

Rapport d'immersion en communauté: Institute for Indian Mother and Child



Préparé pour: Professeur Philippe Chastonay
Préparé par: Vassilis Genoud, Bénédicte Jalbert, Sarah Noetzlin et Lucie von der Weid

21 août 2011

Table des matières

Le contexte indien	5
Histoire et politique	5
Zoom sur le Bengale Occidental	6
Situation démographique, économique et sociale.....	7
Culture et société	8
Le système de santé.....	9
L’institut pour la mère et l’enfant indiens.....	10
(Institute for Indian Mother and Child, IIMC).....	10
But de l’association	10
Les débuts	11
L’éducation	12
La promotion de la santé.....	13
Des conférences sur le droit des femmes	13
Les microcrédits.....	14
Les coopératives de travail	14
L’aide socio-légale et les conseillers sociaux.....	14
Les « women peace council », les conseils de paix.....	14
Le financement.....	15
L’administration.....	15
La santé.....	16
Le système de santé indien	16
Le secteur public	16
Le secteur privé.....	16
Les lacunes du système de santé indien	18

Les activités de l’IIMC dans le domaine de la santé	20
Les activités Outdoor.....	20
Activités indoor	24
Croyances des patients	25
Efficacité	25
Automédication, homéopathie.....	26
Visite à l’hôpital	26
Programme de vaccination	27
Programme de sensibilisation à la santé	28
Santé des femmes	28
Les femmes	31
La situation des femmes en Inde	31
Les femmes des villages indiens.....	31
Le mariage arrangé	32
La dot.....	33
Les projets de l’IIMC pour les femmes	34
Des conférences de promotion aux coopératives de travail.....	34
Les conseils de paix : les buts et les actions	35
Le fonctionnement d’un conseil de la paix.....	37
Interview de Sujata, coordinatrice de l’IIMC pour les conseils de paix	39
Education	41
Education en Inde	41
Les enfants sponsorisés	42
Les écoles	43
Microcrédit	46
Epargne	46
Prêt.....	49

Rapport IMC–Institute for Indian Mother and Child

Network.....	52
Conclusion.....	55
Bibliographie	57
Remerciements	59

Le contexte indien

Histoire et politique

Inde, pays éternel. Son nom provient du Persan ancien, Indus, qui désignait le fleuve du même nom traversant autrefois le pays (il se trouve aujourd'hui essentiellement au Pakistan). L'Inde acquit son indépendance le 15 août 1947, date qui marqua la fin de la domination britannique, et donna au pays les frontières qu'on lui connaît aujourd'hui. Le pays est aujourd'hui divisé en vingt-huit états et vingt-trois langues sont reconnues comme officielles, les principales étant l'hindi et l'anglais. Afin de mieux saisir la complexité et la richesse de cet immense pays, voici un bref rappel de son histoire récente, depuis les débuts de la colonisation à nos jours.

La colonisation européenne en Inde débute avec l'arrivée de Vasco de Gama en 1498 et l'installation portugaise à Goa en 1510. Les Hollandais suivent et ouvrent à leur tour de nombreux comptoirs commerciaux. Les Anglais quant-à eux fondent la Compagnie anglaise des Indes orientales qui obtient le monopole des échanges avec l'Inde en 1600. Les Danois arriveront autour de 1620 et les Français en 1673 à Pondichéry. A cette époque, le pays est dominé par le puissant empire moghol, dont la capitale se trouve à Delhi. Cet empire musulman commence à péricliter dès le début du XVIIIe siècle, tandis que les Britanniques s'emparent petit à petit de tout le territoire. Les Etats princiers qui avaient réussi à garder une forme d'indépendance durant le Raj britannique faisaient l'objet d'une surveillance étroite.

L'opposition aux Britanniques grandit au détour du XXe siècle, avec à sa tête le parti du Congrès, le plus ancien parti politique du pays. Il a pour chef le jeune Jawaharal Nehru. Suite à des émeutes anti-britanniques en 1919 à Amritsar dans l'état du Punjab au Nord du pays, le parti gagne de nombreux partisans. A la même époque, Mohandas Gandhi débute sa longue campagne pour l'indépendance, qui durera une trentaine d'année pour finalement aboutir au retrait des Britanniques. Cependant, le pays se retrouve divisé en deux nouveaux états, l'Inde au Sud et le Pakistan au Nord, suivant les désirs de la Ligue Musulmane de Mohamed Ali Jinnah. Le rêve de Gandhi d'un état indien uni ne se réalise pas. Au contraire, la partition se solde par un bain de sang lors des transferts de population entre l'Inde et le Pakistan, les hindous migrant vers la première et les musulmans vers le second. Plus de 10 millions de personnes sont déplacées et plus de 500 000 périssent en route. En 1948, Gandhi est assassiné par un extrémiste hindou qui le tient responsable de la partition.

Nehru devient alors le premier Premier Ministre indien . Il mène une politique de non-alignement, tout en gardant de bonnes relations avec la Grande-Bretagne en tant que membre du Commonwealth. En 1965 un premier conflit éclate avec le Pakistan au sujet de la partition du Cachemire, encore disputée aujourd'hui par les deux pays. En 1971, un deuxième litige naît entre les deux pays à l'occasion de l'indépendance du Bengale oriental (actuel Bangladesh). Très

populaire, Nehru meurt en 1964 . Il laisse la place à sa fille Indira Gandhi, élue en 1966. Elle mène une politique controversée, mettant en place de nombreuses réformes pour relancer l'économie et lutter contre l'inflation. Une forte opposition la fait se retirer quelques années pour revenir ensuite au pouvoir en 1980. Elle ne réussit cependant pas à régler les troubles communautaires qui éclatent dans plusieurs régions; les agressions violentes contre les dalit ou Intouchables; la corruption et la brutalité policière; les soulèvements du Nord–Est et du Punjab. En 1984, elle envoie l'armée à Amritsar, capitale du Punjab, pour y déloger les séparatistes sikhs qui se cachent dans le temple d'Or, ce qui déclenche de nombreux affrontements entre ce groupe religieux et les hindous, faisant plus de 3 000 morts. A la suite de cet événement, Indira Gandhi est assassinée par ses gardes du corps sikhs.

Son fils Rajiv devient le nouveau Premier ministre, largement soutenu par la population. Il cependant subit le même sort que sa mère, assassiné en 1991 par une militante tamoul appartenant à un mouvement séparatiste sri-lankais. Sa politique se révéla inefficace face aux troubles communautaires et il versa dans de nombreux scandales de corruption qui ternirent sa réputation. Le Parti du Congrès restera malgré tout le principal parti au pouvoir jusqu'à aujourd'hui, son opposant majeur étant le Bharatiya Janata Party (BJP), un parti conservateur hindou. Les pourparlers de paix avec le Pakistan à propos du Cachemire sont repris après 2004 par le nouveau Premier ministre Manmohan Singh, mais sont mis à mal par les attentats à la bombe qui tuèrent plus de 200 personnes dans des trains à Mumbai en juillet 2006. Le gouvernement indien accuse le Pakistan d'être l'auteur de l'attaque, ce qui fut évidemment nié par Islamabad. Le climat des négociations s'en retrouve perturbé. Une nouvelle attaque du train reliant Delhi à Lahore au Pakistan en février 2007 tue 68 passagers, compromettant ainsi sérieusement la réconciliation. Aujourd'hui, les relations restent difficiles entre les deux pays.

[Zoom sur le Bengale Occidental](#)

Lorsque l'Inde devient indépendante en 1947, le Bengale est partagé en deux, la partie à majorité hindoue devient le Bengale Occidental indien et celle à majorité musulmane le Pakistan Oriental. Ce dernier donnera naissance à l'actuel Bangladesh en 1971. L'état du Bengale Occidental s'étend dans le Nord–Est du pays depuis la chaîne Himalayenne au nord jusqu'au Golfe du Bengale au sud. Il possède des frontières avec le Népal, le Bhoutan et le Bangladesh. On ne peut manquer de citer la station de montagne de Darjeeling au nord, mondialement connue pour ses plantations de thé, et le delta de Sundarbans sur le Gange au sud, habitat du féroce tigre du Bengale.

Le Bengale Occidental a pour capitale Calcutta, renommée Kolkata depuis 2001. On y parle le bengali qui est la langue officielle de la province. C'est la quatrième région d'Inde par sa population avec plus de quatre-vingt millions d'habitants mais seulement la treizième par sa superficie. Région d'industrie prospère sous l'Empire moghol au XVIe siècle, les marchands européens s'y sont



Cueilleuse dans les plantations de la "Happy Valley Tea" à Darjeeling

déjà installés dès le XVe siècle. Les Britanniques dominent la région à partir de la fin du XVIIIe siècle et choisissent d'y installer leur capitale. Débute alors une période faste pour la ville, qui devient un pôle d'échanges commerciaux majeur. Après plus d'un siècle de prospérité, Calcutta est abandonnée pour Delhi en 1912, qui devient la nouvelle capitale du Raj. C'est le début du déclin, qui résulte aujourd'hui en une mégapole arborant misérablement les vestiges de son passé glorieux.

Situation démographique, économique et sociale

L'Inde, avec ses 1'210'193'422 habitants, est aujourd'hui la plus grande démocratie au monde et le deuxième pays le plus peuplé du globe derrière la Chine. Depuis la Révolution verte et l'avènement des nouvelles technologies médicales, la population du pays s'est multipliée de manière spectaculaire. En effet, le bond technologique réalisé en agriculture au cours de la période 1960–1990, avec la mise au point de variétés de céréales à haut rendement (blé et riz), l'utilisation d'engrais minéraux, de produits phytosanitaires, de la mécanisation et de l'irrigation, ont permis un accroissement spectaculaire de la productivité agricole et ainsi d'éviter les famines. Les mégapoles de Mumbai, Kolkata et Delhi sont les plus grandes villes du pays, avec des populations dépassant les 10 millions d'habitants. Le pourcentage de citadins augmente mais plus de 70% de la population indienne vit encore en milieu rural. Le ratio humain est de 940 femmes pour 1000 hommes, le plus bas depuis l'Indépendance.

Pour ce qui est de l'économie, celle-ci a décollé depuis le milieu des années 1980. Au fil des ans, le pays a abandonné un modèle socialiste planifié au profit

d'une libéralisation commerciale se traduisant par une forte chute des droits de douane et une ouverture aux investissements étrangers. La croissance a ainsi atteint 10% dans le secteur tertiaire, 7% dans le secondaire et 2% dans l'agriculture entre 2005 et 2007. Il faut cependant noter qu'environ deux tiers de la population vit encore en milieu rural et que l'agriculture occupe la moitié de la population active. Les secteurs en croissance sont principalement les services et l'industrie manufacturière. L'Inde est également le premier producteur et exportateur mondial de médicaments génériques. Le rythme de la croissance se situe autour de 8% ces dernières années, celle-ci étant maintenue principalement par la classe moyenne grandissante, estimée à 400 millions de personnes. La faiblesse de l'Inde reste cependant les graves insuffisances d'infrastructures, la corruption, et la persistance de couches de population encore très pauvres. Aujourd'hui dixième économie mondiale, l'Inde devrait rattraper la Chine dans les 30 prochaines années.

L'Inde a une population pauvre parmi les plus nombreuse du monde, avec environ 350 millions d'indiens vivant sous le seuil de pauvreté, ce chiffre étant en augmentation. 75% de ces individus se trouvent en zone rurale, leur revenu étant quatre fois moins élevé que dans les villes. La croissance de la population, qui est supérieure à la croissance économique du pays, contribue à l'augmentation de la misère. L'analphabétisme est aussi une des principales causes de pauvreté, avec un taux d'alphabétisation en 2011 de 65,4% pour les femmes et 82,1% pour les hommes. L'accès à l'éducation s'améliore cependant et l'illétrisme est en baisse. On note un fort contraste entre les grandes villes, où l'alphabétisation est presque achevée, et les campagnes, où le résultat reste hétérogène en raison de la faible scolarisation des filles. On remarque aussi une opposition géographique avec un meilleur résultat au Sud (l'état du Kerala arrivant en tête) qu'au Nord où la progression de la scolarisation reste inégale. Enfin, plus de 40 millions d'enfants sont contraints de travailler, ce qui est un record à l'échelle mondiale.

Culture et société

La religion et la famille sont au centre de la culture indienne. On retrouve un mélange d'hindous (79%), de musulmans (13%), de chrétiens (2,5%), de sikhs (2,1%) , de bouddhistes et de jaïns. Bien que l'hindouisme soit de loin la première religion en Inde, c'est le troisième pays musulman au monde après l'Indonésie et le Pakistan. L'homme, à qui revient la responsabilité de nourrir les siens, est considéré comme le chef de la famille. Les traditions et les coutumes liées au système de caste restent partagées encore aujourd'hui par toutes les couches de la société, du paysan au fonctionnaire urbain.

Les mariages arrangés sont une pratique quasi générale et le taux de divorce reste extrêmement bas, car mal vu socialement. Le mariage de mineurs est courant, surtout chez les jeunes filles, bien que la loi l'interdise et que la limite légale soit fixée à 18 ans pour les femmes et 21 ans pour les hommes depuis 1978. La dot est aujourd'hui une pratique interdite sur le papier, mais elle reste dans la pratique un élément primordial du mariage arrangé, notamment

dans les communautés très traditionnelles, ce qui est une source d'endettement considérable pour les familles qui doivent marier leur fille.

Le système des castes n'est plus aussi important qu'autrefois car officiellement aboli par le gouvernement, mais la caste de naissance continue de déterminer la place d'un individu dans la société, encore une fois le phénomène est plus marqué dans les régions reculées que dans les villes. Les castes sont au nombre de quatre: les brahmanes (prêtres et enseignants), les kshatriya (guerrier), les vaishya (marchands) et les shudra (serviteurs). Ces groupes sont encore divisés en milliers de jati, sous-groupes sociaux parfois liés à la profession. Les mariages ont traditionnellement lieu entre gens d'une même jati. Hors du système de castes se trouvent les dalit, plus communément connus chez nous sous le nom d'Intouchables. Leur sont attribuées les tâches les plus subalternes telles que le balayage et le nettoyage des latrines. Pour améliorer leur sort, le gouvernement a mis en place des quotas dans la fonction publique, ceux-ci atteignent aujourd'hui presque les 50% dans les zones urbaines.

[Le système de santé](#)

En matière de santé, une personne sur dix seulement possède une forme d'assurance maladie, quatre enfants sur cinq sont anémiques et une femme sur quatre qui accouche ne reçoit pas de soins pré-nataux. La malnutrition infantile reste de 46% à travers le pays. Ce secteur reste donc un problème majeur, malgré le boom économique du pays qui visiblement ne permet pas ou très peu d'améliorer la santé de la population. Au contraire, on observe le phénomène inverse dans les grandes villes au sein des populations aisées chez qui l'obésité et le diabète progressent. Une grande partie du problème provient du grave manque d'infrastructures telles que l'assainissement, l'apport d'eau potable et l'électricité, qui permettraient à elles seules d'éviter de nombreuses maladies causées par une mauvaise hygiène. De plus, les fonds consacrés aux campagnes de vaccination et à la prévention des maladies épidémiques ont été réduits ces dernières années, la santé publique n'étant pas la priorité du gouvernement. Dans les régions rurales, les soins sont rares ou non existants. Devant le mauvais fonctionnement des hôpitaux publics, bondés et à court d'argent, on a observé une explosion des soins privés, dispensés par des entreprises pour leurs employés par exemple, d'autres par des ONGs, ou bien ceux-ci sont payés directement par la classe riche. Faute de programme de santé publique, les pauvres sont obligés de payer directement les services qu'ils obtiennent de vendeurs de médicaments locaux, lesquels prescrivent sirop et pilules qui se révèlent le plus souvent inefficaces. Les besoins en matière de santé de l'Inde sont donc considérables, d'où la multiplication à travers le pays des structures d'aides non gouvernementales et étrangères.

L'institut pour la mère et l'enfant indiens (Institute for Indian Mother and Child, IIMC)



But de l'association

L'institut pour la mère et l'enfant indiens est une organisation non-gouvernementale dédiée aux « plus pauvres des pauvres » du Bengale occidental, la province de la mégapole de Calcutta. Cette association offre des soins médicaux, promeut la santé et répond aux besoins éducationnels, économiques et sociaux de la population. Pour cela, elle possède plusieurs unités de soins, des écoles, elle sponsorise des enfants pour leur permettre de suivre une éducation, une banque de microcrédit existe et des projets pour offrir un travail aux femmes voient régulièrement le jour, ainsi qu'une garderie pour leurs enfants. Par ailleurs, l'IIMC gère des groupes de villageoises, les women peace council, qui créent et maintiennent la paix dans leur village. Pour finir, cette organisation supporte une quarantaine de plus petites associations caritatives pour leur permettre de fonctionner correctement grâce à une administration adaptée et en leur fournissant le matériel nécessaire.



Les débuts

Le docteur Sujit Kumar Brahmochary, Hindou originaire du Bengladesh, a obtenu son diplôme de médecin à l'université de Calcutta. Il a ensuite étudié la pédiatrie à Bruxelles. A la fin de sa spécialisation, il s'est retrouvé devant un dilemme cornélien : rester en Belgique où il était certain d'avoir une vie tranquille avec un salaire généreux, ou retourner dans la misère indienne pour aider les siens ? Il savait qu'il se sentirait plus utile à Calcutta. C'est ainsi qu'il quitta l'Europe pour rejoindre Mère Teresa en tant que directeur médical de sa mission.

En 1989, après deux années passées à travailler auprès de Mère Theresa, il commença à travailler seul. Les premiers mois, il passait de villages en villages avec une petite mallette pour offrir les soins les plus primaires aux personnes n'ayant pas accès aux soins de base. Par la suite, il obtint des villageois de Tegharia, dans les faubourgs de Calcutta, une toute petite maison abandonnée en boue et en fit sa première clinique. Une vingtaine d'enfants par jour le consultait.

Par la suite, il demanda l'aide aux habitants des environs pour créer un bâtiment de plus grande taille pour pouvoir y loger des patients. Il fit de même dans plusieurs autres villages, et c'est ainsi qu'actuellement l'IIMC compte deux hôpitaux qui contiennent chacun une vingtaine de lits, et quatre cliniques ambulatoires qui permettent de recevoir une ou deux fois par semaine les seize médecins et leurs centaines de patients. Durant l'année 2010, cent vingt mille patients ont bénéficiés des soins offerts par l'association.



L'éducation

Après trois années d'expérience sur le terrain, le docteur Brahmochary (ou Sujit, comme il désire qu'on le nomme) se rendit compte que le manque d'éducation des pauvres les empêchait de se débarrasser de leur maladie. En effet, comme ils ignoraient la cause de leurs problèmes de santé car ils ne l'avaient pas apprise ou comprise, ils revenaient régulièrement avec les mêmes soucis. Et ceux-ci ne faisaient pas partie d'une minorité : 46% des Indiens sont illettrés, et la grande majorité se situe en zone rurale. Pour résoudre ce problème, l'IIMC se lança dans un programme de sponsoring d'enfants, où une famille étrangère paie les frais d'éducation d'une fille ou d'un garçon indien. Le but était d'avoir au moins un enfant lettré par famille pour qu'il pût expliquer à son entourage les règles d'hygiène et de santé de base. Ce programme fonctionne encore très bien et 2'500 enfants sont sponsorisés aujourd'hui. L'IIMC paie les études d'autant de filles que de garçons. Cela permet de valoriser les femmes car elles peuvent aussi travailler et apporter de l'argent à leur famille et ainsi n'être mieux considérées par leur entourage.

Mais ce n'est pas tout. Pour combler le manque d'écoles maternelles, primaires et secondaires dans le Bengale rural, l'association en créa vingt-deux! Tous les professeurs sont des volontaires et se disent très heureux d'enseigner dans ces régions reculées. Nous reviendrons en détail sur ces écoles qui scolarisent quatre mille écoliers par année.



La promotion de la santé

En ce qui concerne la promotion de la santé, l'IIMC contient une section spécifique, le « *health education and health promotion programme* » qui se charge d'organiser des conférences dans les villages ou dans les cliniques afin de combattre les pratiques ancestrales dangereuses (comme mettre de l'eau bouillante sur les blessures) ou les tabous (les changements à la puberté par exemple) ou simplement pour améliorer le niveau de santé en évitant le diabète, l'hypertension, etc...

Des conférences sur le droit des femmes

Durant ses années passées dans les villages bengalis, le docteur Sujit réalisa le potentiel que représentait les villageoises mais remarqua aussi qu'elles n'avaient aucun droit et restaient totalement soumises aux hommes. Il organisa donc une série de conférences pour faire comprendre aux femmes leurs droits et valoriser leur travail domestique. Pour gagner leur confiance, le docteur Sujit et ses collègues commencèrent par leur expliquer les règles d'hygiène et de nutrition de base, puis élargirent le thème des réunions sur des sujets tels que la discrimination des jeunes filles ou le droit de protester contre la violence masculine. Déjà cinquante mille femmes ont assistés à ces conférences.

Les microcrédits

Inspiré par la banque Gramin du prix Nobel de la paix M. Yunus, l'IIMC aussi créa le même programme économique afin d'émanciper vingt cinq mille femmes à ce jour.

Les coopératives de travail

Les femmes purent donc avoir un travail au sein même de l'association en cousant, tricotant ou en produisant de la mozzarella! Pour que ces nouvelles travailleuses aient du temps à consacrer à leur nouvelle tâche, l'organisation construisit un bâtiment pour garder les enfants la journée. Même des lits furent créés pour garder aussi la nuit les enfants handicapés, qui sont une lourde charge pour leur famille.

L'aide socio-légale et les conseillers sociaux

Ceux-ci furent engagés par l'IIMC pour écouter et guider les Indiennes lorsqu'elles avaient des questions ou des problèmes à faire entendre leurs droits.

Les « women peace council », les conseils de paix

Le docteur Sujit donne une grande importance à ce programme nouvellement créé, car ce dernier représente un excellent moyen d'émancipation des femmes. Ces conseils sont chargés de faire régner la paix dans leur village par des discussions et autres moyens non-violents. Nous reviendrons plus précisément sur le fonctionnement et le but de celui-ci plus tard.

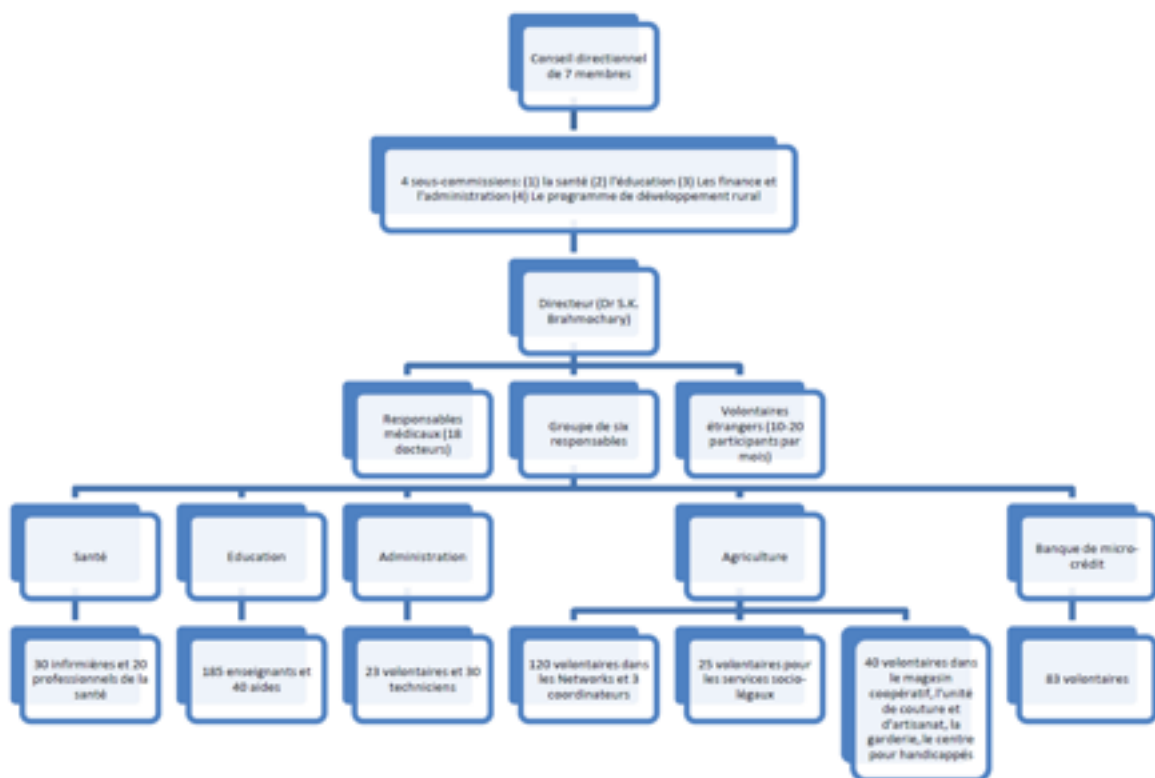
Mais l'Institut pour la femme et l'enfant indiens s'occupe également des hommes. Ceux-ci ont le même accès aux cliniques que les autres, excepté le fait qu'ils ne peuvent être hospitalisés dans l'institut car il n'existe que deux salles de soins, une pour les infections de la peau et une pour les brûlés. Et pour ne pas mêler hommes et femmes, l'IIMC n'accueille que des femmes et des enfants avec des deux domaines de pathologie. Par ailleurs, les hommes bénéficient du développement de leur femme par le système des micro-crédits dont l'argent revient à l'entreprise familiale. Par ailleurs, l'IIMC offre des services pour la communauté, comme la construction de puits et de sanitaires, la mise à disposition de champs et de lacs pour la pisciculture.

Le financement

En ce qui concerne le financement de ces diverses activités, l'argent provient surtout de donations individuelles depuis l'Europe ou le Japon. Le docteur Sujit voyage dans le monde entier pour faire connaître son œuvre. Il était notamment à Genève en décembre 2010 et au Canada durant les premières semaines de notre stage. Des volontaires qui ont travaillé en Inde servent aussi d'intermédiaires dans leur pays entre les donateurs et les enfants sponsorisés.

L'administration

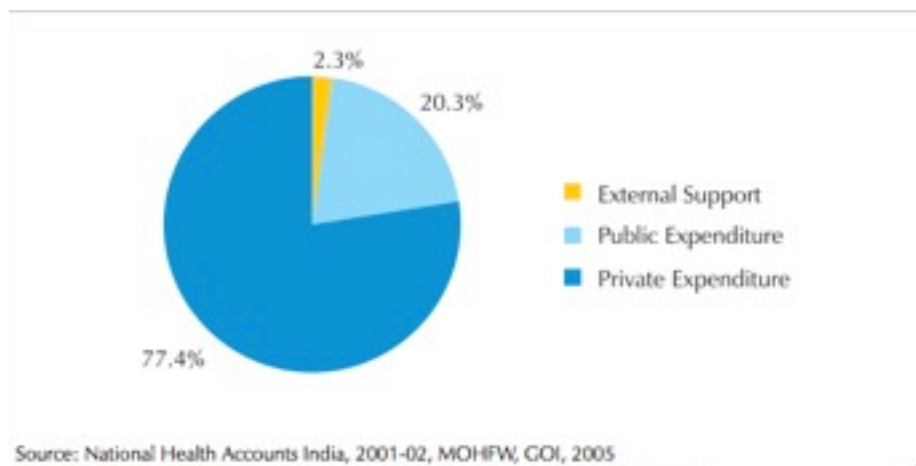
La structure de l'organisation d'une si grande association est assez compliquée et nous avons dessiné un schéma afin d'être plus clairs :



La santé

Le système de santé indien

Le système de santé est divisé en deux secteurs : le public et le privé. La santé représente 4,6 % du PIB, respectivement 0,9 % par le public et 3,5 % pour le privé.



Dépenses totales pour la santé en Inde, 2001-2002

Le secteur public

La constitution indienne désigne les états comme responsables de la santé publique, de l'assainissement et des hôpitaux aux. Le gouvernement central, quant à lui, gère l'éducation médicale. Il finance également des programmes de planning familial et de santé infantile.

Son infrastructure rurale principale est le primary health center, qui assure des soins ambulatoires ainsi que des services dans des sous-centres éloignés. Dans ces sous-centres, on trouve surtout des «*health workers*», aux tâches multiples.

Une autre institution, les community health centers, s'occupent des patients hospitalisés et des soins spécialisés. Finalement, des hôpitaux de district et universitaires complètent l'offre. Les soins cités plus haut sont gratuits, mais les patients doivent payer leurs médicaments.

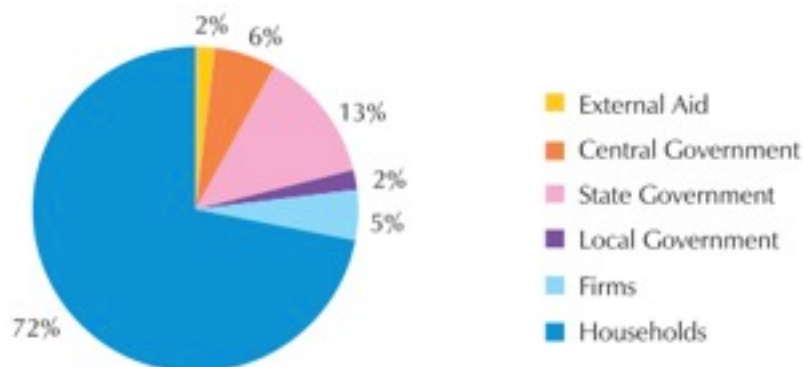
Cette structure publique fait face aujourd'hui à une saturation complète. Les hôpitaux sont bondés, sales, et il faut souvent attendre de longs mois pour une opération, dans l'éventualité que celle-ci soit possible. Par conséquent, les indiens doivent souvent se tourner vers le secteur privé pour être soignés.

Le secteur privé

C'est un acteur principal du système de santé indien, car il englobe, par exemple, 68% des hôpitaux et procure 75% des soins ambulatoires. Malgré son

importance, il est très peu régulé. Ainsi, beaucoup de travailleurs de la santé ne sont pas qualifiés pour l'activité qu'ils exercent.

Ce secteur est financé principalement par les foyers, qui paient pour les soins qu'ils reçoivent, ou via l'assurance qu'ils ont contractée. Certaines entreprises participent aux frais médicaux de leurs employés.



Source: National Health Accounts India, 2001-02, MOHFW, COI, 2005

Dépenses en santé selon la source de financement, 2001-2002

Cependant, seulement 10% des indiens ont une assurance maladie, ce qui veut dire que la plupart doivent payer de leur poche le moindre traitement médical. Cela représente des sommes importantes, que peu de gens ont à disposition. Il n'est pas rare que toute une famille se prive pour réussir à payer l'opération d'un de ses membres. On estime que 20 millions de personnes tombent en-dessous du seuil de pauvreté chaque année à cause de dettes de paiement des soins.

A ces deux secteurs principaux s'ajoute un troisième : le secteur privé sans but lucratif, en d'autres termes les ONG, institutions charitables, les missions etc. A partir des années soixante, ces institutions ont développés leurs services, auparavant principalement hospitaliers, au bénéfice d'une approche plus communautaire, et axée sur l'accessibilité des soins. On comptabilise environ 7'000 ONG dans le pays. L'OMS les classe en quatre catégories :

- celles qui mettent en pratique un programme gouvernemental, comme les vaccinations par exemple,
- celles qui sont actives au niveau communautaire,
- celles qui aident pour des causes précises (la cécité, le contrôle de la polio, la gestion des banques du sang, aide en cas de désastres / épidémies)
- celles qui participent à la réflexion et à l'action dans les domaines de l'accessibilité, l'économie et l'éducation à la santé.

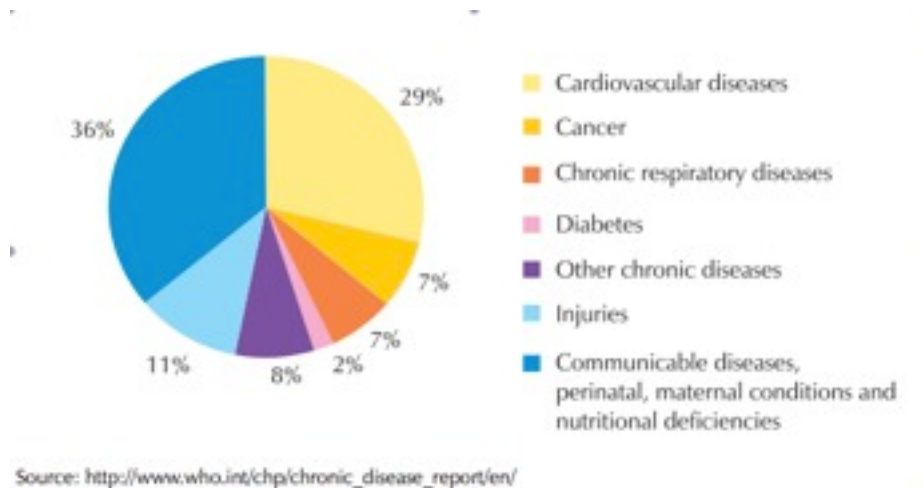
Comme nous le verrons, l'IIMC rentre dans ces quatre catégories.

L'éducation médicale existe depuis longtemps en Inde, mais elle peine à suivre les évolutions aussi bien scientifiques que démographiques. On compte actuellement 60 médecins pour 100'000 personnes (contre 407 en Suisse par

exemple). En plus d'être rares, les praticiens sont aussi mal répartis, puisque la plupart d'entre eux quittent la campagne pour exercer en ville ou à l'étranger. Le système, aussi bien public que privé, est donc saturé. Lors d'un accident de la route, les blessés sont amenés par ambulance dans un premier hôpital public, où ils ne trouvent pas de place. Après avoir sans succès fait le tour des institutions publiques, ils se tournent vers le privé. Soit par manque de moyens du côté du patient, soit par manque de place du côté de l'hôpital, le patient ne trouve pas facilement un centre qui le prenne en charge. Beaucoup finissent par mourir dans l'ambulance.

Les lacunes du système de santé indien

De nouvelles difficultés sont apparues de pair avec l'évolution démographique mais aussi épidémiologique : la dégradation de l'environnement, les maladies infectieuses émergentes et les résistances microbiennes. Cependant, la plus grande partie des problèmes de santé sont bien connus et inhérents à une mauvaise qualité de vie et aux lacunes du système de santé actuel. Par exemple, plus de 900'000 indiens meurent chaque année à cause de l'insalubrité de l'eau et de la mauvaise qualité de l'air. Le gouvernement estime que 55% des ménages ne disposent pas de services d'assainissement.



Pourcentage estimé des morts en 2005 par cause, tous âges compris

Bien que des progrès notables ait été faits depuis l'Indépendance, la santé maternelle et du petit enfant reste un problème prédominant dans les zones rurales.

Avec un taux de croissance de la population de 1.74 %, l'Inde participe à 20 % des naissances dans le monde, mais accuse un quart de la mortalité infantile globale (enfant mort avant ses cinq ans). Les causes principales en sont les infections respiratoires aiguës, les déshydratations dues à la diarrhée, la rougeole, la malaria et surtout la malnutrition (50%). Selon les chiffres de l'OMS, 47 % des enfants sont malnutrits, et 74 % sont anémiques. Cette situation est à mettre en relation avec la santé des mères. L'âge médian de la première grossesse est 19,2 ans et 41 % des femmes vivant en milieu rural sont malnutries (contre 23 % en milieu urbain). Seuls 55 % des enfants sont exclusivement allaités pendant quatre mois,

comme il est recommandé tant pour la santé du nourrisson que pour le contrôle du nombre de naissances. Seulement 34 % des accouchements se font en institution, et l'Inde connaît un très haut taux de mortalité maternelle : 301 morts pour 100'000 naissances. A la campagne, 47 % sont attribuables à l'anémie et l'hémorragie. L'avortement est la troisième cause de mortalité maternelle (12% des morts).

Les maladies infectieuses sont toujours responsables d'une grande partie de la morbidité. Tuberculose, malaria, filariose, lèpre, dengue atteignent des taux inquiétants. Ces maladies sont distribuées de manière très inégale dans le sous continent.

Quant au VIH, sa prévalence reste en dessous de 1% au niveau national, mais il est bien plus répandu au Nord–Est et dans les états du Sud. Enfin, des progrès ont été accomplis dans le domaine de la polio, les deux états toujours atteints étant l'Uttar Pradesh et le Bihar. Sa surveillance est effectuée par l'OMS.

Les maladies non infectieuses sont aussi à prendre en compte. Les problèmes cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les AVC et les maladies pulmonaires chroniques sont en plein essor. Les causes en sont le vieillissement de la population ainsi que des changements de comportement et d'environnement. Le tabac et l'alcool y contribuent largement. Contrairement aux croyances, les populations pauvres sont aussi touchées par cette catégorie de problèmes. Bien que ceux-ci souffrent plus de privations physiques, de stress psychologique, de conduite à risque et de conditions de vie malsaines, ils ont moins accès aux soins et une fois atteints par une de ces maladies, ils en subissent plus péniblement les conséquences.

Finalement, les accidents de la route sont responsables chaque année de la mort de 100'000 personnes, et on estime qu'ils représentent une perte économique de 3% du PIB.

Il reste donc bien des progrès à faire en Inde. En terme de justice sociale, il faudrait réduire la pauvreté, la discrimination de genre, et améliorer l'accès aux centres de santé. L'exploitation des moyens à disposition et des nouvelles technologies doit être gérée de manière à en faire bénéficier le plus grand nombre, au lieu de réserver ceux-ci aux grandes villes, comme c'est le cas actuellement. Le gouvernement doit donc prendre ses responsabilités et allouer une plus grande part de ses ressources à la santé, et surtout en améliorer le fonctionnement global.

Les activités de l'IIMC dans le domaine de la santé

Point de départ de l'action de l'IIMC, le domaine de la santé représente une grande part de ses activités. En tant qu'étudiants en médecine, c'est évidemment dans ce domaine que nous avons principalement été impliqués.

Les activités médicales de l'IIMC se séparent en deux catégories. L'«indoor» regroupe les patients hospitalisés dans la clinique principale. L'«outdoor» quant à lui désigne les consultations et soins apportés chaque semaine, à des patients dans des dépendances de l'association plus éloignées.

Parallèlement à ces activités de soin, l'IIMC développe également une branche de promotion de la santé.

L'IIMC pratique une médecine de premier recours et des soins de base visant à soigner le plus de patients possible, avec des moyens limités.

Les activités Outdoor

L'IIMC a développé ses activités dans le but de donner un accès à la santé à des populations qui en étaient dépourvues. Comme nous l'avons vu, cela peut être dû à des raisons économiques, ou géographiques, comme nous l'avons vu.

Le Dr Sujit a donc ouvert des consultations. Face à la demande colossale, une organisation particulière s'est développée. Chaque jour de la semaine, sauf le dimanche, l'équipe médicale se déplace dans une localité différente pour y prodiguer ses soins. Une très longue file de patients attend l'arrivée des médecins et des infirmières, et les consultations se comptent par centaines. En effet, l'IIMC a ciblé les zones les plus préteritées de la province, et ces consultations représentent souvent la seule opportunité de la population pour recevoir des soins. Selon l'endroit, les consultations se déroulent dans des bâtiments plus ou moins élaborés : de la clinique équipée de Thegaria aux deux pièces de l'école de Kheyadah, en passant par la baraque dépouillée de Chakberia.

Au fil du temps, et selon la demande, des activités se sont développées autour de ces consultations de base. La santé a souvent été le moyen d'entrer en contact avec une population, de gagner sa confiance, pour ensuite la faire participer à d'autres projets.



Salle dédiée aux soins infirmiers dans l'école de Kheyadah

Voici une brève description de chaque clinique outdoor:

Dhaki

Ce village se situe dans la région de Sundarban, au sud de Kolkata, dans le delta du Gange. Desservi par de mauvaises routes cabossées, la population souffre de son isolement. En effet, l'électricité fait souvent défaut,

l'économie est en berne et il est difficile pour les enfants d'aller à l'école. De plus, il n'y a pas de centre de santé à moins de 30 km.

Pour pallier à ce manque, depuis 2002, l'IIMC envoie son équipe médicale deux fois par semaine à Dhaki, le mercredi et le samedi. A chaque fois, ce sont 600 à 800 patients qui viennent de toute la région pour se faire soigner.

Face à cette grande demande, le centre de Dhaki s'est beaucoup développé. Une clinique a été construite, qui accueille maintenant une partie Indoor, avec deux infirmières présentes en permanence. Les patients admis présentent les mêmes pathologies que ceux de l'Indoor de Sonarpur, et nous en reparlerons en détail ci-dessous. Depuis 2007, il y a aussi une salle d'accouchement, accompagnée d'un programme de suivi des grossesses et de formation des sages-femmes locales. La clinique dispose également de l'infrastructure nécessaire pour effectuer de la petite chirurgie.

La clinique est devenue un deuxième centre pour l'IIMC, lui permettant de silloner la région et d'étoffer ses projets de développement. Une banque de microcrédit a été ouverte à côté de la clinique. C'est aussi le lieu de réunion d'un Women Peace Council, et plusieurs autres ont été instaurés dans la région. Finalement, des écoles ont vu le jour à Dhaki et sur d'autres îles de Sundarban.



Les bâtiments de Dhaki

Chakberia

Cela fait maintenant 14 ans que des consultations ont lieu à Chakberia. Tous les mardis, 3 médecins aidés de l'équipe médicale s'occupent de 300 à 400 patients.

Une banque de micro-crédit a également été ouverte dans la zone.

Hogolkuria

Cet outdoor accueille chaque vendredi 200 à 300 patients.

En plus de la banque de microfinance et de l'école, il y a ici des projets liés au développement de l'agriculture et à l'aide aux personnes sans domicile.

Kheyadah

Ce village est éloigné et particulièrement peu développé. L'IIMC vient y prodiguer des soins depuis 8 ans, et chaque semaine, 300–400 patients se présentent.

Il y a beaucoup à faire ici, et l'IIMC projette d'y construire une clinique, et de mettre en place d'autres projets.

Thegaria :

C'est le principal outdoor de l'IIMC, et aussi le plus ancien (16 ans). Il est situé à 5 minutes à pied des bâtiments de Sonarpur et de la direction. Les consultations ont lieu le lundi et le jeudi. Moins isolé que les autres centres, il accueille chaque jour 600 à 700 patients. Certains voyagent plusieurs heures pour y recevoir des soins.

En plus des consultations et des soins dispensés comme dans tous les outdoors, les bâtiments de la clinique de Thegaria abritent également d'autres services :

- un dispositif d'échographie pour surveiller les grossesses
- un petit laboratoire de pathologie permettant d'effectuer les principales analyses de sang, d'urines et de selles,
- un appareillage de radiographie
- une consultation ophtalmologique et dentaire
- une unité d'homéopathie
- un planning familial

Certains de ces services demandent au patient une petite contribution financière, qui reste néanmoins beaucoup plus abordable que celle exigée par les autres hôpitaux.

Voici comment se déroulent les soins ; Les patients sont reçus par un secrétaire, qui leur donne un bon, et, s'ils viennent pour la première fois, un dossier. Ensuite, les patients attendent leur tour pour passer auprès d'un médecin. Les médecins se partagent généralement une grande salle. Chacun a une table, et les patients font la queue devant.

Les médecins sont les mêmes que ceux qui travaillent à plein temps à l'Indoor, aidés par des privés, qui ont généralement un cabinet en à côté.

Les consultations sont très différentes de celles que l'on connaît chez nous. En moyenne, elles ne durent pas plus de trois minutes, pendant lesquelles le patient expose son problème, et le médecin écrit sur le dossier du patient des directives pour les soins, ou rédige le cas échéant une ordonnance. Si examination il y a, elle est très rapide. Il n'y a aucune confidentialité, le patient étant entouré par les autres qui attendent leur tour.

Le patient se dirige ensuite dans une deuxième salle, où travaillent les infirmières. Ici, il va recevoir le soin approprié, selon ce qui lui a été prescrit dans son dossier :

- Si indiqué, la tension artérielle est mesurée. En cas d'hyper ou hypotension, le patient est renvoyé vers le médecin. Sinon, le médecin verra le résultat lors de la prochaine consultation.



- Les infections cutanées et les plaies sont soignées par l'application de crèmes. Il y en a 5 différentes à disposition. Ce sont des antibiotiques, antifongiques, et corticoïdes. Pour le «dressing», la plaie est d'abord nettoyée à l'aide d'un coton trempé dans un bain d'eau savonneuse, puis désinfectée par un coton imbibé de Bétadine. Finalement la crème est appliquée. Aucun tube n'est distribué aux patients, pour éviter les mauvaises utilisations. Ils doivent donc revenir chaque semaine pour être traités. Un bandage est appliqué seulement si la plaie est ouverte, ou bien située sur la plante des pieds.

- Trois injections sont à disposition. Un anti-inflammatoire (2 ml de Diclofénac) à longue durée d'action, et deux suppléments en vitamines B (Neurobion et B-complex). Les produits sont injectés en intramusculaire, et toujours dans le muscle fessier.

Notre rôle, en tant que volontaire étranger, était de suppléer les infirmières pour prodiguer ces soins et injections, ainsi que pour mesurer la tension. Elles nous étaient d'une grande aide pour faire l'intermédiaire avec les patients, et pour nous traduire les directives des médecins.

A chaque outdoor, une équipe de pharmacie accompagne l'équipe de soins. Les médicaments prescrits par les médecins de l'IIMC sont distribués gratuitement. L'IIMC a choisi environ 150 molécules, ayant un bon rapport efficacité-prix, pour soigner les maux les plus courants uniquement. Il s'agit d'antalgiques, d'anti-acides, d'antifongiques et d'antibiotiques principalement. Certains médicaments sont offerts par des entreprises pharmaceutiques.



La pharmacie de Thegaria

Activités indoor

Certains patients se présentant aux consultations outdoor ont clairement besoin d'un suivi plus rapproché et de soins quotidiens. C'est pourquoi une clinique pouvant accueillir des patients hospitalisés a été mise sur pied à Sonarpur, dans les mêmes bâtiments que l'administration de l'IIMC. Elle existe depuis 12 ans, et compte une vingtaine de lits. Des infirmières y sont présentes en permanence. L'IIMC emploie par ailleurs deux médecins à temps plein, la doctoresse Dipali et le docteur Alok. Le matin, ils font les consultations dans les outdoors, et consacrent leurs après-midi aux patients indoor.

Les volontaires étrangers qui travaillent à l'indoor sont chargés de relever les paramètres vitaux de tous les patients. La tension artérielle, le pouls, la fréquence respiratoire et la température sont mesurés puis retranscrits dans les dossiers. Il peuvent ensuite aider les infirmières pour le dressing des plaies et des infections cutanées. L'après-midi, ils accompagnent le médecin pour faire la tournée des patients. Cela ne se passe pas toujours de la même manière. Parfois le médecin les charge d'examiner tous les patients et de lui faire un compte rendu, parfois il explique la maladie, ses causes, les éléments de diagnostic. Il arrive de faire l'anamnèse détaillée d'un ou deux patients, incluant également les antécédants, l'anamnèse familiale, et la sémiologie des différents systèmes.

L'indoor possède également une salle de petite chirurgie, pour la prise en charge des becs de lièvre par exemple.

Les patients admis à l'Indoor sont de deux catégories:

Une pièce accueille les patients brûlés. Les brûlures sont relativement fréquentes dans les milieux ruraux, où les gens cuisinent directement sur le feu. Cependant, une part difficile à estimer de ces accidents domestiques sont en réalité des actes de violence domestique, envers les femmes et les enfants. Ces patients sont jumelés avec les malades de psoriasis.

Une autre pièce accueille les infections de la peau, qu'elles soient dues à des bactéries, des virus, des champignons ou des parasites. La plupart des infections sont contractées par les patients sur leur milieu de travail ou de vie, à cause de mauvaises conditions d'hygiène, et de leur mauvais état de santé. En

effet, tous les patients admis sont anémiques, et de nombreux enfants souffrent également de marasme ou kwashiorkor. Leur guérison à l'Indoor est due autant au traitement médical, qu'à un environnement propre et sans exposition aux germes et à une alimentation saine et revigorante. Les trois repas par jour contenant légumes et protéines servis à l'IIMC sont un luxe que la plupart des patients ne peuvent pas se permettre chez eux.

Croyances des patients

Les patients et le rapport au médecin en Inde sont très différents de ce que nous connaissons en Europe. La relation médecin–malade souffre énormément du peu de temps à disposition pour chaque patient (à l'outdoor, entre 30 secondes et 2 minutes sont dédiées à chaque patient) et du manque de confidentialité, dû au fait que de nombreuses personnes se trouvent dans la même salle. La population rurale respecte énormément les médecins, et est convaincue qu'ils ont le pouvoir de tout soigner. Il y a deux corollaires ambivalents à ceci. D'un côté, les patients sont parfois persuadés qu'il leur suffit d'aller chez le médecin et d'avaler quelques pilules pour soigner des plaies aussi graves qu'une nécrose diabétique. Ils sont ensuite très déçus quand on les détrompe. D'un autre côté, les consultations ont très souvent un effet placebo puissant et il suffit parfois aux patients d'avoir vu un médecin pour se sentir mieux.

Le rapport des patients à leur maladie varie selon chacun. La plupart ne savent pas du tout de quoi ils souffrent, et pour certains, les praticiens des outdoors sont les premiers médecins qu'ils rencontrent de leur vie. Certains sont très intéressés, veulent comprendre, alors que d'autres n'attendent que le traitement miracle.

Dans la pratique quotidienne, les croyances ne posent pas de problème majeur. La principale différence à laquelle nous avons été confronté est le vécu des piqûres. Alors qu'en Europe on est heureux si la piqûre a été faite très rapidement et qu'elle a donc fait moins mal, ce geste s'apparente pour les indiens à un coup de couteau. Ils préfèrent donc que l'aiguille soit enfoncée plus lentement dans le muscle, d'une manière plus délicate, quitte à avoir plus mal. De plus, ils pensent que s'ils souffrent, ils sont soignés. Un geste indolore et rapide ne leur apparaît pas comme un traitement.

Efficacité

Les maladies rencontrées dans les consultations outdoor sont des maladies et infections de la peau, suivies par la toux et les infections pulmonaires, et finalement l'hypertension, le diabète, et les maladies cardiovasculaires. Le traitement de ces maladies chroniques pose problème, car la pharmacie dispose de peu de médicament pour les traiter. Souvent, pour ne pas décevoir le patient, le médecin ne traite que les symptômes : un traitement pour la toux sera prescrit à un asthmatique, et l'angine de poitrine traitée comme une pneumonie. Nous avons recueilli les impressions d'un jeune médecin allemand, d'origine bengalie, venu travailler quelques temps à l'IIMC:

«Devant ces moyens si limités, je me suis d’abord senti inutile. Finalement j’ai compris que nous administrions ici les traitements de base uniquement, et que les médicaments disponibles dans notre pharmacie ont été sélectionnés selon le critère du maximum d’efficacité par rapport au prix. Je pense guérir réellement 40 % des patients en outdoor» (Rabi Raj Datta)

Automédication, homéopathie

Parallèlement à l’allopathie, plusieurs autres médecines sont pratiquées en Inde. Ayurveda, Siddha, Unani, Naturopathie, et surtout Homéopathie sont très répandus, et sur un pied d’égalité avec notre médecine occidentale. Bien que le gouvernement essaie de réglementer les différentes pratiques (en uniformisant les formations, en établissant des standards pour la pharmacopée), le milieu reste assez peu réglementé. Comme elles coûtent beaucoup moins cher, beaucoup de gens utilisent ces médecines alternatives en premier lieu, et ne s’adressent aux hôpitaux qu’en dernier recours.

Par ailleurs, il y a beaucoup d’auto-médication en Inde. Il est facile de se procurer des médicaments sans aucune ordonnance, ce qui permet d’économiser une consultation, mais peut se révéler dangereux.

Visite à l’hôpital

Comme nous l’avons vu, l’IIMC dispense des soins de base. Certains patients ont parfois besoin d’une intervention plus lourde, qui dépasse les moyens de l’association. Ce peut être des patients se présentant aux outdoors, mais aussi des patients de l’indoor nécessitant des soins supplémentaires. Dans ce cas, l’IIMC se charge de les accompagner tout au long de leurs démarches auprès de l’hôpital, et supervise l’évolution du problème. Jusqu’à maintenant, des opérations ont été supervisées pour le traitement de pathologies telles que des becs de lièvre, des hernies, des brûlures, des problèmes nasaux, des tonsillectomies, et des hysterectomies.

Il y a 5 hôpitaux publics à Kolkata, et l’IIMC travaille avec eux dans la mesure du possible. S’il faut aller dans un hôpital privé, il est possible que l’association participe aux frais.

Nous avons eu l’occasion d’accompagner deux patients de l’Indoor à l’hôpital.

La visite était menée par l’infirmière responsable de l’Indoor, et nous emmenions une femme qui souffrait d’un ulcère s’étant développé sur une brûlure mal

cicatrisée et une fillette de 2 ans, qui après avoir souffert d’une grande brûlure, nécessitait une intervention chirurgicale sur une cicatrice de contraction au bras et une greffe de peau sur le crâne. Nous avons fait le trajet d’une heure environ dans l’ambulance de l’IIMC, une simple Jeep peinte en blanc et rouge, tout comme la plupart des ambulances à Kolkata.



Une fois arrivés à l'hôpital, nous avons attendu avec les patients pendant que l'infirmière courait de bureau en bureau, remplissant mille formulaires. Le goût des indiens pour la bureaucratie se ressent jusqu'ici. Finalement, nous avons obtenus les papiers nécessaires, et avons pu attendre notre tour. Après avoir rappelé plusieurs fois notre présence au secrétaire à l'entrée de la salle de consultation, nous finissons par y entrer. Il y a là 3 médecins autour de quelques tables, et de nombreux patients autour. En cinq minutes, et après un examen sommaire, notre médecin a évalué la situation de nos deux patients, et signé ses ordonnances.

« J'ai été assez étonnée des manières du médecin. Il n'est pas du tout attentif au patient, et fait plusieurs choses en même temps, discute avec ses collègues. Il prend même le temps d'écouter un colporteur d'une boîte pharmaceutique. » (Bénédicte).

Nous avons donc obtenu un papier selon lequel nos deux patients ont en effet besoin d'une opération, et la demande d'analyses sanguines préalables. Ce n'était pas la première consultation, ni la dernière avant l'opération. Se faire admettre pour une opération dans un hôpital public est donc ici un processus laborieux.

« Je me demande comment les gens venant de milieux ruraux sont sensés réussir à se faire soigner. Comment paient-ils tous les déplacements que les nombreuses consultations supposent? Comment des gens qui ne savent ni lire ni écrire peuvent obtenir ce dont ils ont besoin avec tous ces formulaires à remplir? Et comment peuvent-ils être assurés de la qualité des soins s'ils ne savent même pas exactement ce dont ils souffrent et quel va être le traitement, puisque visiblement les médecins ne sont pas très enclins à l'expliquer? » (Sarah)

Programme de vaccination

La vaccination en Inde est très lacunaire, et la couverture significativement plus basse que celle de pays comme le Bangladesh, la Chine ou l'Indonésie. Seulement 47.6 % des enfants entre 1 et 2 ans ont reçu toutes les vaccinations recommandées par l'Universal Immunization Programme. Ce programme a été mis en place de manière conjointe par l'OMS et l'Unicef. Le gouvernement indien n'ayant pas les ressources nécessaires pour établir son propre plan de vaccination, c'est celui-ci qui est appliqué. Il prévoit la vaccination contre la polio, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole et la tuberculose. L'hépatite B est à l'étude. L'OMS et l'Unicef fournissent gratuitement les vaccins et le matériel nécessaire au gouvernement, qui peut le re-distribuer aux ONGs accréditées. L'IIMC est une des ces ONGs. Elle se charge donc d'administrer les vaccins, de délivrer un carnet de vaccination à chaque enfant et de s'assurer de son suivi.

Dans les zones rurales, 60 à 80 % de la population n'est pas couverte. L'IIMC doit donc faire de grandes campagnes de sensibilisation pour expliquer l'utilité et le fonctionnement des vaccins. En effet, quelle mère se donnerait la peine de se déplacer jusqu'au centre de santé, d'infliger une piqûre bien

désagréable à son enfant, et en plus de revenir pour le rappel, si elle n'en comprend pas le but? Par ailleurs, l'IIMC doit aussi former ses travailleurs de la santé à cette activité particulière : comment fonctionne le plan de vaccination, comment administrer tel ou tel vaccin, comment gérer le stock, par exemple la conservation au froid indispensable du vaccin oral de la polio, et finalement les explications et recommandations à donner aux patients.

Programme de sensibilisation à la santé

L'IIMC a mis sur pied une équipe d'éducation et de promotion de la santé. Son but est d'améliorer les connaissances sanitaires de la population des villages, afin que les gens puissent d'eux-mêmes faire les changements nécessaires dans leur mode de vie pour améliorer leur santé. L'équipe travaille beaucoup pour faire appliquer des règles de base d'hygiène, comme promouvoir la construction de toilettes ou expliquer qu'il faut faire bouillir l'eau avant de la boire. Elle doit aussi lutter contre des superstitions très anciennes et bien ancrées dans les sociétés rurales, pour faire réaliser aux populations le danger de certaines pratiques traditionnelles.

Par ailleurs, l'IIMC participe à la formation des infirmières.

Santé des femmes

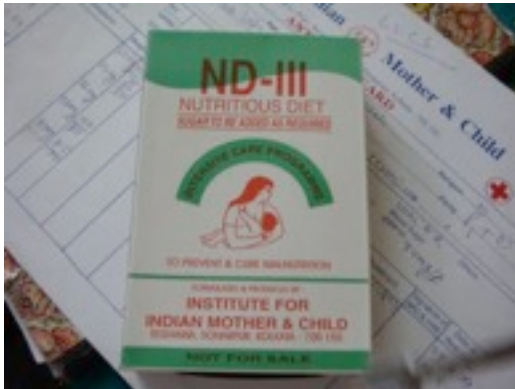


La doctoresse Dipali

Les femmes et les enfants en bas âge sont particulièrement vulnérables. Contrairement à ce qui se passe en ville, les jeunes filles en milieu rural sont mariées très jeunes, et sont généralement enceintes peu après. Les mères de moins de 18 ans ont un risque plus élevé de complications, de prématurité et d'anémie. Pour améliorer la santé reproductive, l'IIMC a mis en place plusieurs

mesures. Tout d'abord, le Dr Dipali tient une consultation gynécologique dans chaque outdoor, et assure ainsi les soins pré et post-nataux.

Ensuite, l'association produit des compléments alimentaires pour lutter contre la malnutrition des mères. Ces compléments sont confectionnés sur place, dans les bâtiments de Sonarpur, et emballés manuellement. Ils sont nommés ND, pour nutritional diet, I, II et III, et sont aussi utilisés pour les enfants. Ils sont distribués à chaque outdoor par la pharmacie, et utilisés à l'Indoor.



« On nous a raconté à ce sujet une anecdote intéressante sur la mentalité indienne; Les premiers compléments alimentaires proposés par l'IIMC n'avaient que très peu de succès, les jeunes mères étaient sceptiques. Mais quand l'emballage, qui était auparavant un simple sachet plastique transparent, a été modifié pour sembler plus commercial (une boîte en carton, avec un logo et des détails imprimés dessus), leur consommation est montée en flèche. Il suffisait de donner au produit un aspect sérieux pour obtenir la confiance de la population.» (Vassilis)

L'IIMC essaie de promouvoir un meilleur encadrement des accouchements. Non seulement elle met à disposition une salle de délivrance à Dhaki, mais elle forme aussi des sages-femmes, et complète la formation des sages femmes traditionnelles. L'institut assure également la vaccination des femmes enceintes. Malheureusement, des complications apparaissent parfois pendant l'accouchement, et il faut faire appel à un service obstétrique plus qualifié. Actuellement, une grande perte de temps est accusée car les mères sont réticentes à chercher de l'aide, et quand finalement la situation est devenue critique, le trajet jusqu'au centre compétent le plus proche est souvent long, et parfois inutile, car des gardes ne sont pas assurées partout. Il faut alors se déplacer plus loin. L'IIMC essaie donc de mettre en place un système pour gérer les urgences obstétriques.

Une fois l'enfant né, il est suivi et sa croissance est monitorée à l'aide de courbes de croissance. Les mères sont encouragées à consulter régulièrement. L'état de santé des enfants est ainsi surveillé, et ils sont référés à un service compétent le cas échéant. Néanmoins, les consultations à l'outdoor permettent généralement de soigner les maladies communes de l'enfant. De plus, l'IIMC organise des campagnes de check-ups dans les écoles.

Finalement, une grande partie du travail de prévention passe par l'éducation maternelle. Par différents biais, des programmes de «*mother awareness*» montrent aux mères des moyens simples pour améliorer leur santé et celle de leur enfant et luttent contre les superstitions. Il popularise l'allaitement, aussi bien pour l'immunité de l'enfant que pour le contrôle des naissances.

Du point de vue de la nutrition, il explique quels sont les aliments riches en fer à privilégier pour lutter contre l'anémie, et comment rendre l'alimentation quotidienne plus nutritive avec les moyens à disposition.

L'IIMC fait aussi un travail de planning familial, essentiel pour le contrôle des naissances. Des vidéos sont montrées dans les villages, des conférences sont organisées, et des membres du planning familial sont présents à chaque outdoor. Tous expliquent l'intérêt de réguler les naissances, pourquoi ne pas marier les filles trop tôt, les moyens de contraception possibles...etc. Ces programmes d'information se heurtent malheureusement aux croyances locales et aux tabous religieux.

La pilule contraceptive est distribuée gratuitement par le gouvernement et par l'IIMC. Cependant, seulement 40% des femmes mariées la prennent, et de manière peu appropriée. En effet, dans les milieux illettrés, son fonctionnement n'est pas compris et il n'est pas rare que les femmes la prennent uniquement après avoir eu des rapports. D'autres moyens de contraception sont popularisés, comme le préservatif, et l'IIMC prend en charge les laparoscopies et la pose de stérilet. En revanche, il ne pratique pas l'avortement. Celui-ci est légal en Inde jusqu'à 20 semaines de grossesse. L'avortement sélectif est bien-sûr illégal, car il vise en Inde à tuer les foetus de sexe féminin. C'est pour éviter cette pratique abusive de certains médecins que l'IIMC ne fait pas de détermination de sexe lors de ses échographies. Malheureusement, il suffit encore aujourd'hui de se rendre dans une clinique privée peu scrupuleuse pour avoir accès à ces interventions.



Les femmes



[La situation des femmes en Inde](#)

[Les femmes des villages indiens](#)

Tout d'abord, il convient de préciser un point essentiel : il existe en Inde une différence de mentalité immense entre les gens des villes et ceux des villages. Alors que dans les mégapoles, les valeurs deviennent de plus en plus européennes en termes d'égalité entre tous et de liberté pour chacun (pouvoir choisir son travail, sa maison et presque même ses orientations politiques et sexuelles), les villages restent encore très traditionnels. La vie y est dure, il faut travailler tout le jour durant pour gagner seulement de quoi survivre. Dans ces conditions, pas le temps de réfléchir aux grandes théories humanistes et les valeurs ont moins évolué que dans les villes.

Mais avant de nous lancer dans une critique acerbe sur la situation des femmes bengalies, nous tenons à préciser que lors de nos nombreuses visites à la campagne, nous avons été marqués par le bonheur qui y régnait. Ici, il n'y pas d'argent, mais pas de misère non plus. Les gens vivent simplement mais ne demandent rien de plus que ce qu'ils ont déjà. Ils ne sont en rien jaloux de tout ce que l'on possède, par le fait que nous pouvons manger trois repas par jour et d'autres aliments que du riz. Au contraire, ils sont extrêmement accueillants et intéressés par notre présence, nous posent des milliers de questions sur notre vie, notre famille, notre pays. Ici, tout est si paisible. Le stress est un mot qu'ils ne connaissent pas. Imaginez, en fin de journée lorsque le ciel devient pourpre, les hommes assis sur le sol encore chaud et qui discutent. Leurs enfants jouent, vont voir leur mère qui cuisine ou vont jouer avec leurs perroquets. Tout est si merveilleux!

En revanche, il est vrai que sous cette si jolie façade se cache une triste vérité: *«des mères sont privées de leurs droits humains à cause de la dominance masculine, des superstitions de villages, des difficultés financières, des malentendus, des querelles entre voisins et autres injustices sociales»* nous explique le docteur Sujit. Nous allons à présent parler du mariage arrangé et de la dot, deux des nombreux exemples que nous avons connu de cette triste situation.

[Le mariage arrangé](#)

Nous avons personnellement été immergés dans un drame de ce genre. Une enfant de 18 ans sponsorisée par l'IIMC pour ses études voulait devenir médecin, mais s'est vue contrainte par ses parents à épouser un inconnu. Elle a dû abandonner sa carrière, ses amis et son petit ami pour aller vivre dans le village de son mari afin de s'occuper des terres et plus tard pour y élever ses enfants. La mère, ravie de pouvoir marier sa fille, nous a invités à la cérémonie.

Fallait-il refuser l'invitation pour exprimer notre désaccord face à ce genre de pratique? Ou plutôt y aller pour offrir un petit peu de bonheur à cette pauvre fille? Nous n'avons pas tous été du même avis: Vassilis a décidé de ne pas venir car il trouvait que se présenter à ce mariage arrangé était en quelque sorte montrer son accord à ce genre de pratique et il désapprouvait cela. Bénédicte, Sarah, Lucie et d'autres volontaires indiens et étrangers décidèrent d'y aller malgré tout, car nous pensions que cela ne changeait en rien le résultat (elle serait mariée dans tous les cas) et que si nous n'explosions pas de joie mais plutôt compatissions à sa douleur cela ne serait interprété comme une approbation.

Dans un mariage indien musulman, les deux époux s'unissent vers midi, un grand festin s'ensuit, puis la mariée se prépare pour aller rejoindre son mari dans la maison de ce dernier, où elle passera le reste de ses jours. Nous sommes

arrivés lorsque la jeune femme se préparait pour la dernière étape de la cérémonie. Ses yeux exprimaient toute sa tristesse et elle essuyait quelques larmes lorsque nous sommes arrivés. Elle était contente de nous voir et n'a plus pleuré. Au contraire, sa mère était aux anges et toute la famille nous offrait à boire et à manger. Nous étions très gênés par ce contraste de joie et de tristesse, et déçus par l'avenir gâché cette jeune fille. Mais Ms Brahmochary nous rassure : « *Il n'est jamais vain d'éduquer une femme, même si celle-ci ne travaillera pas. En effet, une mère qui a fait des études aura tendance à pousser ses enfants à faire de même et pourra les aider à faire leurs devoirs et ils auront ainsi plus de chance d'avoir un meilleur métier. Par ailleurs, elle sera au courant de nombreuses règles d'hygiène et de santé. Sa famille sera donc moins sujette aux ennuis de santé causés par le manque de connaissances comme les mycoses, la diarrhée ou même le diabète. En outre, une femme qui a fait des études dans un milieu urbain plus égalitaire que le milieu rural connaîtra mieux ses droits et sera moins soumise aux hommes.* »

Plus tard dans notre voyage, nous avons eu l'occasion de discuter avec des Indiens à propos des mariages arrangés, qui sont encore très courants dans le pays. Même si la plupart des citadins sont contre cette pratique, ils ne la trouvent pas choquante. Pour eux, il suffit de le vouloir pour tomber amoureux, et même si lors du mariage leur époux leur semble anodin, ils apprennent à se connaître et à s'apprécier avec le temps, jusqu'à être réellement amoureux. L'amour vient donc après l'union, contrairement à nos valeurs occidentales.

La dot

Durant notre stage au sein de l'institut pour la femme et l'enfant indiens, nous avons été sensibilisés à plusieurs reprises à la situation critique des femmes du pays. Bernali Brahmochary, l'épouse du docteur Sujit et directrice de la section éducation de l'IIMC nous raconte les horreurs qui se déroulent régulièrement dans les villages bengalis :

« *Malgré que la dote soit illégale, elle reste encore une pratique largement répandue dans la province de Calcutta. Selon la tradition, lorsque une femme se marie, les parents de celle-ci doivent combler les désirs des beaux-parents en leur offrant de l'argent, des biens ou des terres. Mais si par malchance la récolte est mauvaise cette année-là ou si la nouvelle famille de la femme n'est tout simplement pas satisfaite des dons de sa belle-famille, le mari et sa mère tuent la mariée, le plus souvent en la couvrant de kérosène et en la brûlant. La police est si corrompue qu'il suffit de donner de l'argent (qui provient de la dot) et de prétendre que la pauvre victime était suicidaire pour que le meurtre soit oublié aux yeux de la justice indienne. Et le veuf? Il se remarie évidemment!* »

Les projets de l'IIMC pour les femmes

Des conférences de promotion aux coopératives de travail

Afin de lutter contre cette soumission féminine, l'institut a créé plusieurs projets. Tout d'abord, les volontaires organisent régulièrement des conférences dans les villages et les cliniques sur des sujets très divers, des moyens d'éviter la dysenterie aux changements à la puberté, en passant par les droits humains. En plus des présentations, les villageoises ont la possibilité de se confier à des conseillers sociaux qui les guident vers une solution qui leur convienne. Le but est d'ouvrir les yeux aux générations de femmes qui ont toujours estimé normal d'être violentées par exemple. « *Mon grand-père battait ma grand-mère, mon père battait ma mère, pourquoi est-ce donc anormal que mon mari me batte?* » entend Sujata, une volontaire de l'IIMC, lorsqu'elle écoute une jeune épouse.

Comme nous l'avons vu auparavant, une femme éduquée connaît mieux ses droits car l'école les lui inculque et elle vit dans un milieu où ses droits sont respectés. L'association sponsorise donc des filles pour leur permettre d'aller à l'école.

Nous étudierons le fonctionnement du microcrédit en détail plus loin. Nous aimerions cependant mettre en valeur ici l'effet qu'il a sur le statut de la femme. En Inde rurale, l'homme travaille dur pour ramener de quoi payer un peu de nourriture, et même si sa femme l'aide et s'occupe de leur logis, elle ne ramène jamais d'argent à la maison car ce n'est pas elle qui vend le riz par exemple. Elle est donc considérée comme un parasite car elle coûte mais ne rapporte rien. En plus, les jeunes filles qui vont se marier doivent apporter une dote qui provient du maigre revenu de leur père. Par ailleurs, c'est toujours la femme qui va habiter chez le mari qui reprendra l'entreprise familiale. Il est donc très désavantageux d'avoir une fille plutôt qu'un fils car il faut la nourrir pendant environ quinze ans, lui donner ensuite une dote, puis la voir partir s'occuper des champs de sa belle-famille! En conclusion, les Indiens préfèrent avoir un garçon et vont jusqu'à avorter ou tuer le bébé s'il s'avère être une fille, ce que l'IIMC trouve odieux et dégradant pour l'image du pays.

Pour diminuer cette idée de femme–parasite, le microcrédit est parfait pour cela: Les villageoises, comme leur mari, amènent de l'argent au logis. Elles amènent la totalité des fonds nécessaires pour lancer l'entreprise familiale et donc permettent même à la famille de prospérer et de s'enrichir. Comme elles sont la source du revenu primaire, elles ont leur mot à dire dans l'utilisation de cet argent et ne se sentent plus soumises.



L'équipe de l'unité couture

Pour les mêmes raisons que le microcrédit, l'IIMC créa plusieurs unités de travail, afin que les femmes gagnent un salaire et subviennent aux besoins de leur famille. Quatre sections se trouvent dans un bâtiment adjacent à la clinique principale : les unités de couture, de production de sac, de tricotage et le magasin. Quatorze femmes y travaillent et les bénéfices obtenus sont utilisés pour acheter des médicaments. Une garderie dans un des bâtiments de l'institut fonctionne durant la journée. Si par malheur un enfant est handicapé physiquement ou mentalement et qu'il représente un trop grand poids pour sa famille, l'association le loge, le nourrit et lui donne une éducation adaptée à son handicap. Les parents sont bien sûr libres de venir le voir ou de le ramener à la maison s'ils le désirent. Finalement, des orphelins habitent dans la garderie. Nous avons rencontré Fatna, une adorable petite fille de dix ans qui a vécu une grande tragédie lorsqu'elle en avait cinq. Sa mère était dépressive et a décidé de mettre fin à ses jours en se jetant sous un train avec sa fille. Un soir, elle emmena Fatna au bord des rails et dès que le bruit du lourd engin se fit entendre, elle se lança avec sa fille vers son triste destin. Par chance, Fatna sauta à temps par-dessus les rails. Enfin, presque à temps. Elle perdit la moitié de sa jambe droite. Son père la retrouva mais il ne pouvait s'occuper seul d'une enfant handicapée. Il l'amena donc à l'IIMC où on lui construisit une jambe de bois. Fatna se porte très bien à présent, elle reste la journée à l'institut pour suivre les cours et rentre le soir près de son père.

Finalement, l'institut à nouvellement créé un projet, les « women peace councils », les conseils de paix.

[Les conseils de paix : les buts et les actions](#)

Onze femmes par village se réunissent chaque jour pour créer et maintenir la paix dans leur village et ses alentours. Depuis la nuit des temps, l'Inde considère la femme comme un symbole de paix. Dans la religion hindoue Parvati représente la tempérance face à la vigueur de son mari le Dieu Krishna. Et Gandhi

lui-même déclare que « *la femme est mieux adaptée à explorer et à prendre de grandes décisions dans le domaine de la nonviolence* ». C'est pour cela que l'IIMC a choisi de créer des groupes uniquement féminins. Pour garantir la paix, les conseils utilisent plusieurs moyens:

1. Faire comprendre que tout développement est possible sans utiliser la violence. Par exemple le women peace council propose au village des projets bénéfiques à tous, comme la construction de routes, de puits ou d'écoles.
2. Apprendre aux communautés que la violence et les conflits sont mauvais pour la société. Lorsqu'un ou des villageois blessent physiquement ou verbalement quelqu'un de son entourage, le conseil intervient. Il discute avec les deux partis pour trouver un compromis. Voici un exemple qui s'est déroulé dans un village que nous avons visité, près de la deuxième plus grande clinique de l'institut:

Mme Rana demanda de l'aide au women peace council à cause de la femme de son frère. En effet, celle-ci maltraitait son fils et cela causait de nombreuses disputes et querelles dans la famille. Les membres du conseil entrèrent dans la maison et eurent une discussion avec la mère. Comme elle n'accepta pas sur le champ d'arrêter de battre son fils, les femmes revinrent à plusieurs reprises pour la convaincre et réussirent finalement après quelques temps. La famille vit maintenant en paix.

3. Rendre les femmes conscientes de leur pouvoir, indépendantes et respectueuses d'elles-mêmes. Les membres du conseil ont une place active dans la société car elles résolvent des conflits ou créent des projets. Les autres villageois leur en sont reconnaissants et les femmes se sentent ainsi compétentes et utiles. Elles regagnent confiance en elles-mêmes et comprennent qu'elles ont les capacités d'être des leaders.
4. Enseigner aux Indiens leurs droits et leurs responsabilités. Pour faire respecter ces derniers, il faut tout d'abord les apprendre. Pour cela, chaque membre du conseil connaît par cœur ces préceptes :
 - Je garde de bonnes relations avec les autres membres du groupe.
 - Si nécessaire je reste avec ma famille, mes amis ou mes voisins.
 - Je résous les disputes d'une manière non-violente.
 - Nous travaillons toujours en une force unie.

- Nous prenons les décisions en groupe.
 - Nous suivons les quatre grands principes: discipline, unité, courage et travail.
 - Les hommes et les femmes sont égaux.
 - Les systèmes de la dote et des mariages précoces ont un mauvais effet sur notre société.
 - Je ne fais pas de mal et je n'autorise personne d'autre à en faire.
5. Améliorer la santé sociale de la communauté en y encourageant la coopération. Dans de si petits villages, il est important que tout le monde se soutienne car contrairement au diction, ici c'est le bonheur des uns qui fait le bonheur des autres. En effet, un mariage, une naissance, chaque événement enveloppe le village dans une ambiance gaie et festive. C'est pour cela par exemple que le conseil de Challapara à seize kilomètres de la ville de Calcutta aida une mère qui manquait de moyens pour organiser le mariage de sa fille en récoltant de l'argent et du maquillage auprès des autres villageois. La fête fut un succès.



[Le fonctionnement d'un conseil de la paix](#)

Chaque groupe est composé de onze villageoises. L'IIMC choisit une secrétaire-trésorière et une présidente. La première se charge d'organiser les réunions, vérifier les présences, rédiger un compte-rendu à chaque séance et tenir à jour le détail des revenus et dépenses du groupe. Elle passe dans une clinique de l'institut une fois par semaine pour soumettre le rapport hebdomadaire aux responsables du programme. La présidente a pour rôle de choisir les sujets en accord avec les autres membres et diriger les réunions. La secrétaire reçoit 500 roupies par mois (environ 10 francs), la présidente 200

roupies (environ 4 francs) et chaque autre membre 100 roupies (environ 2 francs) comme dédommagement sur le travail qu'elle pourrait faire durant ce temps. Les autres femmes du village peuvent assister aux réunions.



Le conseil siège au minimum deux heures par jour, cinq jours par semaine. La réunion commence par la lecture des préceptes. Ensuite, les membres discutent de leurs propres problèmes ou de ceux de familles du village et essayent de trouver une solution unanimement. Elles lisent ensuite des magazines sur la santé et des journaux pour s'informer des différents courants culturels, politiques et sociaux qui traversent l'Inde et le reste du monde. Les conflits qui se sont déroulés durant le printemps arabe ont par exemple beaucoup fait réfléchir les Indiens, qui subissent eux aussi une justice corrompue et d'énormes inégalités entre les classes dirigeantes et de travailleurs.

Une fois par semaine, les conseillères visitent les maisonnettes du village, toutes ensemble ou en groupe pour rencontrer les familles et parfois les problèmes de ces dernières. Si le conseil découvre un conflit ou une injustice, les membres en discutent entre elles et tentent de trouver une solution. Si besoin est, elles peuvent faire appel à un travailleur social de l'IIMC. De toute façon, un coordinateur de l'institut passe au moins une fois par mois pour valider leurs exploits et pour garder les membres motivés.

Même si au commencement, en avril 2008, les premières femmes étaient hésitantes à se lancer dans cette grande aventure, vingt-six conseils existent à ce jour dont la plupart fonctionnent à merveille. L'IIMC reçoit régulièrement des demandes de parrainage depuis les villages avoisinants ceux qui bénéficient déjà de ce programme.

[Interview de Sujata, coordinatrice de l'IIMC pour les conseils de paix](#)

Quels sont les conditions nécessaires pour faire partie d'un « women peace council »?

– Les femmes doivent avoir plus de dix-huit ans et ne pas être impliquées politiquement. Elles doivent également faire partie d'un autre programme de l'IIMC, comme le microcrédit ou être mère d'un enfant sponsorisé. En ce qui concerne la secrétaire et la présidente, elles doivent savoir lire et écrire pour pouvoir communiquer avec l'association et pour lire les journaux aux autres membres.

Comment désignez-vous qui sera présidente?

– Nous choisissons la présidente deux mois après la création d'un conseil. Elle doit être très souvent présente aux réunions et s'y montrer active. Elle doit aussi avoir de l'expérience dans la vie rurale et nous évitons donc de prendre des femmes trop jeunes.

Est-ce que tous les groupes fonctionnent bien?

–La grande majorité marche parfaitement. Nous organisons une visite par mois et parfois des visites-surprises pour vérifier l'assiduité du conseil à son devoir. La secrétaire relève les présences et chaque villageoise se doit d'assister aux réunions au moins dix-huit jours par mois. Si une femme ne respecte pas les règles, nous l'avertissons et si elle continue nous donnons sa place à quelqu'un d'autre. Mais cela ne s'est présenté que quelques fois sur les centaines de conseillères.

Comment les hommes perçoivent-ils ce groupe de femmes?

–Au début, ils étaient évidemment très méfiants. « Que font ces femmes à vouloir prendre des décisions ? » Mais ils ont vite compris que le travail qu'elles apportaient était pour leur bien. En effet, elles résolvaient les conflits de familles, félicitaient les personnes qui travaillaient bien, etc.... Et elles n'obligent jamais, elles convainquent et personne ne se sent donc agressé. Et nous sommes toujours étonnés de voir à quels points les mentalités changent rapidement, que ce soit de la part des maris ou de la part de leur femme. C'est pourquoi les women peace councils sont si bien acceptés.

Et le chef du village, ne se sent-il pas concurrencé?

–Le chef du village est toujours un homme élu par la communauté et il est très écouté et respecté. Comme je l'ai déjà dit, nous refusons qu'une femme politiquement active soit membre du conseil et c'est nous qui choisissons la présidente. Elle a donc un rôle de volontaire de l'IIMC et ne dirige pas le village. Et aux yeux des autres habitants, elle n'a pas plus de poids que les autres conseillères qui forment un groupe uni. En outre, le conseil se doit d'informer le chef avant toute action telle que la construction d'une route. Finalement, l'homme principal du village fait souvent appel lui-même au groupe car les hommes osent lui confier leurs problèmes et cela valorise le conseil de paix.

Racontez-nous un des plus beaux succès d'un conseil de paix.

– Dans un rayon de dix kilomètres autour d'un magasin d'alcool, les femmes se faisaient plus souvent battre qu'ailleurs car leur mari rentrait ivre et les frappait. En plus, les hommes dépensaient une grande partie de l'argent qu'il avait durement gagné pour boire, et leur famille mourrait de faim. Le conseil d'un village décida donc d'en parler avec tous les villageois et ils décidèrent ensemble de boycotter le magasin. Après quelques temps, celui-ci fit faillite et la paix revint dans la région.

Pourquoi avez-vous décidé de travailler à l'IIMC?

– Je suis infirmière de formation. J'ai d'abord travaillé dans les hôpitaux publics jusqu'à ce que j'aie des enfants. Alors que j'étais mère au foyer depuis quelques années, je suis allée écouter une conférence sur l'éducation des enfants organisée par l'institut. J'ai trouvé les volontaires passionnants et j'ai décidé d'en devenir une moi-même. Il est vrai que nous gagnons beaucoup moins d'argent ici, mais le travail est beaucoup plus motivant et agréable. En ce qui concerne les woman peace councils, je l'ai rejoint juste après sa création, il y a trois ans. Je trouve très enrichissant de discuter avec ces femmes et j'ai beaucoup de plaisir à partir les rencontrer à la campagne. Ce que je préfère, c'est de visiter les conseils déjà formés il y a longtemps déjà, c'est incroyable le chemin parcourus par ces femmes.

Education

Education en Inde

La scolarisation des enfants en Inde est obligatoire jusqu'à 14 ans. Elle est gratuite à partir de 6 ans jusqu'au milieu de l'école secondaire (scolarité obligatoire). Deux tiers de la population sont aujourd'hui éduqués en Inde, les délaissés vivant dans les campagnes et les régions reculées. Dans les régions rurales, les écoles sont souvent trop éloignées des villages et les enfants doivent parcourir de longues distances chaque jour pour y accéder. De plus, elles manquent souvent de financement et de professeurs. C'est ainsi que beaucoup d'enfants restent à la maison pour aider leurs parents au travail des champs ou aux tâches ménagères et n'ont pas envie d'aller à l'école. Bien que le travail des plus jeunes ait été interdit par le gouvernement, il reste largement présent à cause des disparités socio-économiques. The Economist rapporte que la moitié des enfants âgés de 10 ans dans les régions rurales ne peuvent pas lire correctement, que plus de 60% ne peuvent pas faire une division et que la moitié abandonnent l'école avant 14 ans.

Le véritable progrès en matière d'éducation en Inde s'est fait au niveau des études supérieures avec la création de nombreuses universités spécialisées, en particulier dans les domaines scientifiques et informatiques. A l'inverse, il reste encore beaucoup à faire pour l'éducation de base. L'éducation primaire est publique à 80%. Le système est surchargé car il y a un gros manque d'effectifs; on trouve un professeur pour plus de 60 élèves dans une classe. Ainsi, à cause du mauvais niveau des écoles gouvernementales, beaucoup de familles se tournent vers l'école privée. Dans cette dernière, le ratio élèves-professeurs est bien meilleur, avec des classes de 30 à 40 élèves par professeur. Elles ne sont évidemment pas gratuites, et pour aider les familles les plus pauvres à y envoyer leurs enfants, des programmes d'aide de l'étranger sont mis en place un peu partout à travers le pays. Les écoles de l'IIMC en sont un exemple. Les élèves payent la moitié de leurs frais de scolarité et ceux qui n'ont rien sont entièrement sponsorisés par l'association.

Les inégalités en matière d'éducation fille-garçon restent très ancrées, comme en témoigne le taux d'analphabétisme qui reste beaucoup plus élevé chez les femmes (20% de plus chez les hommes savent lire et écrire). Beaucoup moins de jeunes filles sont envoyées à l'école et beaucoup de celles qui ont la chance de commencer l'école ne terminent pas le cursus. Des traditions culturelles et religieuses encore bien ancrées en sont la principale cause. Comme nous l'explique Ms Barnali Brahmochary, responsable du programme Education de l'IIMC, les mères amènent spontanément leur garçon au programme de sponsoring et il a fallu beaucoup de discussions pour les convaincre d'amener également leur fille. De plus, celles qui ont la chance de recevoir une éducation se voient le plus souvent retirées de l'école à cause d'un mariage arrangé, qui les ramène immédiatement à la maison au rang de femme au foyer. Rares sont

celles qui arrivent à l'université, surtout si elles sont issues d'un milieu rural pauvre. Cependant, il a été démontré que le peu d'instruction qu'elles auront reçu améliore leur niveau de vie en leur donnant plus d'autonomie (voire un éventuel travail) et celui de leurs futurs enfants dont elles pourront mieux s'occuper.

Les enfants sponsorisés

L'IIMC a commencé à penser à l'éducation des enfants une fois son système de clinique bien installé. Se rendant compte que la santé passe aussi et d'abord par l'éducation, le Dr Sujit a décidé de sponsoriser des enfants pour permettre à ceux qui ne le pouvaient pas d'aller à l'école. Il fallait aux plus démunis au moins une éducation primaire pour pouvoir lire et écrire. Le programme a débuté avec quinze enfants pris en charge par des familles belges en 1994. Ceux-ci avaient autour de 8 ans et étaient issus de familles très pauvres de la région de Sonarpur. Les centres de soins de l'IIMC se révélèrent les meilleurs endroits pour prendre contact avec les parents, patients à la clinique, et les convaincre de l'importance de mettre leur enfant à l'école. Avec 20 dollars par mois envoyés par la famille, ceux-ci purent recevoir une éducation. Ils étaient envoyés à l'école la plus proche de chez eux, publique ou privée. Au début, il était difficile de convaincre les parents de mettre leurs enfants à l'école, en effet cela leur enlevait un outil de travail. De plus, les mères n'apportaient que leur garçons à l'association, estimant que les filles devaient de toute façon rester à la maison. Le projet prit cependant rapidement de l'ampleur et aujourd'hui plus de 2500 élèves sont pris en charge par des sponsors du monde entier. Le ratio fille-garçon est aujourd'hui de 50/50, ce qui est un vrai succès pour l'IIMC, tant la discrimination reste forte envers les filles.

“ Au moins un enfant par famille devrait recevoir une éducation ”

Ms Barnali Brahmochary, responsable de l'unité Education de l'IIMC

Les enfants sponsorisés restent vivre dans leur famille. Ils reçoivent le matériel nécessaire, autrement dit sac, crayons, livres, uniforme, ne payent pas de frais de scolarité et sont nourris à l'école à midi. Ils viennent une à deux fois par mois à la clinique indoor avec un parent pour recevoir leur argent et le matériel qui leur manque. L'argent des sponsors restant après achat du matériel est donné aux mères pour nourrir l'enfant à la maison. L'association préfère ne pas donner l'argent au père car la probabilité qu'il l'utilise à des fins personnelles et non pour son enfant est beaucoup plus grande que si c'est la mère qui s'en charge. Si les enfants tombent malades, les soins sont également couverts par l'association. Si les sponsors le permettent, l'argent peut servir à installer des toilettes dans la maison d'un enfant ou il n'y en avait pas, d'acheter une lampe solaire (la majorité n'ont pas d'électricité) ou une bicyclette à l'enfant.

Les enfants sont ainsi sponsorisés jusqu'à la fin de leur études secondaires (18 ans environ) et s'ils ont de bons résultats l'IIMC garde de l'argent de côté pour financer des études universitaires. Pour la plupart, l'éducation s'arrête le jour où les parents décident qu'ils doivent travailler, par exemple aider ou reprendre l'activité de son père pour un jeune garçon. Les parents des enfants sont pour la plupart des paysans, conducteurs de rickshaws, homme/femme de

ménage, vendeurs de journaux...etc. Pour les filles, le mariage interrompt presque automatiquement les études, peu importe le niveau. Comme ce sont des familles de paysans, l'âge du mariage est souvent plus bas que la limite légale de 18 ans et de nombreuses jeunes filles se voient retirées de l'école par leurs parents avant d'avoir reçu leur diplôme. Cela donne souvent lieu à de tristes histoires, des fugues, des rébellions et des suicides trop fréquents, car les enfants aiment l'école et ne veulent pas arrêter, surtout à cause d'un mariage arrangé.

“ Ms Brahmochary s'interrompt pour appeler une jeune fille timide, A., qui vient se placer à côté d'elle. C'est une enfant sponsorisée par l'association qui vient de recevoir son diplôme d'études secondaires. Ms Brahmochary nous la présente avec fierté tout en lui faisant les éloges en anglais. Elle échange ensuite quelques mots en bengali avec A. qui se met tout à coup à pleurer. Interloqués, nous demandons ce qui se passe à Ms Brahmochary, qui tente de consoler la jeune fille en souriant. Elle nous annonce que A. va se marier la semaine suivante, selon le vœu de ses parents qui ont arrangés la cérémonie. C'est vraisemblablement un évènement qui bouleverse la jeune fille, qui se retient pour ne pas fondre en larmes devant nous. Ms Brahmochary, après nous avoir longuement parlé de la terrible situation des filles dans les régions rurales de l'Inde, nous propose, toujours souriante, d'assister à la cérémonie du mariage le lundi suivant, à la grande joie de la mère de A. La situation met immédiatement mal à l'aise, et surtout de voir que même les adultes conscients des injustices tel que la responsable du programme d'éducation cautionne ces évènements tout en les critiquant est dérangeant. C'est là que l'on se rend compte de la force d'une culture ancrée depuis des siècles et de la difficulté que représente le changement des mentalités, y compris chez les plus éduqués.”

Bénédicte

Les écoles

Pour pouvoir réellement fournir une éducation à de nombreux enfants des régions reculées et très pauvres, il a fallu construire des écoles dans des zones où il n'y en avait pas auparavant ou bien là où l'école gouvernementale ne suffisait pas aux besoins. En plus du sponsoring, l'IIMC possède 8 écoles maternelles, 10 écoles primaires et 4 écoles secondaires en région rurale. Elles accueillent plus de 5000 élèves et emploient 200 professeurs.

“Je viens d'un village pas très loin d'ici (l'école où l'on se trouve, dans le delta du Gange) qui s'appelle Chapta. J'ai commencé à travailler pour l'IIMC après avoir reçu mon diplôme de fin d'études universitaires. C'est un travail qui me plaît beaucoup et j'apprécie la compagnie de mes collègues. Le fait que des étudiants étrangers viennent nous voir régulièrement me permet également d'améliorer mon anglais. Par contre, le salaire est beaucoup plus bas que dans le public, environ 2000 roupies par mois (contre 10 000 si je travaillais pour le gouvernement). C'est pour ça que je pense changer de travail quand je fonderai une famille.

On enseigne à des élèves de 3-4 ans à 11 ans. Ils reçoivent des cours de bengali, d'anglais, de mathématiques, d'histoire-géographie, d'art, de chant et de danse. Les cours commencent à 11h et se terminent à 15h30. Ils sont précédés par une prière hindoue commune à l'arrivée le matin. L'école a un bon niveau car les élèves qui font le primaire avec nous sont toujours les meilleurs une fois qu'ils rejoignent l'école secondaire publique.

Ici nous sommes quatre professeurs pour une cinquantaine d'élèves alors qu'à l'école primaire publique ils sont onze professeurs pour 350 enfants. Souvent les enfants arrêtent leurs études avant la fin pour aller travailler et aider leur famille à survivre. Ils reprennent souvent le métier de leurs parents.

L'école est entièrement subventionnée par les dons reçus par l'IIMC, le gouvernement a déjà promis d'aider mais on n'a jamais rien vu arriver. Les familles qui peuvent payent la moitié des frais de scolarité et les autres sont sponsorisés par l'association. Les enfants sponsorisés reçoivent tout le matériel nécessaire de l'IIMC et sont souvent mieux suivis pour leur résultats car il faut les envoyer à leur parrain. Les autres enfants achètent eux-même leur uniforme. Cependant, aucune différence n'est faite entre les deux groupes car on ne sait pas lesquels sont sponsorisés."

Joy, professeur dans une école de l'IIMC près du village de Dahki

Nous avons pu partir trois jours dans la campagne environnant le delta du golfe du Bengale pour visiter les dépendances de l'IIMC de la région. La première journée nous sommes arrivés à la clinique outdoor du village de Dahki où nous avons travaillé comme d'habitude puis le responsable nous a pris en charge pour nous présenter toutes les activités de l'association. Après une première nuit passée à l'outdoor, nous sommes allés à une réunion de micro-crédit dans un village plus loin puis nous sommes partis pour aller dormir dans une école primaire la deuxième nuit. Après un long trajet d'abord en batesu puis sur une planche de bois tirée par une moto, nous sommes arrivés dans l'école où les enfants en uniformes bleus nous ont accueillis à grands cris en voulant tous nous serrer la main:



" Hallo! Hallo! Tomar nam ki? What's your name? Hallo!"

Nous sommes arrivés en milieu d'après-midi, ainsi nous avons pu assister à la classe d'anglais donnée aux 8–10 ans par Joy, le jeune professeur qui nous

accueillait. Ensuite, c'était le cours de chant des plus petits et de danse des plus vieux. Ils étaient tous bien contents de nous voir. A 15h30, fin des cours et tous sont repartis à grands cris de "*Tata!*" ce qui signifie "Au revoir" ou "Salut". L'école était très propre comme tous les locaux construits par l'association. Une pompe à eau servait pour tout le monde et il n'y avait pas d'électricité. Un petit étang en face de la cour centrale servait à la vaisselle, au bain et à la lessive de l'école et des huttes environnantes. Nous avons profité de la fin de la journée pour aller se promener dans les environs, à perte de vue des champs carrés et secs, souvent des cultures de riz, entrecoupés quelques fois de petits étangs carrés. Les habitants étaient tous des paysans et vivaient dans des huttes en terre.

La nuit tombée, nous avons passé la soirée avec Joy qui est revenu nous voir et le cuisinier de l'école (un vieux monsieur avec des talents de cordon bleu!). L'école était vide et étrangement silencieuse, nous avons chanté assis par terre des chants traditionnels bengalis avec nos deux hôtes.

Le lendemain les enfants étaient de retour dès 11h et jouaient dans la cour en attendant le début des classes. Ils se mirent tout à coup tous en rang à l'intérieur, au son d'un gong frappé par une des professeurs. C'est la prière du matin, tous récitent en coeur.



Joy et le cuisinier, à gauche

Microcrédit

Toujours dans l'optique de l'association, qui est de promouvoir l'émancipation et l'autonomie des personnes, l'IIMC va donc créer une banque de microcrédit pour subvenir aux besoins financiers des familles. Ce système de microcrédit existe à l'IIMC depuis 1998. En s'occupant des enfants avec le système de sponsorship, l'IIMC fait en sorte de fournir des moyens pour parvenir à une meilleure éducation des enfants. Toutefois, elle n'en oublie pas pour autant les parents, qui doivent bien entendu gagner assez d'argent pour faire vivre toute leur famille. Même si dans le programme de sponsorship l'enfant a la garantie d'avoir un repas à midi au minimum, cela n'est pas considéré comme suffisant, et une aide à la famille est ainsi apportée par le biais du micro-crédit.

Le programme de microcrédit vise donc à combler un manque de ressources financières qui empêcherait la famille de subvenir à tous ses besoins. Dans une famille indienne moyenne, seul le père a un emploi. Le plus souvent, c'est un petit commerce personnel. La mère est destinée à rester à la maison pour s'occuper des enfants qui ne vont pas à l'école, et aussi de toutes les tâches ménagères. Il est toutefois possible que la mère ait un petit travail permettant d'apporter une source de revenu supplémentaire. De plus, pour s'inscrire dans la continuité de leur programme de sponsorship, les enfants sont censés aller à l'école. Cela enlève donc une tâche qui était destinée à la mère, et lui permet de disposer de plus de temps personnel. Il est donc maintenant tout à fait logique d'utiliser ce temps pour améliorer le niveau de vie de la famille, en obtenant un nouveau salaire. Il faut par ailleurs garder en mémoire que même si le programme de sponsorship existe, et fonctionne depuis longtemps, il n'est pas auto-suffisant. Comme il a déjà été expliqué dans le chapitre précédent, tous les enfants ne jouiront pas forcément de ce programme, et la mère aura toujours des enfants à charge à la maison. Cela étant dit, le programme de microcrédit leur est toujours accessible.

Il existe plusieurs autres banques offrant la possibilité de faire des microcrédits. Mais apparemment, comme nous racontait un volontaire travaillant à l'IIMC, ces banques auraient abusé de la confiance des clients ayant perçu des intérêts bien trop importants. La différence majeure entre ces banques et l'IIMC, nous disait toujours ce volontaire, c'est que l'IIMC n'a pas vocation à s'enrichir. L'IIMC n'arrivait donc pas sur un terrain vierge, et beaucoup de personnes n'avaient aucune raison de faire confiance à une nouvelle banque.

Épargne

Mais qu'est-ce qu'une banque de micro-crédit ? C'est un système inventé par Muhammad Yunus, un bangladais, qui reçut le prix Nobel de la paix pour cette innovation. Cela consiste en l'attribution de prêts de faibles montants, à des personnes n'ayant pas les moyens d'accéder aux prêts classiques. On retrouve ce système surtout dans les pays en voie de développement dont la classe moyenne est quasi-inexistante. Ce système a surtout pour but de promouvoir le

développement et la création de richesse. Mais comme à l'IIMC ce n'est que rarement un projet isolé, on retrouve souvent la micro-épargne proposée en association avec les microcrédits.



La banque de microcrédit de Dhaki

Cependant, l'approche de l'IIMC était différente, puisque elle était surtout connue pour ses actions de soins. Cette association était connue des personnes par le biais de ses centres de soins, et ces dernières lui faisaient déjà confiance. C'est donc la branche santé de l'IIMC qui lui a permis de développer son action de microcrédit. Sans cette confiance, instaurée par les actions de soins dans les campagnes, les habitants n'auraient pas vu l'IIMC comme une organisation différente, et les résultats de développement de sa filière bancaire auraient été certainement totalement différents.

Il existe quelques règles pour souscrire au programme de microcrédit de l'IIMC. Tout d'abord, la première règle consiste à ne permettre qu'aux femmes d'obtenir les services des banques de l'IIMC. Cela paraît tout de suite très strict et peut sembler dénué de sens. Cependant, l'IIMC se justifie en expliquant que la situation de la femme est bien trop précaire en Inde, et que cela nécessite une mobilisation conséquente et sans aucun délai. Il est en revanche possible de se questionner sur le fondement de cette méthode ; essayer de résoudre un problème de discrimination justement en discriminant les hommes, cela appelle à la réflexion. Toujours est-il que les résultats sont frappants et encourageants.

Les femmes peuvent donc se présenter à cette banque, pour ouvrir un compte, mais il faut encore qu'elles soient mariées. Il n'y a normalement pas de limite d'âge, même si de manière générale les femmes sont âgées de 21 à 60 ans. Il est également nécessaire que les femmes possèdent un domicile fixe, et que leur mari leur donne leur accord pour participer à ce projet. L'IIMC propose donc des services à ces femmes qui ne pourraient pas en trouver ailleurs, notamment pour ce qui est de l'épargne. Comme nous l'avons dit, d'autres banques

proposent des prêts, mais trop peu permettent à ces personnes de pouvoir épargner, les sommes mises en jeu étant trop faibles.

La banque de l'IIMC propose donc pour sa part deux services, ceux d'épargne, et de prêt. Les deux étant très liés dans le fonctionnement de la banque, il n'est pas possible de les dissocier. Une femme voulant obtenir des services de la banque doit donc tout d'abord être affiliée à un groupe. Il y a également des frais d'admission s'élevant à 40 roupies. Une fois admise, la femme fait donc partie d'un groupe, et se voit remettre un carnet personnel qui servira de suivi pour toutes les futures actions.

La banque de L'IIMC fonctionne ainsi sous forme de groupes composés de 10 à 20 personnes. Un groupe se réunit chaque semaine avec son responsable. Le groupe est également composé d'une secrétaire, d'une présidente, et d'un porte-parole. Ce sont les responsables de l'IIMC qui nomment les titulaires de ces différents postes. Elles ont pour rôle d'assurer le bon fonctionnement de groupe, et de faire la liaison avec l'IIMC. La porte-parole doit se rendre chaque mois au minimum à l'IIMC pour rendre un rapport d'activité. Lors de ces réunions hebdomadaires tous les membres du groupe doivent épargner une somme allant de 10 à 50 roupies, et ceci est obligatoire, autant que le versement de la cotisation. Les versements, ainsi que les présences obligatoires sont référencés dans un registre, ce qui permet d'avoir un suivi de chaque membre du groupe. Cela a pour but, d'après l'IIMC, de sensibiliser les populations à l'épargne, et de les mener vers une meilleure gestion de leur argent. L'IIMC ne reste pas non plus intransigeante à propos de ces sommes, elle peut permettre des délais, mais la somme devra tout de même être complétée ultérieurement. Si une femme ne peut pas payer une semaine, elle a la possibilité de donner le double la semaine suivante. C'est dans ce genre de situation que la nécessité de former des groupes prend le plus de sens. En effet, l'IIMC n'a pas les moyens de connaître toutes les personnes profitant de ses services bancaires. Toutefois, en mettant en place des groupes de petit effectif, la porte-parole pourra donner un compte rendu beaucoup plus personnalisé, prenant en compte la situation de la personne en question. C'est une manière d'avoir un avis plus éclairé à propos d'une situation particulière. De cette façon, les membres du groupe pourront aussi donner leur avis, et si une personne ne souhaite pas donner cette épargne hebdomadaire, alors qu'elle en a les moyens, les autres membres pourront mettre en garde l'IIMC quant à la fiabilité de la personne en question. La question de l'épargne ne se pose donc pas lorsque nous faisons partie de la banque de l'IIMC, c'est une obligation. D'une manière générale, les femmes sont très satisfaites de cette façon de fonctionner car l'IIMC est une des très rares banques à leur proposer d'épargner de si petites sommes. De plus, l'intérêt est de 4% et les femmes peuvent retirer leurs économies sans condition, à tout moment. C'est donc une offre unique et très avantageuse pour elles. Encore une fois, cela s'inscrit dans une démarche très humanitaire de l'IIMC qui voit un potentiel en chaque personne, et surtout chez les plus pauvres. Leur offrir ces possibilités, c'est donc leur tendre la main pour leur permettre une meilleure autonomie.

Date		Savings / NRE		Loan Repayment			Sign
Date	Deposit	With Drawal	Balance	Total	Repay	Tal New	Sign
22/1	600	-	600	-	-	-	SK
6/2	200	-	800	-	-	-	SK
7/2	200	-	1000	-	-	-	SK
22/2	100	-	1100	-	-	-	SK
22/2	100	-	1200	-	-	-	SK
22/2	100	-	1300	-	-	-	SK
22/2	100	-	1400	-	-	-	SK
22/2	80	-	1480	-	-	-	SK
22/2	100	-	1580	-	-	-	SK
22/2	20	-	1600	-	-	-	SK
22/2	60	-	1660	-	-	-	SK
22/2	20	-	1680	-	-	-	SK
22/2	20	-	1700	-	-	-	SK
22/2	20	-	1720	-	-	-	SK
22/2	20	-	1740	-	-	-	SK

Le carnet distribué à chaque membre du microcrédit

Prêt

Cependant, de manière générale, les femmes sont plus intéressées par la branche de prêts. En effet, cela leur permet de créer de nouveaux projets, ou alors de participer au financement d'un projet déjà existant. La plupart du temps, la femme mettra cet argent dans le «business» de son mari pour lui permettre de l'améliorer. Par ce biais, l'IIMC permet à la femme de faire prendre conscience à son mari qu'elle peut faire autre chose que des tâches ménagères, et qu'elle peut donc apporter un soutien financier à son projet. Ceci peut être vu comme un outil de chantage, car l'homme, ne pouvant pas emprunter à la banque de l'IIMC, est obligé de demander à sa femme de le faire. La femme gagne donc du pouvoir, mais surtout de l'utilité aux yeux de la famille, puisque elle devient une source de revenus. Comme nous en avons parlé plus haut, la femme en Inde, est considérée comme un «poids» qui consomme les ressources. Si elle peut en apporter, cela lui permettra de faire changer son image.

Mais comme pour l'épargne, il existe aussi des conditions aux prêts. Pour que l'IIMC accorde un prêt à une personne, il faut que celle-ci fasse partie d'un groupe, et qu'elle épargne depuis au moins trois mois. C'est une manière de s'assurer que cette personne ait suffisamment de moyens, et qu'elle possède déjà une garantie de remboursement du prêt. Cela permet également de faire connaissance avec le groupe et son fonctionnement, les personnes peuvent donc bien se connaître les unes et les autres. Encore une fois, l'IIMC va prendre conseil auprès du groupe auquel la personne désirant un prêt appartient. Toutes les demandes de prêts doivent au préalable obtenir un accord du groupe de

microcrédit. Les personnes choisiront donc d'octroyer un accord de prêt aux membres les plus fiables, et dont le remboursement ne posera pas de problèmes. Cela va dans l'intérêt de tous les membres du groupe, car, en effet, si un problème de remboursement est observé au sein d'un groupe, c'est à lui de résoudre ce problème. Cela permet donc d'instaurer une certaine collégialité parmi les membres d'un groupe. Mais, il n'y a pas de budget fixe alloué à un groupe, toutes les personnes d'un groupe dont la demande est validée pourront donc emprunter.

Il existe aussi des responsables de groupes. Ces responsables ne font pas partie de ces groupes, et sont employés par l'IIMC à plein temps. Un responsable de groupe peut avoir à sa charge une demi-douzaine de groupes, et doit donc leur rendre visite au moins une fois par semaine, lors de leur réunion hebdomadaire. Cela leur laisse donc une charge de travail très importante, car les différents groupes peuvent être très éloignés les uns des autres. C'est cette personne qui représente l'IIMC au sein du groupe. Elle fait office de référent, et doit veiller au bon fonctionnement du groupe. Elle peut aussi agir en tant que médiatrice dans le cadre de résolution de conflits. Ce responsable a aussi pour rôle de contrôler les présences, et l'épargne de tous les membres.

C'est le responsable du groupe qui récoltera toutes les demandes d'allocation de prêt, une fois validées pour le groupe. Elle va ensuite assurer la liaison avec l'IIMC, qui pour sa part va vérifier la conformité des demandes. L'IIMC vérifie surtout le motif du prêt. Ceci a pour but de s'assurer de la bonne utilisation du prêt, et donc de la possibilité de remboursement. La philosophie de l'IIMC est aussi éducative, elle veut donc s'assurer que son prêt apportera plus d'autonomie à la personne plutôt que de l'enfermer encore plus dans des dettes. La plupart des projets, comme mentionnés précédemment, sont des projets familiaux dont surtout le mari en est responsable. Les utilisations sont très souvent pour des petits commerces ou alors pour des cultures. L'IIMC procède donc à ces vérifications, mais une personne en charge de celles-ci nous assurera qu'aucun projet n'a encore été refusé. Cela est aussi certainement dû au travail en amont, du groupe, ainsi que du responsable, pour s'assurer de la bonne conformité des projets. Une fois les projets validés par l'IIMC, une date sera planifiée pour la remise des sommes. Cette action prend place dans des locaux de l'IIMC sur place, le plus souvent une école, et requiert la présence des responsables du projet microcrédit de l'IIMC.

Le système de microcrédit de l'IIMC permet un emprunt maximal de 15'000 Rs. La moyenne se situant autour de 6'000 Rs. Les emprunts sont tous soumis à un taux d'intérêt de 10% qui est prélevé dès la remise du prêt. Sans le paiement au préalable de cette somme, la cliente ne pourra pas obtenir son prêt. Il est ensuite établi un plan de remboursement qui doit être complété en une année. C'est-à-dire qu'en fonction de la somme, le montant à rembourser chaque semaine varie. Et paradoxalement l'IIMC demande à séparer la partie épargne de celle du prêt. Elle demandera donc à ses clientes de continuer à épargner une somme hebdomadairement, en addition avec le remboursement du prêt. Alors que la personne peut toujours retirer ses économies déjà présentes. Il y a donc un double échange d'argent.

Le remboursement est également basé sur la pression de groupe. Une personne ne remboursant pas sera observée par le groupe qui l'encouragera à le faire. Il existe des possibilités de délais, mais encore une fois, elles sont accordées à titre exceptionnel, et l'IIMC se félicite en nous informant que pour ce système de remboursement essentiellement basé sur la confiance, 98% de ceux-ci sont effectués sans aucun souci. Le projet fonctionnait si bien qu'en 2009, l'IIMC avait déjà réparti depuis le début du projet, 40 millions de roupies dans les différents groupes.

La limite de l'IIMC maximale pour un crédit est de 15'000 Rs, et les banques gouvernementales proposant un programme de microcrédit ont fixé leur limite inférieure à 15000 Rs; tout prêt devant donc être supérieur à ce seuil. Cela illustre bien la grande différence entre ces deux programmes. Il faut aussi préciser que pour les crédits attribués par des banques autres que l'IIMC, le remboursement doit très souvent être effectué en une seule fois, ce qui apporte bien évidemment des contraintes supplémentaires. Nous pouvons donc aisément nous rendre compte de l'approche bien plus humanitaire de l'IIMC quant à la micro-finance. Le travail du responsable de groupe, qui peut avoir environ 25 groupes à sa charge, est très social. Son but premier est la formation des membres du groupe à une discipline financière. Toute personne est libre de profiter des services de l'IIMC ou pas, mais si elle souhaite le faire, il faut qu'elles suivent certaines règles, qui, pour l'IIMC ont vocation de donner une conception différente de la gestion de l'argent, et de pouvoir à terme leur permettre une autonomie financière. Sur les 10% d'intérêt prélevés sur les prêts, 4% sont nécessaires au fonctionnement de la banque, et les 6% supplémentaires sont réinvestis dans la banque elle-même, aucun bénéfice n'est tiré de ces intérêts.

La branche financière de l'IIMC est en plein essor, leur principal atout, permettant leur croissance, est la bonne réputation propre à cette association. Même si la croissance n'est pas la priorité de l'IIMC, cela montre bien la vision de la société à propos de ces services et la nécessité de les fournir. L'IIMC a mis à nu un réel problème de la société Indienne : une inaccessibilité aux ressources et aux services financiers pour les plus pauvres. Il a très bien réussi à combler ce besoin, pour permettre aux personnes les plus démunies d'accéder à l'autonomisation financière leur permettant de croître.

Network

Le « Network » est littéralement la mise en place d'un réseau. C'est un programme cher à l'IIMC puisqu'il fait le lien entre l'IIMC et d'autres personnes. C'est la mise en place d'une collaboration entre différents organismes mais toujours sous le même leitmotiv « servir les personnes en difficulté ».

Un Network est donc l'incarnation de la collaboration entre plusieurs organisations. L'IIMC joue en général le rôle de formateur et de soutien logistique ainsi que matériel avec les autres organisations. Elle peut se permettre de le faire car elle a acquis depuis ses débuts une expérience très précieuse qu'elle se fait un plaisir de partager et de mettre à disposition de toute personne bien intentionnée. L'IIMC ne peut pas, pour des raisons matérielles, croître sans aucune limite. Elle est parfois dans l'obligation de déléguer certaines tâches à d'autres personnes. Le Network s'inscrit donc dans ces deux types de situations : soit pour venir en aide à une autre organisation, soit pour déléguer certaines actions non réalisables pour le moment par l'institut lui-même.

Il existe aujourd'hui 42 Networks différents et chacun a son histoire. Toutefois, le schéma de mise en place d'un Network est toujours le même. Il s'accomplit en trois étapes succinctes, mais permettant de progresser vers un projet stable. Avant toute chose, il est nécessaire aussi de comprendre que le Network n'est pas un programme originel de l'IIMC mais une réponse à une demande. En effet, un Network se met en place suite à la demande de personnes, membres d'une organisation ou d'un village, ce sont elles qui vont initier le développement du Network. Ce sont ces personnes qui, en faisant appel à l'IIMC, demandent un accès à ses services dont ils ont entendu parler. Ensuite l'IIMC met en place son programme de développement en trois phases. La première consistant à la mise en place d'un centre d'information de santé. En effet l'IIMC retourne à sa branche primaire qui est la santé, en essayant de faire prendre conscience à la population que la prise en charge de leurs problèmes de santé est importante. Ils font donc de l'éducation médicale afin de permettre à ses populations de mieux prendre en charge leur santé. Nous étions plutôt sceptiques quant à l'efficacité de ce programme lorsque nous savons que c'est également un problème chez nous d'éduquer les patients. De plus la population locale manquant d'éducation en général, il nous était difficile de conceptualiser l'efficacité de cette démarche. Toutefois les volontaires de l'IIMC nous ont assurés du pouvoir de ce programme car ce sont les populations qui demandent à l'IIMC de venir dans le cadre du Network, et les conditions d'hygiène étant tellement précaires, une éducation basique à propos de leur santé permet d'obtenir des résultats très importants. L'IIMC nous a illustré le bon fonctionnement de ce programme en nous expliquant que les problèmes de diarrhées avaient considérablement diminués depuis que les personnes avaient appris à mieux gérer leurs réserves d'eau. En effet, en Inde, si l'accès à l'eau n'est pas un problème majeur, c'est l'accès à l'eau propre qui pose problème. Depuis la mise en place de pompes, la situation s'est déjà améliorée mais les populations utilisent souvent d'une manière inadéquate leurs réserves d'eau puisque bon nombre d'entre eux consomment la même eau dans laquelle ils se sont lavés. Il

est donc facile de comprendre qu'une éducation à propos des réserves d'eau puisse améliorer la situation très aisément. Au fur et à mesure de l'éducation à propos de la santé, ce centre va aussi se développer en centre de soins de base. Tout comme les cliniques outdoor de l'IIMC, ces centres vont permettre une prise en charge de situations basiques ne requérant pas beaucoup de matériel. Le personnel en charge de ces centres ne fait pas partie de l'IIMC. Pour les centres de soins, ce sont souvent des personnes du village qui seront formées par l'IIMC pour l'exploitation du centre.

Une fois cette première phase acquise, vient ensuite la mise en place d'une école pré-primaire. Dans la plupart des cas, l'IIMC doit construire cette école, car les régions dans lesquelles les Network sont mis en place sont souvent très reculées. Mais généralement les mêmes locaux sont utilisés pour le centre de soins ainsi que pour l'école. Nous passons donc de l'éducation médicale à l'éducation des enfants qui est également un domaine très important pour l'IIMC.

La dernière phase du développement du Network est le Microcrédit. Celui-ci permet à la population locale d'avoir accès à des services financiers adaptés à leurs besoins. Cette dernière partie témoigne de l'aboutissement du développement du Network. Cela s'étale en général sur trois années, puis l'IIMC concentre ses efforts sur une autre région reculée pour la mise en place d'un autre Network. Mais tout au long de ces années, c'est à la population de témoigner son intérêt pour la croissance du projet. L'IIMC attend une très forte collaboration ainsi qu'une grande implication des habitants du village pour continuer ce projet. Et il n'est pas rare de voir des Network continuer de s'agrandir après ces trois premières années. En effet, nous avons visités un Network existant depuis onze ans. Ils souhaitent toujours s'agrandir et augmenter les programmes disponibles. Il y avait à ce jour une école primaire et un projet de Women Peace Concil qui allait bientôt voir le jour. Il ne tient donc qu'à la population de continuer un projet. Les Networks peuvent être vus comme des graines plantées par l'IIMC dans une région trop éloignée, et il ne tient donc qu'aux habitants d'arroser cette graine et d'en prendre soin pour qu'elle puisse donner un grand arbre.

Les personnes formées par l'IIMC qui prennent en charge le projet sur place sont les garants de la bonne pérennité du projet. Ce sont eux qui sont responsables du bon déroulement du projet et ils prennent en charge les différentes tâches à effectuer. Le Network que nous avons visité était composé de 3 volontaires qui s'occupaient du centre de soins et du projet de microcrédit. En ce qui concerne l'école, 150 enfants y étaient scolarisés, 6 professeurs étaient en charge de l'enseignement, et 2 assistants étaient disponibles. L'association soutenant le projet sur place et qui travaillait donc en collaboration avec l'IIMC s'occupait d'une clinique oculaire et avait aussi mis en place un centre pour personnes âgées. Ils les prenaient en charge comme dans nos EMS en Suisse.

Le projet Network est donc l'illustration de l'attraction que l'IIMC engendre, et que même sans campagne de publicité, des personnes cherchent à contacter l'IIMC pour qu'elle leur donne accès aux services qu'elle propose. C'est donc un fort message d'encouragement et une preuve d'efficacité pour l'IIMC. En

collaborant avec d'autres organisations, elle peut donc accroître sa disponibilité qui serait autrement freinée par un manque humain et matériel. Mais, cela lui permet aussi de proposer aux populations reculées des services qu'elles ne pourraient pas leur fournir seule. Elle aide aussi les organisations partenaires à accroître leur accessibilité en leur fournissant une base logistique et une grande expérience dans l'amélioration de l'accès à différents services pour ces populations.

Conclusion

Cette expérience fut très forte pour nous, et nous en sommes sortis tout à fait différents. En intégrant une association qui travaille au plus proche de la population, et en travaillant avec eux, nous avons eu l'opportunité de saisir la complexité du modèle social Indien. Mais, nous avons surtout eu la chance d'être acteur dans cette société, et donc de nous rapprocher de la population locale plus personnellement. L'expérience en fut d'autant plus enrichissante que nous avons des souvenirs et un vécu personnel avec la population locale.

De plus, en travaillant dans une ONG à grande échelle locale, nous avons pu prendre en compte la complexité du problème qu'ils essayent de résoudre. Nous avons surtout pris conscience qu'il est nécessaire d'offrir une approche globale pour prendre en compte toutes les lacunes de la société actuelle et d'essayer d'y remédier en apportant une solution adéquate. Nous avons étudié les différents projets bien en détails pour mieux saisir leur élaboration et leurs réels impacts dans la société Indienne d'aujourd'hui. Ainsi, pour permettre une prise en charge optimale de la santé d'un individu, plusieurs aspects sont à prendre en compte, et pas seulement sa santé physique. Ils peuvent paraître dissociés au premier abord, mais il est nécessaire de les associer pour prendre en compte la totalité du bien être de la personne. Nous pourrions penser que l'IIMC, étant originellement fournisseur de soins n'avait rien à voir avec les problèmes financiers des personnes mais étant donné le caractère essentiel de la subsistance financière, et du manque de service pour une certaine population, elle se voyait dans l'obligation de résoudre ce problème par elle même. Toutefois, nous avons observé que très souvent, lorsque l'IIMC lance un nouveau projet, elle retourne à son activité première qui était la prise en charge des soins médicaux de base pour les populations reculées. En effet, ceci est illustré avec le programme du Microcrédit, dont la confiance fut constituée sur la base des prestations de soins. De même pour les Network, la première chose mise en place fut le centre de soins. C'est le point d'orgue de cette association et tous les autres projets gravitent autour. Cela illustre donc le caractère indispensable de cette activité, mais surtout le dynamisme de l'association qui a su accroître ses offres, sans pour autant changer d'objectif principal : la prise en charge des besoins primaires des populations les plus reculées.

Le dynamisme est également fortement illustré par le caractère international de l'IIMC, ainsi que sa capacité à attirer des étudiants volontaires des quatre coins du monde. Chaque mois l'IIMC accueille ces volontaires venus apporter leur soutien et leur aide à l'association. Mais l'expression la plus frappante de ce dynamisme constant qu'engendre l'IIMC est l'implication des volontaires étrangers au projet de l'association. Nous avons rencontré Rabi Raj Datta, une jeune médecin allemand, qui a développé le désir de s'impliquer d'une manière encore plus forte. Il a maintenant la volonté de lancer un projet parallèle aux volontaires, totalement imbriqué dans le fonctionnement de l'association, pour effectuer des opérations chirurgicales. La base du fonctionnement serait la même que pour les étudiants en médecine : le volontariat. Différents groupes de chirurgiens viendraient en Inde, à Calcutta, pour effectuer des opérations pour

l'IIMC. Celles-ci auraient lieu dans des hôpitaux car la base matérielle pour supporter une salle d'opération est bien trop grande pour l'IIMC. Ce projet est encore au stade d'embryon et tout reste à faire, mais Rabi étant déjà interne en chirurgie, nous pouvons supposer sans trop prendre de risque que dans quelques temps ce projet sera opérationnel. Nous espérons donc pouvoir retourner un jour là-bas et constater la belle progression que l'IIMC aura effectué d'ici-là et, ainsi, nous pourrons encore apprendre beaucoup de cette association.



Bibliographie

A special report on India: Creaking, groaning: Infrastructure is India's biggest handicap", *The Economist*, 11 décembre 2008,

Child marriage in India a major peril, health experts tell Lancet. *Mint*, 10 mars 2009,

Country Cooperation Strategy, 2006–2011, India, *World Health Organisation*, http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ind_en.pdf,

Data from the Global Health Observatory, Country health profile, *World Health Organisation*, <http://www.who.int/gho/countries/ind.pdf>,

Doctors per one hundred thousand people in India, *IndiaReports*, 7 novembre 2009,

Global Health Observatory Data Repository, Country statistics, *World Health Organisation*, <http://apps.who.int/ghodata/?vid=10400&theme=country>,

Healthcare in India, Report Highlights, *Boston Analytics*, Janvier 2009,

History of India, *Wikipédia*, http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_India,

India's Medical Emergency, Robinson, Simon, *TIME magazine*, 1er mai 2008,

Kolkata (Calcutta) : History, *Calcuttaweb*, <http://www.calcuttaweb.com/history.shtml>,

Landscaping Women's Empowerment through Learning and Education in India, A study, Neepa Saha, http://dasra.org/n/forwebsite/factsheet/Landscaping_Women_Empowerment_Report.pdf,

Le pari indien, *Le Temps*, 18 juin 2011,

Primary Education, *India Development Gateway*, 10 septembre 2010,

Provisional Population Totals – Census 2011. *Indian Census Bureau 2011*,

Women in India: How Free? How Equal? Kalyani Menon–Sen, A. K. Shiva Kumar, *United Nations*, 11 septembre 2006,

Institute for Indian Mother and Child,

website : <http://www.iimcmmissioncal.org/>

brochures :

- «IIMC Women Peace Council, Empowering Women Socially, Culturally & Intellectually»

- «School for the children»

Leçon du Dr Sujit Kumar Brahmochary : Immunization,
Exposé de Barnali sur l'éducation,
Interview du Dr Dipali à propos de la santé des femmes,
Interview de l'instituteur Joy,
Interview du responsable du micro-crédit,
Interview de Sujata,
Interview de Rabi Raj Datta,

Remerciements

Merci beaucoup au Dr Sujit Kumar Brahmochary, pour son accueil chaleureux. Nos longues discussions avec lui ont été très importantes pour comprendre le fonctionnement de son association et de la société indienne en général,

Au Dr Dipali, pour nous avoir accordé de son temps, et pour nous avoir permis d'assister à ses consultations en gynécologie–obstétrique,

Au Dr Alok pour avoir partagé son expérience avec nous (et de nombreuses tasses de thé!),

Au responsable de Dhaki Shymal Moy Sata, pour son fabuleux accueil,

A Joy pour son accueil également et les chansons bengalies,

A Sujata pour sa bonne humeur et le partage de sa grande connaissance des Women Peace Council,

Aux infirmières pour leur aide,

A Barnali pour ses explications sur le système d'éducation et de sponsor child

A Sunil, le fidèle gardien de la guest–house

Et à tous les employés de l'IIMC

Enfin nous tenons à remercier le volontaire Rabi Raj Datta qui, grâce à sa connaissance de la langue, nous a permis de comprendre beaucoup de choses, et aux autres volontaires étrangers pour leur entraide fraternelle et les moments passés ensemble sur le toit de la guest–house!