but d'une approche pluridisciplinaire.

De par notre investissement auprès de l'IIMC, nous avons tenté de participer à la lutte contre la morbidité infantile, à l'éducation et la promotion de la santé en général, qui comptent parmi les enjeux principaux des régions en développement. De même, ce stage dans la collectivité nous a permis d'investiguer les problèmes de santé publique aussi bien dans leurs dimensions biologique, psychologique que sociale. En effet, seule une démarche de ce type semble appropriée pour aborder la médecine communautaire dans toute sa complexité.

Situation sanitaire en Inde

Chiffres « Clef »¹

Population totale :	1,151,751,000
Revenu national brut par habitant (\$ internationaux PPA) :	2,460
Espérance de vie à la naissance h/f (années) :	62/64
Espérance de vie en bonne santé à la naissance h/f (années, 2003) :	53/54
Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000) :	76
Quotient de mortalité 15-60 ans h/f (pour 1000) :	276/203
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$ int., 2006) :	109
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2006) :	4.9
Taux d'alphabétisation (2007) :	66%
NB : Les chiffres concernent l'année 2006 sauf indication contraire	
Ressources humaines en santé²	
Médecins (nombre)	645,825
Médecins (densité pour 1000 hab.)	0.60
Infirmière (nombre)	865,135
Infirmières (densité pour 1000 hab.)	0.80
Dentistes (nombre)	61,424
Dentistes (densité pour 1000 hab.)	0.06
NB : Les chiffres concernent l'année 2005	

En Inde, chaque état gère indépendamment l'organisation des problèmes relatifs à la santé publique. La gestion des infrastructures rurales sanitaires et non hospitalières est sous la responsabilité du *Chief Medical Officer* ; le *District Medical Superintendent* gère l'hôpital du district et le *District Controller* s'occupe de la totalité des services publics du district. Le rôle du gouvernement se limite à des fonctions de coordination et d'orientation, mais également dans l'organisation et le financement de campagnes de prévention, le planning familial, les vaccinations et le contrôle des épidémies. L'état finance également les traitements de la lèpre et de la tuberculose, qui sont gratuits pour les patients.

Les hôpitaux gouvernementaux sont gratuits pour les plus pauvres, mais sont peu équipés et disposent de peu de spécialistes ainsi qu'un nombre restreint de lits par rapport au nombre d'habitants. Les médicaments sont également gratuits dans les hôpitaux mais fournis en nombre limité. Les patients doivent s'approvisionner à l'extérieur et à leurs frais. Selon l'étude NSSO 1995-1996, pour les soins ne nécessitant pas une hospitalisation, 70 % des patients se tournent vers le secteur privé, qui englobent également les institutions de charité et le travail des Organisations Non Gouvernementales (ONG). Ceci est partiellement explicable par le fait que la gratuité

¹ Source : <http://www.who.int/countries/ind/fr/>

² Source : Santé et Protection Sociale, www.gipspsi.org

des services de l'Etat n'est pas offerte à tout le monde mais seulement aux patients « BPL » (*Below Poverty Level*¹), qui doivent apporter la preuve légale de leur précarité. De plus, les délais d'attente pour les interventions électives peuvent se prolonger indéfiniment. Ceci est moins vrai pour les interventions d'urgences qui sont toujours à la charge de la collectivité. Malheureusement, bon nombre de patients censés bénéficier de prestations gratuites ne se rendent pratiquement jamais à l'hôpital (moins de 1000 patients/année), car ils ne savent pas comment s'y rendre, ignorant son emplacement d'une part, le prix du transport étant souvent au-dessus de leurs moyens d'autre part. L'hôpital de l'Etat peut également refuser certains patients pour diverses raisons².



Jeune patient dans un hôpital

La prise en charge des coûts par la collectivité est également possible mais il faut prouver à l'office municipal que le patient est « BPL ». La prédominance du secteur informel et la proportion de la population se trouvant au-dessous du seuil de pauvreté rendent le système de santé inefficace. De plus, moins de 15 % des indiens bénéficient d'une assurance de santé.

¹ En dessous du seuil de pauvreté

² Voir Cours de la Dre Depali, en Annexe de ce rapport

Les affections les plus fréquentes qui touchent la population pauvre et reculée du Bengale Occidental ont des origines diverses ; de plus, de nombreuses maladies ne se déclarent jamais isolément, entraînant avec elles d'autres affections qui viennent renforcer les premières, formant ainsi un cercle vicieux. La plupart des patients soignés ou hospitalisés à l'IIMC souffrent d'infections cutanées, de malnutrition, de diarrhées et déshydratation ou de tuberculose. On recense également des cas de brûlures, des patients opérés pour des becs de lièvres ou des pieds bots et des enfants asthmatiques.

Epidémiologie

Maladies infectieuses

1. Infections cutanées

Les infections cutanées sont souvent traitées par une association d'*antibiotiques*, d'*antifongiques* et de *corticostéroïdes*. Une détermination précise est rarement possible, du fait de l'absence de matériel de laboratoire pointu. Le médecin procède donc par diagnostic différentiel. D'après le cours donné par la Dresse Depali de l'IIMC, la gale est l'une des maladies les plus répandues. Causée par des parasites acariens qui colonisent l'épiderme et provoquent d'affreuses démangeaisons, elle se transmet très facilement par contact ou par les vêtements et se retrouve généralement chez tous les membres d'une même famille. Le diagnostic se fait à partir d'une anamnèse familiale positive et d'un examen physique approfondi. Le parasite est d'ailleurs visible au microscope. Le traitement requiert une application topique de *benzyle benzoate* et de *benzyle hexafluorure* ainsi qu'un antihistaminique contre les démangeaisons et un antibiotique pour éviter une surinfection. La guérison peut être entravée par le manque d'hygiène du patient et les conditions insalubres de son lieu de vie. Quand les patients sont soignés à la clinique, il arrive qu'ils désirent s'en aller avant la guérison totale, car ils ont d'autres priorités et ne peuvent se permettre de rester plus longtemps à l'hôpital.

Les infections bactériennes et fongiques sont très courantes. Les moyens de l'IIMC ne permettent pas l'identification exacte des microbes, mais l'examen minutieux du patient permet de différencier une infection bactérienne d'une infection fongique. En cas d'infection bactérienne, d'énormes abcès peuvent se former et il faudra alors les drainer chirurgicalement. Les fréquents cas d'impétigo sont généralement causés par un streptocoque ou un staphylocoque et contrairement aux idées reçues, ils ne résultent pas d'un manque d'hygiène. A l'IIMC, ils sont traités par antibiotiques (*gentamycine*) per os et/ou localement, sous forme de crème. L'utilisation en masse de la gentamycine sur les infections cutanées obtient des résultats remarquables à court et moyen terme, mais on ne peut s'empêcher de redouter la sélection de souches de bactéries résistantes à plus long terme. Ce problème ne semble pas préoccuper l'IIMC, néanmoins, déjà largement satisfait d'avoir les ressources nécessaires pour l'achat d'antibiotiques.



Mère et fille à l'indoor

2. Parasites, diarrhée et déshydratation

Les infections intestinales par les vers ronds (*ascariases*) sont relativement fréquentes. Elles sont transmises par la nourriture et sont évitables grâce à une hygiène des mains correcte avant les repas et après les besoins. Il faut également cuire l'eau que l'on boit, ce qui peut être un problème pour les populations les plus pauvres. Les ascariases sont causées par des vers longs de 20 centimètres dont le cycle commence dans le duodénum où les œufs éclosent. S'ensuit une circulation entre les poumons et l'estomac, causant des vomissements, des douleurs abdominales et des diarrhées. On peut parfois retrouver des vers dans les selles et il arrive même qu'ils sortent par le nez. L'anamnèse représente 80% du diagnostic et la présence d'œufs dans les selles peut être visible. Les patients sont traités par du *mebendazole* per os et les dosages sont les mêmes pour les adultes et les enfants de plus de 5 ans. Pour un enfant de moins de cinq ans, la dose est divisé par deux.

On trouve également des cas d'*ankylostomiase* qui sont causés par la pénétration dans l'organisme de larves de vers de la classe des *nématodes*. Ils pénètrent le corps par la plante des pieds où ils causent une dermatite. Ce phénomène peut être simplement évité par le port de chaussures, mais ceci s'avère malheureusement un luxe dans cette région du monde. L'IIMC encourage également les patients à utiliser des toilettes au lieu de faire ses besoins dans la nature. Les vers sont localisés dans les poumons et dans la muqueuse intestinale, où ils se nourrissent du sang du patient, pouvant provoquer une anémie sévère et des douleurs abdominales. On peut trouver des larves (*filariformes*) dans les selles. En général on observe des troubles du transit intestinal, tels que diarrhée, constipation ou

vomissement. Le diagnostic est mis en évidence par l'anamnèse et l'observation des selles. Le traitement est identique à celui des ascariases.

Il existe d'autres parasites tels que l'*Enterobius vermicularis* qui est un helminthe de la classe des nématodes ou le *Taenia saginata*. Ce dernier contamine rarement la population indienne car son hôte intermédiaire est le bœuf et il se transmet essentiellement lors de l'ingestion de sa viande mal cuite. Or, l'Inde est peuplée majoritairement par des hindous à qui cette nourriture est interdite.

Les affections intestinales ainsi que le climat extrêmement chaud d'avant la mousson provoquent tous deux de nombreux cas de déshydratation. L'IIMC met à disposition des solutions de réhydratation et d'électrolytes. Cependant, il n'existe pas de matériel pour perfuser et réhydrater par intraveineuse. Il était fréquent que l'un de nous se retrouve au milieu d'une salle étouffante, emplie de monde et de bruit, à devoir prendre la tension d'un patient et à le forcer à boire une solution de réhydratation. Sa tension était en général autour de 60/ 40 et le patient éprouvait en principe beaucoup de difficultés à boire. Les enfants et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables face à ce problème.

3. Tuberculose

L'Inde est le pays au monde où l'on compte le plus de tuberculeux. Selon le communiqué de presse OMS/20 du 24 mars 2000¹, 2 millions d'Indiens contractent la tuberculose et plus de 1000 indiens en meurent chaque jour. Cette maladie est d'ailleurs considérée comme une entrave considérable au développement social et économique du pays. Des milliers d'enfants ne peuvent achever leur scolarité en raison de l'atteinte de leurs parents par cette maladie et de nombreuses femmes sont répudiées par leur famille car la tuberculose est très stigmatisante. D'après ce même communiqué, on estime que le coût économique de la tuberculose en Inde représente plus de US\$2 milliards par an.

Pour lutter contre ce problème de santé majeur, l'Inde a adopté la stratégie DOTS² (*Directly Observed Treatment, Short-course*) sur recommandation de l'OMS. La stratégie DOTS est un programme qui repose sur un diagnostic correct de la tuberculose ainsi qu'un recensement soigneux de tous les cas suivis d'une quadrithérapie standardisée de 6 mois pour tous les patients. Les données récoltées permettent de suivre l'évolution de chaque patient individuel mais également d'avoir une vue d'ensemble sur l'ampleur du problème. Grâce à ce programme, le nombre de patients atteints a considérablement chuté en Inde. Les tuberculeux bénéficient de soins gratuits dans des centres gérés par l'Etat. A l'IIMC, quand un cas de tuberculose est suspecté, les patients sont pris en charge par le Dr Alok qui va ensuite les orienter vers un centre d'état. L'IIMC possède les moyens nécessaires à la réalisation de clichés radiologiques ainsi que le matériel pour faire des tests de sensibilité à la tuberculine et des colorations AFB³. Les patients tuberculeux souffrant d'autres affections viennent également se faire soigner à l'IIMC. Des mesures de protection pour les soignants contre les patients contagieux sont inexistantes. Même

¹ Site de l'OMS : <http://www.who.int/inf-pr-2000/fr/cp2000-20.html>

² TB Alert : <http://www.tbalert.org/worldwide/DOTS.php>

³ Acid Fast Bacilli

si le personnel de l'institut est bien conscient des risques encourus, les ressources matérielles manquent cruellement.

Malnutrition

Les cas de malnutrition sont légion dans les populations pauvres et reculées du Bengale Occidental. La misère qui règne empêche les gens de manger à leur faim. Les premiers touchés par ce problème sont les enfants qui ne reçoivent pas un apport calorique suffisant pour avoir une croissance normale et pour se défendre contre les maladies. Les femmes enceintes, également affectées, mettent au monde des enfants cachectiques qui ne sont pas à même de lutter contre la malnutrition.

Une femme hospitalisée à l'IIMC nous expliqua qu'à la naissance de sa fille, l'enfant était tellement chétive que son mari la quitta¹. Elle retourna alors vivre chez sa mère, mais la nourriture y était également rare. A 14 mois, le bébé pesait à peine plus d'1 kg. De plus, elle est fébrile, elle tousse et semble souffrir d'une otite. La mère et l'enfant vont rester plusieurs semaines afin de retrouver un poids normal.



Un enfant hospitalisé

Pour lutter contre ce problème, l'IIMC organise des "*cours prénataux*" pour les femmes enceintes qui traitent également du problème de la nutrition. Grâce à ces programmes, ils essaient de faire prendre conscience aux femmes de l'importance d'une alimentation correcte lors de la grossesse. L'IIMC distribue également des sachets de nourriture produite par les cuisines de l'institut. Bien que du lait en poudre pour bébé soit disponible, l'allaitement est vivement encouragé.

¹ Voir « Entretien »

Lors de leur visite chez le médecin le jour de la permanence assurée par l'IIMC, chaque bébé est pesé et on s'assure qu'il suit une courbe de croissance normale. Des conseils et des consignes sont prodigués pour que malgré l'absence de moyens financiers, les enfants puissent grandir le plus sainement possible.



Le Dr. Roy en consultation

Dans le cadre de sa lutte contre la malnutrition, l'IIMC a élaboré une gamme de *compléments alimentaires* (en anglais, "*Nutritional Diet*" ou *ND*) destinés aux personnes dénutries, notamment les enfants et les femmes enceintes. Ce sont en effet chez ces derniers que les conséquences du manque de nourriture sont les plus dramatiques, engendrant retards de croissance (également *in utero*), immunodépression, anémie et finalement infections diverses. Les déséquilibres alimentaires sont très fréquents. On observe souvent parmi les patients de l'IIMC des cas de kwashiorkor, un état de malnutrition sévère causé par une alimentation trop pauvre en protéines. En Inde, ce problème découle du fait que les repas des pauvres sont essentiellement composés de riz avec un peu de purée de lentilles (en hindi, "*dal*"), de légumes ou des pommes de terre, parfois des œufs ; le tout est riche en glucides mais presque dépourvu de protéines. Si l'on combine cette information avec le fait que la plupart des Indiens ne mangent pas du tout de viande, on se retrouve avec une population au régime déséquilibré et, de plus, pourvu en quantité insuffisante. Cette combinaison cause de terribles déficits.

Les enfants en bas âge sont aussi touchés par le problème du lait en poudre trop dilué que leur donne leur mère, ceci dans une idée d'économie et sans avoir conscience qu'elle ne fournit ainsi à sa progéniture qu'une nourriture insuffisante, sur le plan nutritionnel.

Afin de pallier à ces problèmes, les compléments alimentaires, sous forme de poudres à cuire mélangées avec de l'eau, sont très énergétiques et composés d'une forte proportion de protéines par l'adjonction de poisson déshydraté, cacahuètes, soja, maïs ; tout ceci, bien sûr, finement moulu. Il en existe quatre variétés, dont trois sont destinées aux enfants en bas âge. Le *ND-S* est à l'intention des bébés jusqu'à 4 mois et contient une majorité de lait maternisé en poudre. Le *ND-I*, pour les bébés entre quatre et douze mois, est moins riche en lait. Le *ND-II*, encore moins riche en lait, n'est plus guère produit ni utilisé. Quant au *ND-III*, le plus demandé, il ne contient pas du tout de lait, et nourrit des enfants dès douze mois ainsi que les adultes.

Les femmes doivent également être instruites de l'importance et de l'enjeu de respecter les dosages et de ne pas diluer la poudre.

La production (« *food making* ») et l'emballage en rations de 500g a entièrement lieu à la clinique de Sonarpur, et implique aussi les volontaires étrangers. Nous avons ainsi pu participer au mélange ainsi qu'au remplissage de sachets de poudre. Ces derniers sont ensuite hermétiquement fermés à la flamme d'une bougie, puis enfermés dans un paquet en carton coloré. Ce dernier point a son intérêt : si les cartons, dans un souci d'économie, étaient gris ou simplement moins sophistiqués que ceux des grandes industries - nous expliquerent les responsables du "food-making" - les mères pourraient s'imaginer que leur contenu soit de moins bonne qualité, et n'en voudraient alors pas. Les paquets sont ensuite distribués lors de "relief camps"¹ ainsi qu'aux patients des différentes cliniques.



Les compléments alimentaires

¹ Voir "Actions de l'IIMC"

Pauvreté et analphabétisme

D'après la Dresse Depali, la pauvreté et l'ignorance sont les problèmes principaux qui sévissent en Inde, engendrant de grandes disparités au sein de la population. Le taux d'alphabétisation se monte seulement à 66 %. Nombreuses sont les femmes ne sachant ni lire, ni écrire. Elles sont souvent mariées dès l'adolescence, ne peuvent dès lors plus fréquenter l'école.

Pauvreté et analphabétisme sont d'ailleurs étroitement liés : les enfants pauvres qui n'ont pas les moyens de s'instruire seront les futurs "ignorants" qui n'auront pas accès à un travail bien rémunéré qui leur permettrait de sortir de leur misère. Les enfants sont souvent retirés de l'école pour participer au travail de leurs parents. Si ceux-là sont cultivateurs, les enfants labourent, sèment et moissonnent. S'ils sont sans-abris, les enfants mendient. Certains subissent mêmes d'affreuses mutilations pour attiser la pitié des touristes.

Les villages reculés des Sunderbans ne jouissent pas de l'eau courante. Les gens y vivent toujours comme au siècle précédent. L'eau que les villageois boivent provient d'un puits ou d'un étang souvent infestés de microbes tous plus virulents les uns que les autres. Les gens vivent entassés les uns sur les autres, cuisinent, mangent, dorment et se lavent dans la même pièce. Ces conditions insalubres sont propices au développement d'infections ainsi qu'à leur propagation au sein des familles.

Croyance et vécu

Dans le cadre de nos activités, nous avons interrogé les patients de l'IIMC sur leur conception de la maladie. Leurs réponses étaient, contre toutes attentes, précises et correctes, témoignant du succès des campagnes d'éducation à la santé instaurées par l'IIMC que nous évoquons plus loin dans ce rapport¹.

¹ Voir « Actions de l'IIMC »

Entretiens

Sujata, infirmière

Quelles tâches effectuez-vous au sein de l'IIMC ?

Je distribue les médicaments et la nourriture, je m'occupe des admissions et des départs et je fais des pansements, des injections et d'autres gestes infirmiers, comme les volontaires étrangers.

Quelles difficultés rencontrez-vous ?

Parfois les médicaments ne marchent pas et les médecins ne sont pas toujours disponibles. De plus les patients ne prennent pas les traitements jusqu'au bout, donc les infections sont récurrentes.

Les enfants ne comprennent pas ce qui se passe quand ils sont vraiment petits, mais d'autres personnes peuvent comprendre à leur place.

Est-ce qu'ils doivent payer pour la nourriture, les médicaments ?

La nourriture est gratuite, les médicaments sont gratuits aussi mais il faut payer une taxe unique de 5 roupies pour une mère, 10 roupies si ce n'est pas un patient et les bébés ne paient rien.

Depuis combien de temps travaillez-vous à l'IIMC ? Etes-vous payée ?

Je suis là depuis 8 mois et je suis payée.

Shorbanu, 10 ans, patiente

Pourquoi es-tu venue à la clinique ?

Parce que ça me grattait.

Sais-tu ce que tu as ?

Une infection de la peau avec des champignons.

Est-ce que tu sais pourquoi tu as eu cette infection ?

Je pense que je l'ai eue parce que je ne me lave pas trop et que l'eau chez nous est mauvaise. On boit l'eau de l'étang et on l'utilise pour tout faire.

Est-ce que c'est la première fois que tu as une infection ?

Non, j'en ai déjà eues avant.

Monisha, 7 ans, patiente

Pourquoi es-tu venue à la clinique ?

Parce que j'avais mal et que ça me grattait.

Sais-tu ce que tu as ?

Une infection de la peau avec des bactéries.

Est-ce que tu sais comment tu as attrapé cette infection ?

J'habite dans une ferme et je joue souvent dans la boue. Je pense que c'est là que j'ai attrapé cette infection. Mais tout le monde a eu cette infection dans la famille, peut-être qu'elle vient de mon père.

Qu'est-ce que vous avez tenté de faire pour la soigner ?

On est allé chez un médecin dans le village qui nous a donné des médicaments traditionnels, mais c'est devenu pire.

Bebi, jeune mère et Nasrine, 14 mois

Pourquoi êtes-vous hospitalisés à la clinique ?

Nous sommes ici parce que mon bébé, Nasrine, pèse seulement 1, 200 kg à 14 mois.

Comment en êtes-vous arrivée là ?

Quand j'étais enceinte, je n'avais pas assez à manger. Quand ma fille est née, mon mari m'a quitté parce que le bébé n'était pas en bonne santé. Maintenant je vis dans la maison de ma mère, mais nous n'avons pas assez de nourriture pour tous.

Est-ce que Nasrine a d'autres maladies ?

Oui, elle tousse et a du liquide qui coule de ses oreilles.

Qu'est-ce que vous pensez de l'IIMC ?

Je trouve que c'est parfait. On reçoit assez de nourriture et Nasrine peut boire du lait, manger des fruits, du riz et des légumes en petites quantités.

Bedi, maman

Pourquoi êtes-vous à l'IIMC ?

Pour ma fille qui est handicapée. Mes deux enfants ont des pieds-bots. Mon fils était un écolier sponsorisé par l'IIMC, donc on est allé une fois chez les docteurs à Tegharia, et ma fille a été admise dans le centre pour handicapés. Elle a été trois jours à l'hôpital pour une opération des pieds et maintenant on est à l'IIMC pour la convalescence.

Qui est-ce qui a payé pour l'opération ?

La famille qui sponsorise mon fils.

Est-ce que vous aviez peur ?

J'avais un peu peur avant l'opération, mais j'étais aussi très heureuse. Ma fille veut devenir médecin.

Institute for Indian Mother and Child¹



Le bâtiment principal de l'IIMC

L'origine de l'IIMC remonte à 1989, lorsque le *Dr Sujit Kumar Brahmochary-Mondal* commença de tenir des consultations dans une zone rurale située à 30 kilomètres au sud de la ville, *Sonarpur*. Issu d'une famille pauvre du Bangladesh émigrée à Calcutta², il avait suivi sa formation médicale dans cette ville. Par la suite, avec l'aide de la Croix Rouge Belge, il effectua sa spécialisation en pédiatrie à Louvain, avant de revenir en Inde et devenir, pendant deux ans, responsable médical pour une des maisons de *Mère Teresa (Sichu Bhawan)*. La région de Sonarpur étant pauvre et dépourvue de toute infrastructure médicale, il se fixa pour mission de soulager la misère des gens qui peuplaient cette zone.

Le premier « hôpital » où il exerça fut Tegharia qui, à cette époque, ne consistait qu'en une petite bâtisse mise à sa disposition pour recevoir une vingtaine de patients par jour (des enfants et leur mère, principalement). Ce nombre croissant

¹ IIMC : www.iimcmisioncal.org
GYSEN Jan, *IIMC A Dream*, 2006 IIMC-Mission

² Calcutta n'est devenue Kolkata qu'en 2000, et portait donc son ancien nom à ce moment-là.

régulièrement, l'organisation grandit à son tour pour répondre à ces besoins. D'autres personnes vinrent bientôt l'aider dans sa mission, dont de jeunes médecins indiens, ainsi que d'autres bénévoles indiens puis étrangers.

Les volontaires étrangers sont la plupart du temps des étudiants issus de différents pays du monde (Italie, Espagne, Canada, Corée, Japon, Autriche, Suisse...). L'IIMC les accueille au sein de ses différentes structures où chacun peut apporter son aide ses préférences et compétences. On peut également proposer d'autres projets que ceux préexistants. Ces volontaires sont souvent des étudiants en médecine ou en soins infirmiers, impliqués en conséquence surtout dans les projets de santé, et dont le travail consiste principalement à effectuer des gestes tels prises de tensions, injections diverses, pansements ou assister les médecins pendant les consultations. Nous avons ainsi travaillé côte à côte avec deux étudiantes issues de la Haute École de Santé de Genève (HES), *Christel Martin* et *Stéphanie Vinat*, en stage à Kolkata pour dix semaines. Elles réalisaient les mêmes tâches que nous et ce fut un plaisir partagé de travailler ensemble, de s'échanger des conseils et des expériences.

D'autres étudiants en économie, en psychologie ou d'autres branches vont davantage investiguer les projets « parallèles » de l'organisation, tels que les « micro-crédits », les « peace councils » et les écoles sponsorisées¹. Selon le Dr Sujit, la présence de ces volontaires étrangers est importante moins pour le travail effectif qu'ils fournissent que pour conférer une dimension internationale à son institution, donnant aux différents collaborateurs locaux le sentiment que leur travail est reconnu. En effet, voir venir ainsi des jeunes des quatre coins du monde, de pays riches et industrialisés, prendre part à leur travail et à leur cause, constitue pour eux une réelle motivation à continuer dans leur tâche et à s'améliorer toujours.



Sortie entre volontaires

¹ Voir « Actions de l'IIMC »

Actions et organisation

L'IIMC est un institut dont le but est de promouvoir la santé, l'éducation et la paix. Ce travail aussi conséquent que diversifié effectué par l'IIMC cherche à répondre de la manière la plus complète possible aux besoins des populations locales. Ces actions touchent bien sûr au domaine médical, avec en particulier l'installation de permanences ambulatoires, mais comportent aussi des aspects plus sociaux ou préventifs, comme la construction d'écoles, la fabrication et la distribution de compléments alimentaires destinés aux personnes malnutries (que nous avons évoqués plus haut dans ce rapport), l'organisation de *réunions de paix* (« *Peace council* ») dans les villages afin d'éviter divers conflits et soutenir l'autonomie des femmes.

La raison de la diversité de ce travail repose notamment sur le fait que tous ces aspects sont liés et que n'en traiter qu'un, par exemple les soins médicaux, ne permettrait pas de lutter pleinement contre le problème principal qu'est la pauvreté : cette dernière engendre l'ignorance et favorise le développement maladies, qui elles mêmes précipitent la pauvreté et ainsi de suite... Ces plaies forment ainsi un cercle vicieux. Comment le briser si l'on ne fait que soigner les maladies provoquées par l'insalubrité, la malnutrition et l'ignorance sans améliorer les conditions de vie, sans instruire ? La suite est rapidement prévisible : les mêmes personnes reviennent régulièrement en souffrant exactement des mêmes maux... L'équipe qui dirige l'IIMC, et notamment le Dr Sujit Brahmochary, sont bien conscients de ce phénomène et prônent une action humanitaire aussi large que possible dans l'optique d'une amélioration à long terme de la santé des populations.

Nous allons donc à présent détailler davantage ces actions entreprises par l'institut afin de lutter efficacement contre les causes et les conséquences de la pauvreté.

La clinique centrale ou « indoor »



Ce centre dit « indoor » n'est pas seulement un hôpital, mais constitue le siège de l'organisation de l'IIMC. On y trouve notamment le bureau du directeur - le Dr Sujit Brahmochary -, une pharmacie, plusieurs autres bureaux gérant le sponsoring d'enfants, des micro-crédits, les « rendez-vous » pour des consultations, et ainsi que tous les aspects administratifs liés au fonctionnement de l'institut. Il abrite également dans un bâtiment annexe un atelier de tissage et une unité de confection dont la production approvisionne en vêtements (comprenant aussi les uniformes des écoliers sponsorisés ainsi que leurs sacs d'école), couvertures, et autres draps de lit, un petit magasin situé au sein de l'indoor. Ces ateliers et le « shop » sont tous tenus et gérés par des femmes dans le cadre d'un programme dit d'« empowerment ». Ce programme, qui englobe aussi les micro-crédits et les peace councils, a pour but de réhabiliter les femmes, les plus pauvres en particulier, en insistant sur l'importance de leur rôle au sein du foyer, et en favorisant leur indépendance économique. Ce centre contient aussi une salle de conférence où ont lieu des conférences ou réunions, ainsi qu'une petite salle de cours (de *Bengali* pour les volontaires étrangers, notamment).



Delip distribue des médicaments

Il accueille une vingtaine de lits, avec en moyenne une quinzaine de patients hospitalisés pour une longue durée (souvent plusieurs semaines). Entre 650 et 700 personnes sont ainsi traitées chaque année. Ce sont en majorité des enfants atteints de dermatoses voire de plusieurs maladies en même temps, fréquemment malnutris et anémiques, et qui séjournent la plupart du temps accompagnés de leurs mères. Ils sont gardés ici afin de s'assurer du suivi correct des soins. D'autres sont hébergés pour leur convalescence après une opération dans un hôpital d'Etat de Kolkata.

Dans le même bâtiment que celui abritant l'unité de confection, jouxtant l'indoor, se trouve un centre pour enfants handicapés où ces derniers peuvent bénéficier de soins adaptés en même temps que d'une scolarité.

Les cliniques ambulatoires ou « outdoor »

Ces cliniques, au nombre de cinq, constituent un réseau disséminé dans la région et assurent des permanences médicales une à deux fois par semaine en différents lieux plus ou moins éloignés de Kolkata. Elles sont situées le plus souvent en pleine campagne, là où il est impossible pour la population locale, trop pauvre, de se déplacer en ville pour se faire soigner ou obtenir des médicaments. Les personnes (hommes, femmes et enfants de tous âges) qui fréquentent ces « outdoors » sont souvent très démunies, et ces centres constituent pour elles une opportunité unique d'accès aux soins - nonobstant les rebouteux et autres gourous qui peuplent les campagnes.

Les « outdoors » consistent souvent en un ensemble de bâtiments plus ou moins importants, qui abritent toujours des locaux de consultation, de traitements et de distribution de médicaments, à l'aménagement spartiate et souvent très exigus. Ces centres sont souvent accompagnés d'écoles ou d'autres infrastructures communautaires. Les jours de permanence, la foule s'y presse longtemps à l'avance, parfois plusieurs heures précédant le début des consultations, par quarante degrés de chaleur et après avoir parcouru de longues distances.

Les volontaires étrangers dont nous faisons partie aidaient principalement les infirmières à effectuer les nombreuses injections, pansements et prises de tension, ainsi qu'à étaler des pommades antibiotiques, antifongiques, corticoïdes (combinant souvent plusieurs de ces principes actifs). Nous appelions communément ces dernières tâches les « *dressings* ». Quand il nous arrivait de réaliser des pansements, cela n'avait absolument rien à voir avec ce que nous avons appris à Genève : ici, pas de set de pansement stérile, et la Bétadine® était même diluée à des fins d'économie ! Les conditions d'asepsie étaient également assez malmenées : les désinfectants pour les mains manquaient de même que les gants, que nous ne pouvions alors pas changer entre chaque patient. En ce qui concerne les injections, la façon de travailler différait également : en lieu et place de boîte à aiguilles, nous ne disposions que d'un vieux récipient en plastique ; après avoir piqué un patient, il nous fallait « recapuchonner » les seringues et nous rendre ensuite jusqu'à ce récipient pour les jeter. Quant aux prises de tension, elles étaient faites systématiquement avec un manomètre et un stéthoscope, ce qui constitua une excellente occasion de nous entraîner à ce geste.



Le materiel à disposition

Toutes ces tâches, d'aspect trivial, pouvaient cependant devenir éprouvantes lorsque la température s'élevait au-delà des quarante degrés sous les toits de taule, et que les patients défilaient sans cesse des heures durant. Ce travail nous permettait cependant d'avoir des contacts avec les gens, et d'essayer de communiquer avec eux... ce qui n'était pas toujours simple au début, car la majorité parlait uniquement bengali ! Nous utilisions donc le langage « des gestes » ainsi que les quelques notions de langue que nous avons pu apprendre, et si cela ne suffisait pas nous demandions à une infirmière de traduire.

1. Tegharia

La permanence la plus fréquentée (voir la photo à droite) est celle de Tegharia. Située sur la route de Sonarpur à seulement une dizaine de minutes à pied de l'indoor, elle est ouverte le lundi et le jeudi, ce qui permet chaque fois de traiter entre 800 et 900 personnes.

De par le nombre important de patients qui s'y rend deux fois par semaine (la foule, en attente, est toujours au rendez-vous), elle a un rôle « d'aiguillage » (ou « *gate-keeper* ») important : elle permet de dépister un grand nombre de maladies contagieuses dont les cas pourraient devoir être isolés (patients atteints de lèpre ou de tuberculose), d'envoyer certains enfants atteints de



malformations (pieds-bots, becs-de lièvre) dans un hôpital d'Etat pour une chirurgie, et d'en hospitaliser d'autres à l' « indoor » afin d'assurer le suivi du traitement des maladies de peau (abcès, infections fongiques, et impétigo le plus souvent).

C'est ici également que se trouve depuis 12 ans un laboratoire équipé pour les analyses de routine (sérologies et biopsies exceptées : elles doivent être envoyées à Kolkata). Ces installations réalisent principalement des analyses de sang, plus particulièrement les formules sanguines complètes, le comptage des leucocytes et le pourcentage d'hémoglobine. Y sont aussi effectués des analyses de selles, d'urine (tests de grossesse en particulier) et des frottis de détection AFB¹ (dépistage de la tuberculose). Deux techniciens formés à l'Université de Kolkata (dont Mrinmay Mondal, qui nous a très gentiment donné tous les renseignements mentionnés ici) travaillent chacun alternativement lors des jours d'ouverture, et assurent environ 100 analyses par semaine, tous types confondus. Tegharia abrite aussi des installations de radiologie conventionnelle et d'ultrasonographie, donnant ainsi des moyens diagnostiques supplémentaires.



Ultrasons et radiologie

Compte tenu du contexte social en Inde où il est plus avantageux pour une famille d'avoir des garçons que des filles, il est spécifié sur un grand panneau à l'entrée du bâtiment que le diagnostic prénatal n'est pas pratiqué ; ceci afin d'éviter d'éventuels avortements sélectifs dans le cas où le fœtus serait féminin.

De nombreux patients se rendent régulièrement à Tegharia dans le cadre du suivi d'une maladie (là-bas aussi, les gens souffrent d'hypertension), ou, pour les enfants atteints de malnutrition, également la surveillance de leur croissance sur des courbes poids/taille.

¹ Acid fast bacilli



Thibault et Lima en plein travail

2. Dhaki

Un autre « outdoor » situé à Dhaki, au sud de Kolkata dans les Sunderbans, à environ quarante kilomètres de l'océan indien, est le plus éloigné de l'indoor, et le plus isolé. Lorsque nous nous y rendions, il fallait parcourir la campagne en jeep ou en bus pendant environ trois heures sur des routes pas toujours très sûres. Son ouverture deux fois par semaine le mercredi et le samedi permet chaque fois de traiter entre 600 et 800 patients. Il accueille non seulement des consultations mais aussi une banque de « micro-crédits », des chambres pour héberger certains patients, des médecins, des infirmières, des volontaires étrangers et d'autres personnes impliquées dans la gestion de la clinique.

Au niveau médical, la particularité de cette clinique est d'offrir les services d'une maternité ainsi que des consultations prénatales. Ceci est particulièrement bienvenu, étant donné l'absence de tout dispositif de santé à trente kilomètres à la ronde, pour permettre aux femmes de venir accoucher en sécurité.

Nous avons eu la possibilité de participer à quelques-unes de ces consultations avec le médecin. Durant ces moments, nous avons pu ainsi essayer de déterminer le stade de la grossesse en palpant le ventre de la future maman, et lui faire divers contrôles comme les signes vitaux. Malheureusement la barrière de la langue étant bien présente, nous n'étions pas capables, ou très peu, de participer à l'anamnèse. Dhaki ne consiste pas seulement en un centre de soins médicaux mais, comme mentionné plus haut, abrite aussi une banque de « micro-crédits », et permet ainsi de soutenir les familles par des prêts contrôlés aux femmes. Ces dernières peuvent donc monter de petits commerces, ou bien des élevages (poulets, caprins), des cultures diverses ou encore acheter du matériel dont elles ont besoin dans leur quotidien.

L'IIMC étant également actif dans le domaine de l'éducation, il a aussi construit des écoles dans les environs de Dhaki, dont Dukherpole située à environ 20 kilomètres ; il y est aussi cultivé du coton afin de s'assurer avec le temps d'une certaine autonomie économique.



Les femmes de Dhaki

3. Chakberia

Chakberia, une clinique « outdoor » située à environ une heure de jeep de Sonarpur, est en fonction depuis quatorze ans. Elle est ouverte une fois par semaine, le mardi, avec la présence de plusieurs médecins, infirmières et bien sûr volontaires étrangers. Chaque fois, environ 350 patients s’y rendent, soit pour une consultation, soit pour obtenir des médicaments. Ce centre était aussi accompagné d’une école dans les environs.



Aurélie au travail

4. Hogolkuria

La quatrième clinique outdoor, celle d’Hogolkuria, assure des consultations tous les vendredis depuis 15 ans. Ce n’est pas la plus grande ni la plus éloignée, puisqu’elle se situe à moins d’une heure de jeep de Sonarpur et traite environ trois cents patients par semaine. Sa particularité est d’abriter une petite fromagerie où sont produits de la mozzarella et de la ricotta qui sont ensuite vendus à la seule pizzeria de Kolkata, le restaurant « Fire and Ice ». Les recettes permettent ensuite de soutenir les différents projets locaux.

Dans le même site se trouvent aussi une école et une banque de « micro-crédits ». Comme nous l’évoquions plus haut, l’action de l’IIMC ne se limite donc pas, et de loin, au seul aspect médical.



Fabrication de mozzarella

5. Kheadah

La cinquième et dernière clinique, Kheadah, est aussi la plus récente puisqu'elle n'est en fonction que depuis huit ans. C'est aussi une des plus proches de l'indoor puisqu'elle n'est qu'à une demie heure de jeep de Sonarpur, et la plus petite en matière de locaux. Elle est ouverte tous les samedis, et traite jusqu'à 300-400 patients chaque semaine.

Women « Peace Councils »

En plus des « micro-crédits » déjà évoqués, et que nous traitons plus en profondeur au paragraphe suivant, l'IIMC a mis en place des réunions dont le but est de faciliter la gestion des soutiens financiers alloués aux villages, de promouvoir l'instruction et la paix. Ils ont également pour rôle de rétablir les femmes des sociétés rurales dans leurs compétences et leur redonner l'importance sociale à laquelle elles ont autant droit que les femmes des centres urbains. Ces « peace councils » (littéralement : « conseils de paix ») rassemblent quotidiennement, cinq jours par semaine, une dizaine de femmes de chaque communauté rurale autour de l'une d'entre elles désignée « responsable » par l'IIMC, et dont le rôle est de s'occuper de la communication avec l'institut, d'en être la représentante dans la collectivité. Par principe, celle qui est choisie est aussi, dans la mesure du possible, celle qui possède

le niveau d'éducation le plus élevé (par là on entend qu'elle a pu bénéficier de la scolarité la plus longue....car certaines n'ont eu la possibilité de se rendre à l'école que pendant deux ou trois ans). Chaque groupe possède aussi une présidente élue par les membres du conseil elles-mêmes.

Au cours de ces conseils sont débattus les problèmes et enjeux qui surviennent dans la vie du village, ce qui peut autant concerner une mésentente entre deux voisines que l'organisation de cours d'agriculture ou de soins.

A intervalles réguliers, l'IIMC envoie des médiateurs dans les différentes régions de campagne qu'il soutient, afin de faire le point sur la situation du village, définir les besoins et souhaits, régler d'éventuels problèmes ainsi que choisir les femmes qui le représenteront.

En tant que volontaires étrangers, nous avons eu la possibilité d'assister à une telle réunion. Les habitants de ces villages, où il était peu fréquent de voir des blancs, se montraient toujours très curieux à notre égard.

Bien que les discussions se déroulent en bengali, les coordinatrices de l'IIMC nous traduisaient volontiers la substance des débats, ce qui nous permettait de suivre quelque peu et saisir aussi les enjeux. Par exemple, ce jour-là, le problème qui préoccupa longtemps l'assemblée était que la femme la plus éduquée et par conséquent censée devenir la représentante, ne pouvait assumer ces fonctions. La raison en était qu'elle était la mère d'un très jeune enfant, ce qui lui prenait trop de temps et de travail pour être en mesure d'assurer en plus les tâches qui allaient avec ce rôle. Toute la question fut alors de choisir, parmi les autres femmes dont le niveau de scolarité était bien moindre, celle qui serait le plus à même de remplir cette fonction.



Un conseil de paix

Education

L'IIMC comporte une équipe qui se focalise sur l'éducation à la santé. Ces travailleuses sociales sont reconnaissables à leur sari bleu roi. Elles accompagnent les médecins et infirmières lors des missions médicales et des permanences, profitant du fait que les patients doivent attendre longtemps pour prodiguer des conseils et mettre fin à d'anciennes croyances, qui sont parfois dangereuses pour la santé. Elles organisent également des sessions de programmes, des réseaux de discussions qui ne se limitent pas uniquement aux problèmes de santé publique.

Le but premier de cette équipe est d'améliorer la compréhension des villageois en ce qui concerne la santé et la reproduction. Ils partent du principe que si les gens reçoivent une éducation, qu'on leur montre un mode de vie sain, ils sont ensuite capables de promouvoir leur propre santé. Beaucoup d'entre eux croient encore à d'anciennes pratiques, dont on peut raisonnablement dire qu'elles ont un effet nul ou néfaste. Le message principal est de délaisser ces croyances, d'adopter une meilleure hygiène et de motiver les gens des villages à améliorer leurs conditions de vie.

Cet objectif est atteint grâce aux programmes de sensibilisation pour les mères, où on leur enseigne des principes de base et des techniques pour améliorer la santé de toute la famille. Plusieurs axes sont explorés et petit à petit les villageois deviennent conscients des problèmes de la communauté et sont plus à même d'y faire face.

L'éducation en général est également un pilier du travail de l'institut. Les enfants des régions rurales reculées n'ont pas toujours la chance d'aller à l'école, car les établissements publics sont peu nombreux donc plutôt bondés. Ils souffrent en général d'une pénurie d'enseignants et il est fréquent que les enfants doivent parcourir de très longues distances pour y parvenir. L'IIMC a construit huit écoles maternelles, dix écoles primaires et quatre écoles secondaires dans les régions rurales du district de « 24 Parganas » dans le Bengale Occidental.



Une école primaire



Une classe de jeunes filles

Les enfants ne sont pas les seuls à bénéficier d'une formation dispensée par l'IIMC : l'émancipation des femmes étant aussi un objectif de l'institut, celles-ci ont l'opportunité de suivre entre autres des cours de couture dans le but de gagner une certaine indépendance économique. L'unité de couture de l'IIMC confectionne par exemple des uniformes pour les enfants des écoles ou encore des cartables. L'institut forme également certaines personnes à la vente de leur production dans la petite échoppe de la clinique centrale (« indoor »).



L'unité de tissage de l'indoor

Micro-crédits et épargne

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, l'IIMC a instauré un système de micro-crédits qui vise à encourager l'épargne et offre aux femmes indiennes des prêts à très faible taux d'intérêts. Elles sont tenues d'investir l'argent dans un projet lucratif qui les aidera à nourrir leur famille. Le prêt monétaire concerne uniquement les femmes pour plusieurs raisons : premièrement, l'IIMC a remarqué que celles-ci avaient moins tendance à « gaspiller » l'argent, c'est-à-dire à ne pas faire profiter leur entourage ; deuxièmement, le fait de détenir les « cordons de la bourse » leur confère un certain statut au sein de la famille, et ceci contribue à leur émancipation (cf, « Women Empowerment »). L'autre but de ce programme est de mettre fin à l'activité des charlatans des villages qui proposent des prêts à des taux d'intérêts indécentes, que les pauvres acceptent néanmoins car ils sont continuellement en manque de ressources. De ce fait, l'argent que leur confère l'investissement du prêts

passé presque entièrement dans le remboursement des intérêts. Cependant, les moyens financiers acquis suite au micro-crédit ainsi que l'amélioration des conditions de la famille permettent aux enfants de se rendre à l'école au lieu d'être enrôlés pour un travail rémunéré. Par principe, les enfants des villages sponsorisés par l'IIMC ne doivent pas manquer l'école, ou bien seulement lors des semailles et des moissons.

Le succès du programme repose sur plusieurs points. Les femmes à qui l'on prête de l'argent doivent avoir un projet solide. Elles sont encouragées à exploiter le savoir local, par exemple la culture d'une céréale particulière, à développer des commerces préexistants et à les faire prospérer. Le fait de leur donner les moyens de faire ce qu'elles savent déjà faire est en soi une assurance de la viabilité du projet. De plus, les villageois sont les seuls artisans de leur réussite. L'IIMC leur permet l'initiation du projet et cadre leur démarche, mais le vrai travail est fourni par les membres du groupe. Dans la phase de retour sur investissement, l'épargne est vivement encouragée et le statut économique de la famille ne retrouve pas son état initial. En deuxième lieu, le client ne se rend pas à la banque, la banque vient au client. Les volontaires de l'IIMC se rendent chaque semaine dans les villages pour récolter des dépôts d'argent, des paiements d'intérêts ou faire des micro-crédits. Ils ne se préoccupent pas seulement de savoir si le prêt est totalement remboursé mais également du succès du projet qu'il a permis de développer.

En général, le prêt ne concerne pas uniquement une femme seule mais un groupe, qui décide de monter ensemble un projet. Au début de chaque réunion de l'équipe, accompagné de travailleurs de l'institut, elles se remémorent les 16 « commandements » de la banque¹.



Les micro-crédits

¹ Voir Annexe : « Les Seize Commandements de la banque »

Enfants sponsorisés

Une partie importante la stratégie de lutte contre la pauvreté que mène l'IIMC repose sur son programme de sponsoring d'écoliers. Il consiste à permettre la scolarisation d'un enfant issu d'une famille pauvre et illettrée qui ne serait pas, ou seulement au prix de sérieuses difficultés, en mesure de lui offrir une telle éducation. Par ce biais, il se préoccupe également de favoriser l'instruction des filles, moins souvent envoyées en classe que les garçons (surtout lorsque toute la fratrie ne peut y aller, faute de moyens).

Le soutien alloué au « sponsored child » comprend, en plus de l'école, tout le matériel scolaire tels que livres, crayons, uniformes et sacs d'école. Leur sont aussi fournis les repas de midi et des soins médicaux ; ceci afin de s'assurer également de leur bonne santé. L'éducation d'un enfant signifie qu'il pourra ensuite trouver un bon travail rémunérateur, soutenir sa famille et mener une vie décente. Le fait qu'un fils ou qu'une fille puisse ainsi accéder à la connaissance aura donc un impact sur la vie de tout son entourage, qui pourra ainsi sortir de la pauvreté. Les mères ont également la possibilité d'intégrer une unité de couture où elles peuvent confectionner des uniformes et des sacs pour les « sponsored children ».

Le fonctionnement de ce sponsoring repose sur la solidarité d'un parrain/marraine le plus souvent issu d'un pays « riche » comme l'Allemagne, l'Espagne, le Danemark, l'Italie, le Japon ou la Suisse (mais aussi l'Inde), qui s'engage à raison de trente francs par mois jusqu'aux dix-huit ans de l'enfant, vingt-et-un si celui-ci a les capacités pour continuer des études universitaires. Cet argent permet de couvrir la totalité des frais de scolarisation et de santé du bénéficiaire. En retour, les parrains reçoivent régulièrement des nouvelles de leur filleul(e) : bulletins de fin d'année, lettres lors du nouvel an, photos, etc... Ils peuvent également, s'ils le souhaitent, lui écrire ou venir lui rendre visite en Inde. Nous avons ainsi eu la possibilité d'accompagner une nouvelle marraine (qui était aussi volontaire étrangère) en visite dans un village de campagne, chez son protégé. La famille présente au complet témoignait d'une reconnaissance sans fin, mais le petit garçon sponsorisé, âgé d'environ cinq ans, semblait surtout apeuré et impressionné par ces gens inconnus qui se trouvaient chez lui.



Des écolières sponsorisées

Catastrophes naturelles, « Reliefs Camps » et NGO Network

Le 26 mai 2009, le *cyclone Aila* s'est abattu sur le Bangladesh et le Bengale Occidental, touchant particulièrement la région des Sunderbans et faisant au moins deux cents morts. Plus de cinq cent mille personnes se sont retrouvées sans abri, les cultures et les pêcheries ont été détruites et rendues inexploitable. La région de Kolkata, où nous nous trouvions lors du jour le plus violent, n'a pas été épargnée. L'électricité a été indisponible pendant de longues heures (contrairement aux coupures de courant relativement brèves qui arrivent tous les jours) et il a fallu examiner les patients à la lampe de poche ainsi qu'écoper leurs chambres inondées. Il a été difficile de rentrer à la maison le soir, car les transports publics ne circulaient pas à cause de la présence de nombreux arbres au travers de la route. Il a fallu marcher à pied en enjambant les arbres pour rejoindre la maison. Le trafic a d'ailleurs été perturbé pendant plusieurs jours.



Kolkata après le cyclone Aila

Les catastrophes naturelles sont relativement fréquentes dans cette partie de l'Inde, même si les dégâts occasionnés par ce cyclone dépassaient en ampleur la plupart des calamités habituelles. L'IIMC organise des « reliefs camps » (littéralement, « *camps de secours* ») dans les villages les plus touchés et les plus éloignés. Nous avons eu l'opportunité d'acheter et de marchander du riz pour les victimes ainsi que des saris, car nombre d'entre eux avaient été emportés par le vent. L'IIMC dépêche une équipe médicale pour créer un poste de secours dans le village concerné. Les conditions de soins sont encore plus sommaires qu'aux centres de permanences. Après le cyclone, des équipes étaient envoyées deux fois par semaines pour venir en aide à ces villages. Il nous a été demandé de prendre des photos des dégâts pour que l'IIMC puisse ensuite établir un budget afin de financer les travaux de reconstruction.



Lors d'un relief camp

En l'absence de catastrophe naturelle, l'IIMC se rend tout de même dans ces régions reculées pour des missions qu'ils appellent NGO Network (en anglais, « Réseau ONG »). Ces endroits se trouvent en principe à quatre ou cinq heures de jeep du centre indoor et les travailleurs de l'institut ne peuvent pas s'y rendre chaque semaine. Par conséquent, ils mettent sur pied des programmes similaires à ceux de l'IIMC mais les font gérer par des collaborateurs locaux. Les villages sont cependant visités par une équipe médicale, par des pharmaciens et des travailleurs sociaux au moins une fois par mois. Nous avons été particulièrement impressionnés par la distribution de *gentamycine*, donnée « comme des bonbons » aux villageois. Le NGO Network est aussi intéressant du fait de la durée du trajet qui nous fait partager une journée ou deux entières avec des employés de l'IIMC, nous permettant de nous rapprocher, de communiquer et échanger nos impressions, de vivre une aventure avec eux main dans la main. La présence d'étrangers dans ces villages reculés n'est pas accueillie avec froideur mais plutôt avec curiosité et même fierté. Les habitants sont ravis de l'intérêt que des personnes provenant de l'autre côté du monde montrent pour eux et pour leur situation.

Financement

L'institut est financé à 80 % par des ressources provenant d'autres pays. Il existe dans de nombreux Etats des associations de soutien de l'IIMC, qui recrute des membres qui grâce à leur cotisation et à leurs donations permettent à l'IIMC de subsister. L'ampleur du projet est devenue telle que le directeur, Dr Sujit

Brahmochary ne s'occupe plus du tout des patients et consacre tout son temps à la gestion de l'institut et à la recherche de nouveaux fonds. Les associations de soutien ainsi que d'autres organisations étrangères lui offrent régulièrement un billet d'avion afin qu'il puisse venir présenter son projet (id, l'IIMC) sur la scène mondiale. Ces voyages lui permettent de faire un rapport de la situation aux associations locales ainsi que de soulever d'autres fonds. Les 20 % restant proviennent de dons indiens. Il n'est pas rare que les fournisseurs locaux de l'IIMC fassent des gestes commerciaux parce que son but est caritatif.

L'administration de l'IIMC est divisée en plusieurs départements avec à leur tête un responsable. L'institut emploie environ septante personnes à plein temps qui sont salariées. Les étudiants et autres bénévoles étrangers sont tenus de faire une donation de 150 euros à leur arrivée, mais bénéficient cependant d'un lit dans une maison avec les autres volontaires pour la durée qu'il leur plaira. Il est bien sûr également possible de sponsoriser la scolarité d'un écolier ou de participer à l'effort commun de l'IIMC en venant travailler bénévolement régulièrement. L'argent est toujours appréciable, mais la bonne marche des unités médicales repose en partie sur la participation des volontaires étrangers. En plus d'une aide sur le plan pratique, la présence des étrangers amène une motivation supplémentaire aux équipes locales en valorisant leur travail.

Difficultés rencontrées

Le travail de l'IIMC n'est pas toujours simple, de par la limite de ses ressources face aux immenses besoins exprimés par les populations démunies auxquelles il souhaite apporter son soutien.

Le nombre d'écoliers sponsorisés dépend de l'implication des parrains et marraines internationaux, qui, bien que croissant chaque année, ne permet pas de répondre à la demande. Il en découle une quantité de places limitée. Tous les enfants ne peuvent donc pas être pris en charge et les candidats doivent être sélectionnés. Cette sélection dépend notamment du niveau de pauvreté de la famille, mais aussi des résultats scolaires...ceci afin d'encourager les élèves plus appliqués.

Les médicaments et le matériel sont aussi en quantités limitées et parfois même réduits au strict minimum, ce qui peut se traduire par un seul thermomètre en état de marche pour toute la clinique et des brassards pour tension qui se dégonflent tous seuls... En fait, les ressources sont finalement concentrées sur l'indispensable : seringues, solutés injectés (*Diclofénaç, Théophilline, Vaccins, Vitamines*) et coton étaient toujours là en suffisance ; en revanche, les gants représentaient une denrée des plus rares, de même que les solutions de désinfection des mains. Le problème est le même pour les moyens diagnostiques : seuls les outils de base comme la radiologie conventionnelle, un appareil d'ultrasons et les analyses courantes sont disponibles. Pas de biopsie ni de sérologie sur place, et l'on est bien loin de l'ère des scanners et autres IRMs. En conséquence, les incertitudes diagnostiques sont fréquentes et les traitements sont prescrits principalement en fonction de la clinique et de l'anamnèse.



Matériel à Kheadah, avant les soins

Une autre entrave au bon déroulement des soins est l'adhérence thérapeutique des patients. Comme dans nos pays occidentaux, ces derniers ne sont en effet pas toujours enclins à prendre leurs traitements (surtout à les suivre jusqu'au bout) s'ils n'en voient pas l'utilité, alors qu'ils ont souvent d'autres soucis en tête, comme garder leur travail et nourrir leur famille. Ils peuvent aussi refuser de se rendre à l'hôpital par crainte ou par méfiance, ne sachant pas comment se déplacer vers cet établissement situé souvent très loin, ou parce qu'ils sont dans l'impossibilité de quitter leur entourage, notamment si ce dernier dépend d'eux pour sa subsistance.

Conclusion

Au cours de ce stage nous avons eu la possibilité de participer au travail de l'IIMC et lui apporter notre modeste contribution. Les tâches se déroulaient au rythme de l'« Indian time », ce qui signifie rester souvent bien longtemps dans l'inaction, sans aucune idée ce qui va arriver, puis s'activer pendant des heures sans savoir quand on en aura terminé. Les horaires n'étaient jamais respectés, de loin, à la minute près. L'ouvrage à faire finissait toujours, cependant, par être complété. Cette manière de procéder, très différente de la ponctualité et de la rigidité d'organisation à laquelle nous étions habitués, fut pour nous une chose totalement nouvelle où règne l'imprévu, et qui ouvre des horizons aux découvertes, à l'inattendu.

C'est donc ainsi, tant par des programmes planifiés à l'avance que lors d'opportunités fortuites, que nous avons apprécié l'étendue du travail effectué par l'IIMC. Pendant quatre semaines, nous avons, pêle-mêle : pris part aux reliefs camps, parcourant alors la campagne en jeep et en bateau plus de huit heures par jour, siégé à des peace-councils dans des villages isolés, pris le pouls de dizaines d'enfants et effectué autant d'injections, emballé des compléments alimentaires jusqu'à se retrouver couverts de poussière de cacahuètes, bénéficié de cours de bengali, et puis discuté avec des étudiantes infirmières d'Inde comme de Suisse. Ces dernières



(Christel Martin à gauche, et Stéphanie Vinat à droite) participèrent aux mêmes activités et réalisèrent les mêmes tâches que nous. Pendant notre service dans les cliniques « outdoors » notamment, ce fut un vrai travail d'équipe : elles, nous prodiguaient des conseils concernant les gestes techniques, et nous leur prêtres à l'occasion un de nos stéthoscopes ou répondions à des

questions de physiologie (dans la limite de nos connaissances). Ces découvertes mutuelles de nos savoirs respectifs furent très enrichissantes, et nous partageons depuis de nombreux souvenirs et... photographies.



L'emballage des compléments alimentaires

Les collaborateurs de l'IIMC étaient toujours très disponibles pour répondre à nos éventuels questions et souhaits, ce qui facilita nos investigations. Des médecins, des techniciens, des coordinateurs, et tant d'autres personnes répondirent ainsi avec beaucoup de gentillesse à toutes nos interrogations, qu'elles concernassent les maladies les plus fréquemment rencontrées et leur prise en charge, l'organisation de l'institut, le fonctionnement des différentes unités, ou les croyances et expressions locales. Nous étions aussi toujours bienvenus pour des visites de villages ou d'installations, comme la fromagerie d'Hogolkuria. Ceci facilita particulièrement notre intégration non seulement au sein de l'IIMC, mais aussi de la population et de la culture bengalie. Nous devinrent alors plus à même d'appréhender ce que nous observions, en pouvant tenir compte des différences, et mieux saisir certains enjeux comme l'éducation et la nutrition en lien avec la santé.

A notre départ pour l'Inde, nous avions chacun et chacune nos idées, des connaissances et des attentes différentes à son égard, que nous pûmes confronter à la réalité du terrain. Cette réalité plurielle s'est avérée d'une richesse étonnante, tant sur le plan humain que culturel. Chaque jour nous a ainsi donné de côtoyer des enfants, des femmes, des hommes qui, bien que démunis et confrontés à des difficultés que nous ne soupçonnons pas même (ou plus) chez nous, affrontaient leur existence le sourire aux lèvres.

L'immersion dans une vie aussi différente que la leur nous a ainsi permis de prendre conscience de beaucoup de problèmes qui auparavant nous échappaient, et que bien des choses apparemment évidentes en Europe n'allaient pas toujours de soi sous d'autres latitudes. Manger tous les jours, se laver, se vêtir, se loger, se soigner constituent là-bas, pour beaucoup de gens, des soucis quotidiens souvent ardues voire insolubles, et l'instruction un luxe inatteignable...

Malgré tout, cette Inde immense, surpeuplée, surchauffée et côtoyant tous les extrêmes nous a fascinés. Le souvenir de ses rickshaws, de ses épices, de ses saris aux

teintes éclatantes, des sourires de son peuple, accompagnent les expériences et les découvertes hautes en couleurs que nous avons réalisées. C'est donc enrichis que nous sommes revenus de ce voyage, plus conscients de l'importance des multiples facettes que revêt la médecine ici et ailleurs, et plus à même de les exploiter dans notre pratique future.



Annexes

1. Entretien :

La Doctoresse Depali

Quelles sont les maladies infectieuses les plus problématiques ?

1. Toutes les maladies de peau, notamment
 - Impétigo
 - Abscesses
 - Champignons

Diagnostic fondé sur la clinique et sur l'anamnèse, sauf pour la lèpre (3-4 cas/année) qui nécessite une biopsie envoyée dans un labo à Kolkata.

A Kolkata, centre d'Etat pour lépreux où tous les traitements sont payés par l'Etat donc gratuits pour le patient.

2. Problèmes digestifs : Diarrhée adultes (bactéries, helminthes) et enfants (virus+++)
souvent à cause de la nourriture/eau/lait pour bébé en poudre (bouteilles/cuillères/eau non stérilisées, laissées ouvertes aux mouches)
3. Kwashiorkor à cause de la malnutrition
4. Tuberculose, traitement gratuit, payé par l'Etat

Quelles sont les difficultés pour faire face à ces problèmes ?

1. Coût : les patients ne peuvent pas payer, doivent trop attendre, sauf les urgences (p.ex. appendicites) qui sont toujours gratuites.
2. Compliance : les patients ne vont pas vouloir aller à l'hôpital (moins de 1000 patients/année vont au State hospital) car ils ne savent pas où c'est ni comment y aller. Parfois le State hospital peut refuser patient pour diverses raisons.

NB : possible prise en charge des coûts par la collectivité si on arrive à demander à la municipalité de payer, et pour cela il faut prouver que le patient est BPL (below poverty level).

Quels sont les problèmes principaux à votre avis en Inde ?

1. Pauvreté (pas d'argent pour du savon et pour l'école, donc insalubrité et ignorance)
2. Ignorance (ne reconnaissent pas l'utilité de l'hygiène, ni les gens ni leurs enfants ne se lavent ce qui provoque des infections ; ils diluent le lait pour bébé avec de l'eau contaminée, ils souffrent de déséquilibres alimentaires avec trop de riz et rien d'autre, donc provoquent des kwashiorkors)

NB : les cas contagieux sont dépistés en outdoor et ne sont pas renvoyés à la maison avec un traitement mais admis à l'indoor et mis en isolation (isolation room au 2e étage à l'indoor) pour éviter par exemple qu'une mère de famille contamine toute sa famille en rentrant chez elle.

Depuis combien de temps travaillez-vous à l'IIMC ?

Depuis 13 ans



La doctoresse Depali

2. Maladies Infectieuses :

Cours donné par la Dresse Depali, le 9 juin 2009 (non traduit)

Scabies (= la gale)

++++Common, affects all the members of a family

Transmission: skin-skin contacts

Clothes

Cause: a mite that has a parasitic cycle in the skin

Very contagious !

Symptoms: very itchy papulo-vesicular rash, +++at night,

Starts between fingers, on elbows, breast, sole of the feet (kids), ankles

Diagnosis: family history (itchy) +clinical examination, and the mite is visible in the microscope

Treatment: topical: emulsion with benzyl benzoate (25%) and benzyl hexachloride (1%), to put after a shower, and then waiting 3 days without washing. Thereafter, again shower. Very important to wash all the clothes and bed sheets to avoid recontamination.

Also anti-H1 to diminish itches, and antibiotics in the case of a surinfection

Ascariasis (= ascaris, vers ronds)

Transmission: food eating

Prevention: washing hands before eating and after defecation

drinking boiled water (this can be a problem for very poor people)

Cause: a 20 cm long worm that has a cycle starting in the duodenum (eclosion of ova), then followed by a circulation between lungs and the stomach.

Symptoms: vomiting

- abdominal pain
- diarrhoea (we can sometimes find worms in the stools)
- sometimes worms go out by the nose
- can cause appendicitis

Diagnosis: clinical history= 80% of diagnosis

Stool examination (presence of ova)

Treatment: mebendazole 100mg, 1 tablet once a day in 3 three days (same dosage for children, except if under the age of 5; in this case, the dosage is a half tablet)

Ankylostomiasis (hook worms, blood sucker)

Transmission: penetration in the body by the sole of the feet, where they also cause dermatitis

Prevention: using latrines, to avoid defecation in open field
wearing shoes in open field

Cause: 1 cm long worms localized in lungs and intestinal mucosa, where they suck blood. Their (filariform) larvae are found in soil.

Symptoms: severe anaemia
dermatitis (ground itch) on the sole of the feet= entry site
abdominal pain
constipation/diarrhoea
vomiting

Diagnosis: stool examination (presence of worms)
clinical history

Treatment: mebendazole, half dose in children under the age of 4

Enterobius vermicularis (thread worms)

It is an 8-11 cm long worm which lives in the gastrointestinal tract (the cycle is in the colon)

Symptoms: itches around the anus (and sometimes worms are visible there), because it is the place where the female lays eggs. Very often in children; in female children it can also cause vaginal infections.

Prevention: hand washing after defecation and before eating
underwear washing
to wash oneself often

Treatment: piperazine+anti-H1 (against itches)
the whole family is to be treated !!

Taenia saginata (beef worms) **Taenia salium** (pork worms)

Not common	not common
Length: 2 meters	same
Larvas: c. cysticercus	c. cellulosi

Transmission: bad cooked meat

Symptoms: abdominal pain
segments found in faeces

Treatment: praziquantel, 20 mg/kg of body weight, one dose once
niclosamide, 2 mg twice at 2 hours of interval

Prevention: 1-cook meat properly
2-inspection of meat before cooking/eating (presence of larvae in the meat)

Cysticercosis

Cause: ova of *T. salium* hatch in the stomach and then migrate in brain (encephalitis), muscles, subcutaneous tissue etc...sometimes visible under the skin like tumors

Prognosis: bad

Treatment: high dosed praziquantel and steroids at the same time

3. Micro-Crédits :

Les seize « commandements » de la banque

1. Nous nous engageons à suivre et maintenir quatre principes : discipline, unité, courage et travail, dans notre activité quotidienne.
2. Nous investissons le prêt dans le but d'un revenu supérieur, nous voulons gagner plus, apprendre à épargner. Nous voulons vivre décemment et allons collaborer ensemble.
3. Nous allons envoyer nos enfants à l'école et nous préoccuper de leur santé et de leur éducation.
4. Nous allons cultiver des légumes tout au long de l'année. Nous allons nous nourrir correctement et augmenter notre revenu en vendant ce qui reste.
5. Lors de la saison des semailles, nous allons planter le plus possible.
6. Nous n'allons pas vivre dans de vieilles maisons endommagées. Nous allons réparer nos maisons et en construire de nouvelles le plus rapidement possible.
7. Nous allons essayer de ne pas trop agrandir la famille et de la garder en bonne santé. Nous allons apprendre comment éviter d'avoir d'autres enfants.
8. Nous n'allons pas accepter de dot, ni en donner. Nous allons travailler ensemble pour mettre fin à ce système et nous n'allons jamais accepter des mariages d'enfants.
9. Nous allons nous préoccuper de la propreté de nos enfants, de notre quartier et de notre environnement. Nous allons construire et utiliser des latrines.
10. Nous n'allons traiter personne avec injustice et nous ne ferons pas usage de la corruption.
11. Nous allons nous entraider en cas de dangers et de catastrophes naturelles.
12. Si nous apprenons que quelqu'un ne respecte pas les règles, nous allons essayer en travaillant ensemble de restaurer l'unité et la discipline.
13. Nous allons garder un contact avec les autres groupes et apprendre de leurs expériences.
14. Nous allons rester fidèle à notre programme et allons en parler autour de nous.
15. Nous allons instaurer la discipline et l'harmonie entre les groupes et allons travailler ensemble main dans la main.
16. Nous allons améliorer notre situation. Le développement par nos propres actions est la meilleure stratégie. Nous nous y engageons pour toujours.