

Eveline Gutzwiller

Nuvira Kotalawala

Pauline Jaggi

Chun-Yi Tsai

# L'accès à la santé au Bengale Occidental



Stage d'immersion en communauté

Semestre d'été 2010

Faculté de Médecine, Université de Genève

## TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	4
LA SANTE AU BENGALE OCCIDENTAL	5
<u>Le Bengale Occidental en quelques mots</u>	5
Histoire récente	5
Démographie	6
Politique	7
<u>La santé au Bengale Occidental en quelques chiffres</u>	7
<u>Accès à la prévention</u>	8
<u>Accès au système de santé</u>	10
Accessibilité géographique	10
Accessibilité financière et qualité des institutions	10
<u>Populations à risque</u>	11
Femmes	11
Enfants	12
Pauvres	13
Basses castes	13
INSTITUTE FOR INDIAN MOTHER AND CHILD (IIMC)	14
<u>Biographie du Dr. Sujit Kumar Brahmochary</u>	14
<u>L'Institute for Indian Mother and Child (IIMC)</u>	17
<u>Unité médicale</u>	19
Indoor	19
Outdoor	22
<u>Unité éducation</u>	25
Programme écoles	25

Programme de parrainage	26
<u>Programme d'autonomisation des femmes</u>	28
Women Peace Council	28
Formation professionnelle	30
<u>Autonomisation économique des femmes : microfinance</u>	31
<u>Unité éducation à la santé et promotion de la santé</u>	33
Programme <i>sensibilisation des mères</i>	33
Programme <i>Network</i>	34
<u>Programme <i>développement rural</i></u>	37
<i>Mozzarella</i>	37
<i>Projet de cultures dans les villages de Dukherpole et Purbataja</i>	37
CONCLUSION	39
REMERCIEMENTS	40
ANNEXES	42
<u>Interview de Ms. Ratna Di</u>	42
<u>Interview du Dr. Alok Mondal</u>	46
<u>Interview de Ms. Anindita Chaudhuri</u>	51
<u>Interview du Dr. Sujit Kumar Brahmochary</u>	54
<u>Interview de Ms. Barnali Brahmochary</u>	66
<u>Seize serments des réunions de microcrédit</u>	73
BIBLIOGRAPHIE	74

## INTRODUCTION

Au cours de nos études, nous apprenons une médecine de pointe, basée sur les preuves. Si les solutions viennent parfois à manquer, c'est rarement faute d'argent, la grande majorité des thérapies reconnues comme efficaces étant prises en charge par une assurance. Nous apprenons par cœur quantité de médicaments très chers et de règles d'asepsie rigoureuses, mais nous n'avons que peu de temps pour nous interroger sur ce qui arrive quand nous n'avons pas les moyens de payer ces médicaments, pas le temps d'appliquer ces règles.

Au cours de notre bachelor, l'unité d'*immersion en communauté* nous laisse cependant la possibilité d'aller constater sur place les particularités de la pratique médicale dans un pays où les moyens ne sont pas comparables au nôtre.

C'est ce que nous avons choisi de faire. Nous voulions laisser derrière nous le système de santé perfectionné d'Europe et découvrir comment évolue celui de l'Inde, en particulier celui du Bengale Occidental. Nous avons découvert l'Institute for Indian Mother and Child (IIMC) grâce à des étudiants de 4<sup>ème</sup> année, qui s'y étaient rendus l'année dernière, dans le même cadre que nous et qui nous ont recommandé cette association.

Notre but était de découvrir le milieu médical, économique et culturel du Bengale Occidental, de nous en imprégner, afin de comprendre ce que signifient, lorsque nous les vivons au quotidien, la pauvreté, les difficultés d'accès au système de santé et les inégalités flagrantes entre différentes franges de la même population. Nous étions également intéressées à découvrir les particularités culturelles et religieuses de ce pays qui exerce sur l'Occident un mélange de fascination et de répulsion.

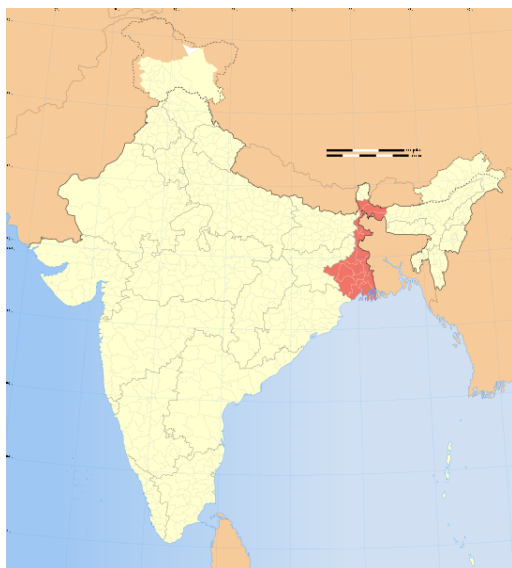
C'est pourquoi nous avons décidé de partir vivre six semaines à Calcutta et de travailler bénévolement au sein de l'Institute for Indian Mother et Child.

Le but de notre projet est d'acquérir, via le projet IIMC, une compréhension nouvelle du système de santé bengali, ses réussites et surtout ses échecs, puisque c'est à eux que l'IIMC a pour but de pallier.

Nous allons donc exposer ici quelques informations essentielles sur le Bengale Oriental et son système de santé, l'histoire de l'IIMC et de son fondateur et directeur, le Dr. Sujit Kumar Brahmochary, la structure de cette association, ainsi que les différents projets qu'elle mène. Ce rapport sera ponctué de souvenirs personnels, de situations vécues sur place, illustrant ou complétant notre propos.

# LA SANTÉ AU BENGALE OCCIDENTAL

## Le Bengale Occidental en quelques mots



Le Bengale Occidental est un état du nord est de l'Inde. Il s'étend du delta du Gange, sur le golfe du Bengale, aux confins de l'Himalaya. Le climat va donc de celui d'une savane tropicale au sud à un climat subtropical humide au nord. La totalité du Bengale Occidental est soumise à une importante mousson de juin à septembre. La capitale, qui est aussi la plus grande ville de l'état est Calcutta (Kolkata en bengali).

### Histoire récente

Le Bengale Occidental était intégré à l'empire

Moghol, bien que semi-indépendant et régi par les Nababs du Bengale, lorsque les premiers commerçants européens arrivent dans la région, aux alentours du XVI<sup>ème</sup> siècle. Leur influence s'accroît progressivement. La Compagnie Anglaise des Indes Orientales fonde la ville de Calcutta à partir de trois villages existants. Les Britanniques y construisent également un fort, le fort William, dans le but de consolider leur pouvoir vis-à-vis des autres Européens présents en Inde, notamment les Néerlandais, les Portugais et les Français, ainsi que par rapport au Nabab du Bengale.

La Compagnie des Indes Orientales assied son autorité sur la région lors de sa victoire à la bataille de Plassey en 1757, contre le Nabab et ses alliés français. Ce tournant va permettre aux Britanniques de prendre rapidement le contrôle de tout le nord de l'Inde, alors même qu'ils sont en train de gagner la 3<sup>ème</sup> Guerre Carnatique pour le contrôle du sud du sous-

continent. Calcutta devient la capitale de l'Inde britannique en 1772.



1. Le Victoria Memorial, symbole de Calcutta en tant que capitale du Raj

Dès les années 1850, la ville se scinde en ville blanche (britannique) et ville noire (Indienne). La cité croît rapidement. Elle devient le premier centre industriel du pays et une réforme socio-culturelle d'importance se met en place. Cette réforme est initiée par les Babu, ces Indiens urbains, lettrés et maîtrisant l'anglais, qui lancent le mouvement pour l'indépendance de l'Inde dès 1883.

Ce mouvement prend rapidement de l'ampleur au Bengale. Cela, ainsi que la localisation excentrée de Calcutta, pousse l'administration britannique à déplacer sa capitale à New Delhi en 1911. Calcutta est bombardée pendant la 2<sup>ème</sup> Guerre Mondiale, et tout l'état souffre de la grande famine de 1943, faisant 3 millions de morts.

En 1947, lorsque l'Inde obtient son indépendance, le Bengale est séparé en deux : le Bengale Occidental à majorité hindoue et le Bengale Oriental, ou Pakistan Oriental, à majorité musulmane et rattaché à l'état du Pakistan. Cette partition a engendré un des plus grands exodes de l'histoire de l'humanité, des Musulmans de toute l'Inde rejoignant le Pakistan et des Hindous quittant la Pakistan pour l'Inde. Cela a donné lieu, d'un côté comme de l'autre, à des violences interethniques faisant plus d'un million de morts, et à un afflux de plusieurs millions de réfugiés au Bengale Occidental, provoquant une crise alimentaire et un manque de terres cultivables.

Plus tard, en 1971, le Bengale Oriental obtient son indépendance du Pakistan et est renommé Bangladesh, au terme de la Guerre de Libération du Bangladesh, ce qui crée un nouvel afflux de réfugiés vers le Bengale Occidental.

Dans les années 1970 et 1980, l'économie du Bengale Occidental est en chute libre, à cause d'une décision du congrès de maintenir des taxes plus élevées au Bengale Occidental que dans les autres états, mais aussi à cause des problèmes d'approvisionnement en électricité, des grèves et du violent mouvement marxiste-naxalite, ce qui met à mal l'organisation de l'état. L'économie retrouve une certaine croissance après qu'une série de réformes de l'économie indienne a eu lieu, au milieu des années 1990

## **Démographie**

Le Bengale Occidental, avec plus de 90 millions d'habitants vivant sur 88'000 km<sup>2</sup>, est l'état indien le plus densément peuplé (904 habitants/km<sup>2</sup>)<sup>1</sup>. La grande majorité des habitants est de l'ethnie bengalie. On trouve aussi des Bihari dans tout l'état, des Sherpas et des ethnies tibétaines et népalaises au nord, ainsi que des populations dites tribales<sup>1</sup>, c'est-à-dire descendants des premiers habitants de l'Inde, avant les invasions Indo-Aryennes.

Les langues officielles sont le bengali et l'anglais. D'après le recensement de 2001<sup>1</sup>, le Bengale Occidental compte 72.5% d'Hindouistes et 25.2% de Musulmans. Les 2.3% restants

---

<sup>1</sup> Government of India, Ministry of Home Affairs.

se partagent entre les autres religions, notamment le Sikhisme, le Christianisme, le Bouddhisme.

Cet état est l'un des plus pauvres d'Inde, avec 32% de la population vivant sous le seuil de pauvreté<sup>2</sup> et, pourtant, l'espérance de vie (67 ans en 2008)<sup>2</sup> est plus élevée que la moyenne nationale (64 ans). Le taux d'alphabétisation y est de 68.6%<sup>2</sup>.

Singulièrement, le taux de criminalité général et le taux de criminalité envers les femmes sont de moitié moins élevés que la moyenne nationale<sup>1</sup>. Pour ce qui est du HDI (Human Development Index), le Bengale Occidental atteint un score de 0.612, soit exactement la moyenne nationale<sup>3</sup>.

Le Bengale Occidental est un état majoritairement rural, 72% des habitants vivant dans les campagnes<sup>2</sup>. La grande majorité des habitants vivent d'ailleurs de l'agriculture ou de la pêche.

## Politique

Le Bengale Occidental est une démocratie représentative, où le suffrage est théoriquement universel. Ceci est difficilement applicable cependant dans les faits, vu le taux élevé d'illettrisme. De plus, on lit régulièrement dans les journaux des histoires de signatures achetées à des prix dérisoires ou des cas d'hommes morts depuis vingt ans mais qui continuaient à voter consciencieusement à chaque élection...

Les principaux partis régionaux sont la « Left Front Alliance », menée par le parti communiste marxiste indien, le « All India Trinamool Congress » et le « Indian National Congress », tous les deux nationalistes et libéralistes. La « Left Front Alliance » était au pouvoir ces trente dernières années, mais les élections qui ont eu lieu alors que nous étions à Calcutta ont fait basculer la situation. Elles ont été remportées par le « All India Trinamool Congress ».

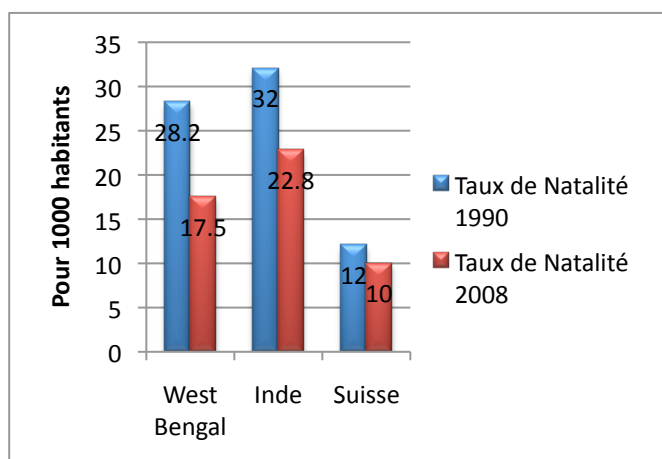
## La santé au Bengale Occidental en quelques chiffres

Ces quelques graphiques nous montrent que, si les progrès faits ces dernières décennies sont incontestables, il existe encore un fort décalage entre l'Inde et un pays comme la Suisse.

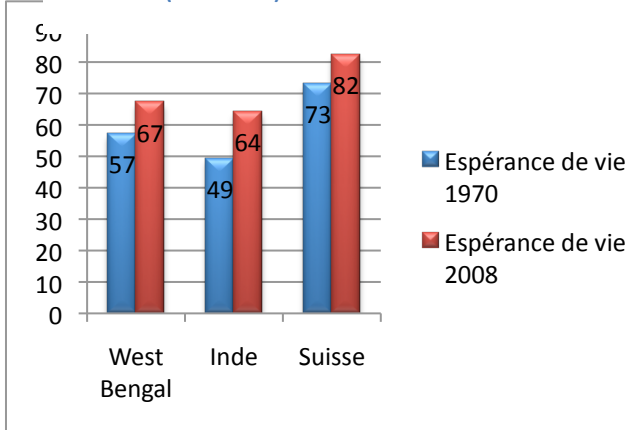
— **1.** Données (en %) de WB Health et de l'Unicef

<sup>2</sup> WB Health

<sup>3</sup> United Nation Development Programme

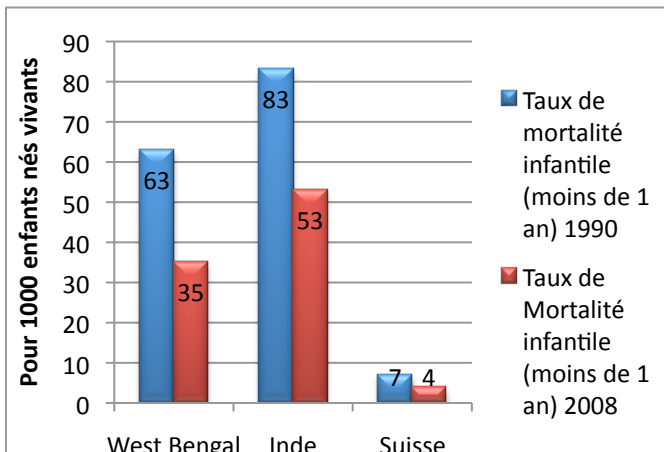


## 2. Données (en années) de WB Health et WHO



On voit également que ce décalage est d'importance moyenne concernant l'espérance de vie (santé générale de la population) et le taux de natalité (régulation des naissances), mais qu'il est énorme en ce qui concerne la mortalité infantile, puisque celle-ci est presque neuf fois plus élevée au Bengale Occidental (et 13 fois en Inde) qu'en Suisse.

Ce qui n'est pas montré dans ces graphiques, c'est le



taux de mortalité maternelle, qui était, en 2008, de 141/100'000 au Bengale Occidental (cas déclarés), de 254 en Inde (cas déclarés). L'OMS estime le taux total à 450 et à... cinq en Suisse<sup>4</sup>. Cela donne, sur une vie entière, un risque de décéder d'une cause liée à la maternité ou aggravée par la maternité de 1/70 pour une femme indienne et de 1/13'800 pour une Suissesse<sup>4</sup>.

## 3. Données (en pour mille) de WB Health et de l'Unicef

### Accès à la prévention

La prévention des maladies repose d'une part sur la communication et d'autre part sur les infrastructures mises en place, les moyens à disposition. En Inde plus qu'ailleurs, peut-être, ces deux axes ne semblent pas toujours en adéquation. Par exemple, dans tous les villages, on trouve des panneaux avec des informations sur le VIH et comment s'en protéger, mais dans les magasins de ces mêmes villages, personne n'a jamais entendu parler de préservatif. Quant à en vendre, il y a encore un monde.

Tout ne fonctionne cependant pas si mal. On constate par exemple que la santé de la population s'améliore avec l'augmentation du temps passé à l'école, car on y apprend non seulement les bons réflexes, mais aussi à lire et à comprendre les conseils médicaux et sanitaires.

Pour ce qui est de l'amélioration de la santé maternelle et infantile, le gouvernement a mis l'accent sur la prévention, partant du principe qu'une partie de la surmortalité est due au fait que dans les familles nombreuses, les femmes sont fatiguées par les grossesses successives, par l'éducation des enfants, par le manque de nourriture...

<sup>4</sup> Chiffres pour le Bengal Occidental: WB Health. Chiffres pour l'Inde et la Suisse : WHO



Au Bengale Occidental, la contraception, et notamment la pilule, est fournie gratuitement à chaque femme mariée le désirant. Cette mesure a déjà permis de réduire drastiquement la natalité et donc, arithmétiquement, le nombre de femmes décédées d'une cause liée à la maternité.

De nombreux vaccins sont aujourd'hui gratuits pour les enfants, ce qui n'empêche pas que beaucoup n'y ont pas accès, tout simplement parce qu'ils ne se rendent jamais dans des centres de santé. Les maladies transmissibles, dont certaines évitables par des vaccins, restent donc une cause majeure de mortalité chez les enfants.

De gros efforts restent cependant à accomplir au niveau de l'accès à l'eau potable (14% des ruraux en sont dépourvus)<sup>5</sup> et à des installations d'assainissement (seuls 18% des ruraux et 52% des urbains y ont accès)<sup>5</sup>.



**2. Des pompes comme celle-ci sont souvent le seul accès à l'eau de villages entier. L'eau qui y est pompée est le plus souvent potable.**

---

<sup>5</sup> Unicef

## Accès au système de santé

### **Accessibilité géographique**

Le Bengale Occidental est, comme dit précédemment, un état très densément peuplé. Cependant, le nombre de centres de santé et de médecins y est, en dehors des grandes villes, comme Calcutta, extrêmement faible, et certaines personnes doivent faire plusieurs dizaines de kilomètres pour rejoindre le centre de soins primaires le plus proche. Lorsque la marche est la seule possibilité de se déplacer, cela représente une barrière énorme, c'est pourquoi les gens attendent souvent que le besoin d'une consultation soit impérieux avant de s'y rendre.

Dans certaines cliniques Outdoor, notamment celles de Dhaki et de Chakberia, nous rencontrons des patients qui venaient extrêmement tard, par exemple avec des infections cutanées étendues au corps entier ou des grosseurs de la taille d'un œuf de poule. Une vieille femme avait le corps entièrement recouvert de petites verrues. Ces patients consultent le plus souvent si tard à cause de l'éloignement des structures de santé. La femme aux verrues était partie de chez elle la veille dans l'après-midi, avait dormi chez des amis et était venue consulter le matin. Les associations travaillant à améliorer cet état de fait sont, heureusement, de plus en plus nombreuses. Cependant, si nous en voyions beaucoup à une heure Calcutta, nous n'en avons vu aucune autre que l'IIMC à trois heures de route, dans le Sunderban, reflétant leur moindre densité. De plus, si des associations sont plus ou moins présentes, nous n'avons vu aucun hôpital public en dehors de la ville.

### **Accessibilité financière et qualité des institutions**

La barrière financière est le second obstacle limitant l'accès au système de santé. En Inde, on trouve des hôpitaux privés et des hôpitaux publics. Les premiers sont à la pointe de la technologie et offrent, en plus d'un service hôtelier impeccable, une médecine de qualité comparable à celle pratiquée dans les hôpitaux suisses. Les seconds, par contre, s'ils sont gratuits et accessibles à tous, sont le plus souvent d'une qualité déplorable. On y trouve des déchets, parfois souillés, dans les couloirs, des taches de sang et d'urine dans les chambres. Les patients dorment par terre, et ils peuvent s'estimer chanceux s'ils ont un matelas. Cela n'est cependant pas le problème principal. Le plus gros handicap des hôpitaux publics est l'absence presque systématique de personnel qualifié et notamment de médecins. Certains sont recensés comme travaillant dans un hôpital, mais en réalité, ils exercent dans le privé, cumulant ainsi deux salaires. Dans les meilleurs des cas, le médecin passe une ou deux heures par jour dans l'hôpital public. Dans les pires, il n'y va qu'un jour par mois.

Cette description semble irréaliste, et la première fois que j'ai entendu parler ainsi des hôpitaux publics indiens, dans un roman, je n'y ai pas cru. Cependant, cette version a été confirmée par Mrs Barnali Brahmochary et d'autres bénévoles étrangers. Nous n'avons pas eu l'occasion de visiter nous-mêmes ces hôpitaux publics, les gardes à l'entrée étant spécialement regardant en ce qui concerne les étrangers. Les bénévoles qui ont pu y pénétrer y accompagnaient, avec le Dr Alok, un patient de l'IIMC. L'IIMC envoie ses patients dans les hôpitaux publics dans deux cas de figures ; le premier cas est que le patient a besoin de soins spécialisés et que, avec ceux-ci, il a de bonnes chances de se remettre ; l'IIMC l'envoie alors à l'hôpital universitaire, ce qui est possible grâce aux relations du Dr Sujit. Le second cas est que le patient va mourir de toute façon. Dans ce cas, il est envoyé dans un hôpital public ; en effet, si un patient meurt à l'IIMC, l'association peut être contrainte à fermer définitivement ses portes.

## Populations à risque

### Femmes

Dans la constitution indienne, les femmes sont reconnues comme les égales des hommes. Dans la réalité de la société indienne, c'est tout autre chose. Les discriminations envers les femmes ont une forte assise culturelle en Inde. Les femmes sont considérées comme d'éternelles mineures. Elles n'ont, par exemple, le plus souvent pas le droit de sortir de chez elles sans l'autorisation d'un père, d'un frère ou d'un mari. La discrimination commence dès l'enfance, un bébé fille recevant moins de soins et de nourriture qu'un bébé garçon. Plus tard, il est courant que le fils aille à l'école, alors que la fille reste à la maison pour aider sa mère. En effet, il est considéré comme plus utile d'avantager son fils, qui restera à la maison et prendra soin de ses parents, que sa fille, qui, elle, quittera la maison paternelle. De plus, de par sa dot, elle représente une énorme charge. Car si la pratique de la dot est interdite par la loi indienne, elle est encore largement répandue.

Si, aujourd'hui, dans les villes, il n'est plus aussi rare de trouver une femme exerçant une profession en vue, les choses sont très différentes dans les villages. Là-bas, les femmes pauvres et de castes inférieures sont assujetties aux tâches les plus ingrates et payées la moitié du salaire d'un homme. En plus de cela, une femme mariée doit élever ses enfants et tenir la maison. Le sort d'une veuve n'est pas plus enviable, au contraire. En effet, une veuve cesse d'exister pour la société. Elle ne trouvera que très rarement à se remarier (ce qui n'est pas le cas d'un veuf) et sombrera très souvent dans la pauvreté.

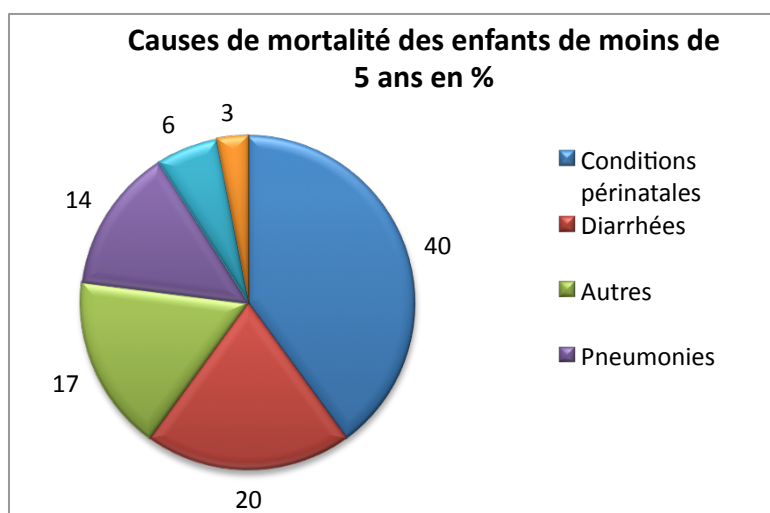
Les femmes se trouvent dans cette catégorie des personnes à risques pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elles sont bien plus touchées par la pauvreté, que ce soit parce que leur ménage n'a réellement pas de moyens ou parce que leur mari tient les cordons de la bourse et n'est pas prêt à dépenser de l'argent pour son épouse. D'autre part, les femmes souffrent

et meurent beaucoup, comme mentionné précédemment, de la maternité. Cette mortalité maternelle très élevée est elle-même due à plusieurs facteurs : la pauvreté, l'âge au moment du mariage, souvent bien inférieur à l'âge légal (dix-huit ans pour les femmes ; dans les campagnes, 56% des mariées n'ont pas atteint cet âge<sup>6</sup>), la malnutrition, le manque de soins pré- et périnataux (seules 37% des femmes enceintes auront 4 contrôles prénataux et 47% seront accouchées par des personnes qualifiées<sup>6</sup>). De plus, les femmes sont, bien plus que les hommes, sujettes aux « accidents » domestiques, qu'il s'agisse d'un véritable accident, d'une tentative de suicide ou de meurtre (par la belle-famille, pour cause de non paiement de la dot ou de stérilité, le plus souvent).

## Enfants

Les enfants sont tout d'abord une catégorie à haut risque de maladies et de décès pour des raisons biologiques. Leur système immunitaire immature peine à se défendre contre tous les pathogènes auxquels ils sont exposés dès leur plus jeune âge. De plus, l'allaitement étant peu pratiqué (23% seulement<sup>6</sup>), ils ne bénéficient pas de cet apport d'anticorps maternels. Par ailleurs, à cause le plus souvent de la mauvaise santé et de la malnutrition de leur mère, 28% des nouveau-nés souffrent d'insuffisance pondérale à la naissance<sup>6</sup>. Pour l'ensemble des enfants de moins de 5 ans, la prévalence d'une insuffisance pondérale modérée à grave (selon les critères de l'OMS) est de 43%<sup>6</sup>. Cela constitue une cause d'hospitalisation en tant que telle, tout comme cela augmente le risque de contracter d'autres affections. De plus, seuls 66% des enfants<sup>6</sup> ont reçu les trois doses du vaccin combiné diphtérie, tétanos et coqueluche, alors qu'aucune de ces trois maladies n'est rare en Inde.

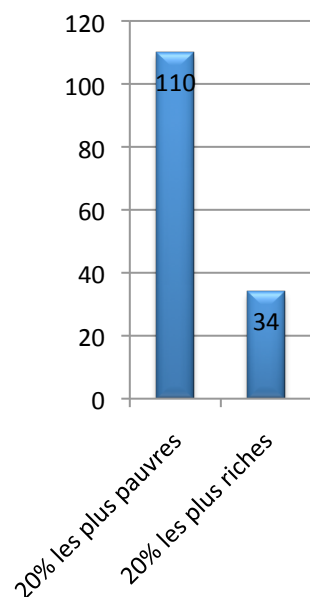
La mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 72‰<sup>3</sup>, soit 35 fois plus qu'en Suisse. Les causes se répartissent comme suit.



### 4. Données de l'Unicef

<sup>6</sup> Unicef

### Mortalité des enfants de moins de 5 ans en fonction du revenu de la famille



5. Données de l'Unicef

## Pauvres

En Inde, la richesse est le principal déterminant en ce qui concerne l'accès à des soins de qualité, comme nous l'avons expliqué précédemment. De plus, la pauvreté augmente l'incidence de certaines pathologies de par le manque d'hygiène, l'insalubrité des habitations (certaines maisons ont des toits en amiante), la malnutrition. Et comme la pauvreté a le triste privilège de se combiner très bien avec les autres causes d'augmentation du risque sanitaire, elle fait des femmes et des enfants pauvres des personnes à très haut risque, comme le montre le graphique ci-contre.

A Calcutta, nous avons été extrêmement touchées par la pauvreté omniprésente. Lorsque nous sommes arrivées, de nuit, nous avons pu voir des gens dormant sur la borne centrale du périphérique, ce qui nous a immédiatement informées sur le genre des choses que nous allions voir dans cette ville. Quand à la pauvreté rurale, si elle moins spectaculaire que la pauvreté

urbaine, nous avons pu constater qu'elle n'en reste pas moins tragique

## Basses castes

Le système indien de castes est un système extrêmement hiérarchisé, dans lequel la place de chacun est déterminée par la caste de ses parents. Les personnes des castes les plus basses, appelés « dalits », « intouchables » ou, aujourd'hui, « scheduled cast », n'avaient, jusqu'à peu, pas le droit d'adresser la parole à une personne d'une autre caste. Ils ne pouvaient donc pas se rendre à l'école ou aux temples, ne pouvaient pas marcher dans les mêmes rues que les autres et n'avaient accès qu'à des emplois considérés comme impurs. Aujourd'hui, les choses ont bien changé pour eux, même s'il reste plus simple de naître brahmane (la caste la plus haute, regroupant traditionnellement prêtres et intellectuels) que dalit. Une certaine discrimination positive gouvernementale a nettement amélioré l'accès des dalits à l'emploi, mais, dans la vie quotidienne, ils restent sujets à des discriminations. Pour ce qui est de l'accès à la santé, bien qu'il soit difficile de faire la part des choses à cause de la corrélation qu'il existe encore entre ces deux facteurs, il semble que l'accès à la santé est moins conditionné par la caste que par la fortune.

# **INSTITUTE FOR INDIAN MOTHER AND CHILD (IIMC)**

## **Biographie du Dr. Sujit Kumar Brahmochary**

### **Naissance dans l'ouest du Bengale**

Le Dr. Sujit Kr. Brahmochary (né Sujit Kr. Mondal) a grandi dans une région rurale du Pakistan Oriental, dans une famille de cultivateurs. Comme la plupart des personnes pauvres en Inde, ses parents n'ont pas eu accès à l'éducation, mais le Dr. Sujit a eu la chance de pouvoir entreprendre des études grâce au soutien de sa famille (dont ses six frères aînés, qui travaillaient déjà au moment où il commença sa scolarité).

### **Etudes à Calcutta**

Depuis son enfance, il avait le désir d'aider les personnes très pauvres, mais il ne pouvait pas envisager quelque chose comme devenir médecin, étant donné le milieu modeste dans lequel il vivait. Après l'école primaire et secondaire, il étudia pourtant la médecine au « Kolkata Medical College », une des meilleures universités d'Inde, grâce à une bourse que le gouvernement décerne aux étudiants les plus brillants. Il obtint également une bourse de la Croix Rouge belge, grâce à laquelle il alla terminer ses études médicales et se spécialiser en Belgique, dans un grand hôpital universitaire.

### **Spécialisation en Belgique**

Cet apprentissage en Europe lui permit de perfectionner ses connaissances et de devenir un *médecin accompli*, comme il se plaît à le dire. Ainsi, le fait d'avoir vécu et commencé ses études en Inde et de les avoir terminées en Europe fut bénéfique pour le Dr. Sujit, car selon lui, c'est dans des pays défavorisés (comme l'Inde) que l'on apprend le mieux à travailler en tant que médecin de premier recours, alors que c'est en Europe que la haute spécialisation est la meilleure.

Il travailla en Belgique pendant un an et demi en tant que professeur spécialiste en pédiatrie; il fut impressionné par la qualité des soins et du matériel médical disponible, et ne put s'empêcher de faire une comparaison avec l'Inde, où des nourrissons mouraient encore fréquemment de malnutrition

Selon lui, ce contact avec l'Europe, avec un milieu riche, lui permit de comprendre les problèmes de santé de l'Inde : la plupart des maladies dont souffraient les pauvres étaient des problèmes simples pouvant être résolus ou prévenus par des moyens peu coûteux : des soins primaires, l'immunisation, une hygiène et une alimentation meilleures. Il n'était donc pas nécessaire de posséder un grand hôpital, un équipement coûteux, de grands moyens, d'être des professionnels de la santé pour sauver des vies en Inde. La volonté d'aider les pauvres suffirait à améliorer l'état de santé générale dans les régions rurales, occupées par la majorité (80%) de la population indienne.

### **Collaboration avec Mère Teresa**

Ce fut pendant son séjour en Europe que le Dr. Sujit eut la conviction que c'était en Inde et non en Belgique qu'il devait pratiquer la médecine. Il y retourna donc en 1989, après avoir pris contact avec Mère Teresa

Pendant deux ans, il travailla en tant que directeur médical pour le programme de Mère Teresa. Ce fut durant cette période qu'il acquit la certitude qu'il avait la possibilité de venir en aide aux personnes pauvres. Il fut encouragé, par Mère Teresa, à commencer sa propre mission, son propre hôpital, et c'est ainsi qu'il fonda l'Institut pour la Mère et l'Enfant en Inde.

### **Création et extension de l'IIMC**

Le Dr Sujit commença de façon modeste. Il mit sur pied une petite clinique à Tegharia, un village pauvre près de Calcutta. Il travaillait dans une étable, avec l'aide de bénévoles étrangers, traitant une dizaine de malades par jour, sans penser transformer sa clinique en l'énorme institut que l'IIMC est aujourd'hui. Le nombre de patients augmenta, puis le Dr. Sujit commença à engager des personnes de la région, en particulier des jeunes hommes et des jeunes filles qu'il formait pour devenir des infirmiers/infirmières, des pathologistes, des pharmacologues et des radiologues. Il engagea ensuite des médecins bénévoles. Il reçut également le soutien financier de donateurs privés et d'associations locales, mais surtout d'amis et de contacts européens, ce qui permit à sa clinique de se développer, de s'agrandir. L'IIMC implanta d'autres centres médicaux dans plusieurs villages ruraux dépourvus de structures médicales, dans les alentours de Calcutta. Les gens les plus pauvres étaient admis dans ces cliniques afin de recevoir des soins primaires. Seule une petite partie des cas (10-20%) nécessitaient des soins secondaires et étaient alors envoyés dans des hôpitaux publics et universitaires.

Après trois ans de pratique médicale au sein de son institut, le Dr Sujit comprit la nécessité de développer l'éducation des enfants pauvres. Il pensait en effet que la plupart des problèmes de santé des patients qu'il soignait provenait du fait que les gens pauvres ne savaient ni lire ni écrire, et ne pouvaient donc pas comprendre les prescriptions, n'étaient pas informés sur les principes de base de la propagation des pathogènes, la distinction entre l'eau propre et l'eau sale, etc. En apportant une éducation aux populations rurales, le Dr Sujit pensait pouvoir améliorer leur santé générale.

Il commença avec dix enfants, qu'il envoya à l'école grâce au soutien financier de ses contacts en Europe. C'est ainsi que l'IIMC développa un programme de parrainage permettant aux enfants issus de familles très pauvres de recevoir une éducation primaire, puis, s'ils en avaient la capacité, de poursuivre des études supérieures.

L'institut commença ensuite à construire ses propres écoles dans des régions retirées, car beaucoup d'enfants n'avaient pas accès aux établissements scolaires publics.

Dans une même logique, trois années plus tard, le Dr. Sujit remarqua que beaucoup de problèmes de santé étaient liés à la malnutrition. En effet, de nombreuses mères de famille des zones rurales se plaignaient de ne pas pouvoir faire deux repas par jour.

L'IIMC commença alors à soutenir l'émancipation économique des mères de familles pauvres en appliquant le modèle du microcrédit. Des banques furent fondées, permettant aux familles locales d'obtenir des prêts afin d'investir dans des projets pouvant leur rapporter de quoi se nourrir de manière suffisante.

L'IIMC est donc impliqué dans les trois éléments qui, selon le Dr. Sujit, amèneraient une amélioration des conditions de vie des plus pauvres : les soins médicaux primaires, l'éducation primaire et secondaire et l'édification de l'économie.

Du côté socioculturel, l'association s'occupa également de l'émancipation des femmes, qui, en Inde, sont particulièrement marginalisées. Un « Women Peace Council » fut mis en place dans le but d'apprendre aux femmes des régions rurales à mieux gérer les problèmes dans leur famille ainsi que dans leur village.

En l'espace de 18 ans, l'IIMC s'est étendue et touche de nombreux villages dans les environs de Calcutta. Chaque mois, entre 15'000 et 20'000 patients sont traités, et chaque année 300'000 familles reçoivent le soutien du l'IIMC, que ce soit dans le domaine médical, éducationnel, économique, social ou culturel.

L'IIMC est donc devenu, à partir d'une petite clinique, un important institut du développement.

Le Dr Sujit, directeur de l'institut, s'occupe actuellement de l'administration. Ne plus pratiquer la médecine alors qu'il était un très bon clinicien fut assez difficile. N'oublions pas qu'il avait fondé sa clinique à Tegharia non pas dans le but de diriger ce grand institut, mais dans celui d'y travailler comme médecin. A présent, il pense que c'est en tant que directeur de l'IIMC et non en tant que soignant qu'il peut aider le plus de patients et, par là, contribuer au développement des régions les plus défavorisées d'Inde.

Les projets de l'IIMC pour le futur immédiat consistent à agrandir les structures existantes et à les étendre à des zones nouvelles



## L'Institute for Indian Mother and Child (IIMC)

### **L'IIMC aujourd'hui**

L'IIMC est une organisation bénévole non-gouvernementale, dont le but est de promouvoir la santé et l'autonomie des femmes et des enfants. Son centre administratif se trouve à Tegharia, Sonarpur, à 30 km du centre-ville de Calcutta.

L'IIMC a été fondée par le Dr. Sujit Kumar Brahmochary en 1989, avec pour mission première d'apporter des soins médicaux aux personnes les plus pauvres et marginalisées du Bengale Occidental. Ces personnes n'ont, en effet, qu'un accès limité aux soins de base et aux infrastructures médicales.

Au fil du temps, l'IIMC a élargi son spectre d'activités, qui comprend aujourd'hui un programme *médical*, un programme *éducation à la santé et promotion de la santé*, un programme *éducation*, ainsi que des projets de *développement rural et autonomisation des femmes*.

### **Les patients**

L'IIMC est une organisation dont le but est d'aider les Indiens les plus pauvres, pour la plupart analphabètes, vivant dans les régions retirées et rurales, ne pouvant pas accéder aux infrastructures médicales. Les problèmes dont souffrent la plupart des patients traités sont la malnutrition, les maladies de la peau, les diarrhées, les brûlures, les infections pulmonaires, la tuberculose et les malformations congénitales (fentes labiales et palatines).

### **Le personnel**

Le personnel de l'IIMC comprend essentiellement des jeunes Indiens habitant la région et des bénévoles étrangers. Les locaux intéressés par le projet sont reçus et formés à l'IIMC et y travaillent durant un certain temps, jusqu'à ce qu'ils trouvent un emploi leur apportant un revenu.

Les employés de l'institut ne sont quasiment pas rémunérés et on les considère donc comme des bénévoles. Le peu d'argent qu'ils reçoivent couvre leurs frais de transport, mais ne leur laisse pas grand-chose de plus. Une grande partie des employés de l'IIMC sont par conséquent des femmes dont le mari touche un salaire suffisant pour couvrir les dépenses du foyer.

Le personnel de l'IIMC se compose :

- de seize médecins. Trois d'entre eux y travaillent à plein temps. Les autres apportent leur aide un ou deux jours par semaine pendant quelques heures ;
- d'infirmières et aides-infirmières. Il s'agit de femmes indiennes intéressées à participer au projet. Elles sont engagées et formées à l'IIMC ;
- de travailleurs sociaux et autres employés, également locaux ;
- de bénévoles étrangers. L'institut reçoit chaque mois une vingtaine d'étudiants en médecine, en économie et en travail social, venus d'Europe et du Japon. Ils apportent leur aide dans les cliniques indoor et outdoor et, dans le même temps, apprennent à connaître l'Inde et les maladies tropicales. Des médecins étrangers viennent également régulièrement apporter leur soutien ;
- de volontaires indiens. Ces médecins et étudiants en médecine participent également au projet.

### **Le financement :**

Le projet est entièrement financé par des dons. La plus grande partie (80%) de l'argent vient de l'étranger. L'IIMC a actuellement des donateurs dans 25 pays, essentiellement d'Europe. Les dons proviennent de privés et d'associations. Les bénévoles étrangers peuvent également amener un soutien financier.

Les patients reçus en indoor ou en outdoor paient quelques roupies symboliques en échange des soins reçus. En contribuant ainsi financièrement à son traitement, le patient ne ressent pas la honte de celui qui demande la charité. Les personnes n'ayant pas la capacité de payer sont cependant traitées gratuitement.

Les parrainages d'enfants indiens par des familles européennes est une autre source de revenus pour l'unité éducation.

Ne voulant pas risquer d'être impliquée dans des affaires de corruption, l'IIMC n'est pas candidate à une aide du gouvernement.

## Unité médicale

### Clinique indoor

Il existe actuellement deux cliniques indoor, la principale étant celle de Tegharia à Sonarpur et l'autre se trouvant à Dhaki. Les indoors sont des établissements dans lesquels les patients peuvent être hospitalisés et pris en charge par le personnel médical pour une durée indéterminée. En plus de leurs fonctions médicales, ces bâtiments servent de base aux autres programmes de l'IIMC, tels que les banques ou le programme de parrainage scolaire. Les patients paient le prix symbolique de douze roupies pour être admis dans l'indoor. Cette somme permet de donner une valeur aux soins reçus par le patient. Les plus démunis n'ont pas l'obligation de payer.

### Clinique indoor de Tegharia à Sonarpur

La clinique indoor de Sonarpur a été fondée en 1996 dans une zone rurale à 30 km au sud de Calcutta. Cette clinique de 17 lits, répartis en deux chambres, peut accueillir uniquement les femmes et les enfants. Il y a un lit par patient, mais dans le cas des enfants, leur mère reste avec eux et ils dorment généralement tous deux dans le même lit.



3. Clinique indoor de Tegharia, à Sonarpur

Le personnel médical, soit les médecins, les infirmières et les bénévoles étrangers, ci-après appelés simplement *bénévoles*, prennent en charge les patients de l'indoor tous les jours de la semaine sauf le dimanche. La plupart des patients de l'indoor ont consulté en premier lieu dans l'un des centres outdoor mais leur cas a été jugé trop sérieux pour être traité en ambulatoire. La majorité des patients souffrent d'infections de la peau (notamment fongiques et bactériennes), de malnutrition (surtout les enfants), de brûlures (surtout les femmes), d'infections respiratoires et de diarrhées. Les patients souffrant d'infections de la peau sont séparés des patients brûlés, mais il s'agit là du seul isolement possible, compte tenu du petit nombre de chambres.

A proximité de la clinique, l'IIMC a construit un centre qui peut accueillir jusqu'à trente enfants handicapés. Le matin, après le petit déjeuner, ces enfants suivent des cours. En début d'après midi, ils ont du temps libre avant de reprendre leurs activités..

Une journée à l'indoor débute par le petit déjeuner servi à 9h30, après la toilette des patients. Dès 10h, les patients regagnent leur lit et sont examinés par les bénévoles, essentiellement des étudiants en médecine et en soins infirmiers, accompagnés par les infirmières locales. Il y a au minimum un volontaire et deux infirmières pour s'occuper des patients de l'indoor. Les fréquences respiratoire et cardiaque, la tension artérielle ainsi que la température sont relevées. Un examen physique court est effectué pour suivre l'évolution de l'état du patient.

Si nécessaire, les patients se rendent ensuite dans la salle de soins, où les infirmières et les bénévoles désinfectent les plaies, traitent les infections cutanées et effectuent les pansements.

Finalement, les bénévoles complètent les dossiers des patients.

Le médecin arrive entre 13h et 15h. Il fait alors une tournée avec les bénévoles étrangers. Il pose quelques questions aux patients, pendant que les bénévoles effectuent un examen plus complet que celui du matin, et lui rapportent toute observation anormale.



**4** A l'indoor, on voit pendant plusieurs jours ou semaines les mêmes patients. Des liens se créent - Ici, Eveline avec une patiente souffrant de brûlures au jambes, sa mère et une aide infirmière (en sari bleu)

Une fois ces visites terminées, le médecin et les bénévoles procèdent à l'admission des nouveaux patients, envoyés le plus souvent par une cliniques outdoor. Une fois encore, les volontaires pratiquent l'examen physique, tandis que le médecin se charge de l'anamnèse. Le reste du temps est libre pour les bénévoles et les patients, ce qui donne souvent lieu à des jeux avec les plus jeunes, ainsi qu'avec les enfants du centre pour handicapés voisin. Les derniers bénévoles quittent généralement la clinique peu après 18h.

### **Clinique indoor de Dhaki**

L'indoor de Dhaki a été fondé en 2006. Le principe de la clinique de Dhaki est le même que celui de Tegharia, mais elle fonctionne différemment à cause de sa localisation. En effet, cette clinique se trouve dans un village situé à 110 km de Calcutta, dans une zone assez difficile d'accès, à plus de 3 heures de route de Tegharia, dans le delta du Sunderban. Il s'agit de la seule infrastructure médicale dans un périmètre de 30 kilomètres. Les besoins sont donc importants. C'est pour cela que l'IIMC y a développé un établissement de santé complet comprenant un indoor, un outdoor, une maternité ainsi qu'une résidence pour les

médecins qui assurent la garde en cas d'urgence et le personnel médical. Pour étendre les services médicaux dans les îles isolés, l'IIMC a acquis un bateau qui fait office d'ambulance.

En plus de son unité de soins, un projet de microfinance pour les femmes du village et des programmes d'éducation pour les enfants sont en cours de développement.

L'indoor compte 20 lits accueillant femmes et enfants. Les médecins viennent le mercredi et samedi sur une demi-journée pour prendre en charge les consultations de l'indoor. Des infirmières vivent à plein temps sur place. Des médecins peuvent vivre temporairement sur place dans le cas d'une urgence médicale.

Face au fléau que représente la mortalité maternelle, l'IIMC a développé dans le village de Dhaki une clinique possédant une maternité. Les femmes enceintes vivant une grossesse difficile peuvent y séjourner pendant deux semaines. On y rencontre notamment des femmes qui doivent effectuer des travaux pénibles, qui sont malnutries ou des femmes battues.

Lors de leur séjour à la maternité, les futures mères reçoivent une nourriture abondante, des cours sur leur grossesse, l'accouchement, les soins post-nataux et des consultations médicales régulières. Lorsqu'elles quittent la maternité, de la nourriture et du lait en poudre pour le bébé leur sont donnés.

L'IIMC a construit également une école primaire pour les enfants démunis de ce village et une banque de microcrédit. Tous deux se trouvent à quelques kilomètres de la clinique de Dhaki.

### **Cliniques outdoor**

Les cliniques outdoor sont au nombre de cinq. Il s'agit de lieux de consultation ouverts un ou deux jours par semaine. La consultation coûte la somme symbolique de cinq roupies, quel que soit le prix des examens, des soins et des médicaments délivrés. Le travail dans les outdoors est différent de celui des indoors, car ils servent d'établissements médicaux de premier recours. Souvent, plusieurs médecins font leurs consultations dans la même salle. En général, une consultation ne dure pas plus de cinq minutes. La relation médecin-patient est donc de portée limitée. La proximité entre deux patients empêche toute forme d'intimité. Ceci est dû au manque de moyen et de temps auquel l'IIMC doit faire face.

Le matin, les bénévoles doivent être à la clinique de Tegharia à 10 heures. Puis les médecins, les infirmières, les pharmaciens et les volontaires se rendent à l'outdoor grâce au bus privé de l'IIMC. Les infirmières préparent la table de soins avec l'aide des bénévoles, tandis que les médecins prennent place dans une salle de consultation.

La consultation médicale est très courte. Le médecin demande au patient ce qui l'amène et l'examine ensuite sur un banc. Il note alors sur le document médical les médicaments que le patient doit aller chercher à la pharmacie de l'IIMC et le type de soins que les infirmières et bénévoles doivent lui procurer. C'est le patient qui conserve son dossier entre deux consultations.



**5** Distribution des dossiers médicaux à l'outdoor de Dhaki

Les bénévoles ainsi que les infirmières soignent les patients selon les indications données par le médecin. Ils effectuent des nettoyages de plaies, des pansements, des prises de tension artérielle ainsi que des injections. Le travail réalisé à l'outdoor nécessite une productivité plus importante compte tenu du grand nombre de patients.

### **Tegharia**

L'outdoor de Tegharia, qui se trouve à Sonarpur, est à 10 minutes à pied de l'indoor de Sonarpur. C'est la première clinique de l'IIMC. Elle a été fondée en 1992.

Durant les matinées du lundi et du jeudi, entre 600 à 700 patients y consultent une dizaine de médecins. C'est le plus urbain des outdoors et le plus complet. En effet, les patients ont accès à des consultations de médecine de premier recours, de gynécologie-obstétrique, d'ophtalmologie et de dentistologie. L'outdoor dispose également d'un laboratoire d'analyses biologiques, d'un laboratoire de pathologie, d'une salle de radiologie et d'ultrasons.

### **Chakberia**

L'outdoor de Chakberia, fondée en 1994, est très isolé et ne dispose pas d'électricité. Il se trouve à une quarantaine de minutes en voiture de Sonarpur. Cet outdoor est ouvert le

mardi matin et il accueille entre 300 et 400 patients. Il s'agit de la seule infrastructure médicale de cette région.

### **Hogolkuria**

L'outdoor de Hogolkuria, fondé en 1993, se situe en milieu rural, à une heure en voiture de Sonarpur. Il est ouvert le vendredi et prend en charge 200 à 300 patients. En plus, des consultations de médecine de premier recours, des consultations d'ophtalmologie et de gynécologie-obstétrique sont proposées.

Cet outdoor fait partie d'un projet de l'IIMC qui a vu se développer, en plus de sa fonction première, une école mixte avec résidence pour les garçons sans-abri, une banque de microcrédit, un centre pour le développement rural et l'autonomisation de la femme. Il s'agit d'un modèle que l'IIMC aimerait étendre à d'autres régions.

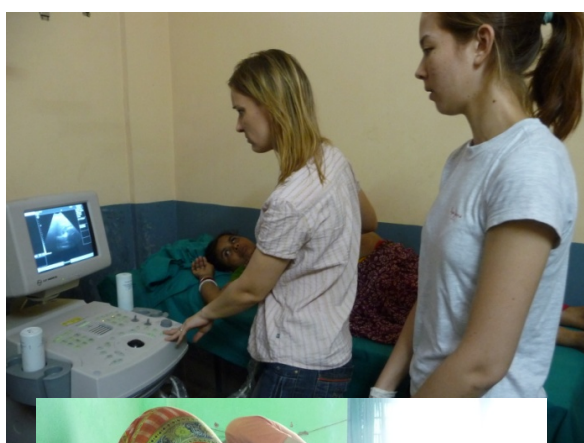
### **Kheyadah**

L'outdoor de Kheyadah a été fondé en 2000 et se situe en milieu rural. Il est ouvert tous les samedis et compte 300 à 400 patients par semaine. Plusieurs projets sont en cours de développement.

### **Dhaki**

L'outdoor de Dhaki, qui est rattaché à l'indoor, est ouvert le mercredi et le samedi et attire environ 800 patients chaque semaine. Durant ces deux jours, les médecins assurent les consultations des patients de l'indoor ainsi que de ceux provenant du village. Seules deux ou trois infirmières restent à Dhaki.

En plus de son unité de soins, des projets de microfinance pour les femmes du village et d'éducation pour les enfants sont en cours de développement.





## Unité éducation



6. Cette jeune fille que nous avons rencontrée dans un village reculé n'a que douze ans, mais elle ne fréquente plus l'école depuis quatre ans déjà; durant la journée, elle s'occupe de ses frères et soeurs et tient la maison.

Si en Inde la loi décrète que tous les enfants de moins de 14 ans doivent aller à l'école, l'application de celle-ci est plus laborieuse. En effet, plus de la moitié de la population vit dans des villages dépourvus d'établissement scolaire, et, parfois, les enfants arrêtent l'école à huit ou neuf ans pour aller travailler. En raison du taux de remplissage des écoles gouvernementales, de la distance parfois importante pour s'y rendre et du coût des uniformes et du matériel scolaire, de nombreux enfants arrêtent l'école à la fin du primaire. D'autres, un peu moins nombreux toutefois, ne fréquentent jamais la moindre école.

En Inde, 40% des femmes sont analphabètes et 60% des jeunes filles de l'Inde rurale sont mariées avant 18 ans. Parmi elles, 60% ont des enfants avant 19 ans!<sup>7</sup> Il est donc important d'assurer leur scolarisation.

Le manque d'éducation de la population rurale joue un rôle dans les problèmes de santé au même titre que les difficultés économiques et la malnutrition. Pour apporter

une réponse à ces problèmes, l'unité éducation de l'IIMC, coordonnée par la femme du Dr Sujit Brahmochary, Barnali Brahmochary, mène deux programmes pour les enfants des zones rurales.

### Programme écoles

Dans les zones rurales, les parents pensent que l'école est réservée aux familles aisées. L'analphabétisme est un problème majeur dans ces régions. C'est pourquoi l'IIMC a construit 24 écoles, pour la plupart dans des régions rurales et isolées du Bengale Occidental, du pré-primaire à la secondaire supérieure, en réponse à la demande des habitants. Actuellement, 200 enseignants instruisent plus de 5'000 écoliers.

L'IIMC a également construit une résidence pour les orphelins dans une école à Hogolkuria. L'institut prend financièrement en charge les étudiants qui ont de bonnes capacités d'apprentissage. Pour l'instant, il s'agit seulement d'une résidence qui accueille 34 garçons,

---

<sup>7</sup> Sujata Madhok, « Women : Background & Perspective .

l'équivalent pour les filles étant en projet. L'IIMC a également construit un centre pour les handicapés à l'indoor de Tegharia qui peut accueillir trente personnes

### **Programme de parrainage**

Ce programme a été mis en place en 1994, dans le but d'améliorer l'accès à l'école des plus pauvres. Certains frais liés à la scolarisation sont pris en charge par un *parrain*, vivant le plus souvent dans un pays riche. Au début de ce projet, l'IIMC devait démarcher les parents afin qu'ils acceptent d'intégrer ce programme et donc d'envoyer leurs enfants à l'école. Aujourd'hui, plus de 2'500 enfants venant de familles pauvres sont parrainés par l'intermédiaire de l'IIMC. Beaucoup de parents inscrivent leurs enfants pour ce programme de parrainage mais il existe plusieurs critères de sélection. L'IIMC n'intègre dans ce programme que les enfants dont la famille vit en dessous du seuil de pauvreté (2\$/jour), dont les parents sont illettrés et ne possèdent pas de terres. La plupart des parents des enfants parrainés travaillent dans les champs, sont chauffeurs de rickshaw ou employés de maison.

Les personnes qui s'adressent à l'IIMC dans le but de parrainer un enfant reçoivent un dossier avec des informations sur la vie familiale de l'enfant, ses conditions de vie, ses matières favorites, ses hobbies, ainsi qu'une photo de l'enfant. Après l'attribution d'un enfant à un parrain, ce dernier enverra l'équivalent de 20 euros par mois à l'IIMC. Avec cet argent, l'institut paie les frais de scolarité, le matériel scolaire, tel que les livres et les crayons ainsi que l'uniforme, les chaussures, les chaussettes, les vêtements, un cartable, un repas de midi à l'école et des cours avec un répétiteur privé si nécessaire. Un traitement entièrement gratuit est assuré auprès de l'IIMC si lui ou un membre de sa famille tombait malade, ainsi que le transfert à l'hôpital universitaire si cela devait s'avérer nécessaire. La mère de l'enfant vient tous les mois à l'IIMC pour prendre le matériel. Le parrainage dure jusqu'à la fin du secondaire supérieur (18 ans) ou jusqu'à ce que l'enfant arrête l'école.

Le parrain reçoit des informations concernant la scolarisation de son filleul, comme son carnet de notes. Il peut, s'il le souhaite, envoyer un cadeau ou une carte d'anniversaire. Un lien épistolaire se crée donc entre eux. Ce lien est important parce qu'il permet au parrain de motiver l'enfant et sa famille à soutenir son éducation, afin que l'enfant aille le plus loin possible dans sa scolarité.

L'institut propose également depuis peu quelques bourses pour l'université au bénéfice des élèves les plus brillants. Les étudiants ayant obtenu plus 80% de réussite à l'examen secondaire supérieur et voulant aller à l'université doivent passer un examen à l'IIMC. Ce n'est qu'avec un score supérieur à 70% à cet examen que l'IIMC leur offre une bourse s'élevant à mille roupies par mois.

A ce jour, un seul étudiant a été accepté à l'université, car l'examen de l'IIMC n'est pour l'instant pas encore adapté. Cependant, sa mise en place est récente et des améliorations peuvent être apportées.

Comme nous pouvons le constater, bien qu'il soit centré sur l'accès à l'éducation, ce programme est bien plus complet et il apporte des bénéfices également au niveau de la santé (prévention et traitement) et contribue à diminuer l'exploitation et le travail des enfants. Il permet aussi, par une meilleure scolarisation, à diminuer certaines croyances, à la base de la discrimination, par exemple contre les femmes<sup>8</sup>.

De plus, grâce au parrainage, un lien est créé entre l'association et la mère de l'enfant. Elle aura ainsi accès à des informations sur les programmes de l'institut, notamment sur la microfinance et le Women Peace Council. C'est ainsi que le parrainage permet d'améliorer la vie de toute la famille et d'apporter dignité et confiance à l'enfant ainsi qu'à ses proches.

---

<sup>8</sup> MADHOK Sujata. Infochangeindia : Women : Background & Perspective

## Programme d'autonomisation des femmes

Comme nous l'avons déjà expliqué, on observe une réelle discrimination envers les femmes. Cet état de fait est une atteinte à leurs droits, mais il a également un impact sur la société indienne dans son ensemble. Le même homme qui interdit à sa femme d'avoir une activité professionnelle pourrait améliorer sa situation sociale et économique si sa femme tenait un magasin ou travaillait pour la communauté. C'est ce que l'IIMC tente de faire comprendre aux populations rurales : les femmes sont tout aussi capables qu'un homme. Elles représentent une force vive largement sous-évaluée et, si cela changeait, elles pourraient largement contribuer à modifier le visage de l'Inde rurale.

Comme pour l'éducation à la santé, quasiment tous les programmes de l'IIMC participent d'une manière ou d'une autre à l'autonomisation des femmes. En effet, l'unité *éducation* leur donne un enseignement égal à celui que reçoivent leurs frères, l'unité *économique* apporte un soutien financier à leurs projets, tandis que l'unité de *développement rural* achète du lait aux femmes ayant acquis une vache grâce au microcrédit. Par ailleurs, l'IIMC a aussi deux programmes spécifiquement consacrés à l'autonomisation des femmes : le Women Peace Council<sup>9</sup> et l'atelier de couture et magasin.

### Women Peace Council

Le Women Peace Council (WPC) est un groupe de dix femmes qui se réunit tous les jours afin de discuter et de trouver des solutions aux problèmes de leur communauté. Ms. Ratna Di en est la responsable.



7. Réunion d'un Women Peace Council

---

<sup>9</sup> « Le Conseil de Paix des Femmes »

Lorsqu'un WPC se forme, dix femmes au sein d'un groupe de microcrédit sont sélectionnées, selon leur envie et leur degré d'éducation. Ces femmes sont ensuite préparées à l'indoor, où une cheffe de groupe et une secrétaire sont choisies.

Une fois le groupe formé, les membres tiennent des réunions de deux heures, cinq jours par semaine. Pendant ces réunions, elles peuvent débattre à propos de sujets d'actualité, d'articles de journaux ou de magazines (résumés par celles qui savent lire), de problèmes locaux ou de tout autre sujet qui leur semble approprié. Au moins une fois par semaine, elles se rendent chez les villageois afin de les renseigner sur les activités du Conseil, mais aussi de savoir comment se déroule leur quotidien et s'ils ont un problème à leur soumettre.

Les problèmes que les femmes du WPC traitent vont de la querelle entre une belle-mère et sa belle-fille, qui pourrait dégénérer tragiquement, à la réfection de la route menant au village.

Les buts de ces Women Peace Council sont :

- 1) Créer et maintenir un climat pacifique et serein dans le village et ses environs.
- 2) Faire prendre conscience aux gens que le développement n'est possible que sans violence.
- 3) Rendre les femmes conscientes de leurs capacités, indépendantes et leur apprendre à se respecter elles-mêmes.
- 4) Rendre la communauté consciente des capacités des femmes et lui apprendre à les respecter.
- 5) Enseigner aux gens quels sont leurs devoirs et leurs droits.

Ms. Ratna Di et ses collègues reviennent régulièrement visiter les villages sélectionnés pour s'enquérir du bon fonctionnement du groupe et fournir de la littérature. Nous avons visité quelques groupes avec Ms. Ratna Di et Ms. Sujata Di. Les femmes étaient ouvertes à la discussion, et faisaient preuve d'une grande discipline : cela se constatait par la bonne tenue du cahier de présences et par la compilation des articles dont elles avaient débattu. Ces visites étaient agréablement ponctuées de pâtisseries et de thé bengali. Les femmes nous ont fait ensuite visiter leur village, et notamment l'école.

L'émancipation des femmes rurales se fait progressivement grâce à des petites interventions semblables à celles de l'IIMC, par exemple le microcrédit, la formation professionnelle des femmes, le Women Peace Council. C'est un travail de longue haleine, mais il semble qu'il commence à porter ses fruits, puisque les femmes des WPC, par exemple, nous ont confié

que leur vie a énormément changé depuis la création du conseil et qu'elles ont acquis un nouveau respect.



8. Eveline et Nuvira, avec les femmes d'un Women Peace Council

### **La formation professionnelle : atelier de couture et magasin**

Toujours dans le but d'améliorer l'autonomie des femmes, l'IIMC a ouvert des programmes de formation, dont l'atelier de couture. Celui-ci permet à la fois de générer de l'argent et de l'auto-emploi pour les femmes en situation difficile et de créer des uniformes scolaires bon marché pour les enfants pauvres.

Dans cette unité, les femmes apprennent ou se perfectionnent en couture. Après avoir travaillé ici, elles sont capables de coudre toutes sortes de vêtements et de sacs, mais aussi de réaliser des broderies fines, par exemple sur des saris. Elles peuvent donc se mettre à leur compte et gagner de l'argent. En effet, le but de ce programme est uniquement de servir de tremplin à l'indépendance des femmes et non pas de leur fournir un emploi sur le long terme.

Les couturières de l'atelier touchent, comme tous les bénévoles indiens de l'IIMC, une gratification de 2000 roupies par mois pour la confection des uniformes et des sacs d'école, notamment à destination des élèves parrainés de l'association, ce à quoi s'ajoute un peu d'argent gagné grâce à la vente des produits par le magasin attaché à l'IIMC. Aujourd'hui, quatorze femmes travaillent dans ces unités.

## Autonomisation économique des femmes : microfinance

L'unité de microfinance a pour but d'améliorer les conditions de vie des populations rurales les plus pauvres, en proposant des services bancaires accessibles à tous.

Le principe du micro-crédit a été mis au point par le Dr Md. Yunus entre 1974 et 1976 au Bangladesh. Après avoir écouté les problèmes des populations rurales les plus pauvres, il s'est rendu compte que les idées permettant l'amélioration de leur situation ne leur manquaient pas. Malgré cela, ils ne pouvaient pas les réaliser, faute d'avoir l'argent nécessaire pour lancer leur projet, les banques ne leur accordant aucun prêt.

Il a donc créé, en 1976, la Grameen Bank, une banque pour les femmes rurales et illettrées. Cette banque fonctionne tant sur le plan économique, puisqu'elle génère des bénéfices, que sur le plan social, en aidant de nombreuses familles à sortir de la pauvreté. Le Dr Yunus a reçu le prix Nobel d'économie en 2006.

Aujourd'hui, le modèle créé par le Dr Yunus est utilisé dans plus de 50 pays, dont l'Inde. L'IIMC a créé son unité de microcrédit et microdépôt en 1999. Les banques de l'IIMC permettent aux femmes rurales de déposer et d'épargner de l'argent, y compris de très petites sommes, pour lesquelles elles ne pourraient pas ouvrir de compte dans une banque traditionnelle. Le taux d'intérêt pratiqué est de 4% et l'argent peut-être retiré, tout ou en partie.

Au-delà des dépôts, l'intérêt principal de ces banques est d'accorder des prêts à un taux d'intérêts très bas aux femmes ayant un projet sans leur demander de garantie. Ces prêts ne sont pas accordés individuellement mais à un groupe d'une vingtaine de femmes provenant du même village ou de villages proches. Les projets vont de l'élevage de canards à l'ouverture d'un hôtel-restaurant, en passant par la reprise d'un magasin de vêtements.

Les buts de ce programme sont multiples et ils conduisent tous au développement social et économique des familles concernées, voire de villages entiers. En voici les principaux :

- 1) Entraver les entreprises des usuriers ruraux qui prêtent de l'argent à des taux très élevés et qui peuvent s'avérer sans pitié envers ceux qui ne peuvent pas rembourser.
- 2) Rendre les femmes rurales financièrement indépendantes, ce qui les aide à développer leur personnalité et leur émancipation et ainsi qu'à leur faire gagner l'estime de leur mari et du village.
- 3) Améliorer le statut social des femmes pauvres.

- 4) Améliorer la qualité de vie des femmes pauvres.
- 5) Encourager l'accès à l'éducation des enfants pauvres.
- 6) Former des groupes d'entraide.

Contrairement aux banques conventionnelles, ce programme offre non seulement un lien financier mais aussi une rencontre sociale entre le banquier et les femmes des villages ruraux. Le travail du banquier consiste à fournir la même prestation qu'une banque traditionnelle mais aussi à sensibiliser et à éduquer les femmes sur le moyen d'épargner et de dépenser leurs économies correctement. Les femmes peuvent effectuer des prêts qui sont déboursés dans leur groupe. Celui-ci a ainsi l'entière responsabilité des prêts.

Au début de chaque réunion, une femme lit les seize serments de la banque. Ceux-ci rappellent aux femmes leurs devoirs mais aussi leurs droits, vis-à-vis de la société, de la banque et de leur famille.

Cette banque permet aux femmes rurales de déposer régulièrement leurs économies et d'obtenir des prêts jusqu'à 10'000 roupies. Le taux de remboursement des prêts étant de 98%, cela indique que la grande majorité des projets d'affaire lancés par ces femmes fonctionne bien. L'IIMC compte à ce jour six banques et 30'000 femmes bénéficient de ce programme, qui est maintenant financièrement indépendant.

Nous avons pu assister à une réunion de microcrédit à Dhaki. Nous nous sommes rendues dans un petit village rural. Le groupe, composé d'une dizaine de femmes, nous attendait sous le porche de la maison de l'une d'entre elles. Il est à noter que ce sont toutes des mères de famille. Après avoir contrôlé les présences, une des femmes récita les seize lois du microcrédit Grameen Bank. Ensuite, le banquier récupéra chaque livret pour y inscrire les prêts, les dépenses et les économies de chacune.

L'ambiance était très décontractée et le banquier était ouvert à toute discussion, que ce soit au sujet de la banque ou de problèmes personnels. Ces réunions permettent aussi aux femmes de se rencontrer régulièrement, de discuter de leur quotidien et des problèmes qu'elles rencontrent dans leur foyer.

Le fait de vérifier la présence de chacune permet, en cas d'absence, d'en identifier la cause et de faire intervenir rapidement, si besoin, l'unité médicale de l'association.



## Unité *éducation à la santé et de promotion de la santé*

Le principe de l'unité *éducation à la santé et de promotion de la santé* est d'instruire les gens afin d'améliorer leur compréhension des problèmes liés à la santé et de dissiper les superstitions et les pratiques dangereuses. Cela leur permet de se comporter de manière plus saine et d'améliorer leur état de santé.

L'éducation à la santé est faite dans quasiment tous les programmes de l'IIMC : lors des consultations à l'outdoor, des hospitalisations à l'indoor et à l'école où les enfants apprennent les principes d'hygiène de base. L'IIMC a aussi créé des programmes plus spécifiques concernant l'éducation à la santé.

### **Programme de sensibilisation des mères**

Le programme de sensibilisation des mères (mother's awareness program) concerne les mères des enfants parrainés. Une à deux fois par mois, elles se réunissent à l'indoor où un responsable du programme *Éducation* ou du programme *éducation à la santé et de promotion de la santé* leur donne un cours ou dirige une discussion sur un thème de santé ou de société, par exemple le mariage des très jeunes filles.

Les responsables du programme *éducation à la santé et promotion de la santé*, accompagnées de médecins locaux ainsi que de bénévoles médicaux étrangers se rendent aussi sur le terrain. Les femmes et les enfants du village se regroupent dans une salle de classe. Des cours de prévention leur sont donnés par chaque personne de l'IIMC présente.

Les sujets abordés portent sur la discrimination envers la femme et l'enfant, le droit égalité en matière de prise de décision, le droit de protester contre la violence de l'homme, l'abolition de la discrimination sexuelle au travail ou le droit de choisir un moyen de contraception. La prévention de la santé est aussi expliquée en abordant des thèmes comme l'hygiène, la nutrition, le planning familial et, de manière plus générale, la nécessité de l'éducation, le travail des enfants ou le système de la dot.

Nous avons pu suivre les responsables de l'unité sur le terrain et participer à la prévention sur un sujet librement choisi : l'importance de l'hygiène dentaire . Nous avons pour cela dessiné de grandes affiches montrant la bouche et les dents d'un homme, et nous avons illustré les méfaits d'une mauvaise hygiène dentaire en dessinant de petits bonhommes verts représentant les bactéries rongeur les dents. Transmettre des informations est beaucoup plus simple au travers d'images que par la parole, surtout lorsque la barrière de la langue est présente.

Après que chaque représentant de l'IIMC ait parlé du problème qui l'amenait, comme la nutrition ou la grossesse, ce fut à notre tour de prendre la parole afin de présenter notre sujet. L'une d'entre nous parlait en anglais et Ms. Anindita Chaudhuri avait la gentillesse de jouer le rôle d'interprète en bengali. En plus de la présentation de notre banderole, nous

avons montré comment se laver les dents correctement en brossant celles d'un enfant de l'assemblée et en demandant à une volontaire d'en faire autant. Elle fut très heureuse de participer activement à la réunion en expliquant ce qu'elle faisait.

Ce fut un moment interactif durant lequel nous avons remarqué que les femmes étaient très attentives et comprenaient parfaitement le message que le groupe de l'IIMC cherchait à faire passer. Ces discussions furent entrecoupées de chants des élèves du village, souhaitant ainsi la bienvenue à l'IIMC.

### **Programme Network**

La grande majorité des villages qui se trouvent en zone rurale comportent une petite ONG<sup>10</sup> ou un groupe d'action, formé par des habitants (ou anciens habitants) du village. Ces ONGs ont souvent peu de moyens et des connaissances basiques, mais elles peuvent faire appel au programme de Network de l'IIMC afin d'obtenir son aide. Pour que l'IIMC entre en matière au sujet de la postulation d'un village, il faut que l'ONG compte au moins huit membres, dont un président et un secrétaire et qu'ils aient un bureau. Si c'est le cas, des membres de l'IIMC vont ensuite visiter le village. Ils observent les conditions de vie des gens, les distances à parcourir pour trouver une école et un centre de santé, interrogent quelques habitants sur leur qualité de vie et leurs habitudes en matière de santé.

---

<sup>10</sup> (Organisation Non-Gouvernementale ou NGO Non-Governmental Organisation)



**9. Lors de la visite d'un village candidat au programme Network. Eveline et Pauline sont accompagnées d'une femme médecin islandaise, d'Aninndita Chaudari et de Ratna Di**

Si le village est retenu pour le programme Network, il recevra ensuite de l'IIMC un soutien financier et logistique pour créer les structures adaptées (école, centre de soin, etc.), comme convenu avec le comité de l'ONG.

En parallèle, quelques femmes du village ayant atteint au moins la 10<sup>ème</sup> année de scolarité et intéressées par ce projet, sont testées sur leur compréhension des problématiques de santé et leur capacité de communication. Les trois meilleures sont ensuite formées à l'indoor pendant une semaine. La formation porte sur la prévention et la promotion de la santé. Ces femmes retournent ensuite dans leur village et travaillent pour le service Health Education/Health promotion de l'IIMC. Elles retournent une fois par mois à l'indoor pour une journée de formation et de discussion sur leurs réussites et difficultés.

Après 2 ans, les ONGs sont généralement capables de continuer le travail sans l'aide de l'IIMC. Le programme Network a aujourd'hui aidé 40 villages dans tout le Bengale Occidental.

### **Activités de l'unité d'éducation à la santé et de promotion de la santé**

- Amélioration de la santé périnatale et péripartum par :
  - o Soins anténataux et postnataux dans les cliniques outdoor ;

- Planning Familial : informations et distribution de contraceptifs gratuits fournis par le gouvernement ;
  - Formation de sages-femmes et apport de matériel ;
  - Explications sur l'accouchement à la maison et les soins à apporter au nouveau-né comme à la parturiente ;
  - Maternité (voir clinique indoor de Dhaki).
- Amélioration de la santé infantile par :
- Programme de vaccination des femmes enceintes et des enfants ;
  - Popularisation de l'allaitement ;
  - Check-ups réguliers des enfants en bas âge ;
  - Sensibilisation aux principes d'hygiène de base (toilette régulière, brossage des dents, ...)
  - Explication des traitements et soins pour les maladies infantiles courantes ;
- Prévention de la malnutrition par :
- Explications nutritionnelles sur les aliments bon marché mais nourrissants ;
  - « Intensive Care Program » : délivrance dans l'indoor de suppléments nutritionnels aux patients mal nourris, aux femmes enceintes et aux patients tuberculeux.
- Prévention de l'anémie par le dépistage et la supplémentation en fer.

## Programme *développement rural*

Les programmes de l'IIMC ont été créés avec pour objectif de réduire la pauvreté rurale. Pour atteindre ce but, une des stratégies était d'accroître le nombre d'emplois, ainsi que de les rémunérer à un prix juste. L'IIMC mène actuellement trois projets dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes dépendant de l'agriculture ou de l'élevage.



### **Mozzarella**

L'IIMC tente actuellement de créer un marché de la mozzarella à Calcutta. Le Dr Sujit étant proche du consulat d'Italie, il a eu l'occasion de discuter avec des hommes d'affaires italiens, et notamment une femme d'affaire, Anna-Maria, qui possède un restaurant italien ainsi qu'une fabrique de mozzarella à Kathmandu, au Népal. Elle a fait venir un technicien de Kathmandu pour former deux travailleurs de l'IIMC à la fabrication de la mozzarella. Elle a ainsi pu ouvrir un restaurant italien à Calcutta, le Fire & Ice, qui n'utilise que la mozzarella produite par l'IIMC. Le centre de production de ce fromage se trouve aux abords de la clinique outdoor d'Hogolkuria.

Ce projet est aussi lié au microcrédit et à l'élevage, puisque l'IIMC achète le lait pour la mozzarella à 100 femmes ayant acquis une vache grâce à un prêt d'une banque de l'IIMC. Le lait est

payé à un prix légèrement supérieur à celui du marché local. Cela leur permet de rembourser les prêts, d'épargner ou d'investir dans une autre affaire. Ce projet amène donc une amélioration de la situation économique ainsi qu'une certaine autonomie à ces femmes.

Nous avons visité la fabrique de mozzarella avec Aninndita. Elle a profité de ce moment pour nous décrire le projet. Nous avons aussi eu l'occasion de goûter la mozzarella dans la fabrique, ainsi que dans le restaurant italien à Calcutta.

### **Projets de culture dans les villages de Dukherpole et de Purbataja**

Ces deux projets ont été implantés dans des régions très pauvres, situées à une centaine de kilomètres au sud de Calcutta, comptant de nombreux cultivateurs sans terre, qui peuvent maintenant travailler pour l'IIMC à un bien meilleur prix que celui que paient les propriétaires terriens *traditionnels*. Les activités principales de ces deux projets sont

l'agriculture vivrière, avec, entre autres, la culture des tournesols et du riz basmati, produits à haute valeur ajoutée, et la pisciculture dont l'élevage de poissons exotiques vendus dans les meilleurs aquariums de Calcutta. L'IIMC a aussi installé des pompes pour subvenir aux besoins des plus pauvres.

Ces différents projets permettent le développement de l'économie locale et l'autonomie de la population rurale, plus particulièrement des femmes, à qui ces activités permettent une socialisation et une diminution de leur marginalisation. Ces projets sont amenés à se multiplier.

## CONCLUSION

Calcutta. Dépaysement total. Nous avons été propulsées dans un monde incroyablement riche en couleurs, par les tissus des saris, en senteurs, par les multiples sortes de curry mais aussi les odeurs des bidonvilles, de bruits, chaque véhicule étant identifiable à l'oreille. Nous avons aussi découvert les rues bondées et la chaleur humide étouffante, que ce soit en pleine ville de Calcutta ou dans la campagne tropicale.

Après avoir abaissé un peu la barrière de la langue, en prenant quelques cours de bengali, il ne nous restait plus qu'à apprendre la routine du travail à l'association, par l'observation.

Les infirmières nous ont appris comment les techniques de soin étaient adaptées aux moyens et au temps dont elles disposent par patient. Nous avons pu soigner des malades arrivant au dispensaire par ces gestes simples, souvent fort différents de ceux appris à l'université. Et l'improvisation était souvent de rigueur, comme lorsque, face à une plaie suintante, nous découvrions qu'il n'y avait plus de désinfectant.

Lors de ce voyage nous avons réalisé l'importance des mesures de base, telle que l'hygiène, dans la prévention de nombreuses maladies, notamment les maladies cutanées, certaines n'existant donc quasiment plus en Europe. Nous avons ressenti un découragement certain en découvrant à quel point prévenir et soigner ces atteintes pourrait être facile dans un cadre différent de celui du Bengale Occidental.

Nous avons aussi pleinement compris à quel point l'éducation est précieuse et, malheureusement, combien ce droit fondamental peut être rare. Nous avons également découvert combien impitoyables certaines personnes peuvent être lorsqu'elles sont sûres d'être supérieures à une autre, pour des raisons de sexe, de caste, d'argent.

Cette expérience nous a montré quelle est notre chance, en Suisse, d'avoir un système de santé ainsi qu'un système social accessibles et perfectionnés. Nous avons également eu une sensation d'impuissance, l'impression que chaque action pour améliorer les choses en Inde se noiera dans le nombre, puisque même en arrivant à améliorer la vie d'un million de personnes, on ne toucherait qu'un Indien sur mille. Heureusement, les associations travaillant dans le même but que l'IIMC sont nombreuses et un changement, lent mais positif, est amorcé.

Ce voyage fut enrichissant du point de vue intellectuel mais surtout social. Malgré la pauvreté omniprésente, les rencontres sont sincères et enjouées. Nous étions curieux les uns des autres et apprenions à nous connaître au-delà des barrières culturelles, linguistiques ou économiques.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le Dr. Sujit Kumar Brahmochary et sa femme, Mrs. Barnali Brahmochary, pour leur chaleureux accueil à l'IIMC. Nos remerciements s'adressent aussi à M. Renaud Richardet pour toute l'aide et les informations qu'il nous a fournies pour organiser ce voyage, ainsi que pour ses conseils afin de vivre dans de bonnes conditions au Bengale Occidental.

Nous remercions tous les membres de l'IIMC, les infirmières, les médecins, les chauffeurs, « Didi », qui nous a appris la langue et la cuisine bengalies. Nous sommes également très heureuses d'avoir pu travailler et se lier d'amitié avec les autres bénévoles étrangers, avec qui nous partageons nos expériences, tant médicales que récréationnelles. Merci à Sunil pour nous avoir accueilli à la guest house et avoir surveillé scrupuleusement nos heures de rentrée.

Un grand merci à nos familles et à nos proches pour leur soutien, tant financier que moral, qui fut important au fil de cette expérience.

Nous tenons également à remercier aussi nos patients, pour leur gentillesse malgré les épreuves, pour les heures de jeux avec les plus petits et pour les efforts des plus grands à « décoder » notre bengali balbutiant.

Finalement, nous tenons à remercier le Dr. Philippe Chastonay et l'UDREM de nous avoir offert l'opportunité d'effectuer ce stage.



Eveline Gutzwiller

Pauline Jaggi

Nuvira Kotalawala

Chun-Yi Tsai





# ANNEXES

## Interviews

### **Ms. Ratna Di, Tegharia, Bengal Occidental, juin 2010.**

#### **Tout d'abord, pouvez-vous vous présenter brièvement ?**

Mon nom est Ratna Di. Je travaille ici depuis... 6 ans, maintenant c'est ma septième année. Je travaille dans l'unité Health Education-Health Promotion. Je suis une professionnelle de la santé. Je m'occupe du programme Network et des Women Peace Councils.

#### **Et en quoi consiste votre travail ici au quotidien ?**

En fait, la majeure partie de notre travail est hors de l'IIMC. Comme je l'ai déjà dit, nous travaillons dans l'unité HE/HP. Pendant notre travail, nous avons vu que la majorité des gens qui viennent – la majorité des femmes, puisqu'on travaille avec les femmes - viennent de villages, et ne sont pas très éduquées, et c'est pour cela qu'elles souffrent de nombreuses maladies. Donc, on travaille à les éduquer par le biais de notre unité HE/HP, ainsi elles peuvent prévenir de nombreuses maladies et elles avoir une famille en bonne santé

#### **Et quelle est la taille de ce programme aujourd'hui ?**

L'unité HE/HP a maintenant 40 Networks. Network signifie que dans les villages, dans les régions rurales, où les médecins de l'IIMC ne peuvent pas aller, certains NGO ou clubs locaux nous contactent pour travailler avec eux, pour les aider. Donc, en 1<sup>er</sup> lieu, on va les visiter, visiter les lieux, pour voir s'il y a vraiment besoin de notre aide ou pas. Ensuite, on sélectionne des femmes ou des filles du village, qui doivent au moins avoir accompli la 10<sup>ème</sup> année de scolarité. On les éduque, on les entraîne pour travailler là-bas en notre nom, parce qu'on ne peut pas y aller tous les jours. Ce sont donc nos partenaires et elles travaillent là-bas en notre nom. Et nous avons donc 40 Networks dans tout le Bengale Occidental.

#### **Et quels sont les critères pour choisir ces villages ?**

Les villages postulent auprès de nous. Tout d'abord nous regardons s'ils ont un comité organisateur ou pas. Si la démarche est faite par une ou deux personnes, nous ne pouvons pas sélectionner ce village. S'il y a un bureau permanent, s'il y a un comité, avec au moins 8 personnes dans le comité, un président, un secrétaire, alors là, on va voir le village. Quelles sont les conditions de vie des gens ? A quelle distance du village est le centre de soins de base ? A quelle distance est l'école primaire ? Et s'ils font leur travail, s'ils feront le travail pour lequel l'IIMC les aiderait ? Ensuite, en fonction de ça, on sélectionne les villages. Ensuite, on les appelle, pour sélectionner 7 ou 8 femmes ou filles locales, qui ont fait au moins la 10<sup>ème</sup> année de scolarité, on les amène ici (indoor) et on les teste, non pas sur

des connaissances académiques, littéraires, mais sur leur capacité à raisonner, à convaincre les mères du village qu'il faut faire ça et pas ça, que si tu fais ça, ce sera sûr, mais que si tu fais ça, il pourrait y avoir des conséquences sur la santé, donc comment elle peut communiquer, comment elle gère les situations, parce quand tu travailles avec des villageois, ils peuvent poser plein de type de questions, donc on regarde simplement quelle est l'intelligence de la fille ou de la femme. Ensuite, on en sélectionne 3. Comme on forme toujours 4 ou 5 networks en même temps, cela fait qu'une quinzaine de femmes viennent ici, à l'indoor, et pendant 7 jours nous les formons ; comment parler aux gens, comment se comporter avec les gens, qu'est-ce qu'est l'ICP ( ??? ), que sont les soins anténataux, comment apprendre aux mères... parce que les gens pauvres ne peuvent pas avoir chaque jour des œufs, du lait, de la viande, du poulet, etc, donc leur apprendre quels nutriments se trouvent dans la nourriture que l'on a tous les jours à la maison. Donc on leur enseigne ça et ensuite elles retournent dans le village et elles travaillent.

### **Quel est votre cursus avant de travailler à l'IIMC ?**

Avant de venir à l'IIMC, je vivais en Odessa. Je vivais là depuis 1979, et nous sommes venus là en 2002, quand mon mari a pris sa retraite, et en 2003, j'ai rejoint l'IIMC

### **Avant de rejoindre l'IIMC, vous travailliez déjà dans ce domaine ?**

Oui. En fait, je travaillais comme enseignante, dans une école en Odessa, mais je faisais partie d'un Lady's Club qui faisait aussi ce type de travail social. Enfin, pas ce type, mais nous travaillions à propos de l'éducation à la santé, ce type de choses. J'ai toujours eu cette intention de faire quelque chose pour les gens pauvres, vivant dans des lieux reculés. J'aime ça.

### **Vous travaillez à temps plein pour l'IIMC ?**

Oui, à temps plein

### **Et vous êtes volontaire ou vous touchez un salaire ?**

En fait, nous sommes tous appelés volontaires, parce que nous touchons un peu d'argent pour notre engagement, mais c'est de l'argent de poche. On ne vit pas, avec ça.

### **Quelles sont vos motivations à travailler dans un projet comme celui-ci ?**

Vous venez ici, vous restez quelques jours, et si ça vous intéresse, vous allez automatiquement être de plus en plus motivé, parce que cet environnement est vraiment un bel environnement de travail

**Si vous receviez de l'argent pour améliorer quelque chose dans le projet, qu'est-ce que vous feriez en premier ?**

Je pense que le plus important c'est que chaque personne travaillant sur ce projet, chaque personne, travaille honnêtement et sincèrement, ce n'est qu'ainsi qu'on peut améliorer le projet, toujours plus

**Nous avons parlé du Network. Comment cela se passe-t-il pour les Women Peace Councils ?**

En fait, pour les WPC, nous choisissons 10 femmes d'un groupe de microcrédit, et nous les préparons aussi ici. Nous sélectionnons une cheffe de groupe. Dix femmes avec une cheffe, c'est un groupe WPC, et maintenant, nous avons 21 groupes, et très bientôt 25

**Donc il y a 21 groupes WPC et 40 groupes de Network. Si j'ai bien compris le Network et pour l'éducation à la santé**

HE/HP, oui. Et le but des WPC est d'améliorer la situation culturelle et sociale de la femme. Pour qu'elles se considèrent elles-mêmes comme faisant partie de la société. Parce que, vous savez, dans notre société les femmes sont très négligées. Nous essayons donc de les amener à une position où elles seront respectées, par les locaux et les membres de la famille. Et c'est ce qui se passe. Pour chaque groupe. Les femmes qui en font partie acquièrent un statut spécial dans leur communauté. Les autres villageois savent que s'ils ont un problème, ils vont voir le groupe, et ils vont résoudre le problème

**Vous avez dit que les femmes en Bengale Occidental, et en Inde en général, sont négligées. Pouvez-vous nous en dire un peu plus ?**

Elles sont négligées dans le sens qu'il y a beaucoup de restrictions pour elles. Il y a des choses que vous ne pouvez pas faire, simplement parce que vous êtes une fille. Et ça commence dès la naissance. S'il y a un frère et une sœur, le frère recevra certains avantages des parents, surtout les personnes âgées, la grand-mère. Ils vont donner le gros poisson au garçon, le petit poisson à la fille. Parce que le garçon va rester dans cette famille, alors que la fille va partir dans une autre famille. Et plus les enfants grandissent, plus ces discriminations augmentent ; le garçon devrait aller à l'école, la fille devrait aider la mère à la maison. Donc depuis l'âge le plus tendre, les filles sont habituées à penser qu'elles ne sont personne, et que les hommes sont le pilier de la famille. Mais ce n'est pas le cas. Maintenant, la situation change, mais incomplètement

### **Donc vous aidez ces changements via les WPC...**

Oui, on essaie. Maintenant les gens réalisent que les garçons et les filles sont égaux, mais ils n'agissent pas en conséquence. Il y a toujours beaucoup de mariages précoces de filles dans les villages

### **Et les mariages sont arrangés ?**

Oui, souvent arrangés par la famille. Parce que les parents pensent « si on la marie, nos responsabilités envers elle sont terminées. » Mais ce n'est pas vrai. Une autre responsabilité commence, parce que la fille va devenir une mère, elle va être enceinte, revenir à la maison ( ??). Les responsabilités continuent... En fait, je ne sait pas quelle est la psychologie derrière ça... Ils les marient juste... Donc la situation a changé de plein de manière, mais il y a toujours certaines choses qui se font.

### **Et quelle est l'influence du système des castes ?**

Oui... les castes sont aussi très mauvaises dans notre société, mais ça a beaucoup changé. Ce n'est plus un problème comme avant. Dans mon enfance, les brahmanes obtenaient tous les privilèges, mais maintenant c'est différent

### **Et les villages ont leur propre NGOs ?**

Oui, des petites NGOs, parce que dans chaque villages, ils essaient de faire quelque chose par eux-même pour les villageois. Il y a toujours de gens qui veulent améliorer les choses. Pour que nous les sélectionnions, il faut qu'il y ait en moins 8 personnes dans le comité, et que l'organisation soit enregistrée auprès du gouvernement

### **Et c'est difficile de s'enregistrer ?**

Non non. Si nous formions un groupe, on pourrait l'enregistrer !

## **Dr. Alok Mondal, Tegharia, Bengal Occidental, juin 2010.**

### **Pouvez-vous vous présenter brièvement ?**

Je m'appelle Dr Alok Mondal et je vis à Sonarpur. J'ai effectué mes études de médecine à l'Université de Kolkata. J'ai passé l'examen final en 1998 et j'ai fait un stage en tant que médecin junior à l'hôpital Sumunapuri. Puis, j'ai pratiqué en tant que médecin senior à l'Hôpital et Collège Médical Ayurvédique dans le département gynécologique et obstétrique. Ensuite, j'ai pratiqué en tant que RMO dans une maison de retraite. RMO est un médecin qui reste sur place et prend les patients en consultation en permanence. En 2005 j'ai rejoint l'IIMC et y travaille à plein temps. Je viens tout les jours, de 11 heure à 17 heure, excepté le dimanche.

### **Quelles sont vos motivations à travailler dans l'IIMC ?**

J'ai entendu que beaucoup de patients venant de zones rurales n'ont pas assez d'argent pour consulter d'autres médecins, car ces derniers sont trop chers. Mais ici la consultation n'est que de 5 roupies. Nous les soulageons. Notre intérêt est de soulager les gens pauvres, c'est pour cela que nous travaillons ici, même si le salaire n'est pas élevé, il y a un lien entre les patients et les médecins.

### **Quelle sont les maladies les plus fréquentes ?**

Ici, beaucoup de patients souffrent de tuberculose. Comme les patients viennent de zones rurales, ils ne s'alimentent pas correctement, ils ne consomment que des hydrates de carbone car ils achètent de la nourriture bon marché. Ils sont mal nourris. La malnutrition affaiblit l'immunité. Environ 10% des patients ayant la tuberculose vivent ici, en Inde. La tuberculose est une maladie infectieuse, causée par *Mycobacterium tuberculosis*. Les symptômes caractéristiques de cette maladie sont une légère fièvre la journée et une augmentation de la température le soir. Des malaises se produisent la nuit ainsi qu'une certaine faiblesse. Il y a aussi la toux hémoptoïque, ou non, qui se produit d'une manière continue sur plus de 21 jours en un mois ainsi qu'une perte de poids progressive. Donc les trois principaux caractères sont la fièvre discontinue, la toux et la perte de poids.

### **Diagnostiquez-vous souvent des patients ayant la tuberculose ?**

Oui, au début, j'ai commencé à travailler ici pour ne consulter que les patients atteints de tuberculose. En ce moment, nous avons beaucoup de patients atteints de tuberculose dans notre clinique de Tegharia et nous en recevons tous les jours en consultations, en notant leurs noms, leur durée de traitement qui est de 6 ou 8 mois.

### **Que pouvez-vous nous dire sur la lèpre ?**

Leprosus Lepromatous. Ici, il y a peu de patient atteints par la lèpre. Il y a 2-3% de patients touchés en Inde.

**Que pouvez-vous nous dire sur les femmes brûlées ?**

Nous avons beaucoup de patientes brûlées, car les femmes, ici, font la cuisine. On retrouve aussi fréquemment des cas de suicide. Lorsqu'une femme décide qu'elle ne veut plus vivre, elle s'imbibe de kérosène et se met le feu.

**Est-ce un vrai suicide ou est ce que ce sont les maris qui brûlent leurs femmes ?**

Non, parfois les maris le font. Sinon elles le font seules en se brûlant au kérosène ou en se pendant. Donc les suicides sont très fréquents ici.

**Pensez-vous que les femmes sont capables de se pendre elles-mêmes ?**

Oui, la semaine dernière une jeune fille s'est pendue à cause d'une histoire d'amour que les parents n'ont pas acceptée. La pendaison et les brûlures sont communes, les empoisonnements ou les somnifères sont aussi fréquents.

**Les hommes boivent-ils beaucoup d'alcool ?**

Ici, 95% des hommes boivent, mais des alcools de différentes qualités. Les personnes pauvres boivent l'alcool local qui est très dangereux. Les personnes de la classe moyenne ou supérieure boivent de l'alcool de qualité standard ou de marque. Ces derniers boivent avant de dormir et ne sortent pas ivres dans la rue. Mais 30% des personnes sont pauvres et alcooliques. Ils partent travailler en ville, gagnent de l'argent, et lorsqu'ils reviennent à la maison, ils commencent à boire. Ils souffrent de maladies hépatiques et d'ulcère peptique.

**Avez-vous vu beaucoup de maladies liées à l'alcoolisme dans l'outdoor ?**

Oui, beaucoup de personnes viennent ici et nous disent : « Docteur, j'ai des douleurs sévères ici » en montrant la région épigastrique. Lorsqu'on leur demande s'ils boivent de l'alcool ou s'ils fument, ils choisissent la première réponse.

**Est-ce que beaucoup de personnes fument ?**

Oui, beaucoup de personnes fument des biddies et non des cigarettes, car c'est moins cher.

### **Pouvez-vous nous parler de la malnutrition ?**

La malnutrition concerne la communauté pauvre, qui ont souvent six à huit enfants, qui n'ont pas d'argent et ne peuvent pas faire plusieurs repas quotidiens. Les mères n'allaitent pas leurs enfants donc les bébés ne mangent pas correctement et deviennent progressivement malnutris. Ce type de patients se retrouve seulement dans les communautés pauvres des zones rurales. Mais en ville et en zone urbaine, ce type de patients est rare.

### **Quels sont les accès à la contraception dans les zones rurales ?**

Le gouvernement tente de faire comprendre aux femmes mariées le concept de la contraception. Ils essaient de d'expliquer à chaque famille l'importance de n'avoir que deux enfants ayant un intervalle de 3 ou 4 ans. Ce n'est que lorsque le premier enfant va à l'école qu'ils peuvent avoir le deuxième et après celui-ci, ils doivent arrêter. Pour les hommes nous distribuons des préservatifs gratuitement. Notre équipe médicale va dans chaque maison et essaie de faire comprendre aux femmes mariées l'importance de prendre la pilule ou de convaincre leur mari de mettre un préservatif.

### **Doivent-elles acheter la pilule ?**

Non, le gouvernement fournit la pilule pour chaque femme. Mais la communauté musulmane néglige ces méthodes parce que celles-ci ne sont pas en adéquation avec leur religion. Ils disent que leur Dieu donne des enfants alors ils doivent les accepter. La communauté hindoue cesse après avoir eu deux enfants mais la communauté musulmane continue jusqu'à avoir 10 enfants.

### **La population hindoue est-elle en train de diminuer?**

Oui, la population hindoue est en train de diminuer mais la population totale est élevée car la communauté musulmane n'accepte pas ceci. Dans les zones rurales, certains hindous ne l'acceptent pas à cause de leur éducation. Certaines femmes pauvres pensent que si elles prennent la pilule, celle-ci va provoquer une tumeur et devront être opérées par la suite. Donc pour éviter l'opération elles négligent la pilule.

### **Concernant la douleur, nous faisons beaucoup d'injection de Diclofenac dans l'outdoor, quelles sont les causes principales ?**

Comme les patients viennent tous de zones rurales, ce sont des fermiers ou des agriculteurs, ils travaillent dur. Ils ont constamment des arthralgies ainsi que de l'arthrose. Les patients viennent ici et nous ne faisons pas de diagnostic, car ils demandent uniquement à soulager leurs douleurs. Mais si nous leur disons d'aller d'abord se faire examiner pour diagnostiquer la maladie ou pour faire une radio, ils n'acceptent pas. Donc nous donnons des injections et des médicaments, après cela si la



douleur n'est toujours pas soulagée, nous faisons des examens complémentaires. Si nous ne donnons pas d'injection de Diclofenac, « ils disent que le médecin est mauvais, que nous ne sommes pas des médecins. » Donc tous les jours, nous faisons 100 à 200 injections.

**Pour soulager la douleur des femmes brûlées, pouvons-nous leur donner des injections de Diclofenac ?**

Non, car elles peuvent avoir des problèmes rénaux ou autres.

**Lorsque vous voyez un patient ayant des douleurs, par exemple quelqu'un qui a un bras cassé, que lui donnez-vous pour soulager la douleur ? Une injection de Diclofenac ?**

Nous donnons aussi du Diclofenac mais dans notre indoor nous traitons les patients d'une manière appropriée, car si le patient meurt ici ou s'il est dans une situation d'urgence, c'est très mauvais pour nous. Dans l'outdoor, nous donnons les injections, mais dans l'indoor nous suivons les méthodes de manière appropriée.

**Pourquoi n'avez-vous pas donné d'anesthésie locale à la jeune patiente lorsque vous lui avez coupé la peau?**

Si nous donnions des anesthésies locales pour ce genre d'opération, nous devrions les donner pour toutes les opérations. Lorsque l'opération est de courte durée nous ne donnons pas d'anesthésie. Ça dépend donc de la sévérité de la maladie. Pour les grandes opérations de longue durée nous donnons une anesthésie locale sinon nous n'en donnons pas.

**Pourquoi n'avez-vous pas donné d'anesthésie lorsque vous avez drainé le fluide de l'articulation du genou ?**

Nous ne donnons pas d'anesthésie, car le drainage n'est pas très douloureux. Il y a une lésion traumatique et la collection de fluide entre deux cellules et nous drainons juste ce fluide à l'extérieur, ce n'est pas douloureux.

**Pourquoi n'avez vous pas donné de médicament pour soulager la douleur de la fille qui s'était brûlée les jambes?**

A cause des effets secondaires des injections, car c'était une jeune fille. A cause des effets secondaires, nous négligeons les injections pendant les pansements. Les effets secondaires peuvent provoquer un choc, une syncope ou des problèmes rénaux. Donc si nous ne faisons pas d'examen sanguin préalable, nous ne faisons pas d'injection. Lors du pansement journalier, même si la patiente

pleure, ce n'est pas dangereux. Par contre, si nous donnons une injection et que la patiente perd connaissance, à ce moment nous devrions l'emmener à l'hôpital et nous aurions des ennuis. Donc nous évitons les injections pendant les pansements. Mais dans les hôpitaux gouvernementaux, pour ces types d'opérations, de pansements, ils donnent un sédatif, pour que le patient dorme pendant le pansement. Ce sont de grands hôpitaux avec des anesthésistes, et tout le matériel nécessaire comme les masques à oxygène. Mais ici c'est un petit hôpital, tout n'est pas accessible, donc s'il y a une urgence nous ne pouvons pas contrôler. Donc nous évitons ce type d'injection, d'anesthésie parce que je suis seul ici, sans anesthésiste, sans oxygène. Dans une situation d'urgence nous envoyons les patients à l'hôpital qui se trouve très loin.

**Dans quel type d'hôpitaux envoyez-vous les patients ? Hôpital public ou privé ?**

Hôpital public.

## **Ms. Anindita Chaudhuri, Tegharia, Bengal Occidental, le 9 juin 2010**

### **Pouvez-vous vous présenter brièvement ?**

Mon nom est Anindita Chaudhuri. Je travaille dans cet institut depuis le 30 novembre 2009, dans le HE/HP, c'est à dire dans le « Health Education and Health Promotion unit » avec Ratna-di, Sujata-di et Adash. Je suis surtout impliquée, comme vous le savez, dans le groupe « Women Peace Council » et « Health Education and Health Promotion programme ». Je travaille ici surtout pour le développement des femmes rurales, leur justice sociale, leur bien-être et leur statut économique et social.

### **Quel a été votre cursus avant de travailler à l'IIMC ?**

J'ai fait un master en économie et non dans le domaine de la santé. Après avoir eu mon master j'ai rejoint l'institut.

### **Quelles ont été vos motivations à travailler dans un projet comme celui-ci ?**

Je cherchais un travail, j'ai eu des informations concernant l'IIMC et j'ai postulé ici. Je suis satisfaite, car je peux aussi travailler dans le milieu social.

### **En quoi votre travail consiste-t-il au quotidien ?**

Je travaille ici du lundi au samedi de 8:30 am jusqu'à 6:30 pm. J'aime bien ce travail parce que ça apporte diverses relations sociales dans le domaine de la santé, de l'éducation et dans le développement des populations rurales, surtout les femmes rurales.

### **Allez-vous rendre visite à ces femmes ?**

Oui, nous allons visiter les groupes « women peace council » dans les régions reculées, tous les jours sauf le lundi, car comme vous le savez, nous devons nous rendre à l'outdoor de Tegharia et nous devons assister, ici, au meeting continu du « Women Peace Council ».

### **Que faites-vous à Tegharia les lundis ?**

Nous travaillons en tant que « health workers ». Nous sensibilisons à la santé les femmes enceintes ainsi que les personnes malades. Nous les inscrivons dans l'association, prenons ainsi leur poids et leur tension artérielle.

**Si vous receviez de l'argent pour améliorer quelque chose dans le projet, que feriez en premier ?**

L'IIMC a commencé à travailler en premier dans le domaine de la santé, puis de l'éducation et de la micro-finance. Notre projet « Women Peace Council » est très récent, donc nous devons beaucoup travailler dessus et nous avons besoin de temps.

**De quoi parlez-vous et que faites vous lors des meetings avec le « Women Peace Council » les lundis dans le indoor clinique ?**

Les principes « Women Peace Council » sont de donner les moyens aux populations rurales, surtout aux femmes rurales, d'améliorer leurs conditions sociales et économiques.

Dans notre pays les femmes sont dominées par leur mari, elles travaillent beaucoup à la maison, mais si elles ne gagnent pas d'argent, elles ne sont pas reconnues. Donc nous voulons améliorer les conditions de ces femmes, de leur entourage ainsi que de leur environnement. Nous discutons avec ces mères de famille de leurs problèmes et nous essayons de les résoudre mutuellement et par la force.

Maintenant, nous faisons aussi quelques programmes éducatifs à travers ces « Women Peace Council » pour éduquer les enfants que les parents pauvres n'ont pas les moyens d'envoyer à l'école

**Pouvez-vous citer quelques exemples de problèmes auxquels les femmes rurales doivent faire face ?**

Il faut dire que les membres du « Women Peace Council » ont une meilleure condition de vie que les autres femmes du village, mais elles ont aussi quelques problèmes. Donc elles ont des difficultés de subsistance, pour maintenir leur condition de vie.

**Que faites-vous pour améliorer leur situation ?**

Nous leur apprenons à dépenser correctement leurs économies. Elles peuvent faire des emprunts<sup>11</sup>, non pas pour des consommations personnelles, mais pour faire des investissements dans le but de profiter de ces bénéfices.

---

<sup>11</sup> via le programme de micro-finance de l'IIMC.

**Est-ce pour cela que les banques de micro-crédits existent ?**

Oui, mais les microcrédits sont liés au « Women Peace Council ». Nous voudrions que plus de femmes rejoignent ces groupes de microfinance ou de « Women Peace Council » afin qu'elles soient plus prospères.

**Avez-vous déjà eu certaines difficultés avec leur mari ? Par exemple, est-ce que certains d'entre eux s'opposent à ce que leur femme fassent partie du « Women Peace Council » ?**

Oui. Tout au début du projet, lorsque nous avons recruté les femmes rurales au « Women Peace Council », nous avons dû faire face à ces problèmes, parce que dans les régions rurales leurs maris n'aimaient pas que leurs femmes sortent de chez elles pour travailler. Cependant, lorsqu'ils ont vu que leurs femmes ou filles faisaient du bon travail social pour leur foyer et pour les autres, ils ont reconnu leur travail et les encouragent désormais.

**Avez-vous aussi discuté avec les maris pour leur expliquer que ce travail ne consiste pas qu'à aider les femmes mais aussi tout le village ?**

Lorsque nous allons dans les villages pour créer un groupe de « Women Peace Council », nous ne discutons pas seulement avec les membres qui vont faire partie du groupe mais aussi avec les hommes de leur entourage, en leur expliquant le but principal du « Women Peace Council », leurs activités au sein du groupe, etc.

## **Dr. Sujit Brahmochary, Tegharia, Bengal Occidental, juin 2010.**

**Question d'ordre général : pourriez-vous nous parler de votre famille, du milieu dans lequel vous êtes né ?**

Je suis né dans une région pauvre, dans l'est du Pakistan (maintenant appelée Bangladesh), dans un village rural, et mes parents étaient de simples cultivateurs. J'ai six frères et une sœur, plus âgés que moi. Mes parents ne savaient pas lire et écrire, je suis donc la première génération d'étudiant dans ma famille. Mon père et ma mère étaient intelligents et comprenaient l'importance de l'éducation, bien qu'ils soient très pauvres. L'image de ce pays dans les années 50-60 était très pauvre, l'éducation n'était pas accessible aux personnes des régions rurales. Actuellement, la situation a peu changé. Je n'étais pas issu d'une caste supérieure, ni de la haute société : j'appartenais aux cultivateurs, aux paysans. Mais une chose m'a aidée : j'étais né « étudiant », et cela a tout rendu possible : en une génération, j'ai pu atteindre le collège, l'université, le « Kolkata Medical College », et je me suis même rendu en Europe, en Belgique où je me suis spécialisé en pédiatrie et ai travaillé à l'université en tant que docteur et professeur.

Ce fut pendant que je travaillais en Belgique que je réalisai que, en tant que docteur, je serais plus utile en Inde qu'en Europe. Mais le retour en Inde n'était pas simple, car je retrouvais mon milieu pauvre, et le pays était divisé à cause des problèmes entre Hindous et Musulmans. De plus, il est nécessaire, en Inde, de provenir d'une famille importante, d'avoir un soutien politique. Ce pays connaît également beaucoup de corruption. J'étais donc un peu effrayé de revenir.

Heureusement, j'ai eu la chance d'entrer en contact avec Mère Teresa durant l'hiver 89-90. Elle m'a dit : « Revenez en Inde, nous avons besoin de vous ». C'est ainsi que je suis revenu pour devenir le directeur médical du programme de Mère Teresa. J'ai travaillé deux ans avec elle (89-90), ce qui fut pour moi une très bonne opportunité. Après ces deux années, Mère Teresa me dit : « Docteur, vous devez commencer votre propre mission. Je ne construirai pas votre hôpital, vous devez tout faire vous-même. Essayez de germer quelque part, car je ne vais pas vous implanter ». Ce fut très important pour moi.

Ainsi, j'ai commencé à chercher où travailler, et j'ai fondé la clinique de Thegaria : je travaillais au départ dans une petite étable que je louais 50 roupies par mois. J'avais au début dix patients, puis quinze, puis vingt, et j'évoluai ainsi jusqu'à l'équipe que je possède à présent. J'ai donc débuté il y a aujourd'hui 18 ans : seul, avec dix patients, j'engageais progressivement des personnes de la région qui me disaient qu'ils avaient besoin de moi, qu'il y avait de plus en plus de patients, puis j'ai engagé des jeunes filles et jeunes hommes de la région, je les ai formés pour devenir des travailleurs, des infirmiers, des pathologistes, des pharmacologues et des radiologues. Ensuite, j'ai engagé des médecins (également de la région).

Maintenant, en l'espace de 18 ans, nous avons développé six centres médicaux, deux hôpitaux internes, une maternité ; nous comptons seize médecins et environ 150 employés médicaux.

Tout ceci n'est que la partie médicale . Nous avons en effet également développé l'éducation, ce que je trouvais très important. En effet, j'ai remarqué que 90% des gens de cette région n'avaient pas accès aux soins, ne pouvaient pas être pris en charge par un docteur, 60% des gens ne savaient ni lire ni écrire, et 30 à 40% ne mangeaient pas deux repas par jour. Vu cette situation sociale, j'ai cherché à

construire des écoles afin de prendre en main l'éducation des enfants. J'ai commencé à demander à mes amis d'Europe de parrainer l'éducation des enfants, à construire des écoles et à engager des professeurs. 3000 enfants ont été parrainés par nos amis européens (d'Italie, d'Espagne, de la Belgique, de la Suisse, d'Allemagne, d'Angleterre, du Danemark, de Finlande), et même japonais. En tout, nous avons des parrains dans 25 pays. A présent, ces 3000 enfants ont terminé leurs études ; ce sont tous des étudiants de 1<sup>ère</sup> génération. Nous avons continué jusqu'à maintenant à construire des écoles, et aujourd'hui nous en avons 24, fréquentées par 5000 enfants. Au total, nous avons pu organiser l'éducation de 10'000 enfants, tous des étudiants de 1<sup>ère</sup> génération.

Nous avons également commencé à soutenir l'émancipation économique des mères des régions rurales en appliquant le modèle du microcrédit. En ce moment, nous avons six banques avec environ 80 employés, et 25'000 femmes en sont les membres : cela signifie que 25'000 familles ont la possibilité d'entreprendre un projet leur permettant de gagner assez d'argent pour pouvoir manger deux repas par jour.

Chaque mois, nous traitons environ 15 à 20'000 patients très pauvres. En une année, nous aidons jusqu'à 300'000 familles, que ce soit dans le domaine médical, éducationnel, économique, social ou culturel.

Donc, ce projet a été initié il y a seulement 18 ans par une personne, et à présent, 600 personnes y travaillent à plein temps, 25 pays sont impliqués, chaque mois 15-20 bénévoles (des étudiants en médecine, en économie, en éducation, en social, en infirmerie) se joignent à nous pour apprendre et pour nous aider. Nous avons également des étudiants indiens, des travailleurs sociaux, des professeurs. En 18 ans, ce projet est devenu un institut du développement.

### **Avez-vous toujours eu l'idée de ce projet, alors que vous travailliez avec Mère Teresa ?**

Oui, au départ je ne savais pas que le projet deviendrait comme il est aujourd'hui. Mais il était clair pour moi, depuis mon enfance, que travailler pour les pauvres serait très important. A ce moment-là, je ne pouvais rien envisager car, comme je vous l'ai dit, mon milieu familial était trop pauvre. Mais progressivement, j'ai évolué : j'ai été au collège, à l'université, et même en Europe. Puis j'ai travaillé avec Mère Teresa pendant deux ans, c'est là que j'ai réalisé que c'était possible, que je pourrai aider les pauvres. J'ai commencé de façon très simple, je pensais ouvrir une clinique pour les pauvres, mais, heureusement, les gens du village, l'autorité locale, et mes amis des autres pays du monde ont commencé à me soutenir et le projet s'est développé rapidement : il y a 15-16 ans, je n'aurais jamais pensé qu'il deviendrait si grand, qu'autant de monde y participerait. J'en suis heureux, car nous l'étendrons encore : en effet, depuis notre début, nous nous sommes élargis, nous nous sommes améliorés d'année en année et nous n'avons jamais régressé.

### **Est-ce que vous recevez de l'argent du gouvernement, d'autres associations, des bénévoles ?**

Nous recevons des dons privés, spontanés de la part des Indiens, des personnes de la région, de nos amis, mais la plupart de l'argent vient de nos amis de l'étranger. Depuis le début, nous avons progressivement étendu nos contacts, nous avons développé des groupes IIMC en Italie, en Espagne, en Suisse, en Belgique, en Allemagne, en Angleterre, dans 25 pays développés. Ces groupes collectent des dons, des fonds, organisent diverses activités. Nous demandons également des dons à des petites organisations dans différents pays. En fait, 70-80% des dons viennent de l'étranger, de donateurs privés, de sponsors. Nous ne recevons ni ne payons d'argent au gouvernement, car cela nous impliquerait dans la corruption et la politique. Nous voulons rester indépendants de cela. Bien entendu, si le gouvernement me proposait de l'argent pour mon projet, sans aucune contrainte, je l'accepterais, mais ce n'est pas le cas, il y a toujours beaucoup de conditions. Nous survivons donc par nous-mêmes, en demandant et recevant des dons.

**Malgré votre milieu familial, comment avez-vous réussi à accéder aux études ? Aviez-vous de la facilité, des bons résultats ?**

Il est vrai que ma famille était très pauvre, mais le fait d'avoir six frères plus âgés que moi m'a favorisé. En effet, mes frères aînés ont fréquenté pendant un moment l'école secondaire, mais ils ont dû interrompre leurs études et travailler. Ainsi, au moment où j'ai commencé à aller à l'école, ils travaillaient et ma famille a donc pu financer mon éducation primaire et secondaire. A partir du collège, j'ai toujours obtenu une bourse de l'état. J'ai ensuite fréquenté une faculté médicale officielle, c'était gratuit, je n'ai donc pratiquement rien eu à payer pour l'université, et, comme j'avais de la facilité, j'ai de temps en temps donné des cours privés aux enfants afin d'avoir un petit revenu. J'ai ensuite obtenu une bourse de la Croix Rouge internationale (du département belge de la Croix Rouge) pour poursuivre mes études en Belgique.

J'ai donc reçu beaucoup de soutien, et j'avais toujours de bons résultats scolaires.

**Comment sélectionnait-on les étudiants pour les bourses ?**

En Inde, il y a plusieurs bourses, dont la bourse nationale, attribuée par l'état aux meilleurs étudiants. A l'époque, si l'on obtenait une note d'au moins 65%, on recevait automatiquement cette bourse nationale. Cela ne représentait pas énormément d'argent, mais c'était suffisant pour payer les études, la nourriture. A côté de la bourse nationale, il y avait également des examens spéciaux qu'on pouvait tenter, d'autres organisations, des bourses pour payer les livres, ...

**Avez-vous pratiqué en Belgique ?**

Oui j'ai travaillé en tant que pédiatre et professeur dans un hôpital universitaire durant un an et demi.



## **Quelle est selon vous la plus grande différence entre la Belgique et l'Inde dans la pratique de la médecine ?**

Il y a une très grande différence, c'est comme un mur. Comme je vous l'ai expliqué, je viens d'un milieu très simple, puis j'ai vécu en Belgique et travaillé dans un grand hôpital durant six ans. Ma spécialité était la prématurité. Dans l'hôpital où je travaillais en Belgique, nous avions à disposition du très bon matériel médical, nous pouvions sauver des bébés prématurés de 600-500 grammes en les plaçant dans un incubateur spécial. Nous dépensions chaque mois, chaque jour, 20'000 à 30'000 roupies. Bien sûr, en Belgique, les gens peuvent se le permettre, mais je comparais la situation à celle dans mon pays. Dans les régions rurales, parfois, un enfant qui naissait pesant 3 kilos mourait, car personne ne le nourrissait, il était sous-alimenté et ne recevait aucune vaccination contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos ou la tuberculose. Donc, pas besoin de beaucoup d'argent, d'un grand hôpital, d'équipement coûteux pour sauver des vies. Bien sûr, un grand hôpital bien équipé est toujours utile, mais, pour sauver des vies, l'essentiel est d'avoir une intention sincère d'aider les gens. En effet, 90% des gens n'ont accès à aucune infrastructure médicale. Si on leur apporte des soins primaires, on résout déjà 80% du problème. Seuls les 20% restants nécessitent peut-être un hôpital équipé.

Donc, quand j'étais en Belgique, j'ai vu les infrastructures médicales disponibles en Europe. En Inde, dans les régions rurales (où 80% de la population vit), ces grands établissements ne sont pas nécessaires pour sauver des vies. Pour cela, nous n'avons besoin que de choses très simples, comme la prévention, l'immunisation, l'éducation et l'établissement de quelques centres de soins primaires. Tout cela est peu coûteux mais permet de sauver des vies.

J'ai également constaté qu'en Inde, nous avons beaucoup de problèmes que l'on pourrait résoudre par un effort très simple, et que, en Europe, vous avez déjà éliminé ces problèmes en améliorant l'hygiène, la nutrition, l'économie, etc...

## **Quels sont les problèmes qui empêchent l'Inde d'atteindre ce niveau d'hygiène, de nutrition, ... ?**

En Inde, seul 16-20% de la population vit dans les grandes villes comme Delhi, Bombay, Calcutta ou Chennai. 80% de la population vit dans des régions rurales où il n'y a pas de route, pas d'électricité, pas d'école, pas de système d'éducation, pas même de toilettes propres. Cela veut dire que 80% de la population indienne tombe malade ou meurt d'un problème simple, que l'on pourrait soigner par un effort simple et peu coûteux. Dans une région rurale, sur 100 patients, 80 auront un problème simple que l'on pourrait résoudre grâce à des soins primaires, et 10-20 patients auront besoin de soins secondaires ou tertiaires.

Donc, en Inde, ce dont nous avons besoin est d'établir des centres de soins primaires ruraux, et d'établir des écoles pour l'alphabétisation. Puis, émanciper économiquement les familles pour qu'elles puissent se nourrir correctement. Si l'on ne s'occupe que de l'aspect médical, cela ne suffirait pas : on soignerait, on sauverait des gens, mais, après un mois, le même patient reviendrait avec le même problème, car il ne sait pas lire ou ne se nourrit pas correctement.

Il faut penser à ces trois éléments : les soins médicaux primaires, l'éducation primaire et l'édification de l'économie. En appliquant cela, après une dizaine d'années, on verrait le niveau de vie augmenter et beaucoup de problèmes se résoudraient comme en Europe.

**Quel a été le principal avantage d'étudier en Belgique ? Est-ce que cela vous a apporté quelque chose ?**

Oui. En ce qui concerne mon travail, pour ce que je fais actuellement, la formation *haute spécialisation* que j'ai eue en Belgique n'est pas nécessaire. Mais en tant que médecin, c'était important pour moi de connaître parfaitement mon domaine. Je suis pédiatre, j'ai voulu me spécialiser et étudier jusqu'au bout, le mieux possible. J'ai donc étudié au « Medical College of Bengal », une des meilleures universités d'Inde, avant d'aller en Belgique où j'ai pu perfectionner mon éducation.

La découverte d'autres pays a également été bénéfique. Si je n'avais pas vécu en Europe aussi longtemps, je n'aurais pas aussi bien compris quel est le problème dans mon propre pays. En vivant en Belgique, j'ai vu quel était le problème à propos des gens, et comment, avec une approche très simple, on pourrait les aider.

Donc, mon éducation m'a aidé, m'a apporté de l'assurance dans mon domaine. Je ne doute plus de mon savoir, je me sens un médecin accompli. Dans le même temps, j'ai visité d'autres pays, ce qui a été nécessaire pour comprendre les gens riches vivant dans les pays riches.

Ce que je fais maintenant : des soins primaires dans des régions rurales, de la santé publique. C'est en Inde que j'ai bien appris ces choses-là. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'a pas été nécessaire d'aller en Europe, mais mon domaine, la pédiatrie, est d'une qualité bien plus élevée en Belgique qu'ici. Je pense que, pour travailler en tant que médecin de premier recours, il est bien de vivre en Inde. Mais pour un spécialiste de plus haut niveau, l'Europe apporte beaucoup plus. J'ai eu la chance et je suis heureux d'avoir reçu l'éducation de l'Est, de mon pays, et d'avoir été spécialisé en Europe.

**A propos de l'IIMC : pourquoi engagez-vous des bénévoles du monde entier ?**

Au commencement, pour créer ce projet, je n'ai pas osé entreprendre quelque chose tout seul, avec mon milieu modeste. En Inde, je n'ai pas beaucoup d'amis riches, je ne suis pas impliqué dans la politique, ni issu de la famille du maharaja. De plus, j'avais passé mes dernières années en Europe. J'avais beaucoup de bons amis là-bas, c'est pourquoi, dès le début, j'ai invité mes amis à visiter ma région. Par la suite, j'ai réalisé que de nombreux étudiants européens venaient passer leurs vacances au bord de la mer, à la plage ; alors pourquoi ne pas plutôt venir pour une bonne cause, pour aider les pauvres ?

C'était donc dès le commencement un projet auquel les étudiants en médecine pourraient participer : aider les pauvres, et, dans le même temps, apprendre des choses au sujet de la médecine tropicale, des maladies infectieuses et de la médecine en développement. Telle était l'idée. Et indirectement, cette collaboration nous soutenait également, car les amis qui venaient nous aider en tant que bénévoles apportaient une contribution financière ou parrainaient un enfant.

Au début du projet, j'avais un bénévole italien. Aujourd'hui, les bénévoles sont toujours là. Si vous venez à Calcutta en tant que touristes, visiteurs, vous n'irez pas à Dhaki, ni ne serez accueillis dans un groupe de femmes ou une famille dans un village isolé, vous n'en aurez pas l'occasion.

Ce projet a été conçu, est né en tant que projet en association avec des étudiants en médecine du monde entier.

### **Comment recueillez-vous de l'argent en Inde ?**

En Inde, d'abord une première contribution venait de nos patients pauvres. Chacun d'entre eux paie 3, 4, ou 5 roupies. Nous avons ensuite développé un programme agricole. Nous cultivons beaucoup de riz, nous élevons des poissons, nous avons beaucoup de plantes. Cela nous rapporte un revenu. Et nous avons des donateurs, comme des amis riches, des clubs, des grandes compagnies. Ces deux dernières années, nous avons reçu le soutien de « GSK », une compagnie de médicaments. Elle trouvait que l'on faisait un bon travail et a été très généreuse envers nous. Donc, nous avons différents moyens de subvention.

### **Vous avez dit que les patients vous donnaient de l'argent. Lorsqu'ils entrent en indoor, ils paient 5 roupies et ils restent aussi longtemps que nécessaire ?**

Oui, car ces 5, ou 10 roupies ne sont que symboliques. Cela ne couvre pas le traitement, mais nous ne voulons pas considérer les patients comme des mendiants. Lorsqu'ils apportent une contribution, ils ne se sentent plus comme des mendiants, et personne ne les traitera comme des mendiants. Nous ne faisons pas de la charité, nous essayons de coopérer, nous travaillons pour une cause développementale. Bien entendu, quelqu'un d'extrêmement pauvre ne paiera rien s'il n'en a pas les moyens. Mais ce projet vise les plus pauvres parmi les pauvres, et donc seuls les gens très pauvres viendront vers nous. Notre projet est médical, éducationnel et socio-économique.

### **Et pour l'outdoor, les patients donnent-ils aussi de l'argent ?**

Ils paient 3 ou 4 roupies. A chaque fois qu'ils viennent, ils sont inscrits. Nous leur fournissons ce dont ils ont besoin.

### **Et est-ce que les patients paient pour leurs repas à l'indoor ?**

Non, comme ce sont des patients pauvres, une fois admis, ils paient environ 10, ou 15 roupies (je ne sais pas exactement) par semaine. Tant qu'ils sont là, nous leur donnons tout.

### **Et même les médicaments leur sont offerts ?**

Tout. Et lorsqu'ils viennent à l'indoor, il ne s'agit plus de soins primaires. Ils restent jusqu'à leur guérison. Quels que soient leurs besoins, nous les leur pourvoyons : nourriture, médicaments ou même une référence dans un centre spécialisé. Nous les y amenons et veillons à ce qu'ils soient correctement pris en charge. Donc, l'indoor est comme un terme. Nous ne pouvons pas tout faire ici, mais nous possédons un bon système de référence. Comme vous l'avez vu, nous pratiquons beaucoup de chirurgie plastique pour les brûlures, les fentes palatines ...

### **Où pratiquez-vous tout cela ?**

A l'Hôpital Universitaire, dans des hôpitaux privés et chez des amis médecins. Ainsi, nous profitons de ces hôpitaux publics, universitaires, privés et de nos amis professeurs.

### **Que pensez-vous des hôpitaux publics et privés ?**

Les hôpitaux publics dans notre pays sont déplorables et la situation est mauvaise. Mais grâce à leur assurance maladie, les gens riches fréquentent des hôpitaux privés, où la qualité est très bonne, d'un standard très élevé, mais très coûteux. Je pense que seuls 5% des gens peuvent y accéder. Ainsi, 80% de notre population est couverte par des missions bénévoles comme la nôtre ou des hôpitaux publics (de l'état), qui ne sont pas satisfaisants du tout et également des hôpitaux privés développés par des ONG ou des bénévoles (comme nous) de qualité assez bonne, mais payants.

### **Et que pensez-vous de la qualité des hôpitaux publics ?**

La qualité des hôpitaux publics est mauvaise. Je pense que si quelqu'un a suffisamment de moyens, il n'irait jamais dans ces établissements.

### **Selon vous, qu'est-ce qui serait à améliorer dans ces hôpitaux ?**

La corruption se trouve partout dans le Tiers Monde. Je pense que, comme ce sont des hôpitaux gouvernementaux, c'est au gouvernement de payer pour les améliorer progressivement. Tous les médecins, professeurs, employés travaillent pour le Ministère de la Santé. Je pense donc que le Ministère et le Gouvernement savent très bien quelles sont les mesures nécessaires à prendre. Je ne peux rien faire et la population non plus. Si je proposais une solution, quelle en serait l'utilité ?

### **Quelle est la qualité des hôpitaux privés ?**

Elle est bonne mais coûte très cher, car on paie tout. On peut choisir notre médecin traitant et notre traitement, ce qui donne dans les 5'000 à 10'000 roupies par jour. Or, dans ce pays, un Indien moyen gagne 1 à 2 dollars par jour (c'est-à-dire 100 à 150 roupies par jour).

### **Comment sélectionnez-vous les médecins et les infirmières pour l'IIMC ?**

Pour les médecins, je n'ai pas beaucoup de choix, car notre organisation est bénévole et ne peut pas leur fournir un salaire adéquat. Nous demandons plutôt l'aide d'amis. Nous sommes ici seulement seize médecins. La plupart d'entre eux ne travaille qu'à temps partiel (un à trois jours par semaine, pendant 2-3 heures). Nous sommes trois à travailler à plein temps (le Dr. Alok, la Dre. Dipali et moi-même). Ce sont tous des bénévoles et nous leur donnons un peu d'argent pour payer leur transport par exemple.

Les jeunes hommes et filles intéressés à être bénévoles sont formés dans ce centre. Ils ne sont pas des universitaires ni des professionnels, car ce serait trop coûteux. Nous n'acceptons donc ici que les personnes bénévoles, je les forme et ils nous aident ainsi. Ils travaillent pour nous pendant 1 ou 2 ans, apprennent, et, dans le même temps, cherchent un travail pouvant leur rapporter un revenu. S'ils en trouvent un, ils s'en vont. C'est la raison également pour laquelle je n'ai pas développé de centre secondaire. Car nous n'avons pas de vrais professionnels. Nous nous maintenons au niveau primaire et je pense que ce n'est pas difficile d'y travailler.

### **Vous dites que vous leur donnez un petit salaire ?**

Oui, nous donnons un petit salaire aux bénévoles qui correspond plutôt à de l'argent de poche. Quand ils viennent, nous leur expliquons que l'IIMC n'est pas le bon endroit s'ils cherchent un travail, mais, par contre, s'ils ont du temps à donner, ils sont les bienvenus et nous leur offrirons un salaire couvrant leurs frais de transports entre autres, mais ils ne pourront pas vivre de cela. C'est peut-être une bonne chose pour les femmes au foyer, leur mari ont un bon travail, ainsi elles n'ont pas besoin d'un vrai revenu, elles peuvent venir nous aider, faire du bon travail, ce qui est bien pour leur image sociale.

### **Même si vous êtes content du fonctionnement du projet, ne regrettez-vous pas parfois de ne plus pratiquer la médecine ?**

C'est vrai que c'était très dur au début, car j'étais réellement un bon médecin. Je n'avais pas commencé ce travail dans le but de monter ce projet. À la base, je voulais uniquement aider les pauvres. J'ai ainsi travaillé ici en tant que médecin pendant 13-14 ans. Mais le projet a eu beaucoup de succès, et comme j'en étais le centre, j'ai été poussé à la place la plus importante.

Si j'avais continué à travailler comme médecin, je traiterais aujourd'hui une cinquantaine de patients par jour. Mais en étant directeur de l'association et comme j'ai 14 médecins participant au projet, on

peut dire que je traite 400-500 patients par jour sans compter mes autres programmes. J'ai ainsi finalement renoncé à la pratique médicale tellement le projet est devenu grand.

Je reste cependant en contact avec le milieu médical. Je pratique un peu, je donne des conférences tout en étant avant le directeur de l'IIMC.

Soigner, sauver, guérir, c'était de la charité, mais je devais développer la partie éducative, économique et sociale. C'est pourquoi le projet est devenu totalement développemental, et, grâce à cela, nous pouvons apporter la solution au problème de la pauvreté. Comme je dirige le système entier, je suis impliqué dans un peu tous les domaines. C'est pourquoi je ne peux plus pratiquer la médecine.

En réalité, la partie médicale ne représente que les 30% du projet, c'est une part importante, mais nous avons développé les autres domaines cités.

### **Ces autres domaines sont-ils arrivés dans le projet comme une suite logique ?**

Exactement, ils ont été développés, car ils étaient nécessaires. En effet, après trois ans de pratique médicale, j'ai vu que les patients que je soignais et guérissais revenaient souvent après une semaine, un mois, avec les mêmes problèmes. Je n'ai d'abord pas compris ce qui se passait, mais j'ai ensuite découvert que, parmi mes patients, 80 à 90% ne savaient pas lire ni écrire. Ils ne pouvaient donc pas comprendre ce qu'étaient des bactéries et des virus, distinguer la bonne eau de l'eau sale, ils ne pouvaient pas lire mes prescriptions (écrites dans la langue locale).

J'ai alors pensé que travailler dans le milieu médical (guérir, soigner et sauver des vies) était insuffisant pour améliorer la situation. Je devais envoyer des enfants à l'école. Alors, j'ai commencé avec 10 enfants. Ils furent parrainés et scolarisés. Nous avons ensuite commencé à construire des écoles.

Après trois ans, nous avons constaté que beaucoup de mères venaient régulièrement nous parler de leurs problèmes d'alimentation. Leur famille ne mangeait pas deux repas par jour. Nous avons donc démarré un programme économique, adoptant le modèle de microcrédit, et cela a bien fonctionné.

Nous avons ensuite mis en place le Women Peace Council, pour l'émancipation sociale, culturelle et intellectuelle des femmes. Les femmes rurales y apprennent à gérer leur village. Il ne s'agit pas de femmes maltraitées, comme dans le nord, mais il faut les habiliter, leur donner des opportunités sociales, culturelles et légales car elles ont beaucoup de talents.

Nous pensons à tout ce dont une famille pauvre a besoin. Nous tentons d'aider les gens, d'améliorer leur situation, de résoudre les problèmes sociaux, politiques, de castes. Une fois qu'elles ont été revalorisées, elles peuvent prendre leur vie en main.

### **D'où provient tout le matériel médical?**

En Inde, si on a l'argent, on peut acheter tout le matériel nécessaire. Heureusement, nous le pouvons en collectant de l'argent et en achetant le matériel local (80%) parce qu'il est moins cher qu'en Europe. Bien sûr, 15-20% du matériel vient aussi des étudiants, et de visiteurs.

### **Pourquoi est-ce que l'indoor n'est destiné qu'aux femmes et aux enfants, alors qu'en outdoor vous recevez les hommes aussi ?**

Le nom officiel du projet est « Institute for Indian Mother and Children ». Le but est d'apporter un soutien aux enfants et aux mères, car ce sont eux les plus faibles et les plus vulnérables de notre société. Les enfants sont les futurs citoyens, les femmes sont le cœur de la population, elles ne sont jamais prises en charge.

Nous avons donc décidé de venir en aide à ces deux types de population. Notre support principal leur est destiné. Mais naturellement, en outdoor, dans les petits villages où nous avons nos cliniques (les seules de ces régions), les hommes sont aussi admis en cas de problème de santé.

Nous apportons donc notre aide là où il n'y a rien, mais dans les grandes villes, tout est destiné aux enfants et aux mères. Par exemple le microcrédit est pour les mères, la sponsorship pour les enfants, tout comme l'éducation, et le centre indoor pour les mères et les enfants.

### **Le microcrédit n'est destiné qu'aux femmes ?**

C'est uniquement pour les femmes, mais il y a des hommes qui les aident. Ils travaillent ensemble.

### **Comment les patients sont-ils admis à l'indoor ?**

Nos cliniques outdoor offrent la sélection. Nous avons observé que, parmi les patients venant à l'outdoor, 80% ont de simples lésions pouvant être soignées sur place.

Parmi les 20% restants, 15% sont des cas graves, et nous les référons aux hôpitaux publics et universitaires du gouvernement, car nous n'avons pas les moyens de les traiter. Beaucoup souffrent de malnutrition ou d'infections sévères. Nous avons 20 lits au centre (indoor) de Tegharia et 20 lits au centre de Dhaki. Nous essayons de traiter le plus de patients possible en outdoor, car l'indoor est très coûteux pour l'association. Lorsqu'un transfert à l'hôpital n'est pas nécessaire, nous admettons les patients qui ont besoin d'être quotidiennement suivis. La sélection pour l'admission en indoor se fait donc en outdoor par les médecins.

### **Donc, seuls 5% des patients entrent en indoor ?**

Oui, 5% viennent en indoor, 80% reçoivent le traitement (en outdoor) et rentrent chez eux, et 15% sont transférés dans d'autres centres.

### **N’y a-t-il pas de problèmes avec les familles des patients qui entrent et restent en indoor ?**

Si, et c’est dommage. En effet, lorsque nous prenons un enfant en indoor, la mère sait que c’est important et veut venir avec, mais elle a d’autres obligations. Par exemple, elle a d’autres enfants à la maison et son ménage à tenir. Il arrive donc souvent que les mères, bien que voulant rester en indoor, ne le peuvent pas, ce qui rend les choses difficiles.

Les gens pauvres n’ont personne pour les aider, leurs voisins ne peuvent pas.

### **Quels sont les projets futurs de l’IIMC ?**

Nous avons déjà notre projet actuel : centre médical, éducation et écoles. Nous visons à construire chaque année au moins trois écoles. En effet, 50-60% des gens des régions rurales sont analphabètes par manque d’école. Nous savons bien que nous ne pourrions pas résoudre tous les problèmes en Inde, mais au moins, si nous pouvions construire chaque année trois écoles, cela serait déjà efficace. Nous voulons parrainer et scolariser le plus d’enfants possible.

Nous voulons également construire des centres pour handicapés dès que possible. Car nous avons des écoles, des résidences pour les étudiants, mais beaucoup d’enfants souffrent d’un handicap, et, pour une famille pauvre, c’est une situation insupportable. Nous avons déjà des petits centres pour handicapés pouvant accueillir 50 enfants, nous voulons les agrandir et accueillir cent enfants en plus.

Nous voulons étendre le projet de microcrédit, monter plus de banques pour les mères et, en particulier, agrandir notre centre médical de maternité à Dhaki, car, dans cette région, toutes les femmes accouchent chez elles ou dans la rue. Donc, nous espérons étendre le parrainage des enfants, la construction des écoles, des centres pour handicapés, des résidences pour orphelins, et des centres de maternité.

### **Les centres pour handicapés sont-ils destinés au handicap mental ou physique ?**

Nous avons commencé par le handicap physique uniquement, car nous n’avons pas les professionnels nécessaires pour prendre soin des enfants mentalement handicapés.

### **Une dernière question : comment décririez-vous ce projet, en une ou deux phrases, à une personne n’en ayant jamais entendu parler ?**

Ceci est une initiative pour les Indiens pauvres, et nous voulons apporter un effort développemental pour améliorer la situation de ces personnes dans les domaines médical, éducationnel et économique.



Je désirerais que les étudiants en médecine, ou d'autres jeunes, ou n'importe quels types d'employés se joignent à nous et apportent leur aide pour résoudre ces problèmes simples : médicaux, pauvreté et d'analphabétisation.

Nous n'avons pas besoin de beaucoup d'argent. Avec peu, nous pouvons régler ces problèmes. Nous avons seulement besoin de sincérité, de détermination, de soutien ainsi que de coopération. Si chacun coopère, nous pouvons faire beaucoup, et, au moins, nous servirons d'exemple comme quoi il est possible de régler ces problèmes.

## **Interview de Ms. Barnali Brahmochary, Tegharia, Bengal Occidental, juin 2010.**

### **Tout d'abord, pourriez-vous vous présenter brièvement ?**

Je suis Barnali Brahmochary. Je travaille en temps que coordinatrice de l'unité Education de l'IIMC depuis 18ans.

### **En quoi consiste votre travail au jour le jour ?**

Et bien, l'IIMC à 3 unités ; l'unité médicale, l'unité Education et l'unité Microcrédit. Je travaille dans l'unité éducation. Dans l'unité éducation, nous menons 3 programmes : un programme de sponsorship – les familles très pauvres, qui veulent envoyer leurs enfants à l'école, mais non pas d'argent pour acheter les livres, le matériel scolaire, n'importe quoi... Nous les aidons. Via le programme de sponsorship, nous aidons ces enfants à aller à l'école. Le 2<sup>ème</sup> programme : nous dirigeons des écoles. Dans certaines zones, il n'y a pas d'écoles, ni privées, ni publiques. Donc nous avons construit 24 écoles dans différentes régions rurales. Il y a 5'000 élèves dans nos écoles, et 200 enseignants pour s'en occuper. Et nous dirigeons aussi des centres pour les handicapés, pour les filles, et aussi une résidence pour les garçons, près des écoles.

### **Comment sélectionnez-vous les enfants pour le programme de sponsorship ?**

Quand on a commencé le projet, j'ai visité maison après maison pour collecter les enfants, pour les envoyer à l'école. Mais maintenant, après 18 ans que nous travaillons sur ce projet, ils viennent. Les gens de famille pauvre, ils savent « si je vais parler à l'IIMC, ils peuvent m'aider pour l'éducation de mon enfant ». Donc chaque lundi ils viennent, on discute avec eux, parce que nous avons certains critères, comme le statut financier, toujours sous le seuil de pauvreté, les parents sont illettrés. Ils peuvent avoir leur propre maison, en terre, en bambou, avec des murs en briques, toit en tôle, en amiante (sic), mais ils n'ont aucun terrain de culture, parce que nous aidons les gens sans-terre.

### **Et pour les écoles que vous avez construites, comment sélectionnez-vous les villages ou les régions ?**

Dans certaines régions, les gens sont venus nous voir pour nous dire « il n'y a pas d'école, l'école la plus proche est à 4-5 km, pour les petits enfants, c'est très difficile d'y aller et de revenir chaque jour à pied, donc ils ne vont pas à l'école ». Donc les gens de ces régions sont venus vers nous et nous ont demandé de construire une école pour les enfants, et donc on a construit une école là-bas.

### **Combien d'élèves avez-vous aujourd'hui dans vos écoles ?**

Plus de 5'000 élèves. Et 200 enseignants.

**Quel est votre cursus avant de rejoindre l'IIMC ?**

J'ai étudié les sciences. La biologie. Et j'ai rejoint l'IIMC juste après avoir fini mes études.

**Quelle sont vos motivations à travailler pour l'IIMC ?**

On a commencé le projet avec seulement 15 enfants et 3'000 roupies. 15 enfants sponsorisés par 15 amis belges, et après ça, aujourd'hui, plus 2'500 enfants sont sponsorisés, et, vous savez, ça représente beaucoup, beaucoup d'argent. Et donc c'est un grand succès pour nous tous puisqu'on a commencé avec 15 enfants et 3'000 roupies. C'est un très, très grand succès

**Et de quels pays viennent les sponsors ?**

Ils viennent de 16 ou 17 pays ; Italie, Espagne, Angleterre, Hollande, Japon, Canada, Australie, Slovénie, Danemark, Suède, Allemagne, Belgique, Suisse, Finlande, Autriche, ...

**Dans ces pays, il y a des petites NGOs qui trouvent les sponsors et envoient l'argent ?**

Oui. Ça marche comme ça. Il y a un enfant indien, d'une famille pauvre, et une famille européenne sponsorise cet enfant. C'est une connexion directe. Mais certaines familles européennes se rassemble et forment une petite NGO volontaire dans leur pays. Ils collectent de l'argent et l'envoie pour les enfants sponsorisés.

**Si vous aviez une certaine somme d'argent à investir pour l'IIMC, qu'aimeriez-vous faire en premier ?**

En ce moment, nous avons besoin d'argent pour construire un foyer pour les orphelines. Parfois le père est mort, la mère, ou les 2. Ces enfants vivent souvent chez des parents éloignés, mais ils sont très négligés. Parce que ce sont des filles, parce qu'elles n'ont pas de parents et parce qu'elles n'ont pas d'argent.

**Et pour les garçons qui sont orphelins ?**

Oui. Pour les garçons, nous avons une résidence. A Hogolkuria, une résidence de garçons. Il y a 34 garçons qui y vivent, juste au dessus de l'école.

**Donc c'est un projet que vous menez actuellement, ce foyer...**

Oui. Et nous pensons aussi créer un grand centre pour les filles handicapées, comme celui à côté. Mais celui que nous avons ne peut accueillir que 30 personnes et il y a beaucoup de filles souffrant de handicap.

**Et pour la résidence à Hogolkuria, par exemple, comment sélectionnez-vous les garçons qui vont y vivre ?**

Et bien, c'est surtout quand le père est mort, la mère est morte, ou ils sont très malades, mais l'enfant est brillant. Parce qu'on ne reçoit aucun argent de la famille. On paye pour la nourriture, l'éducation, les vêtements, les uniformes. On leur donne tout ce dont un enfant a besoin.

**Et en Bengale Occidental en général, quel est le niveau d'éducation de la population ? Y a-t-il beaucoup d'illettrisme ?**

Oui, beaucoup de gens sont illettrés. Dans les villages, 38% des gens sont illettrés. Encore maintenant. Ils peuvent écrire leur nom, le plus souvent. Il y a quelques années, le gouvernement a commencé un programme d'éducation pour les adultes. Ils ont formés des femmes, qui pouvaient alors enseigner aux femmes illettrées à écrire leur nom, adresse, à compter l'argent, tout ça. Mais après 2 ans, le projet s'est effondré. Les femmes ne viennent plus au centre de formation.

**Pourquoi, d'après vous, y a-t-il autant d'illettrisme ?**

78% de la population indienne vit dans les villages. Dans beaucoup de villages il n'y a pas d'école. Et puis, vous savez, nous étions sous la colonisation britannique. Maintenant, c'est la célébration des 60ans de liberté de notre pays. Mais pendant ces 60ans, il y a beaucoup, beaucoup de problèmes... Maintenant ils disent que l'éducation est pour tout le monde, mais avant personne n'avait dit que l'éducation était pour tout le monde. Dans les villages, certains enfants ne vont pas à l'école. Quand ils ont 8 ou 9ans, ils arrêtent l'école pour aller travailler pour gagner de l'argent. Le travail des enfants existe encore beaucoup ici. Mais en 2006, le gouvernement a déclaré, par une loi, que en dessous de 14ans, les enfants ne peuvent pas travailler, ils doivent aller à l'école. Après ça, la gouvernement à prit plein d'initiatives, comme donner la nourriture de midi aux enfants à l'école, mais malgré ça, il y a encore beaucoup d'enfants qui ne vont pas à l'école. Et les mères sont illettrées.

**Y a-t-il une grande différence entre hommes et femmes en ce qui concerne l'illettrisme ?**

Oui. Il existe beaucoup de discrimination ici. Surtout dans les villages. Les garçons vont à l'école, mais la plupart des filles, arrêtent en classe 4 et ne vont pas en high school. Elles restent à la maison. Il y a des régions où il n'y a que des écoles pour garçons, donc les parents n'ont pas le droit d'y envoyer leurs filles, donc elles arrêtent l'école. Et ensuite, juste après, les parents organisent le mariage, à 14, 15 ans, ils organisent le mariage.

### **Quel âge doit avoir une fille pour être mariée ?**

18 ans. Et le garçon doit avoir 21 ans. Mais légalement ! Et personne ne suit cette loi. Parfois avec les enfants parrainés, on voit des élèves de classe 9 se marier. Et je dis « c'est un gros problème », mais j'essaie de les pousser, je dis « ok, si vous vous aimez, pas de problème, vous pouvez aller à l'école, finir votre éducation et ensuite vous vivrez ensemble ». Mais les parents... ils sont tellement illettrés et rétrogrades, ils disent « oh, ils sont mariés, ils vont vivre ensemble, ... plus besoin d'aller à l'école ! ». C'est très mauvais.

### **Que pensez-vous du mariage à 14-15 ans ?**

Parfois, nous organisons des programmes de sensibilisation, auprès des mères des enfants parrainés, et nous leur disons que ce n'est pas bon pour les enfants de se marier à 14 ans. Jusqu'à 18 ans, ils doivent aller à l'école, au lycée, ils peuvent recevoir une éducation, ensuite ils peuvent se marier ! Parce que certains changements physiologiques... ils ont besoin de temps pour ces changements, pour avoir un bébé... Mais les mères... parfois elles acceptent, mais parfois elles sont si sûres que « ma fille a 13, 14 ans, elle est si grande, je dois organiser le mariage ». C'est à cause de la superstition et de l'illettrisme.

### **Et pour l'accès à l'école, y a-t-il des différences entre les castes ?**

A l'école, il n'y a pas de problèmes. Pas de castes ! Cela pose problème seulement pour les mariages. Si vous épousez un garçon d'une caste plus basse ou plus élevée, alors c'est un gros problème pour la famille, pour la société.

### **Mais aujourd'hui, on observe encore ce problème ?**

Oui. Dans les villages. Si vous êtes une fille d'une caste supérieure et que vous voulez épouser un garçon d'une caste inférieure, c'est un problème. Oui, vous savez, souvent on voit dans les journaux : « Des parents ont tués leur enfants parce qu'ils se sont mariés en dehors de leur caste ». Donc ils tuent, parfois... les parents ! Pour éviter des problèmes avec la famille... tuent leurs enfants.

### **Est-ce que ce sont plutôt les gens de castes supérieures qui font cela ? Pour ne pas « régresser » ?**

Non, les 2 côtés parce que les gens de la caste supérieure ont dit à la famille de caste inférieure de le faire. Les deux familles ne l'acceptent pas. Et aussi pour les mariages entre hindus et musulmans. Dans la haute société, pas de problème. Mais les classes moyennes et les plus pauvres, ...

**Vous nous avez parlé du programme de *conscience des mères*. Donc ça inclut les mères des enfants parrainé...**

Oui

**Et de quoi parlez-vous, lors de ces meetings ?**

Et bien, je vous ai déjà parlé de certains problèmes que nous avons... Note message, c'est que les enfants devraient être à l'école jusqu'à 18ans. Après, ils peuvent aller à l'université ou commencer à travailler, et alors, les mères peuvent, si les enfants sont d'accord, organiser le mariage. Mais avant 18 ans, ce n'est pas bon pour une fille d'avoir un bébé, de se marier ou de quitter l'école. Donc on leur dit « laissez-les grandir ! Ensuite, vous pourrez organiser le mariage ». Parce que vous savez, ici, dans les familles pauvres, si un enfant se marie, ensuite la mariée devra faire tooouut le travail ménager ; la cuisine, le ménage, et tellement de tâches physiquement difficiles, elle doit le faire. Donc elle n'a aucune chance de continuer à étudier ! Personne dans la famille de son mari, personne ne l'autorisera à étudier, à aller à l'école, non ! Tu es mariée, tu restes à la maison et tu fais tout le travail ! C'est un travail stressant et difficile.

**Et maintenant, les choses changent un peu ?**

Oui. Avant, les filles arrêtaient toutes l'école très tôt, pour se marier. Mais maintenant, certaines étudient, vont à l'université, ... A l'université, elles ont 21, 22 ans, elles peuvent faire leurs propres choix.

**Y a-t-il des programmes de l'IIMC pour aider les jeunes n'ont pas les moyens d'aller à l'université ?**

Nous avons commencé un programme pour les étudiants brillants. Les enfants qui ont 80% à l'examen secondaire supérieur, s'ils décident d'étudier la médecine, l'ingénierie, ..., alors on peut leur donner des bourses spéciales. Mais ces enfants doivent passer un examen ici.

**Ici à l'IIMC ?**

Oui

**Donc les étudiants ont cet examen, et s'ils ont 80%, vous leur donnez une bourse ?**

Oui. Vous savez, d'abord ils ont l'examen secondaire, après la classe 10, l'examen officiel pour le Bengale Occidental, l'examen final. S'ils sont promus à cet examen, ils vont aller en classes 11 et 12, qui sont le secondaire supérieur, l'examen secondaire supérieur officiel. Ils le finissent, ils sont promus. A ce moment là, ils ont 18 ans. Alors ils peuvent aller à l'université. Donc à cet examen officiel, l'examen secondaire supérieur, ils doivent avoir 80%, et ensuite, ils doivent passer ici un

examen. Si cet examen est réussi, c'est-à-dire plus de 70%, alors nous donnons 1'000 Rs par mois à cet enfant.

### **Combien de garçons et de filles y a-t-il dans ce programme ?**

Nous avons commencé ce programme le mois dernier. Nous sommes encore en train de le construire. Nous avons plusieurs étudiants qui ont eu 80% à l'examen officiel, mais notre examen n'est pas satisfaisant. Seulement un enfant a été accepté, et nous attendons qu'il y en ait d'autres.

### **Pouvez-vous nous parler de l'organisation scolaire, des degrés, ... ?**

Il y a l'école pré-primaire, pour les enfants de 3 à 5 ans. Ensuite, l'école primaire, de 6 à 10 ans. Classe 1, 2, 3 et 4. C'est l'école primaire. Ensuite, à 11 ans, ils commencent l'école secondaire. Classe 5, 6, 7, 8, 9, 10. Jusqu'à 16 ans, ils doivent être à l'école secondaire. Ensuite ils ont l'examen final, après la classe 10. S'ils réussissent cet examen, ils vont en classe 11 et 12. Après 18 ans, après l'examen secondaire supérieur, s'ils réussissent cet examen, ils peuvent aller à l'université.

### **A l'école primaire, par exemple, quels sujets sont étudiés ?**

A l'école primaire... dans les écoles gouvernementales, la littérature, littérature signifie langue maternelle, donc ici, le Bengali, les mathématiques, XXXX. Et à l'école primaire, il y a aussi la géographie, l'histoire, l'anglais, sciences, ... 6 sujets, je crois... ah oui, culture générale, également. Et puis le dessin. Et pour l'école secondaire, physique, mathématiques, littérature bengalie, littérature anglaise, parfois l'hindi, histoire, géographie, sciences de l'environnement. Après la classe 10, vous décidez si vous voulez étudier le groupe des arts, c'est-à-dire histoire, géographie, bengali, anglais, ou le groupe des sciences. Mais jusqu'à 16 ans, vous devez étudier tous les sujets.

### **Et vous avez fait votre scolarité au Bengale Occidental?**

Oui, toute ma scolarité

### **A Calcutta ?**

Oui.

### **Vous avez eu la possibilité d'aller à l'école...**

Oui, parce que, vous savez, je suis née dans une ville, à Howrah. C'est une ville industrielle, qui a 500 ans de plus que Calcutta. J'ai grandi dans cette ville, donc pas dans un village, mon père travaillait

dans un bureau du gouvernement, donc tout était très ouvert, ce n'était pas un problème pour nous. Nous étions deux sœurs, nous avons étudié les sciences, nous sommes allées ensemble à l'université, ce n'était pas un problème.

**Pourquoi n'avez-vous pas continué la biologie ?**

Après ça, j'ai rejoint l'IIMC, je n'avais plus de temps pour étudier encore ou travailler en dehors.



## **Les 16 serments des réunions<sup>12</sup> :**

1. Nous devons obéir aux quatre principes : discipline, unité, courage et travail.
2. Avec l'utilisation des prêts, nous devons augmenter nos bénéfices/épargner plus/survivre/apprendre aux autres à survivre.
3. Nous devons prendre soin de l'éducation et de la santé de nos enfants.
4. Nous devons cultiver les légumes durant l'année pour toute notre famille. On peut aussi augmenter nos bénéfices en les vendant.
5. Durant la saison des plantations, nous devons semer autant de graines que nous pouvons.
6. Nous ne devons pas vivre dans une maison cassée. Il faut réparer la maison cassée ou en construire une nouvelle aussi vite que possible.
7. Nous devons garder une petite famille, diminuer les dépenses non nécessaires. suivre le planning familial pour une vie meilleure.
8. Nous ne devons pas accepter la dot pour le mariage de nos enfants, ne pas soutenir le mariage précoce de nos enfants.
9. Nous devons garder nos enfants propres ainsi que la maison. Nous devons aussi construire des toilettes.
10. Nous ne devons pas pratiquer d'activités illégales et ne devons pas non plus soutenir une personne le faisant.
11. Nous devons nous entre-aider lors de problèmes aigus.
12. S'il y a un problème chez l'un des membres du groupe, nous devons en parler et le résoudre avec tout le groupe.
13. Nous devons garder une communication régulière avec d'autres groupes, garder les bons aspects de ces groupes.
14. Nous devons apprendre l'idéologie du projet et transmettre aux autres ses bons aspects.
15. Nous devons instaurer dans le groupe une certaine discipline et moralité et participer à toutes sortes d'activités sociales ensemble.
16. Nous devons apporter la prospérité et la bonne santé dans notre famille et nous sommes déterminées à le faire.

---

<sup>12</sup> Traduction de l'anglais à partir d'un livret d'épargne lors de la rencontre d'un groupe près de Dhaki, 2010.

# BIBLIOGRAPHIE

## Sites Web

UNICEF. UNICEF : Unite For Children [en ligne]. Disponible sur : <[www.unicef.org](http://www.unicef.org)> (consulté le 13.07.2010).

MADHOK Sujata. Infochangeindia : Women : Background & Perspective [en ligne]. Disponible sur : <<http://infochangeindia.org/200210045931/Women/Backgrounder/Women-Background-Perspective.htm>> (consulté le 07.08.2010).

GRAMEEN BANK. Grameen Bank At A Glance [en ligne]. Disponible sur: <[http://www.grameen-info.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=26&Itemid=175](http://www.grameen-info.org/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=175)>(consulté le 08.08.2010).

WHO. WHO : World Health Organisation [en ligne]. Disponible sur: <<http://www.who.int>> (consulté le 13.07.2010).

WB Health. Departement of Health & Family Welfare : Govt of Bengale Occidentale [en ligne]. Disponible sur <<http://www.wbhealth.gov.in/>> (consulté le 13.07.2010).

Government of India, Ministry of Home Affairs. Official Website of Office of the Registrar General & Census Commissioner, India [en ligne]. Disponible sur <<http://www.censusindia.gov.in/default.aspx>> (consulté le 13.07.2010).

United Nation Development Programme. Human Development Report 2009 [en ligne] Disponible sur <[http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2009\\_EN\\_Complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Complete.pdf)> (consulté le 15.07.2010).

## Livres

Indian society and the making of the British Empire/C.A. Bayly. – Cambridge; New York: Cambridge Univ. Press, 1995. – 230 p. : ill. ; 24 cm

The Indian princes and their states: The Indian empire and the beginnings of modern society/B.N. Ramusack. – Cambridge; New York: Cambridge Uni. Press, 2004. – 309 p. : ill. ; 24 cm

The politics of India since Independence/P.R. Brass. – Cambridge; New York: Cambridge Univ. Press, 1990. – 357 p. : ill. ; 24 cm

Gender and discrimination: health, nutritional status, and role of women in India/edited by Manoranjan Pal [et al.]. – New Delhi: Oxford University Press, 2009. – 323 p.

Challenging welfare issues in the global countryside/edited by George Giacinto Giarchi. – Malden, MA; Oxford: Blackwell Pub., 2007. – 166 p. : ill. ; 23 cm

## Brochure

Short Introduction of IIMC Mission/ sans auteur. – IIMC; India, octobre 2009