

Rapport du stage d'immersion en communauté:

La santé dans une région rurale de l'Inde

Accès à la santé et problématiques majeures
dans l'état du Bihar.

Table des matières :

Introduction et motivations	4
Nos motivations	4
L'Inde et le Bihar: quelques informations	7
Géographie et démographie.....	7
Culture et société.....	9
L'association Écoles de la Terre	11
Nos activités	14
Les conditions de vie et les problématiques de santé au Bihar	17
Situation générale.....	17
Pathologies fréquentes, hygiène et prévention	18
Programmes gouvernementaux	21
La formation médicale et les systèmes de soins	24
Les différents systèmes de soins.....	24
La formation	26
Le réseau de soins : description de lieux	29
Camijuli.....	30
Les lieux	30
Personnel du centre	30
Fonctionnement et organisation	32
Les consultations.....	38
Medical college hospital Gaya	47
Les lieux	47
Organisation	48
Hôpital de Bodhgaya	53
Les lieux	53
Organisation	53
Programmes gouvernementaux et plan de vaccination	54
Surya Clinic et Dr B.K. Verma	59
Les lieux	59
Organisation	59

Le médecin	60
Cabinet privé du Dr A.N. Teterway	62
Les lieux	62
Organisation	62
Cabinet du Dr Alok	63
Les lieux	63
Le médecin	64
Conclusion et impressions	66
Remerciements	68
Bibliographie	70

Introduction et motivations

Ce rapport a pour but de présenter notre stage d'immersion en communauté, réalisé au mois de mai et juin 2010, en Inde, dans la région de Bodhgaya. Pour notre stage, nous avons décidé de partir dans un dispensaire de campagne créé par une association genevoise, « Écoles de la Terre ». Ce point de départ devait nous permettre de découvrir les problématiques principales de santé et d'accès à la santé des habitants des villages environnants. Nous avons pu explorer cette thématique à travers l'observation de consultations au centre de soins de Camijuli mais aussi en discutant avec de nombreux professionnels de la santé. Le texte qui suit est donc une synthèse de ces discussions, présentant les différents lieux que nous avons pu visiter, ainsi que l'état de santé général de la population dans cette zone rurale de l'Inde du Nord.

En guise d'introduction, nous aimerions faire part de nos motivations à l'élaboration de ce projet et à la réalisation de ce stage. Cela sera suivi par une courte présentation du pays et de sa culture pour aider à la compréhension de la suite du rapport. Viendront ensuite un chapitre présentant l'association et détaillant nos activités durant ces semaines de stage puis une description des conditions de vie et de l'état de santé dans l'État du Bihar, soulignant certaines des problématiques liées à la santé. Nous ajouterons encore quelques mots sur la formation médicale en Inde car nous avons eu l'opportunité de discuter avec des étudiants et nous présenterons, dans ce même chapitre, les différents systèmes de soins utilisés en Inde. Nous passerons ensuite au chapitre consacré au réseau de soins local avec une présentation, non seulement du centre de soins de Camijuli, mais aussi des autres lieux que nous avons eu l'occasion de visiter. Nous concluons en donnant nos impressions personnelles sur cette expérience. Certains chapitres seront suivis de photos tirées de notre collection personnelle et visant à l'illustration des propos précédents.

Nos motivations :

Flavie

J'ai toujours été attirée par l'Inde ; déjà adolescente, c'est un pays qui m'intriguait. Je connaissais mal son histoire, son système de castes, ses religions, son peuple et autres. J'avais néanmoins une vague idée des conditions de vie précaires des indiens mais je n'en avais aucune des conditions sanitaires, du réseau de soin mis en place et de son accessibilité au peuple. Le stage d'immersion en communauté fut donc une belle opportunité pour découvrir tous ces aspects méconnus. Depuis la deuxième année de médecine, il était prévu que je fasse un voyage en compagnie de Clémence dans le cadre de l'IMC. À l'origine, je désirais partir en Amérique du Sud, autre région du monde qui me captive, mais la barrière de la langue (je ne parle pas du tout l'espagnol) mit fin mot à cette envie. D'autant plus que cette destination n'intéressait pas spécialement Clémence ; elle préférait découvrir l'Asie. Nous nous sommes donc focalisées sur ce continent pour débiter nos recherches d'associations humanitaires. Fort heureusement, nous avons trouvé relativement aisément l'association d'« Ecoles de la Terre » qui nous accepta parmi leurs bénévoles, après quelques échanges de courriers électroniques et un entretien. L'hasard fit bien les choses : EDLT cible son

action humanitaire en Inde. Bien qu'il faille préciser que je ne refusais pas à découvrir d'autres pays de l'Asie, cette coïncidence m'a ravie. Par ailleurs, les activités mises sur pied par l'organisation m'ont immédiatement plu et intéressée. L'alphabétisation des enfants via l'ouverture d'écoles m'a toujours paru être un projet honorable et, de surcroît, primordial si nous souhaitons aider réellement les conditions de vie d'un pays pauvre. Bien évidemment, ce dernier souhait ne peut se réaliser sans un soutien sanitaire et alimentaire approprié, autre aspect visé par EDLT. L'idée de partir dans un pays nécessaire et d'y aider la population de n'importe quelle manière m'a toujours séduite. Mais si, en plus, cette aide se rattachait à la médecine, j'en étais davantage motivée et satisfaite.

L'existence du dispensaire de Camijuli fut l'occasion idéale d'effectuer notre stage. Vu qu'il est annexé à une école, il rassemble en un seul point les projets de scolarisation et de soutien médical, deux actions humanitaires qui me tiennent à cœur. Nous avons eu d'autres réponses favorables d'organisations humanitaires ; cependant, elles étaient situées dans les bidonvilles de grandes villes indiennes, telles que Calcutta. Quoiqu'une telle expérience doive énormément apporter- je n'en doute pas - je préférerais partir dans les campagnes de l'Inde, où la misère s'y trouve moins contrastée aux grands bâtiments des villes. Avant le départ, j'appréhendais de voir l'indigence du peuple indien mais, surtout, je redoutais de ressentir l'impuissance face au manque de moyens pour améliorer leur situation. La population des villages ruraux subit également la misère, mais, la possibilité de faire de l'élevage, de l'agriculture, de l'artisanat ou encore de travailler dans les marchés, la rend moins vulnérable à la pauvreté que celle des bidonvilles. Je pensais ainsi que le choc de la disparité avec la Suisse serait moins grand.

Ce voyage était ma première expérience humanitaire et je ne cache pas que j'avais quelques craintes. Pour me rassurer, j'étais d'autant plus ravie de partager ce voyage avec Clémence qui avait déjà passé deux mois en Inde. Nous ne voyagions pas complètement en terrain inconnu.

Clémence

Depuis que je connais l'existence du stage d'immersion en communauté, je n'ai eu qu'une envie : le faire à l'étranger. Pour moi, c'était l'occasion de m'initier enfin à un milieu qui m'avait toujours attirée : la médecine humanitaire. Ce stage m'offrait l'opportunité de m'impliquer dans un projet et de voir de plus près la réalité du terrain. C'était également une possibilité de découvrir une autre culture, une autre vision du monde et une autre façon de faire, découvertes qui m'ont toujours passionnée.

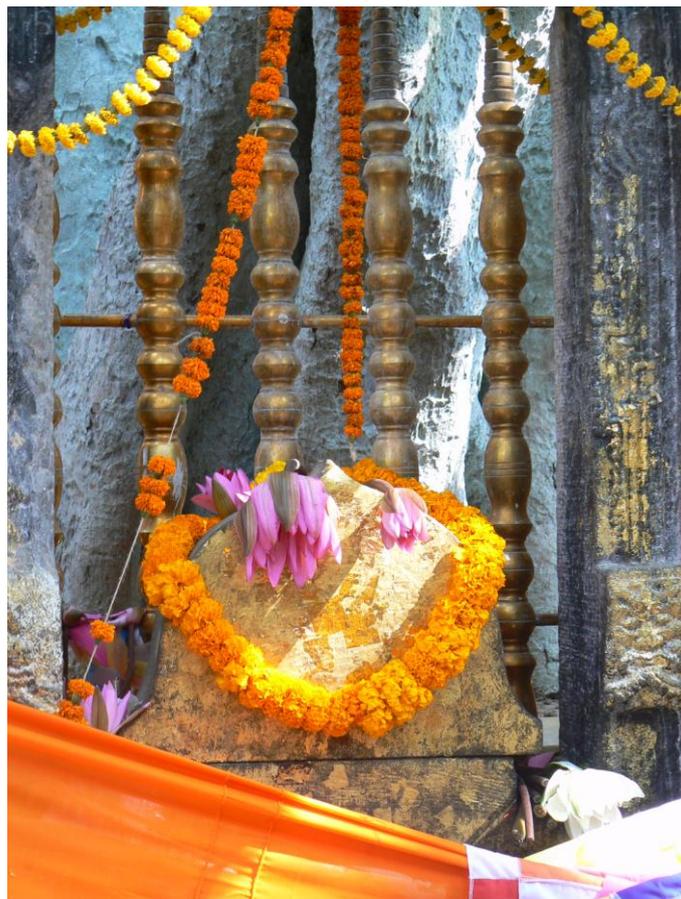
Il nous restait donc à choisir un projet, une destination. Mon choix se portait vers l'Asie car c'est une région du monde que j'avais déjà parcourue et qui m'a toujours fascinée, particulièrement l'Inde et la chaîne himalayenne. Une fois ce choix fait, nous nous sommes mises à la recherche d'une association susceptible de nous accueillir dans un cadre nous convenant. Et par hasard, lors de nos pérégrinations sur internet nous avons trouvé « Écoles de la Terre ». Leurs projets et objectifs nous ont tout de suite séduites et nous avons pris contact.

Le fait de partir en Inde était également rassurant pour moi car je m'étais déjà rendue deux mois dans ce pays avant mes études de médecine. Nous n'avions donc pas l'impression de partir totalement dans l'inconnu et le stress de certains détails purement pratiques pour la préparation du

voyage s'en voyait grandement diminué. De plus, je connaissais déjà Bodhgaya pour y avoir passé quelques jours et pouvait donc me faire une petite idée de ce qui nous attendait.

Le projet et la destination me convenaient très bien car ils correspondaient aussi à plusieurs envies que j'avais avant d'élaborer le projet. Tout d'abord, j'étais ravie d'aller faire ce stage à la campagne, dans un environnement relativement peu densément peuplé. Pour avoir déjà séjourné dans des grandes villes d'Asie, l'idée d'y passer plusieurs semaines et devoir chaque jour affronter leurs fourmillement et pollution, en plus des autres stress liés à une expérience à l'étranger, ne me tentait pas le moins du monde. Pour moi, être dans des villages et des petites villes était aussi un meilleur moyen de rentrer en contact avec la population plus facilement et Bodhgaya paraissait donc un très bon choix. Deuxièmement, j'avais très envie de partir avec une association travaillant pour les enfants. Selon moi, on ne peut aider une population sur la durée sans s'occuper des enfants. Ceux-ci n'ont en outre pas les moyens de se défendre seuls et ont besoin qu'on leur donne les outils nécessaires pour affronter la vie. Comme Flavie, j'ai donc tout de suite adhéré à l'état d'esprit d'Écoles de la Terre.

Une fois les contacts pris et l'aval de la faculté obtenu, il ne nous restait plus qu'à acheter les billets d'avions et à partir à la découverte de ce pays incroyable, dans lequel j'avais déjà tant appris la première fois.



Détail du temple de Mahabodhi à Bodhgaya.

L'Inde et le Bihar:

Quelques informations

Comme précité, nous avons effectué notre stage d'immersion en communauté dans un petit dispensaire du nord de l'Inde, dans l'État du Bihar. Avant d'aborder plus en détails notre stage en lui-même et le système de santé de la région, nous aimerions présenter quelques points relevant concernant notre pays d'accueil. Loin de nous l'idée d'écrire un guide touristique ou culturel sur l'Inde, mais certains faits nous ont semblé importants pour une bonne compréhension du contexte dans lequel s'est effectué notre séjour. Nous allons donc parler brièvement de la géographie et démographie du pays ainsi que de sa culture, de l'organisation de la société, facteurs importants pour comprendre un système de santé. En parallèle de cette présentation, certains points concernant l'État du Bihar seront également relevés. En effet, il est important de comprendre que la taille du pays empêche de faire des généralités pour beaucoup d'aspects et, de ce fait, il nous est nécessaire de préciser certains points spécifiques à cet état.

Géographie et Démographie:

L'Inde est un immense pays, le septième plus grand en kilomètres carré, et compose la majorité du sous-continent indien. Il se trouve en Asie du Sud, entouré par le Pakistan, la Chine, le Népal, le Bhoutan et le Bangladesh ainsi que l'Océan Indien et la mer du Bengale. La capitale de la république indienne est New Delhi, dans le nord du pays. Avec une population estimée à 1,2 milliards d'habitants, il s'agit du deuxième pays le plus peuplé au monde, après la Chine. Néanmoins, sa forte croissance laisse prévoir un devancement de la population chinoise par celle de l'Inde en 2050. L'État du Bihar se trouve à l'est de New Delhi et partage une frontière avec le Népal, au nord. Ces autres frontières sont avec les états indiens du Bengale de l'ouest, d'Uttar Pradesh et du Jarkhand. Il s'agit du douzième plus grand état du pays (sur 28) et du troisième plus peuplé avec 82 millions d'habitants. Sa capitale est Patna, environ 1,8 millions d'habitants.

Le climat indien est extrêmement varié entre les différentes régions, nous nous concentrerons donc sur le Bihar qui subit la mousson. Les mois froids de l'année sont décembre et janvier, durant lesquels la température minimale oscille autour des cinq degrés Celsius, atteignant rarement le zéro. Durant l'été, entre avril et juin, le climat est beaucoup plus chaud avec une moyenne entre 35 et 40 degrés. Lors de notre stage, la température est rarement descendue en dessous de 35 degrés, même la nuit, et pouvait atteindre 45 degrés durant la journée. Les mois suivants endurent l'arrivée de la mousson, avec ses orages et fortes pluies, jusqu'en septembre.

Concernant la démographie, nous allons à nouveau citer quelques indicateurs concernant le pays entier avant de nous concentrer sur l'État du Bihar, sans toutefois faire une présentation exhaustive. Tout ce qui se rapporte à la religion sera abordé en même temps que la culture, les deux étant profondément imbriqués. Tout d'abord, à propos de la répartition des groupes d'âges, il est

intéressant de relever que l'âge moyen en Inde est de 25,9 ans et qu'il s'agit donc d'une population jeune. Les 0-14 ans en constitue les 30,1% alors que les plus de 65 ans ne sont que les 5,3% de la population (selon des chiffres de 2010). L'espérance de vie dans le pays en 2005 était de 63,9 ans pour les hommes et 66,9 pour les femmes. Concernant l'alphabétisation, les chiffres varient selon les sources mais, selon le recensement effectué par le gouvernement indien en 2001 (recensement fait tous les dix ans, c'est pourquoi nous n'avons pas de chiffres plus récents), 64,84% des indiens seraient alphabétisés, avec une différence très importante entre les hommes et les femmes, 75.26% et 53.67%, respectivement.

Dans le Bihar, plus de la moitié de la population est âgée de moins de 25 ans, une des plus fortes proportions de l'Inde. Le taux d'alphabétisation est également plus bas que dans le reste du pays avec un total de 52,0% (59,7% pour les hommes, 33,1% pour les femmes, là aussi la différence est frappante). Un autre aspect important, quant à l'État du Bihar, est qu'il s'agit d'un état pauvre, avec environ 40% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté, et avec une population rurale dans sa très grande majorité, puisqu'environ 85% habitent à la campagne.

Pour ne pas assommer le lecteur de chiffres, nous allons nous concentrer sur les conclusions que nous avons tirées de notre étude de la démographie que cela soit par l'étude de statistiques ou par nos expériences vécues lors du stage. Nous utiliserons donc quelques exemples personnels pour illustrer nos propos.

Premièrement, l'Inde est un pays émergent, avec une population gigantesque, dans laquelle sont encore présentes bien des inégalités mais qui tendent globalement à s'améliorer. Nous avons pu le constater, lors de discussions avec des Indiens, dans différentes parties de l'Inde du Nord, où nous avons voyagé après notre stage. Nous avons également pu ressentir quotidiennement ses contrastes et ses inégalités qui composent l'Inde, que cela soit en regardant l'organisation d'une ville ou en observant la foule dans la rue. En effet, la pauvreté et le dénuement de certaines classes de la population sont en perpétuelle opposition avec la modernité des derniers immeubles construits et des boutiques de luxe qui s'y installent. Ce que les chiffres ont de la peine à relever, et c'est également pour cela que nous n'allons pas nous y attarder, ce sont ces oppositions perpétuelles. Si nous prenons la moyenne nationale de différents indicateurs économiques ou sociaux, l'Inde semble être un pays en voie de développement, mais si nous nous intéressons à certaines classes de la population en particulier, nous pouvons constater que ce n'est pas le cas. Selon le milieu que nous considérons, l'Inde peut être un pays pauvre ou un pays à la pointe de la technologie. Lors de notre stage nous nous sommes intéressées à l'accès à la santé d'une partie de la population défavorisée mais il est évident que ce que nous présentons n'est pas valable pour l'ensemble des habitants du Bihar certains ayant des revenus plus élevés que la moyenne et leur permettant de s'offrir des soins d'une qualité supérieure.

Deuxième point à relever, les chiffres reflètent également des inégalités concernant l'État du Bihar par rapport aux autres états d'Inde. En effet, nous remarquons qu'il est à la traîne du pays dans de nombreux domaines. Lors de notre voyage, nous avons rencontré des Indiens de différentes régions du pays ou même expatriés dans différentes parties du monde. Tous étaient unanimes : pour eux, le Bihar est une région dangereuse et arriérée de leur pays. Cette discrimination flagrante n'est malheureusement pas sans fondement : la corruption et le crime organisé ont, pendant longtemps,

laissé cet état à l'écart du développement de l'Inde moderne. C'est pourquoi, les indicateurs démographiques sont alarmants en comparaison de la moyenne nationale.

Avant de passer à la culture, encore quelques mots sur l'État du Bihar. Nous aimerions soulever que, bien que les indicateurs les concernant semblent inquiétants, ils datent pour la plupart de quelques années en arrière. Or, un changement de gouvernement, il y a cinq ans, laisse espérer une amélioration prochaine. En effet, ce gouvernement a décidé d'axer son mandat sur l'éducation et l'accès à la santé pour tous. Lors de nos discussions avec des médecins ou le personnel local d'Écoles de la Terre, tous semblaient enthousiastes quant à l'action de ce régime. Il convient toutefois de ne pas être trop optimiste, les résultats ne vont pas apparaître en une nuit. De plus, l'état doit encore faire face à de nombreux problèmes, tels que la corruption ou le manque de ressources financières. Celles-ci ont encore grandement diminué, lorsque la région du Jharkhand a fait cession de l'État du Bihar, en novembre 2000 pour former un nouvel état. Cette région produisait alors 70% du produit brut de l'état. Cette séparation risque donc de poser des problèmes à long terme, auxquels le gouvernement de l'État du Bihar devra s'y confronter. La population semble pour l'instant rester optimiste, quant aux chances de ce gouvernement, principalement car il a réussi à diminuer la corruption et le crime organisé qui rongeaient l'état par le passé.

Culture et société:

À nouveau, loin de nous l'idée de faire une présentation exhaustive de la culture indienne, nous aimerions ici uniquement relever quelques points pertinents pour la compréhension du contexte et du système de santé. Nous allons aussi présenter certains faits que nous avons appris lors de nos discussions avec différents intervenants du système de santé. Il est important de comprendre que la culture indienne est un incroyable mélange d'éléments divers, avec des variations très importantes selon les régions. À l'intérieur même d'une région, il peut exister de grandes distinctions liées à la religion ou à d'autres paramètres locaux. Néanmoins, certaines grandes lignes se dessinent et nous allons les exposer.

Tout d'abord l'importance de la religion. Il s'agit en Inde d'un élément capital de la société car elle est présente à différents niveaux. La majorité des Indiens sont de religion hindoue (80,5%). La seconde religion importante est l'islam (13,4% de la population). Suivent un grand nombre de minorités religieuses comme le christianisme, le sikhisme, le bouddhisme et le jaïnisme. La religion tient une place importante dans la vie quotidienne de la majorité des indiens; ils se rendent presque tous au temple ou à la mosquée de manière régulière. La plupart des médecins que nous avons rencontrés étaient hindous. Comme nous le signalons par la suite, les emblèmes religieux sont fréquents dans les cabinets et certains médecins prient avant de commencer leur journée. La religion est présente dans tous les différents aspects de la vie quotidienne, y compris dans le domaine médical.

Deuxièmement, un autre aspect notable dans la culture indienne est l'importance de la hiérarchie. Elle vient, en grande partie, du système de castes lié à la religion hindoue qui est maintenant officiellement aboli. Celui-ci persiste toutefois sous bien des aspects dans la vie courante. Ce système très discriminatoire a donc laissé des traces importantes dans la société. Les Indiens d'une manière

générale ont un grand respect pour les personnes occupant des postes influents ou possédant des ressources financières importantes. À titre d'exemple, les médecins ont souvent des plaques d'immatriculation personnalisées indiquant leur profession. Ce respect de la hiérarchie se reflétait aussi dans le rôle très patriarcal rempli par le médecin.

Un autre fait qui nous a marquées est le rôle central qu'occupe la famille dans ce pays. Là aussi, il est sûrement lié à une influence de la religion et, également, lié au respect de la hiérarchie. La famille est donc la structure de base de la société et joue un rôle prépondérant. Nous avons pu le constater lors de notre stage à plusieurs moments. Notamment, il n'existe par réellement de système de pension pour les personnes âgées et ces dernières sont prises en charge par leur famille. Un autre exemple est que les gens ne viennent que très rarement consulter seuls ou ne sont que très rarement laissés seuls à l'hôpital : ils sont toujours accompagnés d'un membre de leur famille. Quitter sa famille est totalement impensable en Inde et une personne qui se retrouverait seule et sans attaches est presque mise au ban de la société, du moins dans les milieux ruraux. Le mariage est, de ce fait, un élément très important dans la vie d'un Indien. Il n'est pas considéré, à quelques rares exceptions près, comme un geste d'amour entre deux personnes mais comme un arrangement entre deux familles. La grande majorité des mariages sont arrangés et, même si les futurs époux ont maintenant leur mot à dire dans la plupart des familles, la situation ne changera pas dans un avenir proche.

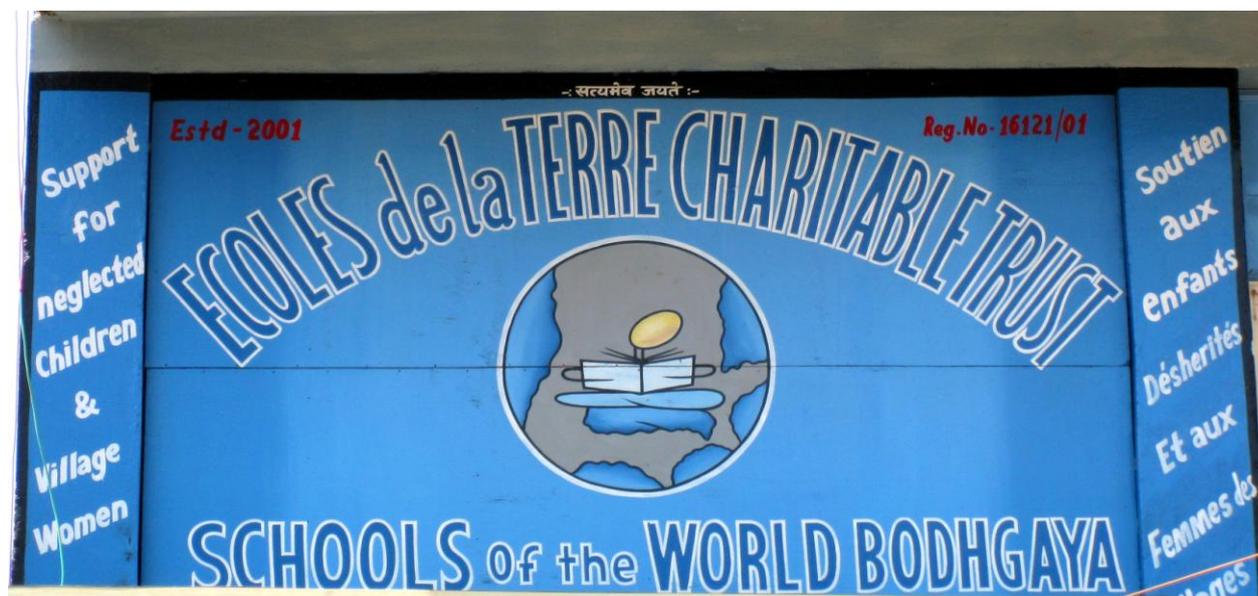
Après cette rapide présentation, nous escomptons avoir pu introduire et éclaircir certains aspects de l'Inde qui faciliteront la compréhension du lecteur. Nous ne désirons pas nous étendre sur le sujet incroyablement vaste qu'est la culture de ce pays mais il était nécessaire de présenter quelques points pour exposer le contexte de nos observations. Nous espérons, également, à travers ce rapport, pouvoir susciter un intérêt pour ce pays, si immense et si riche culturellement qu'il nécessiterait d'y vivre un certain temps pour réaliser l'ampleur de sa beauté et percer un peu de sa complexité.

Références pour ce chapitre :

1. *Central Intelligence Agency (CIA)* [en ligne]. Disponible sur : < <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/in.html> > (consulté le 05.08.10)
2. *British Broadcasting Corporation (BBC)* [en ligne]. Disponible sur : < http://news.bbc.co.uk/2/hi/south_asia/country_profiles/1154019.stm > (consulté le 05.08.10)
3. *U.S. Department of State, Diplomacy in Action* [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3454.htm> > (consulté le 05.08.10)
4. *Facts about India* [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.factsaboutindia.org> > (consulté le 06.08.10)
5. *The national portal of India* [en ligne]. Disponible sur : < <http://india.gov.in/> > (consulté le 06.08.10)
6. *Official web portal of the government of Bihar* [en ligne]. Disponible sur : < <http://gov.bih.nic.in/> > (consulté le 06.08.10)

L'association Ecoles de la Terre

Avant de rentrer dans le sujet central de notre rapport, nous tenions à vous présenter l'association suisse avec laquelle nous avons eu l'opportunité de partir et les conditions dans lesquelles nous avons vécu sur place ainsi que les activités pratiquées au dispensaire de Camijuli.



Enseigne du bureau central de l'association à Bodhgaya.

« Ecoles de la Terre » est une organisation humanitaire suisse, fondée le 18 août 1998 par Martial Salamolard et dont le siège se trouve à Carouge. À l'époque, travailleur volontaire dans un orphelinat de Mère Teresa à Calcutta, il découvrit la dure réalité des bidonvilles et des campagnes de l'Inde. Profondément touché, il conçut qu'il fallait d'urgence établir un véritable soutien à cette population. Ainsi lui vint l'idée de créer « Ecoles de la Terre » (abrégé EDLT dans la suite du texte) dans le but premier de fournir des soutiens financier, technologique et pédagogique à des petites écoles des bidonvilles de Calcutta et des îles Sunderbans de l'Etat du Bengale. Depuis 1998, plusieurs autres activités et réalisations ont vu le jour et le nombre d'enfants soutenus par l'association ne cesse de croître.

Les fonds récoltés proviennent de donations et de parrainages. EDLT a pour volonté de ne prélever aucune charge sur ceux-ci pour des frais généraux ; tout l'argent récolté est destiné aux écoles. Cette décision a été respectée pour chaque donation et chaque parrainage depuis la première récolte de fond en Suisse romande, datant de 1998. Concernant les charges liées à l'organisation d'événements, à la gestion des projets, aux frais administratifs et de bureau, elles sont réglées par le carnet publicitaire, par les gains reçus lors de manifestations et par l'apport personnel de certains membres.

L'éducation de base des enfants défavorisés de l'Inde est l'objectif principal de l'association. La lutte contre la misère des enfants des bidonvilles ou des campagnes indiennes passe effectivement par le combat contre l'illettrisme. Le souhait premier d'EDLT est d'amener le plus grand nombre d'élèves à fréquenter les bancs de l'école officielle. Malheureusement, pour ceux qui ne peuvent suivre cette formation, EDLT met en place des ateliers d'apprentissage dans le but de les orienter vers des professions convenables, tout en leur apportant des compléments de connaissances scolaires de base. Pour agir au mieux, l'organisation se base sur trois types d'encadrement :

Le « Follow up programme » : c'est une structure d'encadrement mise en place pour les enfants des bidonvilles. Elle consiste à faire la connexion entre les enfants et les écoles officielles de la ville et à soutenir les enfants jusqu'à la fin de leur formation.

Les écoles d'EDLT : pour les enfants des campagnes, l'association possède ses propres écoles donc son programme d'éducation personnel. Elle est responsable de l'orientation dans le parcours scolaire ou professionnel des élèves.

Les centres d'étude et de training : ce sont des structures d'apprentissage mis sur pied depuis cinq ans et qui ont pour but de former les jeunes filles et les jeunes femmes aux secteurs du textile, de l'artisanat et des travaux manuels. Le premier centre, nommé Rudraksha, a été ouvert à Bodhgaya dans l'état du Bihar et forme les jeunes filles et les mères des villages environnants. Les bénéficiaires des produits artisanaux sont par la suite destinés à l'exploitation des écoles.

Les conditions de vie dans les bidonvilles mais aussi dans les villages sont difficiles. L'état de santé, d'alimentation et d'hygiène des enfants est souvent critique. C'est pourquoi, EDLT propose également un soutien dans ces trois domaines. Le premier programme de santé a été développé à Calcutta en 1999. Depuis lors, d'autres programmes et infrastructures ont vu le jour. Par exemple, un dispensaire a été créé en 2007 dans le district de Gaya, dans l'état du Bihar. C'est dans ce dispensaire même que nous avons effectué notre stage.

Malheureusement, les moyens financiers d'EDLT ne suffisent pas à prendre en charge toutes les interventions médicales désirées pour les élèves. Par conséquent, EDLT essaie d'intervenir au maximum auprès des hôpitaux afin qu'ils s'occupent de ces cas difficiles ou de trouver un traitement alternatif décent. D'autre part, dans ses unités de santé, EDLT souhaite développer petit à petit une politique de planning familial.

Bien que l'éducation reste la priorité, un programme d'aide alimentaire a aussi été développé par l'organisation. Celui-ci se focalise davantage sur les écoles des bidonvilles que celles des campagnes, étant donné que l'état nutritionnel des enfants des bidonvilles est en général plus catastrophique. Certaines écoles sont équipées de petites cuisines dans lesquelles un repas quotidien est préparé et offert aux élèves. Dans ce domaine également, les moyens financiers limités bloquent l'expansion de cette action.

EDLT possède des écoles dans plusieurs états de l'Inde. Tout a commencé dans les bidonvilles de Calcutta en 1998 où, depuis, dix écoles ont été construites. Petit à petit, EDLT a agrandi son champ d'action : trois écoles et une unité de santé dans les îles Sunderbans du Bengale depuis 1999 ; 4 écoles depuis 2001, un dispensaire depuis 2007 et des structures d'apprentissage dans le district de Gaya, dans le Bihar ; 3 écoles dans le district de Jaisalmer au Rajasthan près du désert du Thar depuis 2005 ; et finalement une école dans un petit bidonville de New Delhi depuis 2009.

Dès mars 2007, EDLT a été reconnu par le gouvernement central indien comme une organisation nationale et « Ecoles de la Terre Welfare Society » a été formé. Ce nouveau statut officiel offre un panel d'avantages à l'association : elle est autorisée à recevoir des fonds de l'étranger, elle peut désormais collaborer de manière légitime avec toutes les instances gouvernementales qui concernent la coopération et le développement mais aussi elle assure ainsi la pérennité de ses activités dans les différents états indiens. Les nouveaux bureaux de « EDLT Welfare Society » se situent à New Delhi.



Dessin sur le mur d'une école d'EDLT.

En plus de ses programmes d'éducation, d'hygiène et de santé, l'association ne cesse de développer de nouveaux projets. Récemment, deux types de projet ont été lancés par « EDLT Welfare Society » dans le but de générer des ressources financières qui peuvent amortir les charges de fonctionnement de leurs unités scolaires et médicales.

Le premier, mis en place depuis 2009, se nomme « micro finance » et consiste en des avances de crédits auprès des mères des régions urbaines et semi-urbaines dans le district de Jaisalmer et dans les îles Sunderbans. Le but est d'accroître le niveau de vie des familles en leur permettant de développer des petites entreprises dans les domaines de l'agriculture, de l'élevage, de l'artisanat et autres. L'amélioration des revenus des familles les plus démunies permet du coup à l'association de promouvoir à plus long terme l'éducation de leurs enfants. Effectivement, les intérêts perçus sur ces opérations de prêts sont consacrés au financement des écoles et des unités médicales. Jusqu'à ce jour, le calendrier des remboursements est entièrement respecté.

Le deuxième projet porte le nom de projet « entreprises » et recouvre deux sortes d'actions : les fermes pédagogiques et le « Medical Store & dispensaire ». Les fermes pédagogiques, établies en 2010 dans l'état du Bihar et dans les îles Sunderbans, proposent aux jeunes des campagnes de formation dans l'agriculture, l'élevage et la vente de produits agricoles. Le « Medical Store & dispensaire » est ouvert depuis mars 2010 aux habitants des bidonvilles proches de Jaisalmer. C'est une antenne médicale permanente où un médecin offre les premiers soins et où des articles paramédicaux et des médicaments sont distribués.

Comme nous pouvons le remarquer, ces nouveaux programmes se basent essentiellement sur une volonté d'autonomie et de fonctionnement indépendant des seuls fonds investis par les donations et les parrainages.

Tous les membres et tous les volontaires d'EDLT sont bénévoles, excepté évidemment les employés des équipes locales. D'ailleurs, toute personne désireuse de devenir bénévole et de vivre une telle expérience est agréablement acceptée. Aucune condition formelle n'est nécessaire ; seuls la motivation et l'intérêt dans les actions couvertes par l'association sont requis. Selon la disponibilité des places, les volontaires ont la possibilité de partir dans les écoles en Inde. Sur place, ils doivent évidemment respecter les principes, les obligations et les droits liés à une pareille expérience. Les diverses tâches auxquelles peuvent participer un volontaire englobent l'accueil des enfants, l'enseignement de l'anglais et des mathématiques, le soutien des enseignants d'un point de vue pédagogique, la participation aux tâches d'organisation de l'école, et la participation au programme de santé établi dans certaines écoles. C'est cette dernière activité qui nous a intéressées et qui nous a incitées à contacter l'association.

Nos activités :

À présent, nous allons développer notre expérience de bénévolat au sein du dispensaire de Camijuli dans le district de Gaya, près de la ville de Bodhgaya. Accueillies agréablement à la gare de Gaya par Rajesh Kumar, secrétaire général d'EDLT à Bodhgaya, nous nous sommes rapidement senties en sécurité et bien prises en charge. Notre logement se trouvait à l'entrée de la ville au sein d'une petite maison établie pour les volontaires suisses en visite à Bodhgaya. Il était bien entretenu, propre et le confort de notre chambre était bien supérieur à celui que nous nous attendions.

Étant arrivées un samedi, nous avons attendu le début de la semaine pour rencontrer le médecin du dispensaire de Camijuli, Dr Upendar, afin de planifier nos attentes et nos objectifs communs pendant le stage. Précisons que Dr Upendar, Rajesh Kumar ainsi que les autres membres indiens de l'équipe d'EDLT de Bodhgaya parlent un bon anglais. De ce fait, nous avons rencontré peu de problèmes d'incompréhension liés à la langue. De même, nous n'avons eu aucune difficulté d'intégration au sein de l'équipe d'EDLT ; chaque membre nous a bien accueillies et faisait attention à notre confort et à nos besoins. Par exemple, tous nos transferts en moto ou en voiture étaient pris en charge par des membres d'EDLT afin d'assurer au mieux notre sécurité, le trafic sur les routes indiennes ne nous permettant pas de conduire seules sans danger.

Concernant le dispensaire de Camijuli, nous en parlerons de manière précise dans un chapitre suivant. Pour le moment, nous allons nous contenter de décrire nos activités en détaillant une de nos journées caractéristiques au sein du dispensaire.

Étant ouvert de six heures à dix heures le matin, nous devions nous réveiller à cinq heures afin d'avoir le temps suffisant pour se rendre à Camijuli. Le trajet se faisait à l'aide de la Jeep de l'association et durait environ une demi-heure depuis Bodhgaya sur des routes de campagne, non bétonnées et accidentées. En effet, l'école de Camijuli et le dispensaire en annexe se situent dans une région rurale du district de Gaya, près du village d'Itra. Nous partagions la Jeep avec le Dr Upendar, l'administrateur Arjun Trasad, le chauffeur Sikendra Kumar et le pharmacien Niransan Kumar.

Dès notre arrivée au dispensaire, nous retrouvions Babita, la femme de ménage et Niloffar Jamal, la secrétaire, toutes deux déjà présentes pour ouvrir le dispensaire et accueillir les premiers patients. Nous suivions le médecin dans le cabinet pendant que les autres membres s'affairaient directement à leurs tâches. Avant de recevoir les patients, nous discutons toujours une quinzaine de minutes avec le médecin d'éventuelles questions sur les problèmes de santé de la région. Nous étions assises à côté de son bureau et nous pouvions ainsi aisément observer les consultations. Ces dernières se déroulaient à grande vitesse et nous assistions à approximativement vingt-cinq ou trente consultations par matinée. Dr Upendar nous expliqua que ce n'était pourtant pas des matinées chargées et que, généralement, il y en avait bien plus. Effectivement, nous étions durant la période des vacances scolaires et moins d'enfants se rendaient au dispensaire ; du coup, les visites se terminaient vers les neuf heures. Dr Upendar restait cependant jusqu'à dix heures, au cas où un patient en urgence venait consulter. Durant cette heure, nous complétions nos questions sur la médecine pratiquée en Inde mais aussi sur la culture indienne avant de reprendre le chemin du retour.

À propos de nos activités, nous avons principalement observé les consultations. Les seuls gestes techniques que nous avons pratiqués étaient la prise de tension, l'auscultation pulmonaire et cardiaque et l'identification du degré de gravité d'un prolapsus utérin. Ce dernier point ne fut pas des plus aisés, vu que nous ne l'avions pas encore appris pendant nos études à Genève. De plus, la barrière de la langue n'aidait en rien. En effet, tous les patients que nous avons rencontrés ne parlaient pas l'anglais mais seulement l'hindi. Après chaque consultation ou même pendant celle-ci, Dr Upendar nous traduisait en anglais les plaintes, le diagnostic et la prise en charge qu'il proposait. Malheureusement, nous n'avons donc pu effectuer aucun soin. En fait, peu de gestes techniques et même d'examen clinique étaient pratiqués au dispensaire. Nous avons cependant assisté à quelques drainages d'abcès et soins de plaies mais nous n'en avons pas accomplis. Malgré cette petite déception, cette expérience nous a permises de nous ouvrir à la diversité culturelle, à des problèmes de santé nouveaux et différents de ceux rencontrés au cours de nos études, à une autre manière de pratiquer la médecine et de prendre en charge les patients. Ce fut très enrichissant.

Le dispensaire de Camijuli est ouvert seulement trois jours par semaine. Afin de nous trouver d'autres activités et d'autres sujets pour notre rapport, Rajesh Kumar nous organisait des visites d'hôpitaux et des entrevues avec des médecins de la région de Bodhgaya. Nous avons ainsi eu l'opportunité de découvrir la réalité du réseau de soin mis en place dans une région pauvre de l'Inde. Ces différents lieux visités sont développés dans un chapitre ultérieur.

Grâce à la gentillesse de l'équipe et sa prévenance, à tout ce temps passé à discuter avec le Dr Upendar et les autres médecins, nous avons été en mesure de mieux comprendre la culture et de concevoir le système de soin tel qu'il est dans cette région de l'Inde. Nous allons le présenter dans la suite du rapport.



Le personnel de Camijuli et nous : de gauche à droite : Babita, Niloffar, Clémence, Flavie, Dr Upendar, Arjun, Niransan, Sikendra.

Les conditions de vie et les problématiques de santé au Bihar

Nous tenions à vous présenter les conditions de vie du peuple indien. Étant donné que nous y avons effectué notre stage mais aussi qu'il existe une telle disparité de niveaux de vie entre chaque état indien qu'il nous faudrait bien plus que notre rapport pour les décrire, nous nous sommes donc focalisées sur l'état du Bihar. Nous allons d'abord vous exposer la situation générale de l'état, les conditions sanitaires ainsi que les problèmes majeurs dans le secteur de la santé ; puis, nous allons cibler plus particulièrement les maladies fréquentes de la région de Bodhgaya avant de finir par un bref aperçu des solutions et des programmes mis en place par le gouvernement indien.

Situation générale:

Le Bihar, troisième état le plus peuplé de l'Inde, fait partie des états les plus pauvres du pays. Environ 40% de sa population vit sous le seuil de pauvreté. Les indicateurs principaux de santé et de démographie, tels que le taux de mortalité infantile ou le taux de mortalité maternelle, sont bien plus élevés que ceux de l'Inde entière. De plus, l'indice de développement humain, indice composite calculé à partir du taux d'alphabétisation, du niveau de vie et de l'espérance de vie, est le plus bas du pays depuis plus de trente ans. C'est pourquoi, le Bihar est un des états couverts par la « National Rural Health Mission », un programme que nous allons détailler par la suite.

Afin de vous faciliter la représentation des conditions sanitaires et démographiques, voici quelques indicateurs de santé du Bihar pour 2005-2006¹. Des chiffres plus récents sont difficiles à obtenir, les enquêtes n'étant pas effectuées toutes les années. Le taux de mortalité maternelle est de 371 pour 100'000 naissances, ce qui est le quatrième plus élevé de l'Inde. Ce résultat peut être expliqué par le bas taux d'accouchement en milieu hospitalier, au haut degré d'anémie parmi les femmes enceintes et au faible taux de suivi médical pendant la grossesse. Le taux de mortalité infantile est de 61 pour 1000 naissances, ce qui est proche de la moyenne nationale de 58. Bien que la moyenne d'âge du mariage au Bihar est relativement haute (18.9 ans), le taux de fertilité est le second plus élevé du pays : 4.2 contre 3.0 pour la moyenne nationale. Les taux de natalité (30.4) et ceux de mortalité (8.1) sont également supérieurs à ceux de la moyenne nationale (23.8 et 7.6 respectivement). Les taux de malnutrition sont aussi alarmants, avec 54.4% des enfants en sous-poids. Il faut également ajouter que la prévalence des maladies infectieuses telles que la malaria, la leishmaniose, ou encore la tuberculose, est très élevée au Bihar.

Ces quelques chiffres ne peuvent cacher que le statut de la santé au Bihar est catastrophique. Les facteurs principaux qui affectent le domaine de la santé sont les suivants : l'asymétrie du sexe-ratio, le bas taux d'utilisation de la contraception (34% vs 53.9% pour l'Inde), le haut taux de fertilité (4.2), le haut pourcentage de jeunes femmes se mariant en dessous des 18 ans (51.1%), le faible taux de couverture vaccinale (33% vs 44%), la faible sensibilisation au VIH (25.6%), le bas taux d'accouchement institutionnalisés (23.2%) et du coup le haut taux de mortalité maternelle, les

chiffres élevés d'anémie parmi les enfants (81%), les adolescentes (40.9%) et les femmes enceintes (63.4%), et sans oublier le haut degré de malnutrition parmi les enfants de 0-6 ans (55.9% sont modérément et 24.5% sont sévèrement malnutris).

D'autres facteurs, se rapportant plus à la prise en charge des patients, influencent aussi le statut de la santé au Bihar. Le premier est la pénurie substantielle de centres de soin dans les différents districts. En effet, pour les 38 districts du Bihar, seulement 24 possèdent des hôpitaux de district fonctionnels. Le deuxième est le manque de couverture essentielle en termes de main d'œuvre, d'équipement et de médicaments dans les centres de soin primaire. Rajoutons également les problèmes liés à l'éloignement des établissements hospitaliers. Beaucoup de villages reculés n'ont pas un accès aisé aux centres médicaux par faute de routes et de moyens de transport appropriés mais également par faute de revenus financiers suffisants.

Par ailleurs, le faible taux d'alphabétisation qui frappe le Bihar, surtout celui des femmes (33.57% vs 54.28% pour la moyenne nationale), n'aide en rien à l'amélioration de la santé. Effectivement, dû à l'illettrisme, les femmes des régions rurales ne sont pas sensibilisées à l'importance des soins ante, intra et postnataux mais également de l'existence du planning familial. D'ailleurs, les programmes de planning familial ont un faible statut ; ils ont de la peine à s'implanter à cause du manque d'infrastructures médicales et de personnel compétent. De plus, la basse exposition aux médias de la population empêche une bonne sensibilisation des familles à leurs messages ainsi qu'à ceux des autres programmes de prévention. Par conséquent, il y a, par exemple, un échec du programme visant à accroître l'âge du mariage et celui de la première grossesse, paramètres qui aideraient à améliorer les conditions de la santé. Avant de continuer, nous allons brièvement parler de la notion de planning familiale qui est un peu différente en Inde. En effet, lorsque des médecins indiens font référence à au planning familiale, il s'agit de l'opération de ligation des trompes de Fallope chez les femmes en âge de procréer mais qui ont déjà eu un certain nombre d'enfant et n'en désire plus d'autre. Le gouvernement encourage massivement cette pratique pour diminuer le nombre de naissance, particulièrement dans les familles à faible revenu où l'usage de la contraception est très limité voire inexistant.

Pathologies fréquentes, hygiène et prévention :

Nous allons maintenant nous concentrer sur les maladies fréquentes dans la région de Bodhgaya, plus précisément dans les villages aux alentours du dispensaire de Camijuli. Comme énoncé ci-dessus, les maladies infectieuses comprenant la malaria, la tuberculose, la leishmaniose, la gale, la filariose ou encore la lèpre occupent une grande place. Les trois quart des maladies infectieuses courantes sont des maladies parasitaires, à l'inverse de chez nous où ce sont des problèmes plus rares. La tuberculose reste toujours un grave problème due à la haute résistance développée par la bactérie acquise par l'utilisation de plusieurs types de médicaments (allopathiques et homéopathiques par exemple). Au dispensaire de Camijuli, nous avons assisté à la consultation d'une jeune fille ayant la tuberculose. Nous y avons également vu plusieurs cas de lèpre et de gale et étions surprises de voir qu'elles pouvaient être traitées par de l'homéopathie. Les problèmes dermatologiques et les problèmes gastro-intestinaux sont également très courants. Ces premiers sont plus fréquents pendant la saison estivale et affectent majoritairement les enfants à cause de

leurs contacts plus rapprochés pendant les jeux et le manque d'hygiène. Nous avons vu beaucoup de cas d'eczéma, de vitiligo, et quelques cas d'abcès. Les problèmes gastro-intestinaux sont essentiellement causés par la mauvaise hygiène, par le manque de moyens de conservation appropriés de la nourriture, par la mauvaise qualité de l'eau mais pleins d'autres aspects entrent encore en jeu. Les diarrhées sont répandues parmi les enfants des villages mais également les infections par des vers intestinaux. Comme en Suisse, les refroidissements et les rhumes sont des affections courantes en hiver mais il peut aussi en avoir en été.

Toutes les pathologies précitées peuvent être prévenues ; la prévention serait d'ailleurs plus efficace et plus rentable pour les familles pauvres. Au lieu de payer les frais médicaux, nous pensons que les familles auraient meilleur temps d'acheter des habits pour les enfants et ainsi éviter les refroidissements ou de boire de l'eau filtrée pour diminuer les problèmes gastro-intestinaux ; ça leur reviendrait moins cher. Les médecins ont ainsi un rôle primordial dans l'information des patients et la transmission des messages de prévention. Cependant, l'éducation des patients nous semble rester une faiblesse du système de soin en Inde. La population est par exemple peu sensibilisée à l'importance d'une bonne hygiène de vie pour éviter les maladies alors qu'il s'agit, pour la plupart, de gestes simples et peu coûteux.

La malnutrition subsiste évidemment comme un problème majeur des villageois. Elle est surtout causée par le manque de diversité dans les aliments plus que par un manque de quantité des apports, bien que celle-ci soit tout de même inappropriée. Nul ne sert de citer à nouveau des chiffres, la malnutrition touche majoritairement les enfants et est une des causes principales de leur mortalité.

Les problèmes d'hygiène présents dans les villages se retrouvent à plusieurs niveaux. Première cible d'une mauvaise hygiène : l'eau. La qualité de l'eau des villages dépend de la manière avec laquelle elle est puisée. Soit elle provient d'une pompe à eau qui offre de l'eau de meilleure qualité car elle est prise directement de la nappe phréatique, soit elle provient d'un puits où l'eau est sale et stagnante. Malheureusement, de nos jours, pas tous les villages ne sont pourvus d'un système de pompe à eau. De plus, les familles indiennes ne font pas attention au stockage et au transport de l'eau qu'elles boivent. Elles vont chercher de l'eau avec des récipients sales et qui ont traîné près du bétail. Rien ne sert de préciser le nombre important de bactéries ou de parasites qui peuvent y foisonner. Notre stage nous a offert un bel exemple des problèmes liés à l'eau : le village d'Itra, situé à proximité du dispensaire, possède 60% de sa population avec des amygdales palatines enflées à cause de l'eau. Dans la même notion que l'eau, les conditions de conservation de la nourriture représentent une source importante de maladies. Par manque de vigilance et de moyens de stockage, la nourriture devient vite périmée voire putréfiée. Une bonne hygiène passe également par une bonne toilette, particulièrement celle des mains. L'absence de nettoyage ou lavage des mains est le deuxième grand vecteur de maladies. Les villageois n'ont pas conscience d'une tel fait et prennent peu d'intérêt à se laver les mains après avoir travaillé aux champs, s'être occupé du bétail, avoir mangé (la coutume en Inde est de manger avec la main droite) et probablement après être allé aux toilettes. Les femmes préparent les repas avec les mains sales. Le risque de transmettre ou d'attraper une maladie est ainsi bien élevé.

Les maladies fréquentes liées à la sphère gynécologique chez les femmes regroupent les leucorrhées, les dysménorrhées, les prolapsus utérins, et bien d'autres. Les leucorrhées sont fréquemment dues, à nouveau, à une mauvaise hygiène. Les femmes ne se préoccupent pas correctement de leur hygiène après les rapports sexuels mais également après la miction et pendant leurs ménorrhées. Dans ce dernier cas, la mauvaise hygiène ne relève pas que d'un manque d'éducation des femmes mais aussi de leur niveau de vie. En effet, les femmes pauvres ne portent pas de culottes et ne peuvent donc pas utiliser de serviettes hygiéniques. Au lieu, elles emploient des morceaux de tissus non utilisés dans la maison comme tampons qu'elles ne changent pas souvent voire qu'elles gardent toute la durée de la ménorrhée. Les femmes riches, a contrario, portent des culottes et peuvent ainsi utiliser des serviettes qui sont finalement un moyen plus propre. Cependant, même à ce niveau là, la tendance à vouloir épargner son argent se fait sentir ; certaines femmes trouvent inutiles de dépenser pour des serviettes qui ne servent qu'une seule fois. Nous pensons que l'importance des problèmes de leucorrhée dans la région devrait inciter le personnel médical à faire de la prévention dans ce domaine. La culture et le niveau de vie ne permettant pas l'achat de serviettes hygiéniques, l'accent devrait être mis sur l'importance d'utiliser un tissu propre comme tampon et la nécessité de le changer régulièrement, ce qui serait déjà un net progrès.

Au dispensaire, nous avons eu l'opportunité de voir trois femmes avec un prolapsus utérin. Une des causes principales du prolapsus sont les grossesses multiples, cas très élevés en Inde où les femmes ont en général plusieurs enfants. Le prolapsus de l'utérus est un problème important dans la région, pas forcément dû à sa fréquence mais plutôt en raison de l'absence de soins appropriés apportés à cette pathologie, dans la plupart des cas. Ceux que nous avons vus étaient à des degrés de prolapsus différents. Une d'elle nous a particulièrement émue ; elle avait septante ans et avait un prolapsus de grade trois. Elle nécessitait une opération mais malheureusement, elle était trop pauvre pour se permettre cette dépense. Une telle opération n'est que rarement envisageable par une villageoise. Son coût se lève entre 3000 et 4000 INR dans un hôpital gouvernemental. Il serait utile, dans ce cas, de faire des camps comme le planning familial qui offriraient la possibilité à des femmes de se faire opérer. C'est un des souhaits du Dr Upendar. Néanmoins, un tel projet demande beaucoup de fonds par rapport à un planning familial, qui est déjà peu existant dans le Bihar, car l'opération est un peu plus complexe et nécessite un suivi plus long ainsi qu'une plus grande infrastructure. Comme alternative à l'opération, Dr Upendar lui administre donc des traitements homéopathiques qui renforceraient les ligaments de l'utérus. Un bandage peut aussi être utile mais il doit être changé quotidiennement et bien nettoyé. Dr Upendar ne préfère pas en faire car il doute que la villageoise en prenne soin et a peur qu'une infection vienne aggraver le prolapsus. Nous avons questionné Dr Upendar au sujet de l'incidence du cancer du col. D'après lui, il n'est pas très fréquent mais, vu qu'aucun suivi n'est mis en place, il est difficile d'évaluer correctement la prévalence.

Les maladies sexuellement transmissibles existent évidemment en Inde, mais d'après le Dr Upendar, elles ne sont pas si courantes dans la région de Bodhgaya, bien que l'utilisation du préservatif ne soit pas très répandue. La raison qu'il nous a avancée est la faible quantité de rapports sexuels hors mariage et la basse tendance aux partenaires multiples. Toutefois, s'il fallait citer les pathologies sexuelles les plus fréquentes, la gonorrhée et la syphilis seraient en tête de liste. Il y aurait peu de cas de VIH dans cette région.

Pour conclure sur les pathologies fréquentes de la région, citons encore l'arthrite, les hémorroïdes et différents types d'hernies que nous avons régulièrement vus au dispensaire. Les problèmes cardiovasculaires sont plus courants dans les grandes villes que dans les villages car il s'y trouve plus de facteurs de risque. Nous nous sommes renseignées à propos du cancer pulmonaire lié au tabac. Or, en général, peu d'indien fume la cigarette car elle est trop cher. Le cancer est donc peu répandu dans la région. Il y aurait bien plus de problèmes liés au bétel (plante dont les indiens mastiquent les feuilles pour leurs effets psychostimulants) comme le carcinome épidermoïde de la cavité buccale.

Programmes gouvernementaux :

En raison de la situation dramatique dans laquelle l'état du Bihar se trouve, le gouvernement indien a mis en place plusieurs programmes ayant pour but d'améliorer le statut de la santé. La National Rural Health Mission (NRHM) en fait partie. NRHM a été créé en septembre 2004 dans le but de promouvoir l'équité, la qualité, et l'efficacité des services de santé publique. La durée de la mission dure sept ans (2005-2012) et se focalise sur dix-huit états indiens, dont le Bihar. NRHM tend à fournir des infrastructures de soins primaires efficaces, responsables et accessibles aux plus démunis. Pour cela, elle dirige deux programmes : l'« Accredited Social Health Activist » (ASHA) et le « District Health Planning ». Nous allons plus détailler l'ASHA car nous avons entendu parler, lors de notre stage, d'un projet similaire appliqué par l'hôpital de Bodhgaya. Le rôle primaire d'ASHA est de sensibiliser la population à la santé et à ses déterminants sociaux et ainsi de mobiliser la communauté vers l'utilisation des services de santé existants. Il cherche à modifier le comportement et les habitudes des pauvres vis-à-vis de la santé. Ce programme implique la mise sur pied d'un agent volontaire pour mille personnes dans chaque état concerné. C'est généralement une femme sélectionnée localement. Elle a comme mission de disséminer des connaissances médicales et de familiariser la population aux problèmes de santé. Elle doit également s'occuper de la santé des femmes enceintes, des mères et des autres membres des habitations et adopter avec eux la pratique de soins primaires appropriés. Ces agents font en quelque sorte le même travail que les Auxiliary Nurse Midwife (ANM) engagées par l'hôpital de Bodhgaya et que nous exposons dans le chapitre dédié à ce sujet. L'état du Bihar s'est engagé à suivre ces deux grandes stratégies du NRHM ; le statut de la santé est donc attendu à s'améliorer.

« Janani Evam Bal Suraksha Yojana » fait partie des programmes appliqués par le gouvernement indien. Nous tenons à le mettre en avant car il est pratiqué aux hôpitaux gouvernementaux de Gaya et de Bodhgaya. Il offre une assistance financière pour les soins des accouchements pratiqués en milieu hospitalier, pour les soins anténataux et ceux immédiatement post-partum. Les femmes enceintes des familles qui se trouvent sous le niveau de pauvreté reçoivent un chèque de 1400 INR, si elles habitent dans une région rurale, et un chèque de 1000 INR, si elles logent en région urbaine. Cette assistance financière est donnée que si les femmes enceintes s'enregistrent dans une clinique gouvernementale ou privée et qu'elles y accouchent. Ce système a été installé le 1^{er} juillet 2006 au Bihar. Il a pour dessein d'abaisser la mortalité maternelle aussi bien que la mortalité infantile. Une des causes de la mortalité maternelle est justement le fait que 70% des femmes préfèrent accoucher dans les villages, où il n'y a pas de sages-femmes et où la parturition a lieu dans une pièce commune, souvent sale et inconfortable. Le manque d'éducation, voire l'ignorance des femmes sur l'importance d'aller dans un centre hospitalier, mais aussi le manque de moyens financiers, la distance et l'état

des routes accentuent cette persistance à rester dans les villages. L'hôpital gouvernemental de Bodhgaya, que nous avons visité et dont nous avons rencontré le directeur, pratique ce programme d'assistance financière. Le directeur, le Dr V.K. Verma, est ravi de ce système car il a déjà remarqué une tendance à l'accroissement du nombre de femmes à venir accoucher à l'hôpital depuis ces quatre dernières années. De plus, cela facilite la mise en place du calendrier de vaccination des femmes enceintes contre le tétanos néonatal qui, soit dit en passant, est en baisse, ainsi que celui des nouveau-nés. Nous reviendrons sur ce plan dans un chapitre ultérieur.

Parmi les autres programmes que le Bihar s'est engagé à suivre, citons en quelques uns : le programme de contrôle de l'anémie dans lequel des suppléments en fer et en acide folique sont distribués aux femmes enceintes ou allaitantes, le programme de compléments en vitamine A pour les enfants en âge préscolaire, le plan de vaccination d'usage, le programme de contrôle national de la tuberculose, les programmes de contrôle des maladies infectieuses, le programme d'éradication de la lèpre et bien d'autres encore.

Ces différents plans et stratégies mis sur pied ont des objectifs communs. Ils doivent suivre les directives imposées par l'« Eleventh Five Year Plan », plan économique actuel du gouvernement indien d'une durée de cinq ans (2007-2012). Ces recommandations concernant la santé sont les suivantes : la réduction des taux de mortalité infantile et maternelle, la diminution du taux total de fertilité, la réduction de la malnutrition et l'amélioration du sexe-ratio des enfants.

Bien que le niveau de santé dans l'état soit préoccupant, nous pouvons constater que de nombreux plans ont été mis en place visant à l'améliorer. Il est encourageant de voir que le gouvernement reconnaisse les problèmes et tente d'y trouver des solutions. De ce fait, nous pouvons nous attendre à des améliorations dans les années à venir, si tous ces efforts sur le papier arrivent à s'appliquer concrètement.



Flavie suivie d'enfants lors de la visite d'un village proche de Bodhgaya.



Une femme et un enfant puisant dans l'eau à l'aide d'une pompe manuelle dans les environs de Bodhgaya.



Des enfants nous observant dans un village proche de Bodhgaya.

La formation médicale et les systèmes de soins

Étant donné que nous sommes au milieu de nos études, nous nous sommes intéressées au cursus universitaire indien dans le domaine de la médecine. Nous avons ainsi posé quelques questions au Dr Upendar sur ce sujet. Par ailleurs, nous avons visité le campus universitaire qui se trouve annexé à l'hôpital gouvernemental de Gaya et où nous avons pu échanger quelques mots avec des étudiants en dernière année de médecine. Dr Upendar nous a également montré son université spécialisée en homéopathie, nommée « Gaya Homeopathic Medical College and Hospital » et située à Bodhgaya.

Les différents systèmes de soins :

Nous avons appris qu'il y avait deux grands systèmes de soins en Inde : le système allopathique et le système « AYUSH ». Le système allopathique a été importé en Inde de l'Occident depuis plusieurs années déjà et se base sur le même système que celui utilisé en Suisse, à savoir l'emploi de médicaments allopathiques. AYUSH est un département indien englobant l'Ayurveda, le Yoga et la naturopathie, l'Unani, le Siddha et l'Homéopathie, d'où son acronyme. En 1995, année de sa création, il fut nommé « Department of Indian Systems of Medicine and Homeopathy » (ISM&H) mais fut rebaptisé en département AYUSH en 2003. Les buts de ce département sont d'attirer l'attention au développement de ces domaines médicaux (Ayurveda, Yoga,...), de perfectionner leur enseignement, de soutenir leurs institutions de recherche, d'accroître la disponibilité des plantes médicinales en promouvant leur culture, de normaliser l'utilisation de ces médicaments, ainsi que d'améliorer la sensibilisation des prochaines générations à ces médecines traditionnelles. Sans trop nous étendre, vu que ce n'est point le sujet central de notre rapport, nous allons rapidement détailler ces différentes thérapies¹².

L'Ayurveda est une ancienne médecine indienne basée sur le Veda, ensemble de textes sacrés de l'Inde antique. Elle suppose que l'être humain est composé de sept principaux éléments (le sang, la chair, le gras, l'os, la moelle, le chyle et le sperme) et des cinq éléments (la terre, l'eau, le feu, l'air et l'espace) qui forment également l'Univers. Elle se réfère également à une doctrine des trois humeurs ou doshas : Vita, Pitta et Kapha. L'équilibre de ces trois humeurs diffère entre chaque individu. La maladie révèle un déséquilibre des constituants du corps humain. Le traitement ayurvédique consiste à restaurer un équilibre et à prévenir une rechute par la régulation de l'apport nutritionnel, par l'utilisation de médicaments et de thérapies particulières, par des massages, ainsi que par la modification des habitudes comportementales.

¹ .AYUSH. *Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homeopathy* [en ligne]. Disponible sur : <http://indianmedicine.nic.in/> (consulté le 15.08.2010)

² SANTE AZ. *Tout l'univers de la santé en ligne* [en ligne]. Disponible sur : <http://sante-az.aufeminin.com/w/sante/s241/maladies/homeopathie.html> (consulté le 15.08.2010)

Le Yoga est une philosophie née en Inde, il y a des milliers d'années. C'est un art et une science de vie basée également sur le Veda et originellement pratiqué par les sages. Ces dernières années, une meilleure sensibilisation aux bienfaits du yoga tant sur les plans physique, mental, émotionnel et spirituel, se fait ressentir et le Yoga s'est vite répandu mondialement. Néanmoins, il reste plus considéré comme un mode de vie qu'un moyen de traitement.

La Naturopathie est une science médicale créée en Allemagne au XIX^{ème} siècle. Elle stipule que l'être humain malade peut retrouver la santé à l'aide des cinq éléments de la nature : la terre, l'eau, le feu, l'air et l'éther. Voici quelques exemple de méthodes appliquées pour le traitement : la thérapie de l'eau, la thérapie de l'air, la thérapie du feu, la thérapie de la boue, la thérapie de la nourriture, les massages, l'acupressure, la thérapie magnétique et bien d'autres encore. La Naturopathie prit plus d'ampleur en Inde au XX^{ème} siècle, lorsque Mahatma Gandhi l'inclut dans ses programmes.

L'Unani est une médecine traditionnelle, d'origine gréco-arabe, et a été introduite en Inde par les arabes. Son apogée en Inde eut lieu entre le XIII^{ème} et le XVII^{ème}, particulièrement dans l'empire moghol. Aujourd'hui, elle garde une grande place dans le système national de soins. L'Inde est considérée comme la cheffe de file mondiale de l'Unani. Plusieurs méthodes thérapeutiques constituent l'Unani : une thérapie qui inclut la diaphorèse, les massages, la cautérisation, la diurèse, la saignée et autres, une thérapie diététique ayant pour but d'administrer des aliments spécifiques ou de réguler la quantité et la qualité de la nourriture et, pour finir, la pharmacothérapie dépendante de plantes médicinales locales. Cette médecine a présenté de remarquables bénéfices dans le traitement de l'arthrite, du vitiligo, des désordres nerveux et hépatiques, de l'asthme bronchique et bien d'autres maladies aiguës ou chroniques.

Le Siddha est une des plus vieilles médecines indiennes. Elle est majoritairement pratiquée au Tamil Nadu, état du Sud de l'Inde. Effectivement, toute sa littérature est tamoul, une des langues parlées davantage dans cet état. Les principes du Siddha avoisinent ceux de l'Ayurveda avec spécialisation dans l'iatrochimie, chimie médicale qui tente d'expliquer les mécanismes physiologiques par des réactions physiques. Comme l'Ayurveda, cette médecine croit que tous les objets de l'univers, incluant l'Homme, sont formés des cinq éléments et qu'un individu se compose de trois humeurs et des sept constituants principaux énumérés ci-dessus. Elle avance comme origine des maladies le déséquilibre des humeurs. Le traitement proposé utilise des médicaments à base de minéraux et de métaux (mercure, fer, or, argent, arsenic,...) mais prend également en compte le patient, son environnement, son âge, sa physionomie, et autres. Le traitement est ainsi très individualisé afin d'éviter au mieux les erreurs de diagnostique. Le Siddha est capable de traiter tous les types de maladie hors cas d'urgence. Par exemple, il a démontré des succès dans le traitement des maladies dermatologiques telles que le psoriasis, les infections du tract urinaire, les anémies postpartum, les maladies hépatiques et celles du tract gastro-intestinal.

L'Homéopathie a été fondée par le Dr Samuel Hahnemann en Allemagne en 1796. Elle est basée sur le principe de similitude, c'est-à-dire que les médicaments homéopathiques administrés peuvent produire les mêmes symptômes que la maladie sous-jacente mais bien évidemment à dose minimale. Les médicaments homéopathiques peuvent se présenter sous forme de crème, de sirop ou plus couramment sous forme de granules. Leur principe actif peut être d'origine animale, minérale ou végétale. Il subit plusieurs dilutions avec un mélange eau/alcool puis la succussion qui sert à le

dynamiser et à obtenir ses vertus thérapeutiques. L'Homéopathie a été importée en Inde au cours du XIX^{ème} siècle et y est de nos jours attestée comme une médecine à part entière. Sur le marché pharmaceutique, les médicaments homéopathiques ne coûtent pas chers. C'est pourquoi, l'Homéopathie peut cibler une plus grande proportion de gens pauvres et est largement répandue en Inde. C'est d'ailleurs la médecine pratiquée par le Dr Upendar au dispensaire de Camijuli.

La formation :

Revenons à la formation. Des universités distinctes s'occupent de l'enseignement d'un des deux grands systèmes de soins. En effet, ces diverses médecines sont étudiées séparément, ce qui sous-entend qu'un étudiant apprend la médecine allopathique dans un autre établissement scolaire que celui qui étudie l'Homéopathie. De même, ce dernier fait ses études ailleurs que l'élève en Ayurveda et ainsi de suite. Par conséquent, un médecin formé dans une université enseignant l'Ayurveda ne connaîtra pas ou très peu les autres systèmes. La répartition dans ces différents domaines se fait en fonction du nombre de points obtenus à l'examen d'entrée. Dans l'ordre décroissant des résultats, les élèves sont dirigés de la façon suivante : Allopathie, Ayurveda, Homéopathie, Unani, médecine dentaire et vétérinaire. Pour entreprendre des études de médecine, il faut préalablement choisir des options spécifiques au collège. Puis, il faut se présenter à l'examen d'entrée qui, selon les étudiants avec lesquels nous avons discuté, teste les matières scientifiques, telles que la biologie, la chimie et la physique. Ce test semble être l'équivalence de celui de notre premier semestre de première année de médecine à la Faculté de Genève.

Deux catégories d'université existent en Inde : l'université gouvernementale, c'est-à-dire publique, qui est gratuite mais l'admission s'appuie sur l'examen d'entrée précité, et l'université privée où la formation est payante. Nul ne sert de préciser qu'une minorité de jeunes indiens peuvent se permettre d'envisager de telles études.

Que ça soit pour la médecine allopathique ou pour les médecines impliquées dans le département AYUSH, la formation universitaire dure cinq ans. Les mêmes matières (physiologie, anatomie, pathologie et autres) sont enseignées ; seule la pharmacologie diffère. S'ensuit seulement un an d'internat dont la fin n'est ponctuée par aucun examen. Par la suite, il est possible de se spécialiser mais ce n'est pas obligatoire. La spécialisation dure trois ans pour chacune des médecines et peut avoir lieu dans une école gouvernementale sur examen d'entrée ou dans une école privée, mais à nouveau payante et souvent très chère.

Lors de notre visite du campus universitaire de l'hôpital de Gaya, nous avons vu les bâtiments des cours, dont les salles d'anatomie, et les établissements d'une trentaine de chambres où logent les étudiants dès la première année. En discutant avec les étudiants, nous avons appris que les livres de médecine (en anglais) ne sont pas faciles à dénicher et sont à leurs frais. Un service de bourse est mis en place par le gouvernement pour les étudiants des familles à faible revenu. À l'inverse de ce que nous nous attendions, les livres sont récents et similaires aux nôtres. Effectivement, les cours se fondent sur des références analogues. Les étudiants en médecine semblent être très bien formés, malgré le manque de moyens et de matériel médical nécessaires pour une bonne pratique professionnelle par la suite.

A contrario des médecins en Suisse, dès sa formation terminée, un jeune médecin indien peut ouvrir un cabinet privé sans trop de soucis. Il a la possibilité de travailler à son compte et, simultanément, de posséder un poste dans un hôpital gouvernemental. C'est le cas du Dr B. K. Verma et du Dr Teterway que nous avons rencontrés et qui sont présentés plus loin. C'est une pratique répandue parmi les médecins travaillant dans les hôpitaux gouvernementaux car cela leur permet d'avoir un salaire plus conséquent que celui fournit par le gouvernement. Les différentes médecines (allopathique ou du département AYUSH) sont salariées de manière équivalente par le gouvernement. En règle générale, il se trouve plus de médecins allopathiques, ayurvédiques et homéopathes que de médecins pratiquant l'Unani. Cependant, du point de vue du patient, les homéopathes sont ceux qui coûteraient le moins cher. D'après les affirmations des étudiants, il n'y a pas vraiment d'âge de retraite. En effet, il n'existe pas de système de rente suffisante pour vivre, donc même les médecins préfèrent continuer à exercer, ne serait-ce qu'à temps partiel.

Nous nous sommes également intéressées à la formation des infirmières et des pharmaciens. Il y a deux catégories d'infirmière : celles de niveau A et celles de niveau B. Le nombre d'années d'école d'infirmières diffère entre les deux ainsi que le degré de responsabilité dans la pratique. Une infirmière de niveau A se forme en trois ans et possède un grade supérieur par la suite alors que celles du niveau B suivent des cours pendant deux ans et obtiennent une place inférieure en milieu hospitalier. À propos de l'enseignement des sciences pharmaceutiques, il existe aussi une école spécifique. Nous n'avons pas pu poser de plus amples questions au pharmacien de Camijuli (le seul que nous ayons côtoyé) car il n'a malheureusement pas suivi cette formation. Le simple fait qu'il ait auparavant travaillé dans une pharmacie lui a offert l'expérience suffisante pour être engagé à Camijuli.

Par ailleurs, nous avons été surprises d'apprendre qu'aucun homme n'est autorisé à devenir infirmier. Seules des femmes peuvent envisager cette profession. Vu le faible statut social de la femme en Inde, nous avons également été étonnées d'apprendre que la femme, au même titre que l'homme, a la possibilité de devenir médecin ou pharmacienne.

Pour conclure ces paragraphes sur la formation médicale en Inde, nous aimerions préciser que même si ce n'était pas un des objectifs de notre rapport, nous sommes ravies d'avoir pu en apprendre plus à ce sujet. Ce qui nous a le plus surprises, lors de ces discussions, est la place prise dans le système de santé officiel indien par des disciplines négligées chez nous, du moins, du point de vue des études. Cela nous a fait très plaisir de pouvoir rencontrer d'autres étudiants et échanger nos points de vue sur le fonctionnement de nos études respectives, qui sont, somme toute, assez similaires. De plus, ces échanges et visites nous ont permis d'avoir une vision du système de santé dans son ensemble.



La bibliothèque du collège homéopathique de Bodhgaya.



L'entrée du département d'anatomie au "medical college" de Gaya.

Le réseau de soin :

Description des lieux

Avant de débiter la description des différents établissements médicaux visités, nous aimerions vous clarifier quelques points au sujet du réseau de soin indien.

Il existe plusieurs types de centres de soins : l'hôpital gouvernemental, l'hôpital privé, le cabinet privé d'un médecin indépendant, et le centre de soins primaires ou dispensaire. L'hôpital gouvernemental est un établissement public, supervisé par le gouvernement. Il peut se situer dans la ville principale du district, nommé du coup l'hôpital du district comme celui de Gaya, ou dans une ville moins importante, comme celui de Bodhgaya où il prend le nom d'hôpital secondaire (« sub-centre » en anglais). Les soins et les consultations y sont généralement gratuits ainsi que certains médicaments respectant l'engagement du gouvernement à améliorer l'accessibilité des soins aux plus démunis. L'hôpital privé est indépendant du gouvernement ; il ne reçoit aucune aide de ce dernier. Tous les gestes médicaux, soins et médicaments y sont payants, coûts généralement peu abordables pour la majorité de la population du Bihar.

Le cabinet privé est, le plus souvent, dirigé par un médecin généraliste ou spécialiste, mis à son compte. Les consultations sont payantes et les médicaments doivent être achetés dans une pharmacie extérieure au cabinet. Le cabinet privé ressemble beaucoup à notre système suisse, excepté quelques aspects. En effet, nous avons été surprises du nombre de cabinets privés dans les rues de Bodhgaya, d'autant plus qu'ils se présentent comme les divers magasins et qu'ils s'y mêlent complètement. Depuis la rue, nous n'apercevions pas que l'enseigne du médecin comme chez nous, mais nous voyions la salle d'attente, voire même la salle de consultation du fait qu'il n'y ait pas de porte d'entrée.

Le centre de soins primaires ou dispensaire se trouve majoritairement dans les campagnes indiennes, au plus près des villages démunis. Il offre des soins et des médicaments gratuitement. Il peut appartenir à une organisation humanitaire, comme le dispensaire de Camijuli, ou être géré par le gouvernement indien.

Ces différents types de centres pratiquent soit la médecine allopathique, soit une du système AYUSH ou encore un mélange des deux. Comme cité dans le chapitre sur les conditions de vie au Bihar, il y a un réel manque d'établissements de soins. Par exemple, l'État ne dispose que d'un dispensaire pour un million de personnes, alors que, selon les normes nationales, il faudrait un dispensaire pour trente mille personnes. De même, il n'existe qu'un centre secondaire pour dix mille personnes alors qu'il faudrait en avoir un pour cinq mille personnes³.

³ SPECIAL TASK FORCE OF BIHAR. *Bihar: road map for development of health sector*. A report of the special task force of Bihar, New Delhi, 2007, 47 p.

Lors de notre stage, nous avons été en mesure de visiter plusieurs types de centres médicaux et ainsi de pouvoir comparer la qualité des soins proposés. Nous allons les détailler un par un, en commençant par le dispensaire de Camijuli. Nous y avons passé la plus grande partie de notre temps, cette description sera par conséquent plus longue et plus détaillée.

Camijuli :

Le centre de soins de Camijuli où nous avons effectué la plus grande partie de notre stage se situe dans la campagne, à une dizaine de kilomètres du centre de Bodhgaya, proche du village d'Itra. Les locaux utilisés font partie du même bâtiment qu'une école d'EDLT. Le centre a été inauguré en 2007 et de nombreux patients s'y rendent pour bénéficier gratuitement des consultations et médicaments, essentiellement homéopathiques, fournis par l'association. Nous allons commencer par décrire les lieux avant de parler brièvement du personnel y travaillant en nous concentrant sur le médecin. La suite du texte décrira l'organisation et le fonctionnement du dispensaire ainsi que le déroulement d'une consultation.

Les lieux :

L'accès à Camijuli se fait par des routes en mauvais état et rarement goudronnées. L'entrée est signalée par une enseigne, en anglais et en hindi, au dessus de la porte de fer bleue. Celle-ci donne ensuite sur une cour intérieure en terre avec quelques plantes. Tout autour se trouve des salles de classes (pièces fermées contenant bancs, pupitres et tableaux noirs), des toilettes, des robinets d'eau filtrée et le centre de soins. Celui-ci est composé d'une salle d'attente extérieure sur laquelle s'ouvre le cabinet du docteur, une salle d'examen clinique contenant 3 lits en bois et la petite pièce servant de pharmacie. Le cabinet du médecin a une surface d'environ 20 m², ses murs sont peints en bleu ciel (pour diminuer l'impact de la chaleur) et décorés de photos illustrant quelques opérations et cas traités à Camijuli ainsi que des posters d'anatomie et de physiologie humaine. Il y a également une fenêtre au fond de la pièce mais qui ne comporte pas de vitres, seulement des volets. Le toit, fabriqué en bambou et tuiles de terre cuite, est visible par les trous de la bâche sensée isoler le cabinet de la pluie. Le mobilier se compose d'un bureau en bois pour le médecin, d'une grande étagère contenant quelques médicaments, des livres et du matériel médical pour l'examen clinique, une table d'examen rudimentaire en bois recouvert d'un drap vert, d'un lit en bois et évidemment de chaises, dont un tabouret réservé au patient. Il s'y trouve également, dans un coin, un petit lavabo mais sans eau courante, au plafond un ventilateur dépendant du réseau électrique local qui est très aléatoire (il n'a fonctionné qu'un tiers du temps), ainsi qu'un drap suspendu à côté de la table d'examen pour permettre un peu d'intimité.

Comparé à un cabinet suisse, l'aspect est rudimentaire et semble poussiéreux (bien que les sols soient lavés régulièrement), la présence de geckos, de fourmis et de mouches n'aidant en rien. Les souris sont également un problème ; effectivement, elles rongent les registres et les pilules de sucres pour les traitements homéopathiques. C'est pourquoi il serait préférable d'avoir des armoires solides et qui ferment complètement.

Personnel du centre :

L'équipe soignante est constituée d'un seul médecin, le Dr Upendar Kumar, et d'un jeune pharmacien, Niransan Kumar, qui n'a pas de formation certifiée. Ils sont assistés par quatre autres personnes : une secrétaire, Niloffar Jamal, appelée aussi Nouri, qui tient les registres et aide à la préparation du matériel pour les petites chirurgies faites au cabinet, une femme de ménage, Babita, qui aide également à l'emballage des médicaments, un administrateur, Arjun Trasad qui effectue les admissions et est responsable du matériel médical, et pour terminer un chauffeur, Sikendra Kumar, qui est également l'assistant du pharmacien. En effet, comme expliqué dans un chapitre précédent, une partie de l'équipe se retrouve à Bodhgaya le matin et fait le trajet avec la jeep de l'association. C'est d'ailleurs par ce même moyen que nous nous y sommes rendues pendant notre séjour. Le reste de l'équipe y vient à pied des villages environnants. Précisons rapidement que Kumar est un nom de famille extrêmement courant dans cette partie de l'Inde et que les différents membres du staff ayant pour nom de famille Kumar n'ont toutefois aucun lien de parenté entre eux.

Nous avons pu lire le contrat de travail qui lie chacun des membres du personnel à l'association : un rôle bien défini est attribué à chacun, avec une description précise de ses tâches. Nous avons été frappées par l'importance du médecin dans ce document. En effet, il est précisé que les autres employés doivent en tout temps obéir aux instructions du médecin et que celui-ci est le seul à pouvoir prendre les décisions importantes concernant le centre, à pouvoir accorder des congés ou à modifier les rôles. Les autres membres de l'équipe sont aussi tenus de respecter ses décisions, sans pouvoir les discuter en tant qu'équipe, comme nous pourrions l'imaginer dans une structure similaire en Suisse.

Le docteur Upendar, âgé de 28 ans, travaille à Camijuli depuis l'ouverture du centre, il y a trois ans. Il a connu l'association par un ami qui lui avait conseillé de postuler. Il a commencé à pratiquer au centre à la fin de ses études, réalisées entre 2001 et 2006, sans avoir fait de spécialisation. Il a étudié dans une université enseignant uniquement l'homéopathie. Toutefois, il connaît un peu le système allopathique ; il l'utilise dans certains cas, parfois après avoir pris conseil auprès d'amis médecins pratiquant l'allopathie. Par la suite, il aimerait faire une spécialisation, toujours en homéopathie, mais elle dure trois ans et coûte cher. Il ne sait donc pas encore s'il en aura l'opportunité.

Jusqu'à récemment, il travaillait également l'après-midi pour une autre organisation non gouvernementale possédant un centre de soins à quarante kilomètres du village d'Itra. Malheureusement, ce centre a dû fermer par manque de fonds. Certains des patients font désormais le trajet jusqu'à Camijuli pour continuer à suivre leur traitement. En effet, aucune structure n'a pris le relais de cette organisation et les villageois doivent donc parcourir de très grandes distances pour avoir accès à des soins de base. Une autre conséquence de cette fermeture est que le salaire du médecin a diminué ; il estime à présent ses revenus faibles pour son niveau d'études. Il complète toutefois son emploi du temps en assistant un ami médecin pour des opérations dans un petit hôpital privé. C'est également l'occasion pour lui d'apprendre plus dans un domaine peu couvert lors de ces études en Homéopathie, en comparaison avec un cursus en Allopathie. Il n'est toutefois autorisé à pratiquer en son nom que dans des hôpitaux homéopathiques.

Concernant ses études, nous avons remarqué que le Dr Upendar maîtrisait bien tout ce qui avait trait aux maladies fréquentes de la région. La plupart du temps, il n'avait pas besoin de consulter de livres ou de compendium pour faire ses prescriptions. En revanche, nous avons été parfois surprises par son manque de connaissance sur des sujets qui nous paraissaient simples. À titre d'exemple, il n'avait jamais entendu parler du mélanome. Mais ce décalage vient peut être simplement du fait qu'il ne s'agit pas d'un problème majeur dans la région. En effet, les maladies parasitaires ne sont que très peu couvertes par notre cursus alors qu'il s'agit d'un problème fréquent en Inde et, il serait normal qu'à l'inverse, des problèmes fréquents en Suisse mais plus rares en Inde ne soient que très peu couverts lors de leurs études.

Fonctionnement et organisation :

Inauguré il y a trois ans, le centre de soins était d'abord ouvert six fois par semaine, toute l'année. Ces deux dernières années, il ne l'est plus que trois demi-journées par semaine (lundi, mercredi, vendredi) pour les villageois, plus une matinée dévolue aux enfants des écoles (jeudi). Les consultations et les médicaments sont gratuits pour les patients, les frais étant entièrement assumés par Ecole de la Terre.

Depuis le printemps 2008, le Dr Upendar se rend tout les mardis matin à la prison centrale de Gaya. Il y passe quatre heures pour voir les prisonniers qui ont besoin d'un médecin ; il n'examine pas tous les prisonniers de façon systématique. Les consultations sont gratuites. Il leur fournit également des médicaments, achetés par l'association. Sa présence est très utile puisque les deux médecins, payés par le gouvernement, ne viennent pratiquement plus depuis que ce dernier a quasiment cessé de fournir des médicaments. De ce fait, leurs visites n'étaient que peu bénéfiques pour la santé des prisonniers. Ce manque d'accès à la santé primaire est maintenant pallié par EDLT et le Dr Upendar. Environ 200 à 300 prisonniers consultent chaque mois et en un an, entre avril 2009 et mars 2010, le médecin a vu 3262 patients. Malheureusement, nous n'avons pas pu l'accompagner lors de ses visites car les femmes ne sont pas admises dans la prison.

Lors des demi-journées où le centre de Camijuli est ouvert, les horaires fluctuent selon les saisons : en hiver les admissions ont lieu de 8h30 à 11h00 et le médecin est présent de 8h00 à 12h00. En été, à cause de la chaleur, les admissions se font entre 6h30 et 9h00 et le médecin s'y trouve de 6h00 à 10h00. Toutefois, s'il n'a pas pu recevoir tous les patients durant ce laps de temps, il reste plus longtemps afin que tous ceux venus ce matin là puissent le voir.

Par ailleurs, toutes les informations concernant le centre (patientèle, liste des médicaments, les frais pour l'essence, etc) sont retranscrites dans des registres. Des rapports mensuels sont archivés au bureau central de l'association, situé à Bodhgaya. Nous avons pu les consulter et relever quelques informations sur le nombre de visites, présentées dans le tableau ci-dessous, ainsi que sur la patientèle, les types de pathologies les plus fréquentes et les coûts des médicaments.

Année	2007-2008		2008-2009		2009-2010	
Total des consultations	19'291		10'440		8'391	
Elèves de EDLT	6'800	35.3%	3'736	35.8%	3'357	40.0%
Nouveaux patients	4'583	23.8%	2'276	21.8%	1'693	20.2%
Anciens patients	7'892	40.9%	4'428	42.4%	3'341	39.8%

Note : Le nombre de patients par année est comptabilisé du mois d'avril au mois de mars de l'année suivante. Le nombre d'anciens patients indique ceux qui étaient déjà venus au centre une première fois lors de la même année ou d'une année précédente et qui reviennent pour un suivi ou pour une autre raison.

Dans le tableau plus haut, il est clairement visible que le nombre de patient diminue d'une année à l'autre. D'après le Dr Upendar, cela proviendrait du fait que beaucoup de gens ont profité de l'ouverture du centre pour venir faire traiter des petites pathologies, celles-ci n'étant pas suffisamment handicapantes pour justifier un trajet jusqu'à l'hôpital de Bodhgaya. Lors de la première année, beaucoup de gens ont ainsi consulté pour des pathologies présentes depuis longtemps car le centre était plus proche de chez eux que ne l'était l'hôpital. Après quelques temps, le nombre de patients a diminué car, aujourd'hui, les besoins en soins des villages environnants sont traités en "temps réel" et il ne s'agit plus d'une accumulation de pathologies survenues sur plusieurs années.

Parmi les patients, il y a majoritairement des femmes (de tous les âges). Suivent par ordre d'importance les hommes adultes, les enfants de 5 à 15 ans et finalement ceux de 0 à 15 ans. La quantité nombre de consultations par mois varie beaucoup, avec une diminution au mois de janvier. En revanche, sur les trois dernières années, aucun mois ne présente une franche tendance à l'augmentation. Nous avons pu voir le rapport du mois d'avril 2010 durant lequel le nombre de consultations par demi-journée oscillait entre vingt-cinq et quarante patients, avec parfois des pics à soixante. Toutefois durant notre stage, la moyenne était plus proche des vingt-cinq patients, en raison de la fermeture de l'école attenante pour les vacances scolaires et de la chaleur. Sur le rapport du mois d'avril, nous avons aussi pu relever les pathologies les plus fréquentes durant cette période, qui sont listées ci-dessous par ordre d'importance. Les chiffres indiqués entre parenthèses pour les trois premières et trois dernières pathologies sont le nombre de cas durant le mois et permettent de se faire une idée des proportions. Les pathologies regroupées sur une même ligne sont présentes à une même fréquence. Comme cité auparavant, lors de notre stage, nous avons également pu constater qu'il y avait un nombre important d'hommes souffrant d'hémorroïdes ainsi que de diverses formes d'hernies (inguinales principalement) alors que les leucorrhées étaient un problème très fréquent chez les femmes de tout âge. L'arthrite est une affection courante des personnes de plus de soixante ans, apparemment favorisée par de mauvais apports nutritifs. Beaucoup d'enfants souffraient d'affections des oreilles durant la période où nous étions à Camijuli.

En général :

- Dysménorrhée et cycle irréguliers (92)
- Fièvre, toux, affection des yeux et des oreilles, vomissements, hypotension (42)
- Gale, eczéma, blessure (22)
- Hypertension, crampe dans les jambes
- Asthme
- Abscesses
- Maux de tête, arthrose, leucorrhée
- Colique
- Maladie de Hansen (9)
- Insomnie (5)
- Ostéomyélite (4)

Chez les élèves d'EDLT :

- Fièvre, toux (32)
- Dysménorrhée et cycle irréguliers (25)
- Gale (21)
- Eczéma (17)
- Otorrhée, colique (11)
- Hypotension (10) et Hypertension (7)

Les rapports que nous avons pu consulter contenaient aussi le nom des villages d'où sont originaires les patients ainsi que la distance qu'ils ont parcourue pour venir au centre. D'une manière générale, les patients proviennent de plus d'une trentaine de villages, de différentes communes, dans un rayon d'environ quarante kilomètres. Il y a toutefois des exceptions: un homme avait parcouru septante kilomètres à pied, puis, avait dormi chez un ami dans un village proche pour venir consulter le lendemain. Généralement, la plupart des patients viennent à pied ou parfois à vélo. C'est pourquoi le Dr Upendar préfère prendre, en priorité, les patients qui viennent de villages plus éloignés car leur trajet leur prend déjà beaucoup de temps. De ce fait, il souhaite diminuer au maximum leur temps d'attente sur place, pour éviter que la visite au centre ne leur prenne toute la journée. De même, il aime faire attendre le moins de monde possible et cherche à optimiser son temps de présence au dispensaire en gardant les cas qui prennent le plus de temps pour la fin de la matinée. Par exemple, lorsqu'il doit pratiquer des petites interventions, telles un drainage d'abcès, il ne le fait qu'à la fin de la matinée, après avoir reçu tous les autres patients. Le geste lui prend en effet une vingtaine de minutes, durant lesquelles il pourrait recevoir environ cinq patients.

L'accès au centre est libre pour tous les villageois, sans distinction de religion ou de caste. Les villages aux alentours comptent beaucoup de musulmans et cela ne pose pas de problème au médecin qui est lui-même hindou. Il n'a pas non plus remarqué de différences dans la compliance ou les pathologies entre les deux communautés, hindoue et musulmane.

En général, les patients connaissent Camijuli par le bouche à oreille dans les villages. Le médecin traite souvent plusieurs membres d'une même famille, et remplit un rôle semblable à celui du médecin de famille en Suisse. Il nous a cité comme exemple une femme venue le consulter pour des problèmes d'infertilité et dont le mari et les enfants sont maintenant aussi ses patients. De même, la plupart des patients reviennent par la suite à Camijuli et le docteur Upendar reconnaît une grande majorité d'entre eux. D'après lui, les villageois ne profitent pas du fait que la visite soit gratuite et il n'a pas remarqué de surconsommation des soins ou des médicaments, à quelques rares exceptions près. En revanche, il faut préciser que les personnes habitants proches du centre viennent plus facilement consulter et pour des pathologies plus bénignes que ceux qui doivent parcourir une

longue distance pour se faire traiter. Pour cet aspect, nous pouvons faire un parallèle avec certaines régions de Suisse où le réseau de soin est moins dense, comme le canton du Valais.

Au niveau médical, le centre permet de traiter de nombreuses affections courantes dans la région. Il ne pratique pas de chirurgie, seulement des petites interventions. Des opérations plus importantes sont parfois effectuées à Camijuli mais elles sont planifiées à l'avance. Par exemple, des camps de planning familial sont organisés, une fois par année en hiver, permettant de pratiquer la ligature des trompes de Fallope des femmes, ayant déjà eu plusieurs enfants et n'en désirant plus d'autres. Ces opérations sont programmées à l'avance et demandent une certaine logistique. Puisqu'elles s'inscrivent dans le cadre du programme de santé de l'état du Bihar, le gouvernement participe en partie au financement, mais, la plus grande partie des fonds est fournie par Écoles de la Terre. Durant le camp de l'hiver 2010, dix femmes ont été suivies et sept opérées pour un coût total de 8'934 INR (soit environ 203 CHF).

Pour les soins de bases et les consultations, les patients peuvent venir sans rendez-vous. Pour les suivis, le médecin donne en général une indication au patient pour qu'il sache dans quel délai revenir, mais, il ne fixe pas de rendez-vous. Il ne fait pas non plus de visites à domicile. Pour les femmes enceintes, le médecin peut occasionnellement faire des suivis de grossesse. En revanche, aucun programme de vaccination n'a été installé à Camijuli. Nous pensons toutefois qu'Écoles de la Terre pourrait collaborer dans ce domaine avec l'hôpital de Bodhgaya qui a mis en place un programme très complet que nous détaillerons par la suite. Cela permettrait de s'assurer que les enfants venant consulter soient correctement immunisés.

D'une manière générale, le centre de soins n'est que très peu inséré dans un réseau de soins, qui est lui-même peu dense dans la région. Les villageois de la région n'ont généralement pas de médecin traitant au sens où nous l'entendons en Suisse. D'une part, du fait que leur accès à la santé est limité mais aussi parce que, dans la plupart des infrastructures liées à la santé, le patient repart avec son dossier et toutes les informations le concernant. De ce fait, il est libre d'aller chez le médecin de son choix à la prochaine consultation. Néanmoins, nous pouvons remarquer que la plupart des indiens se rendent d'abord chez un médecin généraliste avant d'aller voir un spécialiste, quelque soit leur affection. Dans les régions rurales, cette tendance s'explique par la distance séparant le patient du cabinet du spécialiste, en général situé dans une ville de moyenne à grande importance.

Pour revenir au centre de Camijuli, bien qu'il ne soit que peu relié au reste du réseau de soins, il en est cependant très dépendant. En effet, aucun test de diagnostic médical ne peut être pratiqué sur place et il en va de même pour les radiographies et autres examens d'imagerie médicale. Lorsqu'une analyse est nécessaire, le médecin l'écrit sur le dossier du patient qui l'emmène ensuite dans un laboratoire extérieur pour effectuer le test. Le patient reviendra ensuite au centre avec les résultats. Cette démarche signifie que, lorsqu'un examen est nécessaire au diagnostic, toutes les décisions médicales doivent être repoussées d'au minimum une journée, même s'il s'agit d'une analyse simple et nécessitant peu de temps. C'est pourquoi, le Dr Upendar aimerait pouvoir installer certains appareils basiques dans son cabinet ou avoir des kits de tests pour les problèmes fréquents. Se pose alors la question de l'entretien des machines, de leur coût ainsi que du besoin de personnel qualifié pour prélever les échantillons et faire les tests : un tel investissement ne peut être pris à la légère et ses bénéfices doivent être suffisamment efficaces pour le justifier. De même, le centre de soins n'est

pas équipé de plan lumineux pour examiner les radiographies : le médecin les consulte simplement à la lumière du jour. Cela pourrait donc être un autre investissement envisageable pour améliorer le dispensaire. Toutefois, sachant que le courant ne fonctionne que de manière aléatoire (il faudrait donc une batterie pour que cela fonctionne correctement) et que la plupart des radiologues joigne à l'image un rapport détaillé, ce n'est sûrement pas l'achat le plus prioritaire. Une autre problématique très préoccupante liée aux tests et autres examens d'imagerie est le fait qu'étant réalisés à l'extérieur de Camijuli, ils sont donc payants et à la charge du patient. Ceux-ci sont donc souvent réticents à se rendre au laboratoire le plus proche. En négociant et expliquant l'importance de l'analyse au patient, le médecin arrive à en convaincre la plus grande partie (90% selon ses estimations). Certains cas sont néanmoins plus délicats. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'une femme ou d'une personne âgée sans revenus, le médecin ne doit pas seulement convaincre le patient mais aussi le mari ou la personne subvenant à ses besoins. Cette dernière, nommée le représentant ou le chef de famille, ne souffre pas et se sent parfois très peu concernée, pouvant même aller jusqu'à avancer que le patient (sa femme ou sa mère) exagère ses souffrances. De même, un patient, ne ressentant plus de douleurs mais présentant encore un risque de rechute ou de complications et devant donc faire un examen de contrôle, sera beaucoup plus réticent à dépenser son argent pour un test qu'il pense inutile, étant donné qu'il s'estime guéri. Dans certaines circonstances, comme dans le cas de familles très pauvres, le médecin devra donc renoncer à certaines analyses, évaluées trop chères. Très rarement et lors de cas particuliers, Ecole de la Terre s'engage à prendre en charge certains tests.

En ce qui concerne la collaboration avec les autres médecins de la région, le Dr Upendar recommande rarement au patient de se rendre chez un spécialiste dès la première consultation. En effet, dans les cas non urgents, il préfère attendre de voir si son traitement fonctionne pour éviter une dépense supplémentaire aux patients. En cas de besoin, il aime aussi demander des conseils à d'autres médecins (par téléphone ou en personne). Ceci lui permet d'adapter le traitement plus rapidement mais aussi évite au patient de se déplacer, les spécialistes se trouvant presque tous à Gaya. D'autre part, pour les femmes, les enfants et les personnes âgées, il doit parfois parler directement avec le chef de famille afin de lui expliquer pourquoi une visite chez un spécialiste s'impose, puisque c'est lui qui décidera si le patient peut s'y rendre et qui lui donnera l'argent pour les déplacements et les frais (médicaments, consultation,...). Il s'agit du même principe que pour les analyses médicales, explicité ci-dessus est il est donc nécessaire d'avoir son accord. Pour les cas plus graves, le médecin conseille au patient de se rendre à l'hôpital mais ce n'est pas lui qui gère les transferts. Si un de ces patients est hospitalisé, il ne communiquera pas avec l'hôpital et la famille devra payer les frais liés au séjour et aux médicaments.

Cette absence de réel réseau de soins autour du dispensaire de Camijuli conduit parfois à des situations difficiles pour le médecin. Effectivement, certaines personnes viennent le voir avec des pathologies très avancées et pour lesquelles il ne peut rien faire par manque de moyens et d'infrastructures. Il ne peut que recommander au patient de se rendre à l'hôpital. Or, il lui est parfois impossible pour des raisons financières, la plupart du temps, mais parfois également pour des motifs sociaux, lorsque que le chef de famille décide de ne pas conduire une personne déjà âgée à l'hôpital. Ce raisonnement se base sur la perte de temps et d'argent engendrée pour une personne qui n'amène pas d'argent au foyer. Dans de telles situations, lorsque les familles sont très pauvres, la prise en charge est difficile voire impossible pour le médecin. À titre d'exemple, lors de notre stage, une femme âgée d'environ septante ans est venue pour faire traiter son prolapsus utérin. Celui-ci

était au troisième stade, particulièrement avancé et inconfortable pour la patiente puisqu'il lui était impossible de s'asseoir normalement et qu'elle était gênée lors de la miction. Cette dame est venue plusieurs fois alors que le médecin ne pouvait presque rien faire pour la soulager, son cas demandant une opération chirurgicale ne pouvant être pratiquée à Camijuli. Pour de tels cas, le médecin aimerait pouvoir faire plus mais, malheureusement,—ce souhait nécessiterait des infrastructures beaucoup plus importantes et, de ce fait, des moyens nettement plus considérables.

Avant de passer à la description des consultations, nous allons détailler le circuit parcouru par un patient lorsqu'il vient consulter, puis, nous allons présenter la pharmacie et les médicaments.

À leur arrivée au centre de Camijuli, les patients commencent par l'admission, effectuée dans la salle d'attente devant la pharmacie. L'administrateur écrit dans un registre les informations relatives au patient ainsi que sur le dossier de ce dernier s'il s'agit d'une première visite. S'il est déjà venu auparavant, il vient avec son dossier déjà rempli. Sur le dossier se trouvent le nom, l'âge, l'adresse et le poids du patient, mesuré grâce à une balance à l'entrée. Une majorité des patients revient avec un dossier propre mais certains ramènent, lors des consultations, des dossiers sales voire déchirés. Après avoir été inscrits dans le registre, les patients font la queue debout et en silence. Ce deuxième aspect est suffisamment rare en Inde pour mériter d'être relevé et est imposé par une simple consigne écrite en hindi sur le mur. L'attente n'est généralement pas très longue mais cela dépend beaucoup du nombre de patients et de l'heure à laquelle ils arrivent. Le patient, en début de file, se place en général sur le pas de la porte, ouverte, du cabinet, probablement pour ne pas se faire prendre la place lorsque vient son tour. Par conséquent, il entend aisément la consultation précédente, ce qui apparemment ne pose pas de problème, le secret médical ne semblant de loin pas être une priorité.

Une fois face au médecin, celui-ci inscrit en anglais sur le dossier le status, le diagnostic, la prescription ainsi que les tests qui peuvent être nécessaires en fonction du cas. Il explique ensuite en hindi la prescription avant de rendre la feuille au patient qui la remet à la secrétaire, Nouri, installée à l'intérieur de la pièce, juste à côté de la porte. Nouri recopie les informations dans un des quatre registres administratifs de Camijuli, en fonction de l'âge et du sexe du patient : il y a un répertoire pour les enfants de 0 à 5 ans, un pour les 5 à 15 ans, un pour les femmes et un pour les hommes. Une fois terminé, elle transmet le dossier au pharmacien qui prépare la prescription médicamenteuse. Le patient attend finalement devant la fenêtre de la pharmacie pour recevoir son traitement, avant de rentrer chez lui ou de se rendre à Bodhgaya faire des tests. Lorsqu'il vient les chercher, le pharmacien redonne des explications sur la prise des médicaments au patient et écrit quelques indications en hindi sur la pochette en papier dans laquelle il place les médicaments. En règle générale, les ordonnances sont faites pour une durée d'une semaine afin que le patient revienne et que le médecin puisse voir si le traitement a fonctionné et, si besoin est, le modifier. En effet, si les symptômes ont évolué différemment, le traitement changera aussi légèrement. Parfois, le médecin prescrit des traitements d'une durée de quinze jours pour les patients habitant très loin du dispensaire ou qui ont de la peine à se déplacer.

Comme indiqué au début de la présentation du centre, la majorité des médicaments utilisés sont homéopathiques car, comparé à l'allopathie, ce système permet de traiter plus de patients pour le même prix. Dans la pharmacie, les médicaments sont rangés par ordre alphabétique sur des étagères ; il y a plus d'une centaine de substances homéopathiques différentes, toutes sous forme liquide, les crèmes et autres étant trop chers par patient. Pour chaque prescription, le pharmacien prépare le traitement en versant dix à quinze gouttes du liquide homéopathique dans un flacon contenant environ septante pilules de sucre, puis en l'agitant pour répartir la substance. La pharmacie contient aussi quelques médicaments allopathiques pour les cas d'urgence. De plus, il peut arriver que le médecin conseille un médicament que le centre ne fournit pas et fasse une ordonnance au patient pour qu'il puisse aller l'acheter dans une pharmacie extérieure. Les médicaments de la pharmacie à Camijuli sont suffisamment utilisés pour que les dates de péremption ne soient pas dépassées et un contrôle régulier permet de s'en assurer. Les médicaments homéopathiques ont une durée de vie d'environ six ans mais le centre en stocke des petites quantités, nécessitant un renouvellement tous les un à trois mois, selon la substance et son usage. Tous les médicaments sont achetés à Gaya par l'association et ceux homéopathiques sont produits en Inde par la Father Muller Charitable Institution, une organisation privée qui fournit des traitements homéopathiques de qualité à des prix raisonnables. À titre d'indication, le prix pour 100ml de produit varie entre 75 et 95 INR (soit entre 1,70 et 2,20 CHF au taux de conversion d'1 CHF pour 44 INR). Nous avons pu consulter le dossier rapportant les frais liés aux médicaments pour la période allant du mois d'avril 2009 à février 2010. Durant cette année, des substances homéopathiques ont été commandées en moyenne une fois par mois mais de façon irrégulière (c'est-à-dire pas à chaque mois à la même date) et chaque commande était différente et faite en fonction des besoins et des stocks. Le total pour l'année s'élevait à 40'938 INR, environ 930 CHF. Malgré ces commandes fréquentes, il arrive qu'un médicament vienne à manquer. Dans ce cas, le médecin changera la prescription pour une substance similaire ou enlèvera simplement ce médicament de l'ordonnance. Dans le registre que nous avons consulté, s'ajoutaient aux achats de substances homéopathiques, les achats de pilules de sucre et des flacons en plastique remis aux patients, et ceux-ci pour un montant de 18'200 INR soit 414 CHF. Les médicaments allopathiques sont, quant à eux, moins souvent commandés (environ tous les deux mois) et en moins grande quantité, pour une somme de 6886 INR en un an, équivalent à 157 CHF. Comme nous l'avons déjà précisé, l'allopathie n'est employée que pour les urgences ou certaines infections et l'homéopathie est le plus nettement utilisée. En outre, dans certains cas, le médecin prescrit au patient des compléments alimentaires (calcium par exemple) ou même parfois des soupes particulières aux propriétés antiseptiques. Il explique alors au patient comment la préparer et écrit en hindi sur le dossier le nom de la soupe et non pas en anglais. Certains traitements prescrits sont aussi des mélanges de différentes substances préparés à l'avance par le médecin. Pour ce faire, il mélange plusieurs liquides médicamenteux dans un flacon avant d'y coller une étiquette. Les proportions des différentes substances sont alors faites à vue de nez, sans aucune mesure précise.

Les consultations :

Nous allons maintenant présenter le déroulement des consultations à Camijuli et relever quelques points qui nous ont marquées lors de notre stage. En effet, bien qu'il s'agisse d'un entretien médical visant les mêmes objectifs qu'en Suisse, nous avons pu remarquer un grand nombre de différences avec les connaissances acquises lors de notre cursus.

Tout d'abord, les consultations à Camijuli duraient entre deux et cinq minutes par patient, rarement plus. Le Dr Upendar restait assis à son bureau et n'appelait pas les patients ni n'allait les chercher dans la salle d'attente. Ceux-ci entraient d'eux-mêmes, même si la secrétaire, assise à côté de la porte, contrôlait plus ou moins les entrées. Certains patients enlevaient leurs chaussures avant d'entrer, ce qui est la norme en Inde lorsqu'on entre chez quelqu'un, mais pas tous les patients ne le faisaient. Il ne semblait pas y avoir de règles précises à ce sujet. Une fois le patient entré, il venait se placer proche du médecin. Un tabouret placé à côté de ce dernier servait de siège. Il n'y avait donc pas la même distance entre le médecin et son patient qu'en Suisse, où ceux-ci sont en général séparés par un bureau lorsque la consultation a lieu dans un cabinet. Certains patients restaient toutefois debout et le médecin ne leur proposait pas de s'asseoir ; la consultation avait alors lieu avec le patient se tenant debout à côté du médecin. L'entretien commençait en général rapidement, sans phase sociale et sans s'assurer du confort du patient comme nous avons appris à le faire à Genève. Il est culturellement peu courant de se serrer la main en Inde et nous n'avons jamais vu le médecin le faire pour saluer ses patients, que ce fut au début ou à la fin de la consultation. De même, il ne leur disait pas réellement au revoir et, lorsque l'entretien était terminé, le patient sortait de lui-même, le médecin ne le raccompagnant pas. La fin de l'entretien ne nous a pas non plus semblé être ponctuée par une phase de vérification ou de conclusion. De plus, aucune mesure d'hygiène particulière n'était pratiquée entre les consultations. En ce qui concerne le corps même de l'entretien et le raisonnement clinique, le médecin nous a expliqué sa façon de faire, et elle était la même que celle enseignée en Suisse. Toutefois dans la pratique, il nous a semblé qu'il ne respectait pas souvent les principes théoriques qu'il nous avait présentés. Les anamnèses étaient très rapides et certains aspects qui nous paraissaient importants ont parfois été laissés de côté. Par exemple, quand une jeune fille se plaignant de fièvre est venue consulter, il lui a posé quelques questions avant de poser son diagnostic et d'écrire l'ordonnance qu'il nous a ensuite expliqué en anglais. Quand nous lui avons demandé depuis combien de temps la patiente avait ces symptômes, facteur important pour nous, il a dû la questionner à nouveau en hindi car il n'avait pas posé la question auparavant. De plus, il n'écrivait pas toujours toutes les informations sur le dossier. Lors d'un suivi, il notait simplement la nouvelle prescription à la suite sur la feuille, n'inscrivant que rarement des détails sur l'évolution de la pathologie. Selon les jours, les explications concernant la prise du traitement étaient aussi plus ou moins rapides et de qualité variable. Le médecin pouvait même passer rapidement à la consultation suivante, alors que le patient précédent était toujours dans la pièce ou que nous lui prenions la tension. Ce fut le cas avec une adolescente qui, après que nous ayons pris sa tension, est restée assise à attendre des explications supplémentaires de la part du médecin. Or, celui-ci avait déjà commencé l'entretien suivant et ne s'est pas arrêté pour la rassurer et lui expliquer ce qu'elle avait. Elle est donc finalement sortie de la pièce sans plus d'informations et avec l'air inquiet. La barrière de la langue nous a empêchées de lui dire qu'elle n'avait aucune raison d'être angoissée, sa tension artérielle étant parfaitement normale et ses symptômes sans gravité. Une autre différence importante avec nos précédentes expériences en Suisse était le fait que nous n'avons jamais été introduites par le médecin auprès des patients. De plus, il nous parlait en anglais des patients devant eux sans leur fournir d'explication sur les raisons de notre présence. Nous avons aussi été frappées par les manières du médecin, très différentes de ce que nous pourrions nous permettre en Europe. Il était en effet parfois un peu sec avec certains patients et pouvait s'impatienter rapidement. Il répondait au téléphone pendant les consultations sans s'excuser auprès du patient, toussait, baillait et éternuait sans se tourner ou mettre la main devant la bouche. Il lui est également arrivé de se

curer le nez devant les patients ou de cracher par la fenêtre pendant la consultation. Bien qu'étant des gestes beaucoup plus courants et acceptés en Inde qu'en Suisse dans la vie quotidienne, ils restent relativement inconvenants dans le cadre médical.

En ce qui concerne la patientèle et le comportement des patients en général, nous avons remarqué que, dans le domaine médical aussi, le rôle de la famille est prépondérant et il se voyait aussi lors des consultations à Camijuli. Les patients venaient rarement seuls, excepté les hommes. Les femmes de tout âge, les adolescents et les enfants étaient toujours accompagnés d'au moins un membre de leur famille. La personne accompagnante pouvait être elle-même patiente et en profiter pour consulter ou simplement suivre le patient. Dans les deux cas, la consultation s'effectuait avec les deux personnes dans la pièce. Il est arrivé que des consultations se déroulassent presque en groupe, sept personnes étant présentes en même temps, patients ou non. D'autre part, il n'était pas rare de finir la consultation alors que le patient suivant, rentré avant la fin de l'entretien précédent, était déjà debout à côté du bureau. Ces va-et-vient contrastaient pour le moins avec l'ambiance à laquelle nous sommes habitués dans un cabinet suisse. Il nous serait en effet impensable, en tant que patient, de rentrer avant que le précédent ne soit sorti. Un autre fait que nous avons relevé et qui contraste avec la Suisse était que certains patients venaient avec plusieurs dossiers médicaux. Il s'agissait de ceux des membres de leurs familles qui n'avaient pas pu venir mais qui avaient besoin de médicaments. La grande majorité des patients venait donc avec deux dossiers, le deuxième étant celui de l'époux, d'un enfant ou même d'un voisin. Il est arrivé qu'une femme en bonne santé vienne consulter uniquement pour exposer les symptômes de son mari et de son fils, afin de leur obtenir des médicaments. Cet exemple illustre bien deux phénomènes : premièrement, le fait que se rendre au dispensaire est encore perçu par beaucoup comme une perte d'un temps précieux, et que, bien que la santé soit perçue comme importante, elle ne mérite pas tous les sacrifices, et deuxièmement, l'importance et l'implication de la famille au sens large dans la culture indienne.

Un autre point dans les rapports médecin-patient différent entre les deux pays est la faible quantité d'échanges de paroles. En règle générale, les patients parlaient très peu et répondaient seulement aux questions du médecin, elles-mêmes très brèves. Il n'y avait pas de réels échanges de paroles, ce qui explique la courte durée des consultations. Cet élément nous est apparu très clairement après une consultation que nous avons trouvée beaucoup plus longue que les autres et durant laquelle nous avons trouvé le patient très bavard. Or, l'entretien n'avait duré que quinze minutes ce qui est en Suisse tout à fait normal. Le fait que les patients parlaient si peu, illustre pour nous très bien le respect pour le médecin que nous avons ressenti à Camijuli et dans les autres centres de soins. En effet, nous avons trouvé que le rôle du médecin dans le système indien était encore très patriarcal. Il peut interrompre les patients, ceux-ci écoutant avec attention lorsqu'il parle et ne semblant que rarement remettre en question une de ses décisions. Cette constatation reflète, en partie, un modèle de société très différent du nôtre et surtout beaucoup plus hiérarchisé. Il est certainement le motif du manque de remise en cause de ce respect du médecin et, surtout, de cette approche paternaliste de la médecine.

Pour continuer notre description des consultations à Camijuli, quelques mots sur les examens physiques. En Europe, il s'agit d'une partie importante de la consultation ce qui n'était pas le cas au dispensaire. La plupart des entretiens se sont terminés sans examen physique et, dans les autres cas, celui-ci était en général sommaire et rapide. Au début de notre stage, le médecin nous a fait mesurer la tension artérielle à tous les patients. Mais après quelques jours, nous prenions la tension beaucoup plus rarement, en fonction de l'âge et des symptômes du patient. Pour la grande majorité, c'est à cela que se résumait l'examen, quelque soit la plainte. Bien des fois, le médecin faisait confiance à ce que lui décrivait le patient et ne prenait pas la peine de vérifier ses dires. Par exemple, pour un patient se disant fiévreux, il lui posait simplement une main sur le front et ne lui prenait pas la température, bien qu'il possédait un thermomètre sur son bureau. Lorsqu'un examen était pratiqué, il pouvait être réalisé alors que la personne était encore assise sur le tabouret, comme ce fut le cas pour l'examen des conduits auditifs ou la palpation abdominal d'enfants. Dans certaines situations, le patient devait s'installer sur la table d'examen, très inconfortable, puisqu'il s'agissait d'une planche de bois recouverte d'un drap. Le drap n'était pas changé entre les patients et ceux-ci devaient utiliser un tabouret pour s'y hisser. Comme nous l'avons déjà signalé, le médecin était parfois un peu brusque avec certains patients, et ceci aussi lors de l'examen physique. Par exemple, il ne demandait pas au patient de tourner la tête pour examiner son conduit auditif mais il l'accomplissait en personne. De même, un garçon d'une dizaine d'années, venu pour un hydrocèle, était particulièrement mal à l'aise et réticent à l'examen physique. Le médecin ne lui a pas laissé le choix et n'a pas pris le temps de lui expliquer pourquoi il devait l'examiner. Il a même insisté pour que nous le voyions également, malgré le refus de l'enfant. Alors que les patients n'avaient aucun problème pour parler de leur problème dans une salle remplie de gens, comme nous l'avons indiqué auparavant, la gêne lors des examens physiques était, quant à elle, très importante. L'intimité était un problème majeur dans la pratique médicale et la plupart des examens cliniques en pâtissait souvent. L'auscultation cardiaque se faisait, par exemple, par-dessus les habits et l'examen gynécologique ne s'effectuait pas en l'absence d'un témoin. Mais, nous reviendrons sur ces problèmes liés à l'intimité par la suite.

Pour terminer, nous aimerions détailler un des gestes médicaux auxquels nous avons pu assister, à savoir un drainage d'abcès à l'épaule afin d'illustrer quelque peu la pratique du Dr Upendar.

Tout d'abord, les instruments étaient stérilisés en les aspergeant d'alcool sur un plateau métallique avant d'y mettre le feu. Les instruments étaient laissés là jusqu'à ce que le médecin les utilise. Il se lavait ensuite les mains au savon avec l'aide de Babita qui lui versait l'eau depuis une jarre, étant donné que le cabinet n'a pas l'eau courante. Puis, il expliquait au patient en quelques mots la suite de la procédure avant de commencer. Il ne mettait pas de gants bien qu'il en eût deux boîtes pleines. Il désinfectait les abords de l'abcès et injectait un anesthésiant local. À ce moment-là, deux personnes supplémentaires étaient présentes pour tenir le patient et éviter qu'il ne bougeât à cause de la douleur. Cependant, le Dr Upendar procédait seul à la procédure en elle-même, n'ayant pas d'infirmière pour lui tendre les instruments. Une fois le geste fini et un pansement installé, il se relavait les mains après quoi Babita rangeait le matériel, elle aussi sans mettre de gants bien que les déchets fussent contaminés par des liquides biologiques (pus, sang). D'une manière générale, et non pas seulement pendant ce geste, le médecin utilisait peu souvent des gants et l'équipement n'était pas entretenu dans les plus pures règles de l'asepsie. Il arrivait même, pour certains gestes, que le matériel utilisé fût sale, comme ce cas d'une lame employée pour écarter la joue d'un enfant.

Pour conclure cette description des consultations, quelques mots encore sur l'intimité, un problème majeur dans la pratique quotidienne du Dr Upendar, notamment lors de l'examen physique, et sur le secret médical. Ces deux notions, telles que nous les connaissons, sont en effet totalement absentes du système médical indien que nous avons pu observer. Elles sont extrêmement liées à Camijuli puisque ce sont les mêmes facteurs qui les influencent fortement. Pour n'en citer que quelques uns : la porte du cabinet n'était pas fermée, seul un rideau cachait le bureau et la table d'examen de la salle d'attente, depuis laquelle il était possible de tout entendre. De ce fait, le Dr Upendar désirerait beaucoup avoir une meilleure salle pour faciliter certains examens et certaines anamnèses. Il souhaiterait aussi avoir une infirmière qualifiée pour résoudre un problème majeur : l'examen gynécologique des femmes par les hommes médecins. En effet, la culture empêche un homme de l'effectuer sans une infirmière ou un témoin. Le Dr Upendar peut, cependant, parfois le faire avec Nouri présente dans la pièce, mais certaines femmes refusent. Cette gêne entre les sexes pose également problème dans d'autres situations, telles que lors de l'examen cardiaque sur une femme. Pour parfaire sur l'intimité, nous avons été marquées par le fait que certaines situations totalement normales en Inde sont difficilement acceptables en Suisse (la présence de tiers dans la salle lors de la consultation), et, à l'inverse, par le fait que certaines problématiques liées à la culture indienne sont totalement absentes du système médical suisse (la problématique de l'examen gynécologique).

Nous avons maintenant terminé la description du dispensaire et nous allons décrire les autres lieux visités lors de notre stage. Notre expérience à Camijuli a été très enrichissante et il nous était impossible de la rapporter entièrement. Or, nous espérons avoir souligné les points importants qui nous ont le plus marquées.



L'enseigne du centre.



Le centre de soins et l'école de Camijuli.



La salle d'attente.



Le docteur Upendar à son bureau.



Le Dr Upendar et Nouri examinant une patiente.



Flavie prenant la tension d'une patiente.



Clémence prenant la tension d'une patiente pendant que le médecin lui pose des questions.



La pharmacie.



Des flacons de traitements homéopathiques.



Des patientes, de dos, attendant à la fenêtre de la pharmacie que leurs prescriptions soient prêtes. À l'intérieur, Sikendra et Niransan préparent les médicaments.

Medical college hospital Gaya :

Nous avons pu visiter l'Hôpital universitaire de Gaya, situé à une quinzaine de kilomètres de Bodhgaya. C'est un grand hôpital gouvernemental qui comporte la majorité des services médicaux. En effet, il s'agit de l'hôpital principal du district de Gaya ; il prend donc en charge une grande variété de pathologies. Quelques cas exceptionnels ou complexes doivent cependant être envoyés à l'hôpital de Patna, qui est plus important et situé à cent-dix kilomètres de Bodhgaya.

Les lieux :

Il y a deux entrées principales : une pour les urgences et une pour les consultations ambulatoires et les admissions. L'ensemble de l'hôpital est constitué de plusieurs bâtiments en béton, organisés autour de cours en friche, elles-mêmes entourées de galeries surélevées pour les jours de fortes pluies. Certains bâtiments sont particulièrement délabrés alors que d'autres sont flambant neufs (par exemple le nouveau service pour le traitement du VIH, inauguré en janvier 2010). Ceci met en avant l'engagement du gouvernement indien à améliorer les mesures de santé et les institutions relatives.

L'électricité de l'hôpital n'est pas fournie par des générateurs et dépend du courant de la ville, soumis à des pannes quotidiennes, à l'exception des urgences et de certains blocs opératoires qui possèdent des batteries de secours pour les machines et la lumière. L'éclairage des couloirs est peu puissant et donne une atmosphère lugubre. Vu l'instabilité du courant, l'éclairage et les quelques ventilateurs ne fonctionnent pas constamment. Nous n'avons également pas vu d'ascenseurs, ce qui soulève la question du déplacement des patients entre les étages. En revanche, nous avons pu voir quelques brancards, simples chariots en métal poussés par la famille du patient et non pas par le corps médical. De même, les transferts entre le brancard et le lit sont effectués par l'entourage.

Les chambres ne sont pas mixtes ; les hommes et les femmes sont placés dans des pièces différentes même s'ils ont la même pathologie. Les lits sont constitués d'une planche de bois, avec pour matelas une fine paille usée et sale, et il y en a en moyenne seize par chambre. Du fait que les lits sont très proches les uns des autres, il reste peu d'espace. La pièce ne comporte pas de lavabos ni de vitres aux quelques fenêtres mais possède trois ou quatre ventilateurs qui brassent l'air chaud. Au vu des infrastructures basiques, nous supposons qu'il n'y a pas de système de chauffage pour la saison hivernale. En travers de la pièce, des câbles sont suspendus, d'où pendent des crochets permettant d'accrocher les poches de perfusion mais aussi les effets personnels du patient ou de sa famille. Nous avons par ailleurs relevé que l'intimité n'est pas une priorité : il n'y a pas de portes à l'entrée de la chambre ni de rideaux séparant les lits. L'ensemble est peu entretenu et poussiéreux. Des odeurs désagréables se dégagent, des insectes et des geckos se promènent librement. En plus de l'encombrement des seize lits s'ajoute la présence de la famille et de l'entourage du patient qui peuvent venir, à leur guise, toute la journée. Effectivement, aucun horaire de visite n'est mis en place ; la seule règle est qu'un seul membre de l'entourage est autorisé à rester durant la nuit. Par conséquent, pendant la journée, chaque patient est généralement entouré d'une à six personnes.

Organisation :

Comme cité ci-dessus, l'admission des patients se fait aux deux entrées principales en fonction du degré d'urgence de la plainte. À la petite réception des urgences, il est possible d'administrer les soins de première nécessité avant de transférer le patient dans le département approprié. Si aucun soin n'est nécessaire, il y est directement envoyé. Par ailleurs, le département des urgences possède un service d'ambulance. Pour les admissions non urgentes, un guichet central, accessible par l'entrée principale, sert de réception pour les admissions et d'aiguillage des patients vers les salles d'attentes des différents services. Lors de notre visite, une large queue, peu ordonnée et bruyante, se pressait devant le guichet. Généralement, aucun rendez-vous n'est pris au préalable, les gens viennent dès qu'ils en ont le besoin. Lors de suivis, cependant, un rendez-vous est donné aux patients, mais seulement le jour de la consultation est indiqué, sans précision sur l'heure.

Puisqu'il s'agit d'un hôpital gouvernemental, tous les gestes médicaux, les consultations et les séjours en chambre sont gratuits. Seule l'admission est taxée de 5 INR (soit environ 0.11 CHF). Ce système permet d'élargir l'accès aux soins aux plus démunis, appartenant à n'importe quelle caste ou religion. Certains médicaments doivent toutefois être payés par les familles, voire même achetés dans une pharmacie à l'extérieur de l'hôpital. Lors d'une opération, les anesthésies sont également aux frais du patient. Cette contrainte financière remet en question la politique gouvernementale d'accessibilité à la santé, puisque pas tout le monde ne peut se permettre de dépenser de telles sommes. Pour se faire une idée des coûts impliqués, nous allons prendre un exemple d'opération déjà cité auparavant. Les frais liés à une opération d'un prolapsus utérin se montent à environ 3000 à 4000 INR (de 68.18 CHF à 91 CHF). Une famille d'une région rurale avec un salaire journalier de 100 INR pour cinq ou six personnes ne peut évidemment pas envisager une pareille dépense. Néanmoins, nous avons appris que certains médicaments, par exemple pour les maladies chroniques telle que l'hypertension, sont distribués gratuitement par l'hôpital gouvernemental.

Comme précité, l'hospitalisation est prise en charge par l'hôpital. Elle est de durée indéterminée, l'amélioration de l'état du patient étant le facteur déterminant. Les repas, distribués trois fois par jour sont offerts pendant le séjour. Lors de notre visite, nous avons vu la distribution du petit-déjeuner constitué d'œufs durs, de toasts, de bananes et d'eau en quantité suffisante.

Nous avons eu la chance de parcourir les différents départements médicaux. Ces derniers sont répartis par ailes de bâtiments ; ensuite, à l'intérieur de chaque département, une subdivision supplémentaire par étages est effectuée en fonction des pathologies. Pour n'en citer que quelques uns, nous avons vu ceux de chirurgie, pédiatrie, ophtalmologie, orthopédie, oto-rhino-laryngologie, de soins intensifs, de gynéco-obstétriques et de radiologie. Nous n'avons malheureusement pas pu entrer dans les salles disposant d'un scanner. Apparemment, les différents services ne disposent pas d'ordinateurs pour traiter les dossiers des patients. Ces derniers sont des feuilles volantes imprimées avec l'enseigne de l'hôpital et diverses informations à compléter par le médecin (coordonnées du patient, examens nécessaires,...). Les médecins écrivent sur les dossiers à la main, en anglais ou en hindi, de manière peu organisée. Parfois, certains rapports d'examens sont dactylographiés en anglais mais proviennent de laboratoires extérieurs à l'hôpital. En général, les patients gardent une copie de leur dossier lorsqu'ils quittent l'hôpital, une autre est conservée dans les registres de l'hôpital.

Dans les différents départements, les médecins ne se distinguent pas par le port d'une blouse blanche ni d'un badge nominatif. Seuls les étudiants (rappelons qu'il s'agit d'un hôpital universitaire) portent une chemise blanche. En revanche, les infirmières sont vêtues d'une jupe et d'un chemisier blancs ainsi que d'un petit chapeau blanc. Elles ont également un badge avec l'inscription « nurse » mais il n'indique pas leur nom. Pour conclure sur les tenues vestimentaires, nous avons relevé que l'hôpital ne fournit pas de vêtements (comme une chemise de nuit ou autre) aux patients qui portent leurs habits quotidiens.

Lors de notre passage, nous avons eu l'opportunité d'assister à la visite médicale du chef de clinique, appelé le « senior doctor », du département de gynécologie-obstétrique. Elle se déroulait en compagnie de trois internes, dont celui qui nous avait reçues à l'hôpital, et d'infirmières. Les patientes examinées étaient principalement des jeunes femmes, hospitalisées pour un suivi de grossesse compliquée ou pour un accouchement. Pour chacune d'entre elles, le médecin parcourait d'abord rapidement le dossier, lequel était déposé au préalable sur le lit par une infirmière, avant de questionner brièvement l'interne en charge du cas. Il lui donnait par la suite quelques instructions que ce dernier prenait soin de noter. Le chef de clinique ne s'adressait que très peu aux patientes et ne les regardaient jamais clairement dans les yeux. Néanmoins, il a effectué quelques rapides examens physiques, tels que palpation abdominale ou prise de pouls. Étrangement, il ne s'est jamais intéressé aux nouveau-nés, pourtant installés à côté de leur mère dans le même lit. Il déléguaux aux internes certains examens physiques comme le toucher vaginal. Pour effectuer ce dernier, aucune mesure particulière n'était prise pour l'intimité de la patiente ; le geste était accompli dans la même pièce, sans rideau de séparation. L'interne utilisait des gants qu'elle jetait par terre, sous le lit, après avoir terminé. Les bandages et les pansements sales, enlevés pendant la visite par les internes, étaient débarrassés de la même manière. Nous avons supposé qu'une personne passait nettoyer par la suite car, en rentrant dans la chambre au début, il n'y avait aucun déchet sous les lits. D'autre part, que ça soit avant ou après un examen physique, aucune mesure antiseptique ou d'hygiène des mains n'est observée (pas d'Hopirub[®] ou de lavage des mains au savon). Chaque consultation durait environ deux minutes ; le clinicien passait rapidement d'une patiente à l'autre et sans aucune formule de politesse. Après chaque patiente, il tendait d'un air désintéressé le dossier à un interne ou une infirmière qui s'empressait de le saisir.

Dans l'ensemble, cette visite nous a donné l'impression d'un système très patriarcal. L'empathie, l'écoute du patient et son confort ne sont pas une préoccupation majeure, comme le démontre la visite du chef de clinique. D'une manière générale, l'organisation de l'hôpital nous a paru bien pensée et mise en place, bien que le manque de fonds ne permettent pas d'avoir une infrastructure comparable à un hôpital suisse. En tant qu'étudiantes en médecine, nous avons trouvé cette visite très enrichissante et intéressante mais, en tant que patientes, nous n'aimerions pas avoir à séjourner à l'hôpital de Gaya.



Un bâtiment de l'hôpital de Gaya.



L'attente devant le guichet d'admission de l'hôpital.



La salle des plâtres.



Le chef de clinique auscultant une patiente lors de sa visite du service de gynécologie-obstétrique.



Une infirmière et un médecin au chevet d'un patient dans une chambre de l'hôpital.



La famille d'une patiente effectuant son transfert.

Hôpital de Bodhgaya :

Nous avons eu l'opportunité de rencontrer le Dr V.K. Verma, directeur de l'hôpital gouvernemental de Bodhgaya. Avant de vous décrire l'hôpital lui-même, quelques mots sur le Dr V.K. Verma : médecin expérimenté et reconnu, il est membre de la croix rouge indienne et de l'association des médecins indiens. Il possède également un cabinet privé à Gaya. Comme présenté auparavant, il dirige l'hôpital de Bodhgaya où il reçoit des patients en consultation en plus de s'occuper de tout l'aspect administratif.

Les lieux:

Nous avons donc pu visiter cet établissement qui est situé au centre de la ville. Il est formé de deux bâtiments d'un seul niveau : l'un sert à l'admission des patients, aux consultations, aux tests radiologiques et à la collection de sang, l'autre détient la pharmacie, le centre de vaccination, le stockage du matériel médical et les bureaux de l'administration. Les locaux sont propres et carrelés ; chaque pièce dispose de ventilateurs et de vitres aux fenêtres. Il y a moins de lits par chambre qu'à l'hôpital de Gaya et ceux-ci sont en meilleur état.

L'hôpital dispose également d'un bloc opératoire, simple salle avec une table d'opération, un chariot et quelques lumières. Lors de notre visite, aucune opération n'était programmée. En effet, à l'approche de l'été et en été, le bloc n'est utilisé que pour faire des sutures ou pour les urgences alors qu'en hiver, des opérations diverses ainsi que la ligature de trompes dans le cadre du planning familial y ont lieu. Ce principe est dû aux fortes chaleurs estivales et au risque plus grand d'infections pour le patient. En effet, le bloc opératoire est seulement aéré par un ventilateur qui dépend de l'électricité de la ville qui, nous vous rappelons, est sujette à plusieurs coupures de courant par jour.

Organisation :

L'hôpital de Bodhgaya est davantage une permanence médicale qu'une clinique où des gens sont hospitalisés. C'est un centre de prise en charge des soins primaires ou aigus. Les cas plus compliqués ou chroniques doivent se rendre à Gaya. La seule maladie chronique prise en charge à Bodhgaya est la tuberculose : en effet, l'hôpital dispose des médicaments pour son traitement.

Les patients devant se rendre à l'hôpital gouvernemental de Gaya y vont par leur propre moyen ou à l'aide des transferts mis à disposition par l'établissement de Bodhgaya. Ceux-ci sont faits en ambulance, service payant ou exceptionnellement gratuit si le patient est très pauvre.

L'équipe soignante est constituée de cinq médecins, d'une infirmière, des techniciens en radiologie, des laborantins et autres professions paramédicales et d' "auxiliary nurse midwives" que nous vous présenterons plus loin. Il y a encore une vingtaine d'employés pour l'administration.

Un service d'urgence est mis en place vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Les médecins font aussi du service sur appel (« on call duty ») et peuvent donc potentiellement se rendre vingt-quatre sur vingt-quatre à l'hôpital.

Étant un centre gouvernemental, toutes les prestations sont gratuites : les consultations, les radiographies, la vaccination, les médicaments, les examens sanguins, etcetera. Seule l'admission est facturée 5 INR. Les médicaments utilisés et distribués sont uniquement des génériques allopathiques. L'hôpital en détient septante-six différents. Si un patient nécessite un traitement avec un médicament distinct, il doit se le procurer dans une pharmacie à l'extérieur de l'hôpital.

Comme cité auparavant, une pièce est consacrée à la collection de sang. Or, aucun examen sanguin n'est accompli sur place. Tout est centralisé dans un autre centre de Bodhgaya et les résultats sont ensuite renvoyés en moins d'une journée. Ces tests sont cependant pris en charge par l'hôpital.

La majorité de la patientèle de l'hôpital de Bodhgaya provient des villages environnants (environ 30 km à la ronde). Toutes les religions et toutes les castes y sont acceptées. Egalement des touristes, en visite à Bodhgaya, viennent parfois consulter.

Nous avons assisté à plusieurs consultations faites par le Dr B. K. Verma et le Dr V.K. Verma. Les deux médecins recevaient les patients dans la même pièce, ce qui signifie que deux consultations avaient lieu en même temps. La porte de la pièce était grande ouverte sur la salle d'attente, d'où les autres patients pouvaient entendre et suivre les consultations précédentes. De plus, un membre d'EDLT qui nous accompagnait assistait également à la scène. Ces faits attestent une fois de plus du manque de respect du secret médical et de l'intimité du patient.

Les visites médicales étaient très brèves. Les médecins restaient assis à une table et les malades se présentaient à la suite après que le précédent se soit retiré. Il n'y avait aucune mesure d'hygiène entre les patients (pas de lavage de main avec savon ni avec une solution antiseptique) ; les médecins ne portaient pas de blouse ni de badges. Chaque patient apportait son dossier, feuille de papier reçue à l'admission le jour-même ou lors de la dernière visite. A contrario des autres centres de soin que nous avons visité, les inscriptions sur ces dossiers étaient en hindi. Les médecins cependant inscrivaient les prescriptions en anglais et retranscrivaient le tout dans un registre après chaque consultation.

Lors d'une première visite, les prescriptions sont généralement valables pour une durée de trois à cinq jours. Un suivi est ainsi mis sur pied et les patients reçoivent un rendez-vous afin de voir l'évolution et de changer le traitement si nécessaire. Mentionnons aussi qu'au départ, aucun rendez-vous n'est nécessaire pour consulter ; le principe est le même qu'au Medical College de Gaya à savoir que les patients se présentent à l'admission et attendent leur tour.

Programmes gouvernementaux et plan de vaccination :

Depuis une quinzaine d'années, l'hôpital de Bodhgaya met en place un programme de vaccination des enfants, supervisé par l'OMS et l'UNICEF. Il comprend les vaccins de la rougeole, de la poliomyélite, des oreillons, de la rubéole, de la tuberculose, de la diphtérie et du tétanos. En raison des circonstances actuelles, l'hôpital s'est aussi procuré des vaccins contre le virus de la grippe H1N1. Les doses de vaccins sont fournies par le gouvernement et sont conservées dans des frigos au sein de l'hôpital.

Le programme de vaccination a lieu quotidiennement dans l'enceinte de l'hôpital mais également chaque mercredi et vendredi dans les villages avoisinants. Pour ce faire, vingt-deux centres de soin ont été développés par l'hôpital dans ces villages.

Les employés qui s'y rendent sont les sages-femmes et infirmières auxiliaires (« auxiliary nurse midwife » ou ANM), citées ci-dessus. L'équipe des ANM est uniquement composée de femmes.

Un suivi de la vaccination des enfants, probablement enregistrés dès leur naissance, est conservé dans des registres donc les ANM savent lequel doit recevoir une nouvelle injection et à quel intervalle de temps. Ce sont elles qui vont à la rencontre des mères, se déplaçant dans les villages selon un planning préparé à l'avance et présenté lors de la vaccination précédente. Si besoin, elles peuvent aussi se rendre dans les maisons. Les doses de vaccins sont emmenées dans des glacières sur les lieux.

En plus des vaccinations, les ANM donnent des conseils et des informations de prévention sur les mesures d'hygiène, les maladies sexuellement transmissibles, le comportement sexuel et sur les soins des bébés. Elles assurent aussi le suivi des femmes enceintes (pesée), ce qui permet de planifier les accouchements à l'hôpital (dans la même suite d'idées que le programme « Janani Evam Bal Suraksha Yojana »), de diminuer les décès maternels et la mortalité infantile mais aussi d'enregistrer les nouveau-nés et donc de mettre-en place le plan de vaccination. Parfois, des campagnes de soin spéciales sont organisées, par exemple contre les maladies infectieuses, la diarrhée, etcetera.

Nous avons eu la chance d'assister à une de ces visites dans les villages. Il y avait trois ANM qui s'étaient installées à l'entrée du village, à l'ombre d'un préau d'école. Quelques femmes enceintes et d'autres avec leur bébé étaient présentes. Une ANM préparait les seringues avec les doses de vaccins gardés dans une glacière et vaccinait les enfants ; une autre s'occupait des formalités administratives c'est-à-dire qu'elle notait les coordonnées de la mère afin de la retrouver lorsque l'enfant nécessitera un rappel mais aussi quelques données sur l'enfant. Le type de vaccin, la dose et la date de la vaccination étaient également inscrits. Tout était bien consigné et organisé pour la mise en place du suivi. La mère de l'enfant devait finalement signer les papiers, ses empreintes digitales faisant office de signature. La troisième ANM s'afférait à la pesée et au check-up des femmes enceintes.

Pour revenir à la vaccination, les conditions d'hygiène et les mesures de sécurité étaient respectées. Les seringues et les aiguilles étaient jetées après chaque utilisation. Nous mettons en avant ce point car il est courant en Inde que les aiguilles ne soient pas stérilisées et même réutilisées. Par souci d'économie, le personnel soignant les rince juste sous l'eau alors qu'il est bien conscient de la nécessité du processus de stérilisation. Cette négligence a majoritairement lieu dans des petits cabinets médicaux de campagne. Les hôpitaux et les cliniques reçoivent aujourd'hui du matériel médical de la part du gouvernement, donc la tendance à l'économie s'y fait moins ressentir. Lors de notre rencontre avec le Dr B. K. Verma, nous avons vu une jeune enfant avec une infection à la fesse causée par l'utilisation d'une aiguille souillée lors d'une injection. Les patients devraient réclamer la stérilisation afin d'éviter ce genre de conséquence mais, malheureusement, ils ignorent encore cette règle d'hygiène.

Par ailleurs, les principales raisons qui empêchent la vaccination des enfants sont la difficulté d'accès aux villages, le manque d'infrastructures et de matériel et non pas le refus de se faire vacciner. En effet, a contrario de la Suisse, il n'y a pas vraiment de penchant au refus, vu que la vaccination est fournie gratuitement. Cependant, quelques fausses croyances et a priori existent plus dans la communauté musulmane et certains refusent la vaccination (par exemple, il subsiste des rumeurs sur l'existence d'effets secondaires du vaccin oral contre la poliomyélite qui n'ont en réalité jamais été prouvées).

Nous avons été ravies de constater l'engagement de l'hôpital de Bodhgaya à suivre les stratégies du gouvernement indien visant à améliorer le statut de la santé. Cela nous a prouvé qu'il y a, petit à petit, du changement et que nous pouvons espérer un accroissement des conditions sanitaires du Bihar dans un avenir proche.



L'entrée de l'hôpital de Bodhgaya.



La salle d'opération.



L'ambulance parquée devant l'hôpital.



Les ANM enregistrant une mère et son enfant pour une vaccination.



L'affiche promouvant le programme de vaccination.

Surya Clinic et Dr B.K. Verma :

Nous nous sommes rendues dans une des cliniques privées de Bodhgaya, appelée la Surya Clinic et appartenant au Dr Binod Kumar Verma. Elle est ouverte depuis plus de 10 ans et jouit d'une bonne réputation.

Les lieux :

À l'entrée, sont réunis la réception et la petite salle d'attente. On y fait l'admission avant de prendre la tension, la température et le poids du patient. Les consultations se font principalement en ambulatoire mais il est également possible de se faire hospitalisé sur place pour de courtes durées. Les six lits prévus à cet effet se trouvent dans un pièce propre et aérée. Une autre chambre ne comportant qu'un seul lit est réservée aux patients plus aisés.

Le Dr B.K. Verma est le seul praticien de la clinique et exerce dans un joli cabinet climatisé. La pièce comporte un grand bureau en bois et en verre sur lequel se trouve une tablette avec le nom du médecin, des revues médicales en anglais et des registres de patients. Derrière le bureau se trouvent un grand fauteuil confortable, une armoire et une étagère contenant des livres en anglais, des médicaments, du matériel médical ainsi que divers bibelots et symboles religieux. Comparé à Camijuli, le cabinet est mieux équipé : le lit d'examen a ici l'air confortable car il est recouvert d'un matelas en mousse et un rideau procure de l'intimité supplémentaire. La salle possède l'eau courante et est bien ventilée même lors des coupures de courant de la ville. Une petite pièce attenante comporte un lit pour le médecin, une bibliothèque et une salle de bain. Dans la pièce principale à noter encore, des certificats de cours continus à l'étranger sont suspendus aux murs mais, comme dans les autres cabinets visités, aucun certificat indien. L'aspect du cabinet est globalement très similaire à celui d'un cabinet suisse.

Organisation :

Le médecin commence à recevoir les patients, dès 10h, après sa prière du matin. Ils viennent sans rendez-vous et peuvent être admis tout de suite ou recevoir un rendez-vous pour plus tard dans la journée ou le lendemain. Des rendez-vous peuvent aussi être donnés lors de suivi.

La clinique est ouverte à tout le monde, sans distinction d'âge ni de religion ou caste. La seule condition, étant donné qu'il s'agit d'une clinique privée, est de pouvoir payer la consultation. La facturation se fait à la sortie, le prix est le même pour tout le monde, quelque soit le temps passé dans le cabinet (pas de système similaire aux points Tarmed). Le prix équivaut à un forfait de quinze jours durant lesquels le patient peut à nouveau consulter gratuitement. Passé ce délai, il doit repayer. Lors de courtes hospitalisation, un supplément de dix à trente roupies indienne (=INR) est demandé.

Le médecin prescrit principalement des médicaments allopathiques, bien qu'il ait conscience que l'homéopathie soit moins chère. Le patient doit ensuite aller acheter son traitement dans une pharmacie. En ce qui concerne les tests, ils peuvent être fait sur place ou dans un laboratoire proche (pour les radiographies par exemple) mais leur facturation n'est pas comprise dans le forfait. Pour les

patients plus pauvres, le médecin donne parfois des médicaments et des consultations gratuites, seulement les cinq INR d'admission sont perçues. Malheureusement, il ne peut diminuer le coût des tests qui doit être payé par le patient. Pour les maladies chroniques, il fait des suivis mais conseille également à certains patients d'aller à l'hôpital gouvernemental pour recevoir des médicaments gratuits (par exemple pour le diabète ou l'hypertension artérielle).

Le médecin :

Le Dr B.K. Verma a une très bonne réputation à Bodhgaya car cela fait longtemps qu'il y pratique. Il a fait ses études en Inde, mais a aussi suivi quelques formations continues aux États-Unis et en Angleterre, pour y étudier le système de soins. En plus de sa clinique privée, il travaille à l'hôpital gouvernemental de Bodhgaya. Il est spécialisé dans la médecine de famille et pratique également de la petite chirurgie.

Nous avons assisté à une dizaine de consultations pendant une heure et nous allons présenter quelques points relevant. Les patients entraient et sortaient du cabinet sans être accompagnés par le médecin. Ils venaient avec leur feuille d'admission (équivalent au dossier) qui comprenait déjà leurs coordonnées, la tension, la température et le poids. Malgré le manque de formule de politesse, l'accueil était agréable et gentil. Le patient s'asseyait sur un petit tabouret à côté du médecin ; de ce fait, il n'y avait pas d'obstacles matériels à la communication. Pendant la consultation, le médecin était calme et à l'écoute ; il regardait le patient lorsqu'il s'adressait à lui. Pratiquement à chaque consultation, il effectuait un examen clinique qui se faisait sur le tabouret ou le lit d'examen, tout en respectant le confort et l'intimité du patient. Le médecin notait ensuite ses conclusions dans un registre avant d'inscrire le diagnostic et la prescription sur la feuille du patient, le tout en anglais. Les informations sont conservées au cabinet pour pouvoir remplir par la suite le rapport mensuel obligatoire destiné au gouvernement. Malgré la barrière de la langue, nous avons eu l'impression que le médecin expliquait bien et en détails la prise des médicaments et s'assurait que le patient avait correctement compris. Globalement, il prenait le temps nécessaire pour chaque consultation et il ne semblait pas exister une limite de temps par patient. Nous supposons que c'est lié au fait qu'il s'agit d'une clinique privée et qu'il y a donc moins de monde. En effet, lorsque nous l'avons vu pratiquer à l'hôpital de Bodhgaya, les consultations étaient beaucoup plus rapides.

D'une manière générale, nous avons remarqué que les femmes venaient rarement seules mais plutôt accompagnées d'une autre femme, alors que les hommes venaient seuls. Peut-être, est-ce dû aux restrictions liées aux examens physiques des femmes par un homme médecin ? Pour les enfants, c'était en général la mère ou une autre femme de la famille qui l'accompagne, plus rarement le père ou un grand frère. Le médecin devait donc gérer une relation triangulaire (voire plus), lors de presque chaque consultation, car, la personne accompagnant le patient participait activement à l'entretien. Cette situation ne semblait pas poser de problèmes particuliers au Dr B.K. Verma, au contraire, il l'utilisait à son avantage en questionnant aussi la personne accompagnante.

Pour terminer nos observations, nous avons soulevé que, là aussi, le secret médical ne paraissait pas être une priorité. Effectivement, le personnel de la clinique passait dans la salle pendant les consultations et Rajesh Kumar, membre d'EDLT venu nous chercher, avait assisté aux derniers entretiens avec nous. Ceci nous a d'autant plus surprises car, pour Rajesh Kumar, il n'y avait pas de barrières du langage.



L'entrée de la clinique Surya.



Le docteur B.K. Verma dans son cabinet, en compagnie de Clémence.



Les lits pour les patients devant séjourner à la clinique Surya.

Cabinet privé du Dr A.N. Teterway :

Les lieux :

Lors de notre séjour, le Dr Teterway a eu l'amabilité de nous recevoir dans son cabinet privé. Il se trouve au centre de Bodhgaya dans une rue commerçante. Il est situé au rez-de-chaussée et la salle d'attente est ouverte sur la rue. À l'entrée du cabinet, il n'y a pas de porte mais un simple rideau. La pièce en elle-même est très petite (environ 8m²) et peu meublée : un bureau, un lit d'examen sans rideau, une petite armoire, un tabouret pour le patient et quelques chaises. Le bureau est encombré de dossiers, de livres et de médicaments. Sur le mur sont accrochés les certificats de formation continue effectuée à l'étranger (fait avec le Dr B.K. Verma) ainsi qu'un texte religieux en hindi et le « moto » (sorte de devise) du médecin en anglais. La salle est ventilée mais l'électricité dépend du courant local qui, rappelons-le, tombe souvent en panne.

Organisation :

Ce cabinet privé est ouvert depuis 1987. Les heures d'ouverture sont de 9h à 13h et de 18h à 21h ; pendant l'après-midi le médecin travaille parfois dans un hôpital de la région. Les consultations sont payantes à l'unité, il n'y a pas de forfait comme à la Surya Clinic. Les médicaments sont achetés par les patients à l'extérieur du cabinet.

À l'arrivée des patients, un rendez-vous leur est donné pour plus tard dans la journée ou le lendemain, hormis bien sûr les cas urgents qui sont pris tout de suite. À l'admission, leur poids et tension sont mesurés et inscrits sur un dossier semblable à ceux décrits précédemment. Le médecin

reçoit des patients de tout âge et pour tout type de problèmes, bien qu'il soit plutôt spécialisé en pédiatrie et dermatologie (il n'a cependant pas fait de formation spécifique dans ces domaines). Malheureusement, nous n'avons pas eu l'opportunité d'assister à des consultations et nous ne pouvons donc pas décrire la relation de ce médecin avec ses patients.



L'entrée du cabinet du docteur A.N. Teterway.

Cabinet du Dr Alok :

Les lieux :

Le seul spécialiste que nous avons rencontré est le jeune Dr Alok qui pratique à Gaya. Il n'y a en effet que très peu de spécialistes à Bodhgaya ; ils se situent majoritairement dans des villes de taille plus importante, telles que Gaya, voire Patna. La clinique privée que nous avons visitée concentre son activité autour de l'imagerie médicale ; c'est la seule dans un rayon de cent kilomètres à posséder à la fois un scanner, un appareil d'échographie et un de radiologie. Ceux-ci sont tous des appareils récents. Chacun se trouve dans une pièce séparée avec sa propre salle d'attente attenante. Adjacent à la salle du scanner, une salle, contenant des ordinateurs et une imprimante dernier cri, permet d'analyser les résultats avant d'imprimer les rapports. Les lieux sont spacieux, ventilés mais relativement sombres. À nouveau, se côtoient dans les pièces des images de divinités hindoues et des revues médicales en anglais. Sur le scanner, nous pouvons par exemple remarquer qu'un svastika rouge a été peint, symbole ressemblant à une croix gammée mais symbole de chance en Inde.

Les patients sont tout d'abord accueillis à l'entrée principale avant d'être admis dans la salle d'attente spécifique à l'examen d'imagerie requis. Le montant de la consultation est réglé à la fin, dans une salle juste avant la sortie, une fois que le patient ait reçu ses résultats. Nous tenons à avancer que les tests sont plus chers en clinique privée qu'à l'hôpital gouvernemental. En comparaison, une radiographie coûte 250 INR (= 5.70 CHF) dans la première et 75 INR (=1.70 CHF)

dans le deuxième ; un ultrason 650 INR (=14.80 CHF) contre 250 (=5.70); un CT-scan 2000 INR (=45.45 CHF) au lieu de 600 (=13.60). D'un point de vue communautaire, ces prix élevés ciblent une classe plus aisée que les simples villageois, qui ont déjà de la peine à payer les quelques frais à l'hôpital de Gaya.

Le médecin :

Le Dr Alok vient d'une famille aisée ; son père possède sa propre clinique pédiatrique et son frère est aussi dans le domaine médical. Son origine sociale lui a permis de suivre une spécialisation en imagerie, dans un collège privé, situé dans un autre état indien. L'établissement où il a fait ses études semble très réputé et l'admission y est très chère. Dans sa clinique à Gaya, le Dr Alok est le seul médecin. Il travaille sept jours sur sept, comme bien des médecins privés. Il est entouré de nombreux assistants qui installent les patients et rédigent les rapports. Le médecin contrôle ensuite ces derniers avant de les imprimer. Ils nous ont parus détaillés, clairs et complets.

La clinique a une rentrée brute d'environ 100'000 INR (=2273 CHF) par jour, ce qui est considérable en rapport avec le coût de la vie locale. Toutefois, les dépenses journalières se montent à 30'000 INR (=682 CHF) ; elles comprennent les salaires du personnel, l'entretien des machines et l'essence pour le générateur qui approvisionne le cabinet.

Nous avons assisté à plusieurs échographies qui se déroulaient dans une petite salle. Plusieurs femmes attendaient dans la pièce et passaient à la chaîne, les unes après les autres sans pause. Ceci soulève à nouveau la question de l'intimité et celle du secret médical. Une assistante aidait les patientes à s'installer. Le médecin, assis à côté de l'appareil à ultrason, parcourait rapidement le dossier (simple feuille volante comme partout ailleurs) avant de commencer. Le déroulement de l'examen durait environ deux minutes ; le Dr Alok ne donnait aucune explication à la patiente. Par exemple, lors de l'examen échographique d'une femme enceinte, il ne montrait aucune image du fœtus à la future maman ni ne donnait d'informations sur les mesures qu'il prenait (taille du crâne par exemple). C'est à cette occasion que nous apprîmes l'interdiction légale de révéler le sexe de l'enfant aux parents. Cette loi cherche à diminuer le nombre d'avortement sélectif lié au sexe. En effet, cette pratique est assez courante en Inde, lorsqu'une mère attend une fille. Avoir une fille est moins bénéfique pour une famille que d'avoir un garçon, dans le sens qu'elle n'assumera pas les vieux jours de ses parents, vu que, dès le mariage, elle consacra entièrement son temps et son argent à sa belle-famille.

Nous avons également eu la chance de voir le déroulement d'un scanner cérébral d'une femme de 105 ans, particulièrement instable. À nouveau, elle était entourée de nombreux membres de sa famille.

Dans l'ensemble, nous avons trouvé que le Dr Alok était très performant et efficace. Nous avons été impressionnées par la technologie avancée des appareils et la quantité de patients présents, malgré le prix des examens, que nous avons jugés très élevé pour le pays. Concernant le nombre de patients, notre surprise était d'autant plus grande lorsque le médecin nous a précisé qu'il s'agissait d'un jour calme (c'était un dimanche).

Ce fut une visite très intéressante car elle nous a permis de voir un tout autre aspect de l'accès à la santé. Après l'homéopathie à Camijuli et les chambres sales de l'hôpital de Gaya, nous avons pu observer un niveau de soins que peut s'offrir seulement une minorité de la population du Bihar.



L'entrée du cabinet du docteur Alok à Gaya.



Le scanner dans le centre d'imagerie.

Conclusion et impressions

Nous avons eu la chance de rencontrer plusieurs médecins qui nous ont beaucoup aidées à comprendre les problématiques majeures de cette région en matière de santé. De pouvoir visiter différents lieux nous a également permis de mieux visualiser les différentes possibilités concernant l'accès aux soins dans cette région de l'Inde. De plus, un autre aspect important de notre stage a été d'identifier les différences et ressemblances du système indien avec le système suisse ainsi que les raisons de ces disparités. En cela, les discussions avec le personnel d'EDLT, les médecins et les Indiens qui nous ont donné de leur temps, ont été très bénéfiques.

D'une manière générale, ce stage s'est révélé très enrichissant, tant d'un point de vue personnel qu'académique. Nous avons appris énormément sur certains sujets, moins sur d'autres et totalement découvert certains que nous ne pensions pas explorer en partant. De pouvoir découvrir de l'intérieur un système de soins à la fois si proche et si différent du nôtre a été une expérience unique. De ce fait, nous aimerions conclure en présentant nos impressions personnelles sur ces semaines passées à Bodhgaya et dans les environs.

Flavie:

Qu'un seul mot à dire : inoubliable !

Je suis rentrée avec la tête et le cœur remplis de bons souvenirs, de nouvelles connaissances, d'images bouleversantes, de moments émouvants, mais aussi avec une nouvelle vision de la diversité culturelle, de la médecine et de l'humanité. Je me souviendrai toujours de la gentillesse et de la générosité des Indiens. J'ai appris tellement de choses parmi eux, tant sur le plan humain et social que sur les croyances d'autres cultures. Nous avons tellement bien été accueillies que mes craintes antérieures au voyage ont vite fait la place à ma curiosité puis à une certaine aisance de vivre parmi ce peuple. Déjà après une dizaine de jours à Bodhgaya, nous étions reconnues dans les rues et les gens ne manquaient pas de nous saluer. Quelle agréable surprise ! C'était comme si nous faisons partie de leur vie depuis toujours. Concernant mon appréhension à constater la pauvreté, c'est sûr qu'au début du voyage, j'étais un peu troublée. Or, le sourire d'un enfant, d'un adulte ou d'un vieillard indien, est si lumineux qu'il nous fait vite oublier leur misère et laisse passer l'essentiel : leur joie de vivre. Je garderai à jamais l'émotion ressentie lorsque nous avons visité les villages. Tous ces enfants, qui nous suivaient et nous admiraient par le simple fait que nous étions différentes, m'a profondément émue.

Malgré tout cela, deux déceptions planent sur le stage : les vacances scolaires et les trois seuls jours d'ouverture du dispensaire. Effectivement, ces deux points ont quelque peu modifié notre objectif du stage. J'aurais bien aimé assister aux cours donnés à l'école de Camijuli mais aussi de contribuer un peu plus à la vie et à l'organisation du dispensaire. Comme cité dans le paragraphe dédié à nos activités, nous avons essentiellement observé les consultations. Pouvoir exercer les quelques gestes techniques connus ou simplement avoir plus de contacts avec les patients m'auraient plu. Toutefois, ces journées au dispensaire nous ont permis de découvrir une tout autre approche de la médecine :

l'utilisation d'une médecine alternative, l'Homéopathie, en guise de traitement. J'ai été agréablement surprise de voir le nombre de maladies que nous pouvions traiter avec l'Homéopathie. De plus, j'ai beaucoup apprécié visiter les différents hôpitaux et rencontrer des médecins ; nous avons ainsi bien pu nous rendre compte de la situation du réseau de soins mis en place, avec ses avantages et ses lacunes. Le contraste avec nos hôpitaux suisses était flagrant et m'a fait réaliser à quel point nous avons de la chance de disposer de telles institutions.

Si je devais donner un conseil pour le choix de l'IMC, ce serait sans hésiter de partir à l'étranger. C'est une expérience si enrichissante ! Elle nous oblige à nous confronter à un monde différent, à nous y adapter, à découvrir des aspects inconnus de notre personnalité mais aussi elle nous offre l'occasion de voyager, d'apercevoir une diversité culturelle, de s'ouvrir à d'autres croyances et de tester nos quelques connaissances médicales. Elle nous aide à grandir et à visualiser le monde avec peut-être un plus d'humanité. Tous ces moments uniques passés sur place resteront gravés dans ma mémoire.

Clémence:

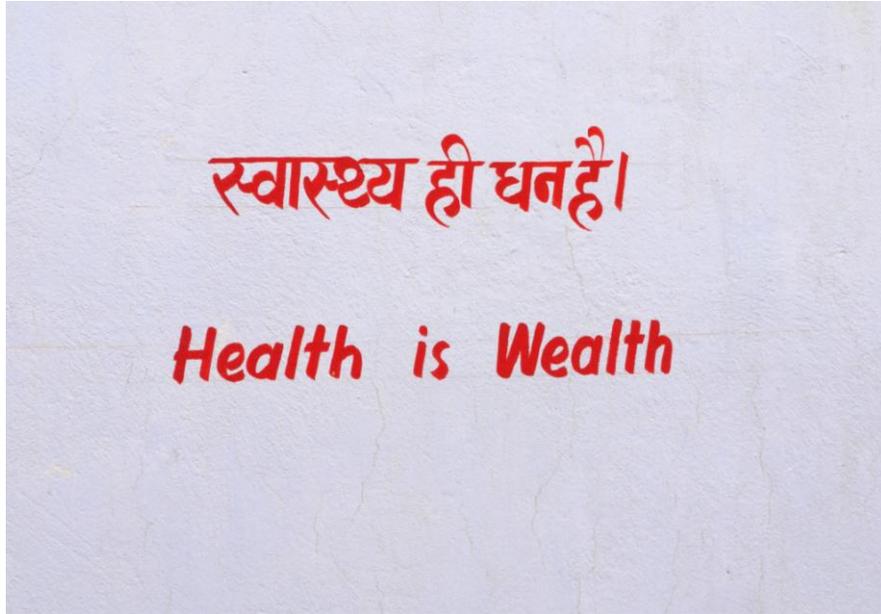
Après ces semaines à Bodhgaya, que de souvenirs en tête. Toutes ces découvertes, ces émotions, ces moments de joie et de partage, d'autres de stress ou de craintes. Tout ceci est impossible à résumer. Même si quelques déceptions sont venues étayer l'expérience celle-ci restera, pour moi aussi, inoubliable.

J'ai été ravie de pouvoir discuter avec le personnel local d'EDLT pour en apprendre plus sur la culture indienne et sur leur façon de voir les choses. Découvrir un système de santé de l'intérieur, à travers les gens qui le composent a été une excellente expérience. J'ai été ravie d'explorer les différences qui l'oppose au notre, et surtout les ressemblances, plus nombreuses qu'il n'y laissait paraître. Néanmoins, la barrière de la langue a tout de même été plus difficile à surmonter que je ne le pensais et m'a parfois laissé très frustrée. Frustrée de ne pas pouvoir me faire comprendre correctement mais surtout de pas pouvoir m'assurer que ma compréhension était correcte.

Une autre de mes déceptions viendra du manque d'informations que nous avons pu avoir avant de partir et de l'apport réel que notre présence sur place a pu amener. J'avais en effet parfois l'impression d'être inutile alors que dans ma tête au départ, nous partions pour aider. Mais avec le recul, cette déception a diminué, et j'ai réalisé que pouvoir voir et prendre part, même de façon minimale à ce grand projet qu'est EDLT était déjà une grande opportunité. C'était aussi l'occasion de ce confronter à une autre culture, d'apprendre à admettre qu'il y a plusieurs façons de voir les choses, même pour la médecine.

Cette confrontation et cette découverte sont pour moi parmi les points les plus importants de notre stage. Quant à l'impression d'inutilité, elle m'a permis d'enclencher une réflexion sur le but de l'aide humanitaire dans ce monde. Avant de partir, j'avais une vision très idéaliste de ce sujet et je pensais bien que de me rendre en Inde dans ce contexte allait me permettre de me rendre mieux compte des difficultés qui y sont liées. Néanmoins je ne pensais pas que cela allait me conduire à une réflexion sur le fondement de cette aide. Je n'ai pas encore réussi à aller au bout de cette réflexion et je ne sais pas si je le pourrai un jour mais je sais que cette expérience m'aura ouvert les yeux sur des sujets pour lesquels j'ignorai les avoir fermés.

Ce stage m'aura donc permis de découvrir une quantité de choses sur l'Inde, sur son système de santé et sa culture, fait faire des rencontres inoubliables, fait avancer dans ma réflexion et dans ma vie. Pour tout cela, cela restera une expérience inoubliable et que je ne regrette pas d'avoir faite.



Inscription sur le mur du dispensaire de Camijuli.

Remerciements :

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont permis d'accomplir cette aventure et qui nous ont laissé partager leur quotidien. Elles ont rendu cette expérience unique. Un grand merci à :

- ◆ « Écoles de la Terre » pour nous avoir acceptées comme volontaires
- ◆ Toute l'équipe d'EDLT de Bodhgaya pour son accueil, sa bienveillance et sa générosité. Merci particulièrement à Rajesh Kumar pour nous avoir organisé tant de visites et à Sunji Kumar pour s'être si bien occupé de nous.
- ◆ Dr Upendar Kumar pour son enseignement et pour nous avoir autorisées à participer aux consultations
- ◆ Tous les autres membres du dispensaire de Camijuli : Babita, Nouri, Niransan et Arjun.
- ◆ Dr B.K. Verma, Dr Teterway, Dr V.K. Verma et Dr Alok pour avoir répondu à toutes nos questions et pour nous avoir offert de leur temps
- ◆ Tous les patients pour nous avoir laissé s'immiscer dans leur intimité
- ◆ Toutes les rencontres qui ont fait la richesse et l'unicité de ce voyage
- ◆ Et bien sûr, au Dr Philippe Chastonay, pour nous avoir permis d'effectuer ce stage à l'étranger et seulement au nombre de deux personnes.

Bibliographie :

- ♦ SPECIAL TASK FORCE OF BIHAR. *Bihar: road map for development of health sector*. A report of the special task force of Bihar, New Delhi, 2007, 47 p.
- ♦ *The national portal of India* [en ligne]. Disponible sur : <<http://india.gov.in/>> (consulté le 06.08.10)
- ♦ *Official web portal of the government of Bihar* [en ligne]. Disponible sur : <<http://gov.bih.nic.in/>> (consulté le 06.08.10)
- ♦ AYUSH. *Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homeopathy* [en ligne]. Disponible sur : <<http://indianmedicine.nic.in/>> (consulté le 15.08.2010)
- ♦ SANTE AZ. *Tout l'univers de la santé en ligne* [en ligne]. Disponible sur : <<http://sante-az.aufeminin.com/w/sante/s241/maladies/homeopathie.html>> (consulté le 15.08.2010)
- ♦ *Facts about India* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.factsaboutindia.org>> (consulté le 06.08.10)
- ♦ *Central Intelligence Agency (CIA)* [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/in.html>> (consulté le 05.08.10)
- ♦ *British Broadcasting Corporation (BBC)* [en ligne]. Disponible sur : <http://news.bbc.co.uk/2/hi/south_asia/country_profiles/1154019.stm> (consulté le 05.08.10)
- ♦ *U.S. Department of State, Diplomacy in Action* [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3454.htm>> (consulté le 05.08.10)
- ♦ Prises de notes personnelles.
- ♦ Crédit photos : Clémence Didisheim et Flavie Joris