

**IMMERSION EN COMMUNAUTÉ 2005
RAPPORT DE STAGE
KOLKATA, INDE
JULIE SOMMER, STÉPHANIE ROUILLER,
SELIN TUSGUL, NAM NGUYEN, KYRAN LATTER**



SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	p. 1
<u>1. Présentation de l'Inde</u>	p. 1
1.1 Géographie	p. 1
1.2 Population	p. 2
1.3 Langues	p. 3
1.4 Religion	p. 4
1.5 Économie	p. 5
1.6 Le travail	p. 6
1.7 Les institutions politiques	p. 7
<u>2. La société indienne</u>	p. 7
2.1 L'enfance	p. 7
2.2 Le mariage	p. 10
2.3 La condition de la femme	p. 11
2.4 La famille	p. 14
2.5 Le système des castes	p. 14
2.6 Les droits de l'homme en Inde	p. 16
<u>3. Éducation</u>	p. 17
3.1 La structure de l'éducation en Inde	p. 17
3.2 Les institutions éducatives	p. 21
3.2.1 Les écoles primaires	p. 23
3.2.2 Les écoles primaires supérieures	p. 23
3.2.3 Les écoles secondaires	p. 24
3.2.4 Les écoles supérieures	p. 24
3.3 Prise en charge des enfants handicapés	p. 24
3.4 Alphabétisation et éducation des adultes	p. 25
3.5 Le rôle du gouvernement	p. 27
3.5.1 La législation	p. 27
3.5.2 Le budget	p. 28
<u>4. Le système de santé</u>	p. 29
4.1 Description du système de santé	p. 29
4.2 Le secteur public	p. 31
4.3 Le secteur privé	p. 33
4.4 L'assurance maladie	p. 37
4.5 Participation du gouvernement	p. 38
4.6 Amélioration de la prise en charge médicale	p. 38
4.7 Maladies	p. 38
<u>5. Présentation de Kolkata</u>	p. 41
5.1 Les ONGs	p. 42
5.2 Les bidonvilles	p. 43
5.2.1 Description des bidonvilles visités	p. 44
5.2.2 Surpopulation de la ville et des bidonvilles	p. 47
5.2.2.1 Migration des populations rurales	p. 47
5.2.2.2 Réfugiés	p. 47
5.2.3 Crise du logement	p. 49
5.2.4 Travail	p. 49
5.2.5 Enfants	p. 51
5.2.6 Relations entre différentes communautés religieuses	p. 52
5.2.7 Projets d'assainissement du gouvernement	p. 52
5.2.7.1 Pearabagan	p. 52
5.3 Santé dans les bidonvilles	p. 53
5.3.1 Comparaison des maladies rencontrées	p. 53

5.3.2 Accès aux soins	p. 57
5.3.3 Nutrition et sous-alimentation	p. 57
5.3.4 Prévention	p. 60
5.3.4.1 SIDA	p. 60
5.3.4.2 Maternité et planning familial	p. 61
5.3.4.3 Vaccination	p. 63
5.3.5 Environnement et impact sur les habitants	p. 68
5.3.5.1 Pollution des eaux	p. 68
5.3.5.2 Pollution de l'air	p. 69
5.3.5.3 Accès à l'eau et hygiène	p. 70
5.3.5.4 Émergence de maladies dues à la pollution	p. 71
<u>6. Écoles de la Terre / Children's Rights' Development Service</u>	p. 71
6.1 CRDS et Écoles de la Terre : éducation	p. 72
6.1.1 CRDS	p. 72
6.1.2 Écoles de la Terre	p. 73
6.2 Les différences entre la ville et la campagne	p. 75
6.2.1 En général	p. 75
6.2.2 Au niveau des écoles	p. 76
6.2.3 Prévention	p. 76
6.3 Écoles de la Terre / CRDS – programme médical	p. 77
<u>Conclusion</u>	p. 78
<u>Sources</u>	p. 81

INTRODUCTION

Le stage d'immersion en communauté représente l'occasion de partir à l'étranger pour découvrir des facettes de l'humanité insoupçonnées. Nous avons choisi l'Inde comme destination pour son pouvoir de fascination sur la société occidentale. Entre les clichés et préjugés que ce pays véhicule, il a fallu nous situer tout d'abord en tant qu'être humain, avant de nous considérer comme étudiants en médecine.

Durant notre séjour, non seulement nous avons tenté de comprendre l'organisation du système de santé indien et la prise en charge médicale des personnes vivant en bidonville, mais aussi de nous rendre compte de la culture, des coutumes religieuses et des problèmes de ce pays.

Dans les chapitres qui suivent, nous allons tout d'abord présenter l'Inde, son histoire et le milieu socio-économique dans lequel nous avons effectué notre stage, avant de nous pencher sur les associations humanitaires, leurs activités et notre travail au sein de l'organisation Ecoles de la Terre/Children's Rights Development Service.

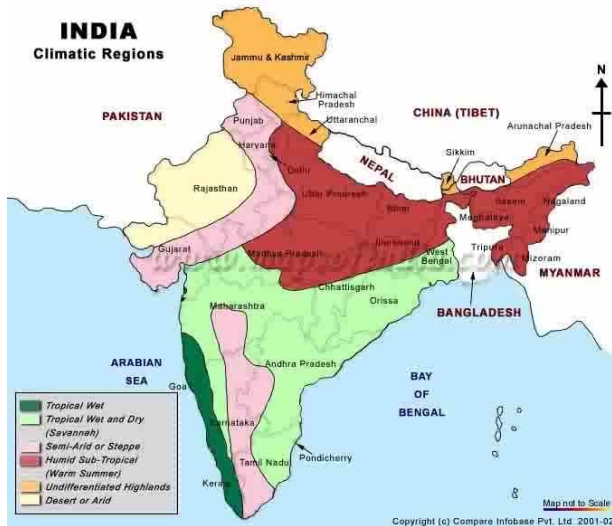
1. PRÉSENTATION DE L'INDE

1.1 Géographie



On dit souvent que l'Inde n'est pas qu'un pays mais un continent. À juste titre. En effet, l'Inde couvre 2,4% de la surface terrestre, ce qui en fait un sous-continent d'une superficie égale à 3 287 263 Km, représentant environ 80 fois celle de la Suisse. Elle se divise en 29 Etats et en 6 territoires de l'Union.

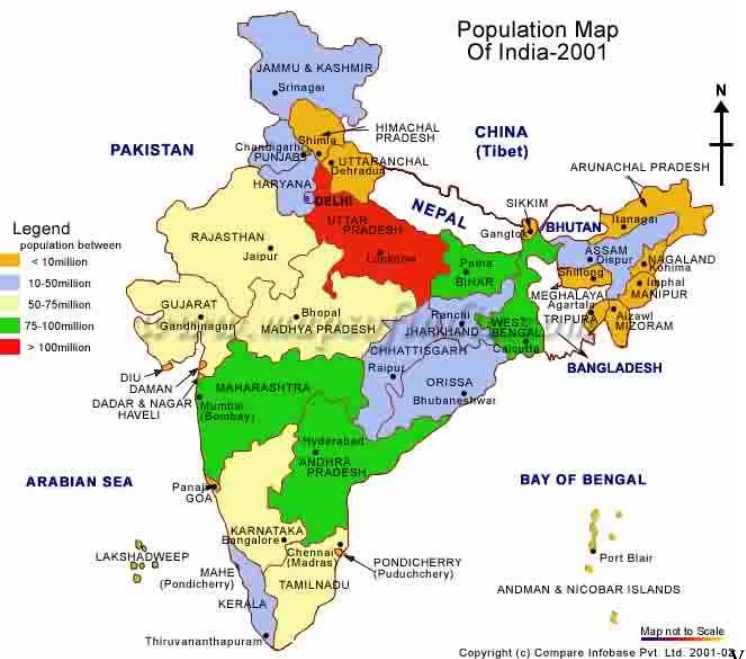
Sa réputation de véritable continent tient également au fait que l'Inde possède un impressionnant kaléidoscope de paysages, que ce soit les montagnes de l'Himalaya au nord, les riches plaines agricoles au centre, les déserts à l'ouest, la jungle à l'est ou les plages tropicales de la région péninsulaire au sud, tout y est !



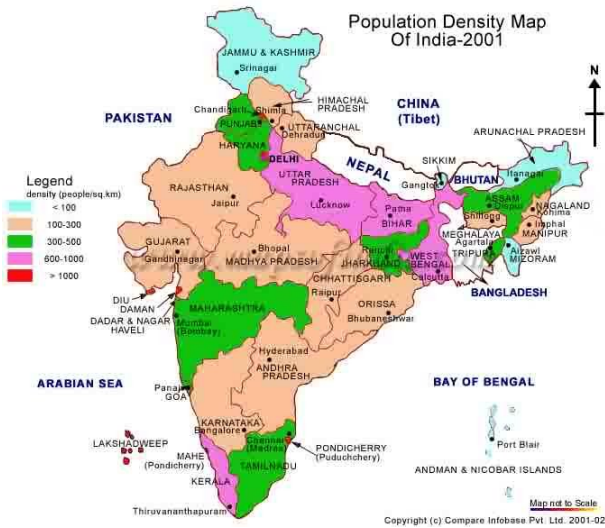
Vu son étendue, les conditions climatiques au nord sont totalement différentes de celles trouvées à l'extrémité sud du pays. En résumé l'Inde connaît 4 saisons. De mars à mai c'est l'été avec de fortes chaleurs souvent supérieures à 45°C et très peu d'humidité. De juin à septembre s'étend la principale mousson, celle venant du sud-ouest. Elle arrive début juin à l'extrémité sud et une deuxième vient du nord début juillet. La côte sud-est, elle, est touchée par la mousson du nord-est d'octobre à novembre. Enfin, de décembre à février, le temps est largement plus sec, avec des températures qualifiées d'agréables au sud, de froides (surtout la nuit) au centre et de glaciales au nord du pays.

1.2 Population

Selon le recensement de 2001, l'Inde a dépassé le milliard d'habitants et compte aujourd'hui plus de 1 081 229 habitants, ce qui en fait le deuxième pays le plus peuplé au monde après la Chine, qu'elle devrait supplanter au cours des deux prochaines décennies.



Ainsi, bien que l'Inde ne représente que 2,4% de la superficie de la planète, elle possède 16,7% de la population mondiale avec une densité moyenne de 270 habitants/Km².



Cette population qui a augmenté de 21,34% entre 1991 et 2001 est jeune (40% a moins de 15 ans), et encore fortement rurale : 70% de la population vit dans des villages de moins de 5000 habitants. Sur les 30% vivant en zone urbaine, la moitié vit dans l'une des 25 villes dépassant le million d'habitants. Mumbai est la ville la plus peuplée du pays avec 16,4 millions d'habitants, suivie de Kolkata (13,3 millions d'habitants), puis de Delhi et de Chennai.

indiens sont du reste loin de former un homogène et présente plutôt une multitude de coutumes, de religions, de langues et d'ethnies différentes. L'Inde possède également de nombreuses tribus représentant 8% de la population du pays (environ 70 millions de personnes). 573 communautés sont reconnues par le gouvernement, comme par exemple la des Gonds constituée de 7,4 millions de personnes.



Les groupe

tribu

Cependant, il est important de préciser que 38% de la population, c'est-à-dire environ 332 millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté avec, si ils ont un travail, 45 Rs par jour (moins de un dollar US).

1.3 Langues

L'Inde possède une grande diversité de langues, ce qui pose des difficultés de communication, mais aussi de mobilité à l'intérieur même du pays. On en recense 75 majeures, dont 32 sont parlées par plus d'un million de personnes, ainsi que 1 600 qualifiées de mineures. Ces langues ont comme origine quatre familles dont l'indo-aryen ou le dravidien qui diffèrent non seulement dans la forme, mais également dans la construction. De plus, la plupart existent sous un grand nombre de formes différentes suivant la position géographique et le contexte social.



La constitution reconnaît officiellement 18 langues dont le bengali, l'hindi, le punjabi, le sanskrit ou l'urdu. Cependant, le gouvernement aimerait faire

de l'hindi la langue nationale du pays à la place de l'anglais, jugé comme un vestige de l'ère coloniale. Mais, le problème est que l'hindi n'est la langue maternelle que d'un cinquième de la population et est surtout implanté dans le nord du pays, ce qui réduit son impact sur le plan national.

L'anglais, quant à lui, reste principalement utilisé par la haute société indienne et demeure encore aujourd'hui la langue officielle de la justice. C'est une langue de prestige, considéré comme une clé vers le succès. Néanmoins, seul 3% de la population parle couramment anglais ainsi qu'une autre langue indienne, alors que la grande majorité de la population parle au moins deux langues indiennes.

1.4 Religion

L'Inde possède une grande diversité religieuse, bien que 82% de la population soit hindoue. Partout dans le pays il existe des interactions locales entre les grandes traditions et la forme locale de croyance, donnant ainsi une spécificité religieuse locale qui évolue avec la modernisation du pays. L'hindouisme est pratiqué par plus de 687,6 millions d'indiens, ce qui en fait la religion majoritaire du pays. Les hindous croient en *Brahman* l'éternel, l'incréd et l'infini. Tout ce qui existe émane de lui et revient à lui. Les innombrables dieux et déesses ne sont que les manifestations de *Brahman* et chacun peut choisir sa divinité de prédilection. Bien que croyances et pratiques varient considérablement d'une région à l'autre, plusieurs principes de base restent communs. Les hindous considèrent la vie terrestre comme cyclique. L'homme renaît selon son karma (conduite) dans la vie présente déterminant la qualité de la suivante. Quiconque respecte son *dharma*, c'est-à-dire le code de conduite déterminé par la naissance, et remplit les devoirs qui lui incombent, accroît ses chances de renaître dans l'une des castes considérée comme supérieure. Si l'homme atteint la délivrance c'est la fin de son cycle de renaissance. Selon la tradition, la femme ne peut prétendre à la délivrance et peut seulement se conformer à son *dharma* dans l'espoir de se réincarner en homme. Les notions de pureté, de pollution, de sacrifice (dévotion) et de mérite (charité) sont très importantes. Il existe de nombreux rituels quotidiens, mais également des rites de passages au moment de la naissance, de l'enfance, de l'adolescence, du mariage et de la mort.

L'islam constitue la plus importante minorité religieuse du pays avec 101,5 millions d'adeptes, ce qui représente 12,1% de la population et fait de la communauté musulmane indienne la deuxième plus importante au monde après l'Indonésie. 52% des musulmans vivent dans les états du Bihar, du Bengale Occidental et de l'Uttar Pradesh. Avec le développement économique, des tensions religieuses se sont créées entre hindous et musulmans. Ceci est dû à l'implantation d'un système de compétition pour atteindre la réussite sociale et à l'augmentation du chômage touchant aujourd'hui toutes les classes de la population.

Le christianisme est pratiqué par 2,3% des indiens, c'est-à-dire environ 20 millions de pratiquants, dont 13,8 millions sont catholiques, 3,1 millions sont protestants et 2,7 millions sont orthodoxes. Géographiquement les trois quarts des chrétiens sont regroupés dans le sud du pays. Aujourd'hui, le christianisme augmente dans les castes et classes les plus basses, ainsi que dans les tribus en réponse à un rejet du système hindou des castes.

La quatrième religion du pays est le sikhisme qui regroupe 1,9% de la population (environ 16,3 millions). 79% des sikhs vivent au Punjab, berceau de cette religion. Le sikhisme trouve son origine dans une réaction de rejet du système des castes et du rite brahmanique dominant. Il tente de réaliser une sorte de synthèse entre l'islam et l'hindouisme. Pour les sikhs, l'ambition et le succès économique sont des valeurs importantes ce qui en fait une force importante d'un point de vue national.

Quelque 7 millions d'indiens (0,8% de la population) pratiquent aujourd'hui le bouddhisme alors qu'il avait presque totalement disparu au début du vingtième

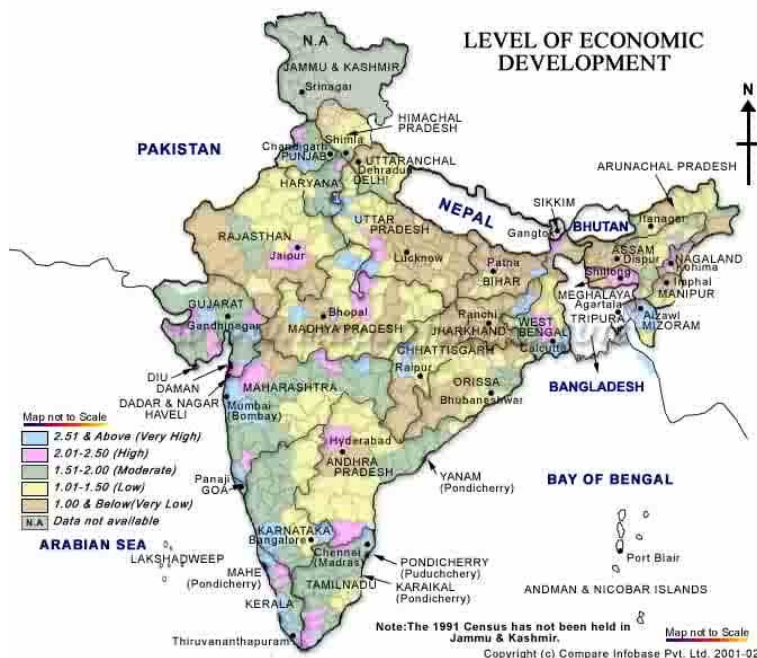
siècle. Cette augmentation du nombre d'adeptes serait due, d'une part, à la conversion de nombreux dalits (intouchables) déçus par le système des castes et, d'autre part, à l'afflux de réfugiés tibétains et à l'annexion du Sikkim en 1975.

Fort d'environ 4 millions de pratiquants (0,4% de la population), le jainisme repose sur la pureté de l'âme et se fonde sur une totale non-violence que ce soit en pensée ou en actes.

La modernisation religieuse, ne plaisant pas à tout le monde, a entraîné une prolifération de groupes activistes religieux provoquant de nombreuses tensions et violences comme en 1984 avec l'assassinat de la première ministre Indira Gandhi tuée pas un de ses gardes du corps sikh. Ainsi, ces groupes font pression sur le gouvernement théoriquement indépendant de toute religion. Néanmoins, cela reste compliqué en pratique. La religion possède donc toujours un impact important sur toutes les sphères de la société indienne que ce soit par exemple par le système des castes ou la place de la femme.

1.5 Economie

En juin 1991, l'Inde a mis fin à quarante ans d'économie planifiée en libéralisant son économie suite au choc pétrolier de 1990. La politique protectionniste menée depuis l'Indépendance avait fait chuter sa contribution au commerce international de 2% dans les années 1950 à moins de 0,5% dans les années 1980. Les réformes se sont traduites par un essor prodigieux des investissements privés bien que l'état essaye de limiter la privatisation, par une croissance des exportations et par la réduction de la part du secteur public dans de nombreuses activités comme l'industrie lourde, la banque, les télécommunications, la production et la distribution d'électricité, les ports et les routes.



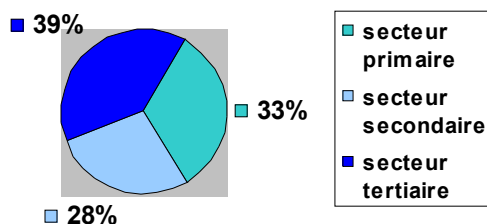
En 2000-2001, les exportations ont augmenté de 26,4%, et les importations de 5,6%. Elles représentent quelque 7500 produits envoyés dans près de 200 pays. Les importations, en provenance de plus de 140 nations, recouvrent environ 6 500 sortes de produits. Les pierres précieuses, la joaillerie, le matériel électronique, le fil et les étoffes de coton, l'artisanat, les céréales, les produits de la mer, les minerais et le prêt-à-porter constituent l'essentiel des exportations avec les Etats-Unis comme premier

partenaire commercial du pays. L'industrie naissante des logiciels informatiques est apparue depuis peu comme une source importante de devises étrangères. Ainsi, le PIB est impressionnant avec 686 millions de dollars et une croissance de 7% mais, l'inflation est de 6,5% et le PIB par personne reste faible : 2 600 dollars.

Néanmoins, malgré cet essor économique la pauvreté a faiblement diminué comme le reflète le nombre d'indiens vivant en dessous du seuil de pauvreté : En 1970, 300

millions de personnes (50% de la population de l'époque) étaient sous ce seuil. En 1991 on avait 332 millions soit 38% de la population. Cette pauvreté touche inégalement la population. En effet, le milieu rural et les états de l'Orissa, du Bihar, de l'Uttar Pradesh et du Madhya Pradesh sont particulièrement touchés alors que le Himachal Pradesh et le Jammu et Cachemire sont les états les plus riches d'Inde. Pourtant, le gouvernement a mis en place de nombreux programmes pour enrayer la pauvreté, mais ils n'ont pas réussi à être correctement appliqués localement.

**Secteurs en pourcentage du PIB
(1991)**



1.6 Le travail

En 1991, la population active était de 285,9 millions donc environ 33,7% de la population totale et le chômage était à 9,5%. On compte 39% de cultivateurs, 26% de travailleurs agricoles, 2% de pêcheurs et chasseurs, 1% de mineurs et exploiters de pierre, 7% travaillant dans la manufacture, 2% dans la construction, 8% dans le commerce, 3% dans le transport, stockage et communication, 10% dans les autres services, le reste étant des travailleurs marginalisés.

Sur cette population active, on estime à 78% le nombre d'hommes et à 29% celui de femmes. Il y a également 55 millions d'enfants travaillant, dont 25 millions dans le secteur agricole, 20 millions dans celui des services et 5 millions dans l'industrie. De plus, dans les années 70, les pays exportateurs de pétrole du Moyen-Orient importaient de nombreux travailleurs indiens qualifiés et non qualifiés pour l'exploitation du pétrole. Ainsi, en 1990 un million d'indiens résidaient dans le Moyen-Orient. Cependant, après 1991 et l'invasion du Koweït par l'Irak, un grand nombre de ces indiens retournèrent au pays.

On remarque aussi que dans la seconde moitié des années 90 les salaires ont augmenté notamment avec l'arrivée d'entreprises internationales.

Il existe en Inde un grand nombre d'unions de travailleurs, avec 9 millions d'adhérents en 1990, et de grèves par année. Cependant, tous les travailleurs ne sont pas dans ces unions. On observe un contraste saisissant entre ces travailleurs dans des unions appartenant souvent à des entreprises modernes et ceux qui sont isolés et exploités.

1.7 Les institutions politiques

Démocratie constitutionnelle libérale, l'Inde comprend 29 Etats et 6 territoires de l'Union ce qui en fait un état fédéral avec un pouvoir législatif central. L'administration du pays est centralisée à Delhi, le premier ministre détenant l'essentiel du pouvoir.

La constitution, en vigueur depuis janvier 1950, précise les compétences respectives du pouvoir central et des gouvernements des états. Le gouvernement central

possède le droit controversé d'assumer le pouvoir exécutif dans tout état où la situation se détériorerait. Ce droit, appelé President's Rule a été appliqué à plusieurs reprises au cours de ces dernières années, soit lorsque la loi et l'ordre n'étaient plus respectés comme au Punjab de 1985 à 1992, au Cachemire en 1990 et dans l'Assam en 1991, soit lorsque la situation politique était dans l'impasse comme à Pondichéry et à Goa au début des années 1990. De plus, la constitution permet au gouvernement central de suspendre des libertés civiles ainsi que l'application de certains principes fédéraux quand l'état d'urgence est proclamé lors d'une agression extérieure, comme ce fut le cas en 1962 avec la guerre contre la Chine, en 1971 contre le Pakistan ou lors de troubles intérieurs comme en 1975. Ainsi, la constitution amendée 77 fois depuis sa création contient de nombreux amendements allant vers un pouvoir autoritaire.

Cependant, cette dernière garantit à chaque citoyen des droits fondamentaux : l'égalité devant la loi, la liberté de parole, d'expression, de réunion et de religion. Elle prohibe la discrimination de sexe, nation, religion, race ou caste et interdit le trafic d'être humain ainsi que le travail forcé.

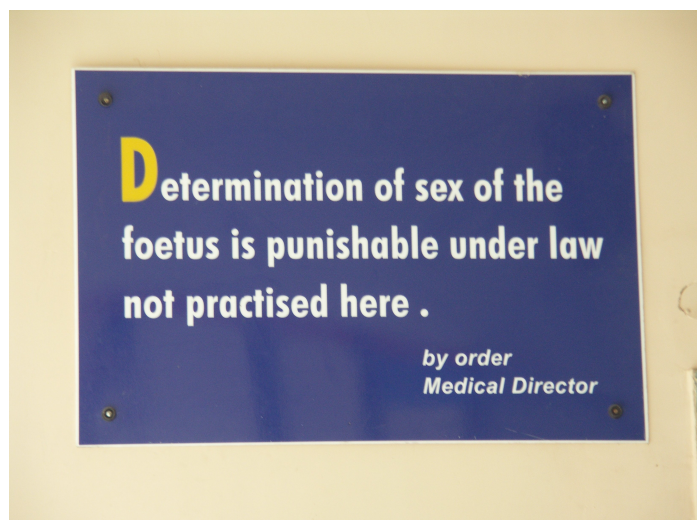
2. LA SOCIÉTÉ INDIENNE

2.1 L'enfance



En Inde, la naissance d'un enfant est en général une joie et une bénédiction pour la famille. Cependant, en dehors de cet idéal, il existe une toute autre réalité où beaucoup d'enfants naissent dans des conditions difficiles sans oublier l'existence d'une discrimination significative envers les filles.

L'Inde est un des premiers pays à avoir eu un premier ministre femme, Indira Gandhi. Malgré cela, la discrimination envers les femmes reste élevée et commence avant même la naissance. Il manque plusieurs millions de femmes en Inde. Les proportions hommes-femmes le montrent : dans les bidonvilles de Calcutta, pour 1'000 hommes il y



a 806 femmes. En Inde, pour 1'000 hommes il y a 933 femmes. À quoi cela est-il dû ?

Avoir une fille est considéré comme une charge financière en raison de la dot toujours d'actualité, bien qu'interdite depuis 1961. Les familles modestes s'endetteront parfois à vie pour la payer (argent, bijoux, habits, ustensiles ménagers, appareils électriques, vélo ou scooter). Pour beaucoup, le moyen le plus simple de ne pas s'appauvrir est de ne pas avoir de filles. Avant, les familles recouraient à l'infanticide : étouffement, étranglement, noyade ou intoxication. Depuis 1971, l'amniocentèse et l'échographie permettent de déterminer le sexe du fœtus et si c'est une fille, la mère se fait avorter. Une femme peut avorter plusieurs fois jusqu'à ce qu'elle ait un garçon. Depuis 2002, demander le sexe du bébé est interdit. Mais des médecins peu scrupuleux du secteur privé continuent à proposer dans la clandestinité des forfaits échographie + avortement pour 5'000-10'000 roupies (150 à 300 francs) et n'hésitent pas à pratiquer des avortements tardifs (8ème mois de grossesse). Ces médecins risquent plusieurs années de prison et l'interdiction d'exercer.

Les seules conditions permettant l'utilisation de l'échographie sont les suivantes : femme enceinte de plus de 35 ans, femme enceinte ayant fait des fausses couches, femme enceinte exposée à des agents tératogènes, femme enceinte avec histoire familiale de retard mental ou de difformité physique. Mais en aucun cas le praticien n'est habilité à révéler le sexe de l'enfant.

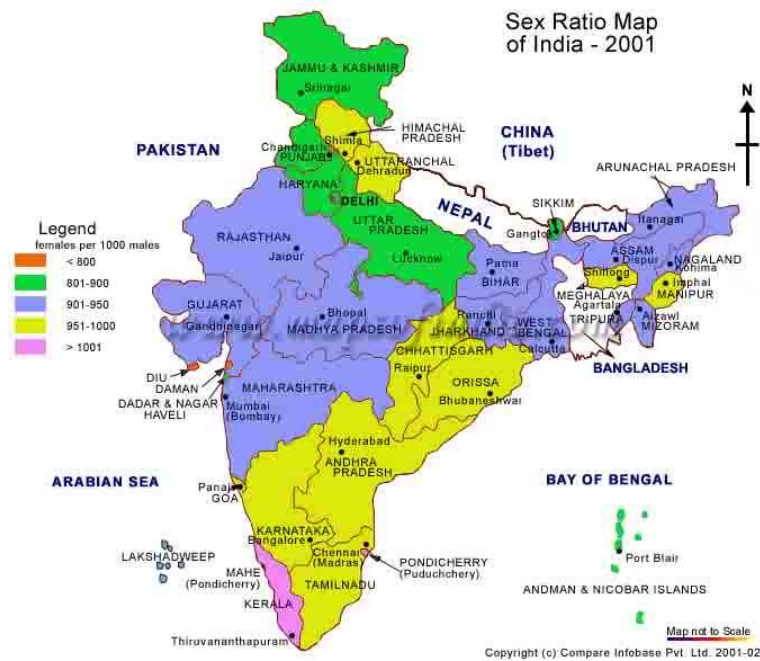
General Sex Ratio, 1951-2001							
		1951	1961	1971	1981	1991	2001
KOLKATA							
	TOTAL	570	612	636	712	799	828
	ENTIRELY						
	RURAL	URBAN					
	URBAN	570	612	636	712	799	828

Les familles les plus pauvres ont toujours recours à l'infanticide. D'autres pratiques ont également cours : vente à des agences d'adoption, mauvais traitement et malnutrition. À l'hôpital gouvernemental Sambhunath Pandit que nous avons visité, les médecins nous ont raconté qu'une femme ayant accouché d'un garçon s'était réveillée le lendemain avec une fille. L'échange de bébé est monnaie courante dans les hôpitaux publics. Néanmoins, comme le montrent ces données statistiques, l'écart en nombre hommes-femmes diminue. Plusieurs dénominateurs : une société plus moderne, des moyens mis à disposition par le gouvernement pour protéger la femme et l'enfant, des plannings familiaux, le soutien de NGO et bien d'autres facteurs.

Percentage of Child (0-6 Age) Population to Total Population by Sex, 1981-2001									
KOLKATA									
Percentage of Child (0-6 age) Population to total population									
1981			1991			2001			
P	M	F	P	M	F	P	M	F	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	10.34	9.11	12.06	9.57	8.81	10.52	7.95	7.56	8.43
				-	-	-	-	-	-
	10.34	9.11	12.06	9.57	8.81	10.52	7.95	7.56	8.43



Géographiquement, on remarque également une différence nord-sud : la proportion de femmes par rapport aux hommes est au dessus de la moyenne nationale au sud car les femmes sont très utiles pour la culture du riz et sont donc mieux traitées que dans le nord du pays. De plus, traditionnellement, et plus encore dans les couches pauvres de la société, il y a un fort désir d'avoir des héritiers mâles. Car les garçons peuvent travailler plus dur aux champs que les filles. Après le mariage, ils

restent vivre avec leurs parents et les prennent en charge quand ils deviennent âgés, alors que les filles ont non seulement besoin d'une dot pour se marier mais en plus elles devront quitter la maison paternelle pour aller vivre dans celle de leur mari une fois le mariage célébré. Elles sont donc la plupart du temps considérées comme une charge financière inutile. Qui plus est, il existe chez les hindous une tradition lors de laquelle le fils conduit les rites funéraires de ses parents et non la fille. Ainsi, vu la haute mortalité infantile, les indiens ont tendance à vouloir une descendance nombreuse afin qu'au moins deux fils atteignent l'âge adulte. On remarque également une tendance des mères à surprotéger leurs enfants car leur vie de femme et d'épouse est souvent loin d'être satisfaisante. Cependant, l'enfant doit apprendre très tôt la hiérarchie familiale, l'importance de la famille et la réalité socio-économique du pays où il grandit pour perpétuer la hiérarchisation de la société.



Dans les castes inférieures jusqu'à l'âge 4-5 ans, l'enfant profite de son enfance. Mais à partir de cet âge, il devra travailler pour ses parents ou pour un faible salaire afin de les aider à subvenir aux besoins de la famille. 12 millions d'enfants de moins de 14 ans travaillent et constituent 3,6% de la population active : 85% dans le domaine agricole, 10% dans les manufactures et services, les autres travaillant dans diverses industries. Par exemple, dans le Bihar, 2 enfants sur 5 de moins de 14 ans ont un emploi et dans le Tamil Nadu 60% des enfants (45 000) travaillent dans le secteur de la soie ce qui en fait la plus grande concentration d'enfants exploités au monde. Parmi ces enfants obligés de travailler, la majorité sont des filles qui pour la plupart ne sont jamais allées à l'école ou l'ont quittée avant de finir le primaire. Elles

ont pour la plupart été abandonnées par leur famille ou l'ont fuie et se retrouvent exploitées par des réseaux de prostitution ou mariées avant même d'avoir 12 ans.

Cependant, le gouvernement veut éliminer cette exploitation massive ou en tout cas contrôler leurs conditions de travail. Pour cela, il possède une arme : l'éducation. En effet, le gouvernement veut garantir à tout enfant de moins de 14 ans une éducation élémentaire de base obligatoire et gratuite. Il a d'ailleurs créé des centres d'apprentissage et organisé une campagne de prévention afin d'expliquer aux parents l'importance de l'éducation, car encore aujourd'hui 82,2 millions d'enfants ne vont pas à l'école. De plus des lois réglementant leur travail ont été mises en place. En 1986, le Child Labor Act interdit aux enfants de moins de 14 ans de travailler s'il y a un risque pour leur santé comme c'est le cas dans les mines ou les usines où ils fabriquaient des cigarettes ou des pétards. Pourtant il autorise le travail dans l'industrie du coton, l'agriculture, la restauration ou les travaux domestiques. Cependant ces mesures ont eu un impact limité car elles ne protègent pas les enfants ayant un emploi non déclaré, fait très courant en Inde. Les exploitants ont d'ailleurs trouvé des moyens pour contourner cette loi en leur attribuant un statut d'assistants et non de travailleurs. En 1992, l'Inde a ratifié la convention des droits de l'enfant et, en 1993, a prohibé toute exploitation d'enfants dans les abattoirs, imprimeries, soudure ou dans le traitement des noix de cajou. Bien que la guerre contre le travail infantile est loin d'être gagnée le gouvernement ainsi que de nombreuses organisations non gouvernementales comme l'UNICEF n'abandonne pas pour autant la bataille.



2.2 Le mariage

Le mariage est une étape importante dans la vie des indiens et marque le passage à l'âge adulte. Même si le nombre de « mariages d'amour » augmente, la plupart sont encore de nos jours arrangés par les parents qui peuvent déjà choisir le ou la futur(e) époux(se) dès la naissance de leur enfant. Normalement, la première rencontre entre les deux intéressés ne se fait pas avant le jour du mariage. Les horoscopes ont d'ailleurs une grande importance dans le choix entre les prétendants. En effet, ils doivent être compatibles. Les parents consultent aussi l'astrologue pour fixer la date de la cérémonie. Bien que l'âge du mariage soit en augmentation chez les femmes, le mariage avec une fille prépubère reste encore d'actualité dans le milieu rural. Dans les grandes villes, où le tissu communautaire s'est relâché, ainsi que pour les indiens vivant à l'étranger, l'utilisation de petites annonces dans les journaux locaux ou sur Internet est fréquente. Dans ces annonces, on précise la religion, la caste, l'éducation et les caractères physiques recherchés. Les « mariages d'amour » sont de plus en plus fréquents dans la société éduquée et urbaine. Mais ils restent encore mal vus. Ainsi, on demande aux parents d'arranger un mariage avec la personne désirée à condition qu'elle soit de mêmes caste et religion. En effet, les mariages entre castes et religions différentes sont encore aujourd'hui très mal acceptés par la société indienne.



Normalement une fille ne devrait pas se marier avant l'âge de 18 ans chez les hindous et 15 ans chez les musulmans. Mais 46 % des filles se marient avant l'âge de 18 ans, avec une moyenne à 17 ans. Bien qu'il y ait une loi constitutionnelle, le

mariage est régi par les lois des différentes communautés religieuses.

State/UTs	Mean age at marriage			Total fertility rate			Pregnancy wastage		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Bihar	14.4	16.1	14.6	4.35	2.76	4.11	5.0	6.4	5.2
West Bengal	16.2	18.1	16.7	2.58	1.54	2.29	6.2	7.4	6.5
INDIA	16.2	18.3	16.8	3.63	2.35	3.25	6.6	9.4	7.3

2.3 La condition de la femme



Bien que les carrières intéressantes et rémunératrices soient encore l'apanage des hommes, les femmes parviennent peu à peu à se faire ouvrir les portes de certains secteurs jusqu'alors fermés : en 1993, les premières femmes ont été incorporées dans les forces armées et le parlement compte environ 10% de représentantes féminines. L'influence féminine s'exerce principalement dans les affaires familiales, notamment lors des cérémonies. Cette évolution est nettement moins sensible dans les villages. Là, des femmes pauvres ou de castes inférieures, effectuant souvent les travaux les plus ingrats, se sont cependant syndiquées afin de se défendre de la discrimination et de l'exploitation pratiquées par les employeurs.

Dans les campagnes, une fois mariée, la femme doit partir vivre dans le village de son mari où elle exercera un métier manuel pour un salaire moitié inférieur à celui perçu par un homme. Elle devra également élever les enfants et tenir la maison. De plus, si son mari est propriétaire, elle n'a aucun droit sur ses possessions. Mais souvent elle doit subir la violence domestique. Le sort d'une jeune citadine de classe moyenne, matériellement plus confortable, n'est guère plus enviable. En effet, une fois mariée, elle devra se conformer aux désirs de sa belle-famille et devenir avant tout une parfaite maîtresse de maison. Tout comme pour la villageoise, ne pas satisfaire aux attentes de la belle-famille, comme par exemple ne pas donner de petits-fils à ses beaux-parents, l'expose aux pires conséquences allant de la répudiation à la pratique du *sati*, l'immolation par le feu de l'épouse, crime peu signalé et rarement poursuivi en justice.

Une fois le mariage célébré, l'épouse doit se soumettre aux règles de hiérarchisation au sein de la famille, de la caste et de la société, mais doit également suivre le *purdah*. Il est associé au prestige, à l'harmonie familiale, ainsi qu'au respect. Suivant ces règles, l'épouse ne doit pas montrer ses jambes ni ses épaules. Elle doit rester à la maison et, si elle est dans l'obligation de sortir, doit se couvrir la tête avec son sari. elle ne doit pas adresser la parole à un autre homme que son mari ou à une femme plus âgée. De plus, durant ses menstruations, une femme est considérée comme

impure. Par conséquent elle ne peut ni cuisiner, ni pratiquer de rites religieux, ni toucher toute autre personne qu'un nourrisson. Il arrive même que durant toute cette période elle soit isolée dans une pièce.

La nouvelle épouse est souvent victime d'abus physiques et psychiques (le viol dans le mariage n'est pas pénalisé et il n'y a pas de loi contre la violence domestique). Ceci peut aller jusqu'au meurtre si la dot n'a pas été réglée en totalité, ainsi le mari peut épouser une nouvelle femme et récupérer une nouvelle dot. Ces crimes sont déguisés en suicide ou accident domestique (le *sati*, le sari qui prend feu dans la cuisine), mais sont de moins en moins fréquents.

Si une femme veut divorcer, cela dépend également des lois des différentes communautés religieuses. Chez les hindous, la femme peut divorcer si son mari la trompe, s'il est coupable de cruauté, s'il s'est converti à une autre religion, s'il a déserté la maison familiale, s'il est mentalement atteint, s'il a la lèpre ou une maladie vénérienne ou par consentement mutuel. Chez les musulmans, une femme ne peut divorcer que si le mari est d'accord, s'il est en prison, est atteint de lèpre ou maladie vénérienne ou coupable de cruauté. Mais la plupart du temps il leur faut produire des preuves et la famille du mari n'hésitera pas à mentir pour éviter le divorce. Pire, ils feront pression sur la femme, la menaçant et brutalisant afin qu'elle change d'avis. La loi reconnaît une pension de 20 % des revenus du mari, mais dans la plupart des cas cette disposition reste inappliquée.

Même si la constitution permet aux divorcées et aux veuves de se remarier, rares sont celles qui peuvent le faire car elles sont alors considérées comme rejets de la société, ce qui n'est pas le cas pour un homme dans la même situation. Une femme qui souhaite divorcer verra sa propre famille lui tourner le dos et ne pourra compter sur aucun réseau d'aide sociale. On ne s'étonnera donc pas, dans ces conditions, du faible taux de divorces ; la plupart d'entre eux intervenant dans les grandes villes comme Mumbai ou Delhi, bien que peu souhaitables sur un plan social. Une veuve n'a plus de rôle social et si elle n'est pas prise en charge par l'un de ses fils, sa situation devient très vite précaire. A Topsia, l'intendante de l'école se trouve être une veuve.

Enfin, les causes menant une femme indienne à la prostitution sont nombreuses: divorce, répudiation, veuvage, non reconnaissance des enfants par le père, perte des parents, enlèvement... Mantu vient de la frontière du Bangladesh et a été vendue il y a dix ans par le directeur de l'usine où elle travaillait, parce qu'elle ne voulait pas céder à ses avances. Il a abusé d'elle et l'a vendue à la patronne d'un bordel. Quand elle a essayé de reprendre contact avec sa famille, celle-ci ne voulut même pas en entendre parler. Se prostituer fait parti des actes les plus répréhensibles pour les indiens. Une fois dans ce milieu, il est très dur de s'en sortir. Un salaire moyen équivalent à celui d'un professeur de collège et une pression constante de la mafia locale sont des arguments de poids en faveur de la prostitution.

Rupali Ghosh

Rupali Ghosh is a 37 year old female sex worker and resides in Rakhal Dutta Bustee in the Kalighat area. She migrated from the Budge Budge area about 50 km from Kolkata. Initially she was a housewife with two children. When her husband left her she had to come to Kolkata in search of a livelihood. In Kolkata she was sold to a mahajan (a money lender in the sex trade) and

after that she had to take the profession of sex worker. Her earnings vary from time to time, on an average her daily income is Rs 100 to 150 (ca. US\$ 2- 3). From this income she has to give Rs 30 to 40 to different people who help in different ways. Ultimately, her monthly income is calculated as Rs 2,000 to 2,500 (ca. US\$44-55). As regards expenditure for her family it is as follows:

- Room Rent : Rs 500 per month (US\$ 11)
- Electricity: Rs 150 per month (US\$ 3)
- Private tuition fees for two children: Rs 300 per month
- Food: ca. Rs 600-700 per month (ca. US\$ 13-15)

She has to collect her drinking water for the community tap and the distance between her working place and her children's school is about 10 minutes walk. There is no separate latrine for her family. There is a primary health unit in the bustee where free medical facilities are available in the morning every day except Sunday. One NGO has opened a school for the education of the children of the bustee. It is to be noted that bustee is inhabited mostly by sex workers. A major problem in the bustee is water-logging during the monsoon. This bustee is located beside the Adiganga popularly known as Tolly Nullah. Regarding her perception of the bustee she is of the opinion that if there had been no bustee like this, she would have died of starvation with her children. Though her income is uncertain she can manage with it. It would be very beneficial if the government arranged some kind of social security in her old age when she will be out of her profession.

2.4 La famille



La famille reste en Inde la principale force sociale malgré l'augmentation de l'urbanisation et de l'occidentalisation. De plus, avoir une famille nombreuse est encore aujourd'hui la seule assurance qu'ont les personnes âgées pour leur vieux jours.

La famille indienne ou *khandan* est de type patriarcal. En effet, il y a souvent trois à quatre générations sous le même toit suivant la lignée mâle car les hommes restent et les femmes quittent la maison pour s'installer chez leur époux. Qui plus est, la polygamie est relativement présente en Inde notamment dans l'Uttar Pradesh, souvent lorsque la première épouse ne peut donner des enfants à son mari. Mais, chez les hindous, les mariages à



l'intérieur même de la famille sont rares et considérés comme incestueux alors que les musulmans, eux, encouragent ce type de mariage. Les mariages sont l'occasion pour réunir deux familles devenant ainsi associées et pouvant de ce fait former dans certains cas de véritables empires financiers.

Il est important de préciser, que la famille indienne est extrêmement bien hiérarchisée : chacun doit rester à sa place. L'homme a autorité sur sa femme et ses sœurs, les personnes âgées ont autorité sur les plus jeunes. La belle mère ainsi que les belles sœurs ont autorité sur leur belle fille ou –sœur, qui est d'ailleurs tout en bas de l'échelle familiale et doit accepter l'autorité qu'exerce sur elle sa belle famille.

2.5 Le système des castes

La société indienne possède une grande diversité ethnique, religieuse, linguistique, culturelle et socio-économique mais également de profondes inégalités où riches et pauvres se côtoient tous les jours. Les inégalités proviennent d'une hiérarchisation élaborée de la société où les individus sont classés suivant leur caste, leur richesse, leur classe, leur âge et leur sexe. Pourtant il existe d'importantes interdépendances sociales. En effet, la notion d'appartenir à un groupe est forte, contrairement à nous vivant dans une société individualiste. À la naissance, les indiens se retrouvent déjà triés par groupes que ce soit la famille, le clan, la caste, la sous-caste ou la religion. Ils devront faire attention à respecter la hiérarchie ainsi que les droits et les obligations qui incombent à leur rang.

Les castes constituent le fondement de la société hindoue et malgré le fait qu'elles soient autant critiquées par le monde extérieur que par les indiens eux-mêmes elles gardent encore aujourd'hui un pouvoir considérable. Mener une vie vertueuse et accomplir son *dharma* augmente les chances de renaître dans une plus haute caste donc dans de meilleures conditions. Selon les textes sacrés, les castes ou *varna* sont au nombre de quatre et chacune possède une place précise dans la société. La caste la plus haute est celle des *brahmanes* (prêtres), nés de la bouche de Brahman. Leur rôle est de subvenir aux besoins intellectuels et spirituels. Les *kshatriya* (guerriers), issus de ses bras doivent protéger les autres, les *vaishya* (marchands) proviennent de ses cuisses et les *sudra* (serviteurs) de ses pieds. Tout en bas de l'échelle sociale se trouve les *dalits*, autrefois appelés intouchables et officiellement nommés aujourd'hui *Scheduled Castes* (castes répertoriées), se trouvant encore aujourd'hui relégués aux tâches les plus serviles.

De plus, chaque *varna* se subdivise en milliers de *jati* (sous castes). La caste, ainsi que la sous-caste, d'un individu sont déterminées à la naissance et il devra en suivre le *dharma* ou code de conduite. Les hautes castes sont considérées comme pures. Leurs membres doivent respecter des rituels de purification : prendre un bain quotidien, mettre des vêtements propres, ne pas entrer en contact avec des personnes ou des substances impures et manger la nourriture appropriée à sa caste, préparée par une personne appartenant à la même, sinon il deviendra pollué. Les brahmanes par exemple sont végétariens, car la viande est considérée comme le produit de la mort et de la violence, et ils ne boivent pas une goutte d'alcool. Les indiens appartenant aux castes les plus basses naissent de parents appartenant aux mêmes et malheureusement il leur est encore aujourd'hui impossible d'en changer. Ils sont considérés comme impurs et ne peuvent donc entrer en contact avec une personne de rang supérieur. Il n'y a pas si longtemps, ils ne pouvaient pas entrer dans un temple, aller à l'école ou utiliser l'eau du village également utilisée par les autres castes. Pour la plupart, le seul travail qu'ils peuvent exercer consiste à nettoyer les rues, les fèces humains, à être boucher, ou à travailler le cuir. En effet,

toucher des animaux morts est considéré comme impur. Pour n'importe quelle caste, le non-respect des règles peut aboutir à une amende et même à l'exclusion de la caste.

De nos jours, la constitution garantit l'égalité et la protection à tout citoyen devant la loi. Toute discrimination sur la base de la caste, de la race, du sexe ou de la religion est donc interdite. Ainsi, les *dalits* ont pu accéder au droit de vote et à l'éducation, ils ont également des sièges électoraux et des emplois réservés dans le gouvernement. De plus, avec l'urbanisation et la modernisation du pays, on remarque un abandon des notions de pureté/impureté et une diminution progressive de la corrélation entre emploi et caste du fait de l'apparition de nouveaux emplois.

Les tensions entre les castes supérieures et les *dalits* sont importantes. Elles sont utilisées et exacerbées par les politiques qui considèrent certaines *jati* comme un vivier électoral potentiel aboutissant souvent à des explosions de violence. Du reste, les castes supérieures aux *dalits* mais considérées pauvres aimeraient les mêmes avantages. Avec la montée du chômage les hautes castes voient des emplois leur échapper bien qu'ils soient mieux qualifiés.

2.6 Les droits de l'homme en Inde

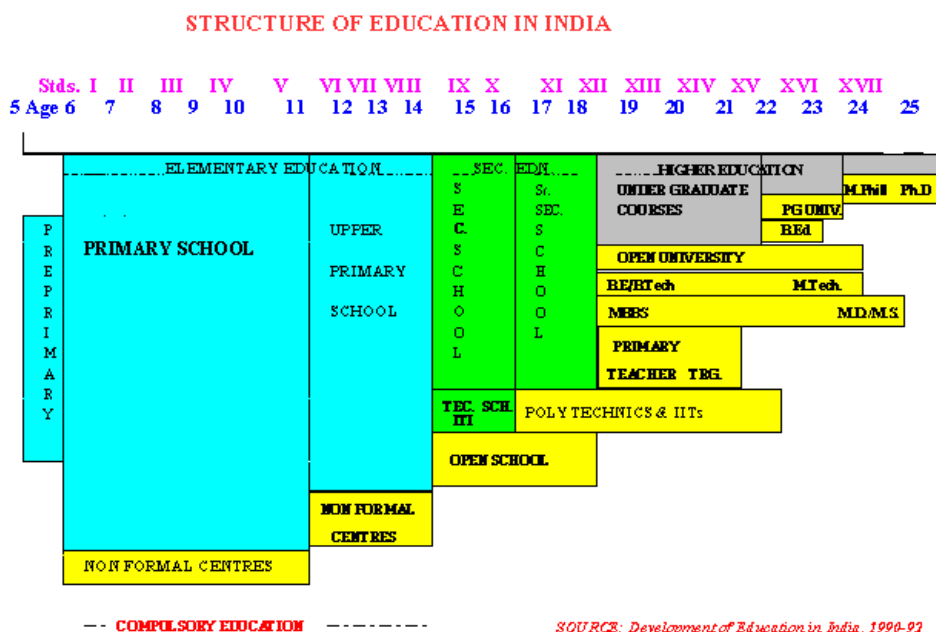
En Inde, les attaques de civils par des groupes militants et par l'armée sont souvent d'une rare violence. Les forces de sécurité qui sont l'armée, les groupes paramilitaires et la police, jouissent d'une grande impunité car elles sont protégées par le *Public Safety Act* les protégeant de toutes attaques en justice et par la loi de la POTA (*Prevention Of Terrorism Act*) dont ils abusent largement, non seulement dans des zones de conflits comme au Cachemire, mais également avec des suspects et des prisonniers. En effet, cette loi autorise à mettre quelqu'un en garde à vue pour 180 jours sans avoir de charges contre lui. Elle passe au-delà de la présomption d'innocence et permet la torture. D'ailleurs les confessions faites sous tortures sont considérées comme une preuve légale.

Des abus des droits de l'homme sont fréquents pour les minorités religieuses, les femmes, les séropositifs, les homosexuels et les *dalits* malgré des mesures législatives visant à protéger ces groupes marginalisés. Il est vrai que les *dalits* subissent de nombreuses violences et discriminations de la part de toutes les sphères de la société, notamment la police les harcelant et abusant de la force sur eux. Les autres castes ne sont pas en reste ; si l'un d'eux essaye de passer les barrières de sa caste, comme par exemple en épousant une femme de caste supérieure, sa punition pourra aller de la mutilation à la mort, sans compter le nombre élevé de viols dont les femmes *dalits* sont victimes. Le pire étant que tout ceci se fait sous les yeux d'un gouvernement qui non seulement le tolère, mais l'encourage afin d'augmenter son potentiel d'électeurs. Les musulmans sont également largement victimes de violences anti-musulmanes. Vu le poids grandissant qu'ils exercent dans la société, certains hindous y voient la probabilité de perdre certains de leurs privilèges. On compte officiellement en Inde plus de 5,1 millions de personnes séropositives, mais leur nombre réel serait nettement plus grand et l'état ne fait pas grand-chose pour éviter qu'il s'accroisse. Les malades sont victimes de discrimination pour trouver un travail, mais aussi pour les soins. Les enfants atteints, souvent orphelins, ne sont ni acceptés dans les orphelinats ni dans les écoles, et ne sont pas pris en charge médicalement. Les femmes sont quant à elles soumises à des violences domestiques et sexuelles. D'ailleurs la législation ne reconnaît le viol que si l'agresseur utilise la force et ne le reconnaît pas quand l'agresseur est le mari. Il n'existe pas de protection légale adéquate pour les abus sexuels. En effet, le code pénal actuel sanctionne toute activité sexuelle contre nature pour protéger les enfants et les femmes, et condamne également les homosexuels.

3. ÉDUCATION

En Inde, l'éducation est confrontée à de nombreux problèmes : d'accès, surtout dans le milieu rural, de qualité et d'équité. En effet, elle manque d'écoles, de ressources, de professeurs qualifiés. La qualité du curriculum de l'enseignement public reste faible par rapport au privé. L'éducation est par tradition élitiste, reflétant le système des castes. Ceux qui ont les moyens, les classes aisées urbaines, envoient leurs enfants dans le privé et les autres, les défavorisés, décident ou non de leur permettre d'aller à l'école. La discrimination de caste et de sexe reste ancrée, empêchant une éducation égalitaire. Ainsi, le taux d'analphabétisation reste encore élevé pour un pays pourtant en pleine croissance.

3.1 Structure de l'éducation en Inde



L'école élémentaire, c'est-à-dire le primaire et le primaire supérieur, est officiellement gratuite et obligatoire. Les enfants doivent avoir 5 ou 6 ans (selon les états) pour rentrer en primaire (composé de 5 niveaux) puis entrent en primaire supérieur, composé de 3 stades, pour en sortir à l'âge de 14 ans. Ensuite, ils entrent en cours secondaire comprenant deux parties avec un examen final et en sortent à 18 ans. Enfin, ils peuvent entreprendre des études supérieures afin d'obtenir une licence, un master ou un doctorat.

Les cours sont enseignés dans la langue régionale. Cependant, l'apprentissage de l'hindi a lieu dans la plupart des états, et ce bien qu'il ne soit pas obligatoire et pas majoritaire. L'enseignement de l'anglais est obligatoire dans tous les états sauf le Bihar, et est même la langue utilisée pour dispenser les cours dans la majorité des

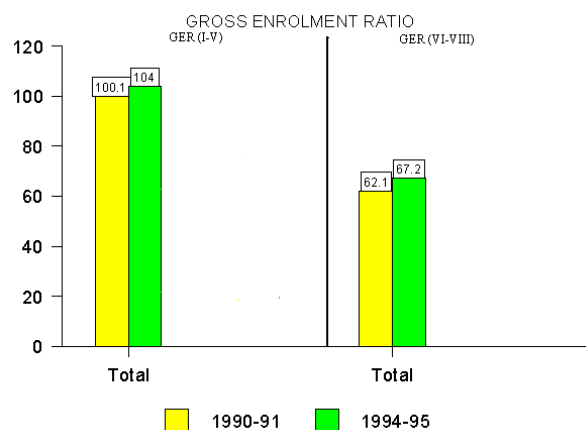
écoles privées.

ENROLMENT BY STAGES FROM 1950-51 TO 2001-2002 (In million)

YEAR	Primary (I –V)			Middle/Upper Primary (VI-VIII)			High/Hr.Sec./Inter/ Pre-Degree (IX-XII)		
	Boys	Girls	Total	Boys	Girls	Total	Boys	Girls	Total
1950-51	13.8	5.4	19.2	2.6	0.5	3.1	1.3	0.2	1.5
1960-61	23.6	11.4	35.0	5.1	1.6	6.7	2.7	0.7	3.4
1970-71	35.7	21.3	57.0	9.4	3.9	13.3	5.7	1.9	7.6
1980-81	45.3	28.5	73.8	13.9	6.8	20.7	7.6	3.4	11.0
1990-91	57.0	40.4	97.4	21.5	12.5	34.0	12.8	6.3	19.1
2000-01*	64.0	49.8	113.8	25.3	17.5	42.8	16.9	10.7	27.6
2001-02*	63.6	50.3	113.9	26.1	18.7	44.8	18.4	12.1	30.5

*Provisional

Le nombre total d'inscriptions dans le primaire s'est multiplié par six depuis 1950-51, celui dans le primaire supérieur par 14 et dans le secondaire par 20. On estime qu'en 2001-02, 158,7 millions d'enfants entre 6 et 14 ans étaient



à l'école élémentaire, ce qui représente les deux tiers des enfants dans cette tranche d'âge. Le tiers restant (environ 80 millions) n'allant pas à l'école aident leurs parents notamment pour les tâches domestiques, ou vont travailler dans les champs, les usines ou la rue. De plus, on remarque un fort abandon entre le primaire et le primaire supérieur.

Sur 100 élèves scolarisés en classe 1 seulement 23 atteignent le grade 8. Donc 23% seulement finiront l'école élémentaire pourtant obligatoire. De plus, 60% des élèves du grade 1 quitteront l'école avant même le grade 5. Cet abandon

touche particulièrement les filles et le milieu rural. De nombreux enfants arrêtent également juste après l'école élémentaire et ne vont pas dans le secondaire (environ 17%).

PERCENTAGE DROP-OUT IN DIFFERENT STAGES OF SCHOOL EDUCATION

Year	Boys			Girls		
	Primary (I-V Classes)	Middle (I-VIII Classes)	Secondary (I-X Classes)	Primary (I-V Classes)	Middle (I-VIII Classes)	Secondary (I-X Classes)
1960-61	61.74	*	*	70.93	*	*
1970-71	64.48	74.60	*	70.92	83.40	*
1980-81	56.20	68.00	79.80	62.50	79.40	86.60
1990-91	40.10	59.12	67.50	45.97	65.13	76.90
1996-974	39.37	51.89	66.82	38.35	52.77	73.64
1997-98P	38.23	50.72	67.65	41.34	58.61	72.67

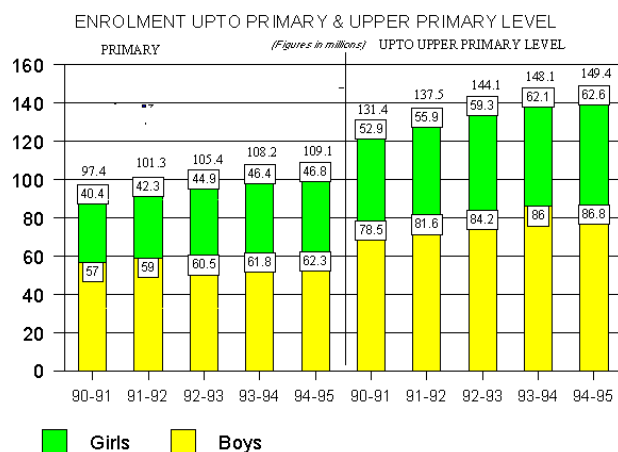
P – Provisional

* -- Not Available

Total drop-out during a course stage has been taken as per cent of intake in the first Year of the course(stage). Primary, Middle and Secondary stages consist of classes I-V, I-VIII, and I-X

Source: Ministry of Human Resource Development.

On observe également que les filles restent sous représentées bien que leur nombre se soit multiplié par 9 dans le primaire depuis 1950, par 37 dans le primaire supérieur et par 60 dans le secondaire.



Plusieurs causes peuvent expliquer ce phénomène. Tout d'abord, les filles sont, surtout dans les milieux défavorisés, considérées comme une charge financière. Il faudra apporter une dot pour son mariage, après quoi elle partira de la maison. Ainsi, on préférera les envoyer travailler. De plus, après le mariage la plupart, par tradition, restent à la maison pour s'occuper des enfants. Ainsi elles

ne voient pas le besoin de faire des études. Enfin, certaines se marient jeunes même avant 15 ans et se retrouvent dans l'obligation d'arrêter l'école.

PERCENTAGE OF GIRLS ENROLMENT TO TOTAL ENROLMENT BY STAGES.

Year	Primary I-V	Middle VI-VIII	Sec./Hr.Sec/ Intermediate (IX-XII)	Hr.Education (Degree & above level)
1950-51	28.1	16.1	13.3	10.0
1960-61	32.6	23.9	20.5	16.0
1970-71	37.4	29.3	25.0	20.0
1980-81	38.6	32.9	29.6	26.7
1990-91	41.5	36.7	32.9	33.3
2001-2002*	44.1	41.8	39.5	39.9

*

Provisional

Bien que leur pourcentage à chaque niveau d'enseignement ait augmenté, il reste cependant inférieur à 50%. Ceci est particulièrement vrai dans l'enseignement supérieur, notamment dans l'ingénierie et le commerce.

ENROLEMENT OF GIRLS AS PER CENT OF TOTAL ENROLEMENT IN UNIVERSITY EDUCATION BY FACULTY

Year	Arts	Science	Commerce	Education	Engg./Tech.	Medicine@
1960-61	18.6	___	1.1	32.5	0.8	20.4
1970-71	33.5	18.5	2.8	37.3	1.0	21.3
1980-81	37.5	27.9	15.2	46.7	4.6	23.8
1990-91	39.8	36.8	24.0	44.2*	10.9*	34.3*
1997-98	41.5	35.6	30.6	43.1*	16.9*	36.1*

Arts and Science figures are combined for the year 1960-61
 @ Excludes dentistry, public health, nursing, midwifery and pharmacy.
 * Only for Degree Level, not Post-Graduate.

Source: Ministry of Human Resource Development

Des efforts ont été entrepris pour augmenter la proportion d'enfants appartenant à la catégorie de castes : les *Schedules Castes* (*dalits* ou intouchables). Leur nombre dans le primaire a doublé entre 1980 et 2002, il a

été multiplié par 3,4 dans le cours moyen (primaire supérieur) et par 3,7 dans le secondaire. Le nombre de filles appartenant à ces castes a été multiplié respectivement par 2,5, 4,9, 6,6 dans chacun des niveaux.

ENROLMENT OF SCHEDULED CASTE STUDENTS IN SCHOOLS (in 10³)

Year	Primary (I-V)			Middle (VI-VIII)			High/Hr. Secondary (IX-XII)		
	Boys	Girls	Total	Boys	Girls	Total	Boys	Girls	Total
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1980-81	7213	3768	10981	1621	602	2223	906	246	1152
1990-91	9737	6057	15794	2747	1413	4160	1703	635	2338
1999-2000*	11810	8625	20435	3881	2420	6301	2385	1399	3784
2000-01*	12059	9136	21195	4066	2628	6694	2418	1394	3812
2001-02*	12251	9253	21504	4551	2945	7496	2693	1622	4314

3.2 Les institutions éducatives

Toutes ces institutions ont considérablement augmenté depuis 1950. Durant cette période, le nombre d'écoles primaires a triplé, celui d'écoles primaires supérieures a été multiplié par 16, celles de secondaire par 18, les collèges d'éducation générale par 24, les collèges professionnels par 12 et les universités par 10.

Cependant, encore aujourd'hui 20% des enfants n'ont pas d'écoles à proximité. On remarque également que les conditions d'apprentissage sont loin d'être optimales dans les institutions publiques. En effet, 70% des écoles n'ont pas de bibliothèque, 40% sont en bambou, 60% n'ont pas accès à l'eau courante et 90% des écoles rurales n'ont pas de toilettes (d'ailleurs nous en avons fait l'expérience). Par conséquent, les classes aisées se tournent vers les écoles privées souvent religieuses, et qui dispensent un meilleur enseignement. Ainsi, on constate que sur les 10% des élèves scolarisés dans le privé, tous vont au moins jusqu'au bout de l'école élémentaire obligatoire.

NUMBER OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS

importance									
6. Degree Standard and above General Educational Institutions	967	2,285	3,421	4,067	4,862	6,569	6,569	7,199	
7. Degree Standard and above Professional and Technical Institutions for:									
(a) Agriculture and Forestry	35	59	61	70	80*	90	NA	NA	
(b) Engineering, Technology and Architecture	111	134	171	248	351	422	607	NA	
(c) Medicine*	133	179	249	288	346@	437	NA	NA	
(d) Veterinary Science	17	22	22	22	27+	46	NA	NA	
(e) Teacher's Training	147	274	341	432	474	633	697	848	
8. Below Degree Level Professional/Vocational and Technical Institutions	4,145	4,401	4,808	5,381	5,739	6,513	6,542	6,561	
+ Related to the Year 1998(IAMR — Working Paper)									
@ DGHS — Health Information of India — 1993									
* Medicine includes Allopathy, Homeopathy, Ayurveda and Unani.									

3.2.1 Les écoles primaires

PERCENTAGE OF PRIMARY SCHOOLS UNDER DIFFERENT MANAGEMENT

Year	Govt.	Local Body(LB)	Govt. + LB	Private Aided	PrivatUn-aided
1973-74	50.88	42.47	93.34	5.01	1.64
1978-79	38.96	55.03	93.99	4.42	1.59
1986-87	41.37	51.71	93.08	4.34	2.57
1993-94	44.63	47.47	92.10	3.78	4.12
1996-97	47.78	43.88	91.66	3.34	5.00
2001-02*	47.45	43.47	90.92	3.07	6.01

En 1973-74, le gouvernement a lui seul administrait la majorité des écoles primaires de l'Inde ce qui ne fut plus le cas les années suivantes bien que leur nombre resta supérieur à celui des écoles administrées par un corps local c'est-à-dire par le ministère de l'éducation au niveau de l'état.

On constate une diminution des écoles privées mais soutenues financièrement par le gouvernement alors que les écoles privées ne recevant aucune subvention de la part du pays sont en augmentation.

3.2.2 Les écoles primaires supérieures

En 1973-74, le gouvernement a lui seul administrait la majorité des écoles primaires supérieures ce qui ne fut plus le cas les années suivantes bien que leur nombre resta supérieur à celui des écoles administrées par le corps local.

On constate une diminution des écoles privées mais soutenues financièrement par le gouvernement alors que les écoles privées ne recevant aucune subvention de la part du pays sont en augmentation.

PERCENTAGE OF UPPER PRIMARY SCHOOLS UNDER DIFFERENT MANagements

Year	Govt.	Local Body(LB)	Govt. + LB	Private Aided	Private Un-aided
1973-74	50.71	26.86	77.57	17.75	4.67
1978-79	40.31	38.13	78.44	16.90	4.66
1986-87	42.79	32.33	75.12	16.30	8.58
1993-94	45.94	33.51	79.45	9.53	11.02
1996-97	46.41	29.13	75.54	10.25	14.20
2001-02*	47.36	29.05	76.41	7.81	15.77

3.2.3 Les écoles secondaires

PERCENTAGE OF HIGH/HIGHER SECONDARY SCHOOLS UNDER DIFFERENT MANagements

Year	Govt.	Local Body(LB)	Govt.+LB	Private Aided	Private Un-aided
1973-74	26.54	10.85	37.39	57.02	5.59
1978-79	30.44	8.71	39.15	57.30	3.55
1986-87	37.49	7.73	45.22	44.79	9.99
1993-94	37.76	9.29	47.05	37.78	15.17
1996-97	38.96	6.74	45.70	36.20	18.10
2001-02*	36.16	6.29	42.45	33.99	23.56

En 1973-74, la majorité des écoles secondaires étaient privées mais subventionnées par le gouvernement, mais leur part a diminué pour être inférieure aux écoles publiques en 2001. Cependant, l'ensemble des écoles privées (aidées et indépendantes comprises) était et reste majoritaire sur le public.

3.2.4 Les écoles supérieures

On dénombre environ 10 500 000 étudiants répartis dans 256 universités (18 sont administrées par le gouvernement central et 211 par les états), dans 17 625 collèges dont 138 privés et dans 18 institutions dont 13 sous le contrôle du gouvernement central et 5 sous la législation des états.

3.3 Prise en charge des enfants handicapés

En Inde, grâce aux efforts fournis ces trente dernières années par le gouvernement et les ONGs, 20 millions d'enfants handicapés fréquentent aujourd'hui le primaire et le secondaire. Pourtant, ils ne représentent qu'une fraction du nombre total. En effet, 51% des personnes handicapées sont encore analphabètes et seulement 9% de ceux qui savent lire et écrire complètent leurs études secondaires.

Avant d'aller plus loin il convient de préciser ce que l'on entend par « handicapés ». Officiellement, est reconnu comme un handicap : la cécité ou une vision très faible, les lépreux traités, les problèmes d'audition ou moteurs, les maladies ou retard mentaux et l'autisme.

Afin d'améliorer leur prise en charge le « *Integrated Child Development Services programme* » fut mis en place en 2003 pour s'assurer qu'aucun enfant handicapé ne soit refusé dans une école, améliorer l'accès aux écoles et autres établissements d'enseignement, faciliter les cours à domicile ou par correspondance, créer des apprentissages professionnels, et pour améliorer les compétences des professeurs dans la prise en charge d'enfants souffrant d'un handicap.

3.4 Alphabétisation et éducation des adultes

WORLD LITERACY (in million)

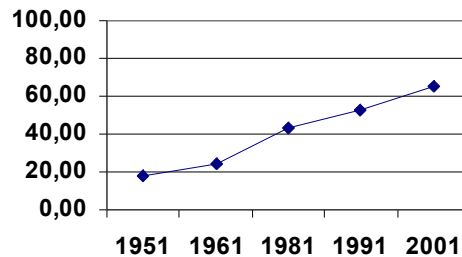
	Total	Male	Female
Population *(2000)	6091.3	3068.9	3022.4
Literacy Rate**(15+)	876.0	313.0	563.0
Non Literates**(15+) (%)	79.4	85.3	73.6

On remarque que l'Inde reste l'un des pays les plus peuplés au monde avec un des taux d'alphabétisation le plus faible.

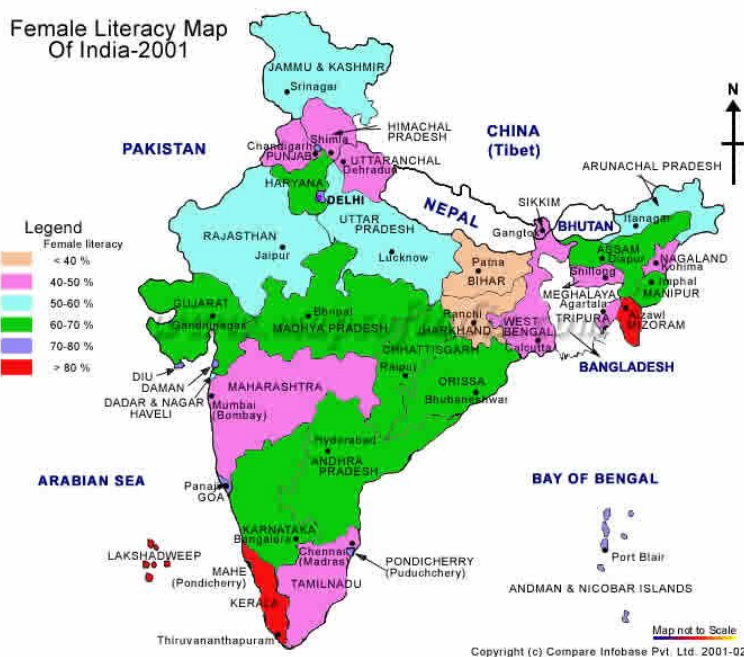
LITERACY STATUS IN MOST POPULOUS COUNTRIES

	Total Non-literate Population 15+ age	Literacy Rate 15+ (%)		
		Total	Male	Female
Mexico	5.96	91.0	93.1	89.1
Indonesia	19.24	87.0	91.9	82.1
Brazil	17.91	85.3	85.1	85.4
China	144.96	85.0	92.3	77.4
Nigeria	22.80	64.1	72.3	56.2
India*	NA	58.5	72.3	44.4
Egypt	19.83	55.3	66.6	43.7
Pakistan	51.67	43.3	57.6	27.8
Bangladesh	49.62	40.8	51.7	9.5

**TAUX D'ALPHABÉTISATION (%) EN
FONCTION DU TEMPS**



D'après le recensement de 2001, le taux d'alphabétisation s'élève à 65,38% (562 millions d'indiens) et celui de l'illettrisme à environ 35% (296,21 millions). Dès l'indépendance en 1947, l'éradication de l'illettrisme fut un des objectifs du gouvernement. Il créa des centres d'enseignement ruraux, des programmes éducatifs aux résultats mitigés. Dans les années 1980, les dirigeants du pays se sont rendu compte de la difficulté et créèrent en 1988 la NLM : *National Literacy Mission*. En conséquence, des campagnes d'alphabétisation se mirent en place progressivement dans tout le pays, et en 2002 elles étaient présentes dans 587 des 600 états que compte l'Inde, dont 202 sont dans la phase post-alphabétisation (c'est-à-dire dans une phase d'instruction plus élaborée des adultes néo-alphabètes). Ainsi, dans les années 1990, pour la première fois depuis 1947, le nombre d'illettrés diminua, car avant il augmentait de manière continue avec la population. Les performances plus qu'encourageantes de la NLM leur valurent en 1999 une distinction internationale de l'UNESCO pour le travail accompli. Maintenant son but est d'atteindre un taux de 75% en 2005 en se concentrant en particulier sur les 15-35 ans, représentant la population active et reproductive du pays.



On remarque que tous les états ne progressent pas de la même façon contre l'illettrisme. Le Mizoram, premier état à avoir fait parti du NLM, enregistre le plus fort taux d'alphabétisation (95%), suivi du Kerala (93%), Goa (86%) et Delhi (85%). Le plus bas se situe dans le Bihar (48%) puis l'Arunachal Pradesh (54%), le

Jharkhand (55%) et le Jammu-Kashmir (59%). D'ailleurs, la plus haute progression a eu lieu dans le Radjasthan dont le taux d'alphabétisation est

passé de 38,55% en 1991 à 61,3% en 2001.

Lors du recensement de 2001, le taux d'alphabétisation des hommes était estimé à 75,85% avec un taux supérieur à 60% dans tous les états du pays. Pour les femmes, ce taux était de 54,16%. Les états où ce taux est le plus élevé sont le Mizoram (95%) et le Kerala (90%). Par contre il reste particulièrement bas dans le Bihar (34%) et le Jharkhand (38%). Cependant, entre 1991 et 2001 une plus forte croissance du taux des femmes (14,87%) a été enregistrée que pour les hommes (11,72%). Ainsi, il semble que l'inégalité entre les deux sexes se soit quelque peu réduite comme en témoigne la réduction de la différence homme-femme entre 1991 (24,84%) et 2001 (21,70%), surtout dans les états du Mizoram (4,56% en 2001), du Kerala (7,45%) et de Meghalaya (8,2%). Par ailleurs, la plus forte progression de l'alphabétisation des femmes entre 1991 et 2001 a eu lieu dans le Chhattisgarh, enregistrant une croissance de 24,88% depuis 1991.

RURAL-URBAN GAP (LITERATES) - CENSUS 2001 (IN MILLION)

	Persons	Male	Female
All Areas	566.71 (65,20%)	339.91 (75,64%)	226.79 (54,03%)
Rural Areas	366.67 (59,21%)	226.27 (71,18%)	140.39 (46,58%)
Urban Areas	200.03 (80,06%)	113.63 (86,42%)	86.39 (72,99%)

Comme l'indique ce tableau, la différence d'alphabétisation entre le milieu rural et urbain est très importante, surtout pour les femmes. De plus, comme 70% de la population indienne vit à l'heure actuelle dans les campagnes, le taux général du pays reste plus proche de celui dans le milieu rural que de celui dans les villes.

L'illettrisme touche encore aujourd'hui particulièrement les castes les plus basses et les tribus. Les « *Scheduled Castes* » possèdent un taux d'alphabétisation largement inférieur (37,41%) à la moyenne générale (65,38%) avec 49,91% des hommes et 23,76% des femmes alphabètes. Les tribus ont un taux d'alphabétisation encore plus bas (29,60%) avec 40,65% des hommes et 18,19% des femmes. Ainsi, le gouvernement a encore de nombreux efforts à fournir pour espérer, un jour, éradiquer l'illettrisme.

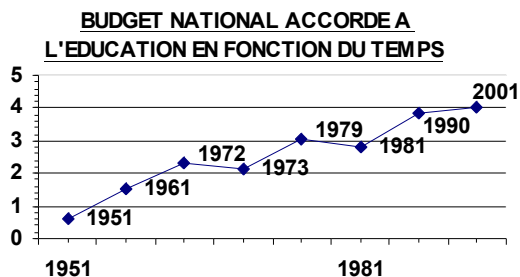
3.5 Le rôle du gouvernement

3.5.1 La législation

Afin de diminuer l'illettrisme persistant de la population adulte, le gouvernement a ratifié plusieurs amendements à la constitution pour améliorer l'éducation. D'après l'article 21A amendé en 2002, l'école est gratuite et obligatoire pour tout enfant de 6 à 14 ans. Les parents ou le tuteur légal ont le devoir fondamental de donner l'opportunité à l'enfant d'aller à l'école d'après l'article 51A de la constitution. La démocratie, la justice sociale et l'égalité ne sont possibles que grâce à une éducation d'égale qualité pour tous. De plus, aucune discrimination entre les enfants n'est autorisée, et tout enfant, quelle que soit sa caste, sa classe, sa religion ou son sexe, doit être accepté à l'école. Pour cela les instances dirigeantes du pays mirent en place plusieurs programmes, dont

un permettant la création d'un système éducatif non formel pour les enfants trop âgés ou ayant des obligations familiales. Le « *District Primary Education Programme* » en 1992, le « *Minimum Levels of Learning* » ou encore récemment le programme national pour une éducation élémentaire universelle sont fortement soutenus par l'UNICEF.

3.5.2 Le budget



Comme le montre ce graphique, en 2001 4,02% (en 1951 0,64%) du PIB fut consacré à l'éducation représentant 13,17% (en 1951 7,92%) des dépenses totales de l'état. En 2001-02 2,02% du PIB fut utilisé pour l'école primaire (6,61% des dépenses de l'état), 1,1% pour l'école secondaire (4,97% des dépenses), 0,88% pour les écoles supérieures (2,96% des dépenses). 0,02% du PIB est lui employé pour l'éducation des adultes (0,05% des dépenses). Le budget le plus élevé accordé à l'éducation se situe dans l'Assam, le Madya Pradesh et le Maharashtra, alors que le plus bas appartient au Bihar, à l'Uttar Pradesh et à l'Orissa.

4. LE SYSTÈME DE SANTÉ

Même s'il est indéniable que sa situation sanitaire s'est considérablement améliorée au cours du siècle passé, l'Inde continue de présenter un bilan négatif par rapport à d'autres pays émergents ou en voie de développement.

On peut toujours citer plusieurs raisons (surpopulation, manque d'information, d'équité, accès limité aux soins, système d'assurance à l'état embryonnaire...), Mais auparavant, une vue d'ensemble du système de santé s'impose pour tenter d'ordonner les multiples facettes du problème en un tout cohérent.

Ce tableau nous permet de constater les progrès réalisés en Inde en l'espace de 50 ans :

	1951	2000
Indicateurs démographiques		
Espérance de vie	36,7	64,6
Taux de mortalité infantile (/1000)	146	70
Situation épidémiologique		
Malaria (en millions de cas)	75	2,2
Lèpre (nombre de cas/10 000 personnes)	38,1	3,74
Variole (nombre de cas)	45 000	Eradiquée
Infrastructure de santé		
Centres communautaires / Centres primaires et secondaires	725	163 181
Dispensaires et hôpitaux	9 209	43 322
Lits d'hôpitaux	117 198	870 161
Médecins (médecine allopathique)	61 800	503 900
Personnel soignant	18 054	737 000

Malgré l'amélioration, l'Inde reste en retard :

Indicateurs :	Inde actuelle	Moyenne des pays en voie de développement	Moyennes des pays développés
Espérance de vie	64,6	65	78
Mortalité infantile (pour 1000 naissances)	70	56	6
Morbidité (pour 1000 personnes)	274	256	119

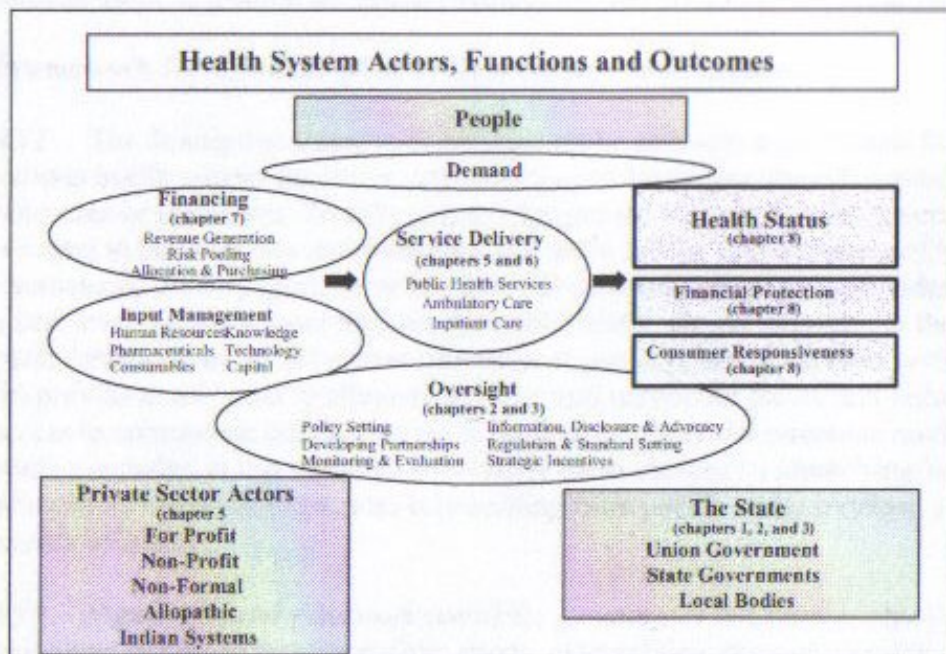
4.1 Description du système de santé

On peut de façon schématique diviser le système de santé en 3 acteurs principaux :

- Le Peuple : c'est de lui que vient la demande des soins.
- L'Etat : il est représenté par les Ministères et Départements de la Santé et du Bien-être familial aux niveaux central, étatique et local. Il y a également d'autres organismes publics importants qui affectent le système de santé, tel que le Ministère des finances.
- Les acteurs du secteur privé, qui prennent une importance grandissante au sein du système de santé indien (nous y reviendrons) : ils comprennent médecins, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, laborantins, etc.

Représentation schématique du système de santé :

Figure 4.1 Descriptive Framework of the Health System



Adapted from WHR 2000.

Le financement (*Financing*), l'administration des ressources (*Input Management*) et les prestations sanitaires (*Service Delivery*) sont du ressort des secteurs privé et public.

Le Financement : il est assuré par la collecte de revenus (via des impôts ou des primes) et la mise en commun de fonds (via l'assurance). L'Administration des ressources : elle est liée à l'utilisation des ressources pour la santé tels que la connaissance, l'équipement médical, les médicaments...

Les Prestations sanitaires : elles se répartissent en services de santé publique et services cliniques ambulatoires. Ces prestations sont de nature préventive, diagnostique, thérapeutique ou encore palliative.

Quant à la dernière fonction, celle de coordination (*Oversight*), c'est à l'Etat qu'elle incombe. Il faut cependant essayer d'en dégager un rôle plus général de médiateur entre les différents partenaires du système de santé. De par sa position stratégique, l'Etat doit être à même de faciliter un certain dialogue dont la finalité vise l'optimum du système de santé : développer des partenariats ou des réseaux entre acteurs financiers et professionnels de la santé, informer le peuple et les médecins de la qualité, de la performance et des coûts afin de les guider, ou encore contrôler le niveau d'excellence du secteur sanitaire... sont tous autant de rôles dont l'Etat doit s'acquitter avec succès.

Le système de santé a ainsi 3 résultats :

1. L'état de santé de la population, avec les mesures de mortalité, nutrition, fertilité, maladie, morbidité.
2. La protection financière que bénéficie le peuple, en évaluant la perte de revenu dû à la maladie. Sont également pris en compte les coûts directs des soins (traitements, hospitalisation).
3. La satisfaction des « consommateurs » de soins, notion qui inclut le respect du patient, la sécurité dans la pratique, le bon déroulement de la prise en charge, l'accessibilité, l'issue des thérapeutiques.

4.2 Le secteur public

Il est sous la responsabilité de chaque Etat, où l'on retrouve un CMO (*Chief Medical Officer*) responsable de la gestion des infrastructures rurales non hospitalières, un DMS (*Districts Medical Superintendent*), responsable de l'hôpital du district, et le DC (*District Controller*) qui gère l'ensemble des services publics du district.

Outre ses rôles de financer et délivrer des soins médicaux, il comprend des programmes centrés sur le bien-être des familles et le contrôle des maladies.

Ce tableau illustre l'importance quantitative des infrastructures publiques :

	Type de soins	Secteur public	Secteur privé et associations volontaires	Total
Nombre de médecins				535 400
Postes de santé	Primaires (Essentiels)	137 271		137 271
Centres de santé	Primaires	22 975		22 975
Centres communautaires	Primaires	2 935		2 395
Hôpitaux allopathiques	Secondaires et tertiaires	4 206	11 295	15 501
Dispensaires allopathiques	Secondaires et tertiaires	10 709	12 258	22 967
Nombre de lits en dispensaire	Secondaires et tertiaires	14 357	14 590	28 947
Nombre de lits en hôpitaux allopathiques	Secondaires et tertiaires	428 206	253 437	681 643
Nombre total de lits	Secondaires et tertiaires			908 280

Malgré tout le matériel à disposition, le secteur public montre vite ses faiblesses. La plupart du temps, la sélection du personnel est inappropriée, la formation rudimentaire, les salaires sont dérisoires (par rapport au secteur privé), et les opportunités professionnelles quasiment inexistantes. De plus, les ressources financières insuffisantes et un gouvernement qui, malgré tout, peine à trouver des solutions génèrent inmanquablement des prestations de faible qualité.

Expérience

Nous avons suivi la prise en charge d'une petite fille du bidonville de *Khidderpur* à l'hôpital public de Kolkata. La fillette présentait des maux de ventre chroniques inexplicables.

Description des lieux : Des vieux bâtiments délabrés et usés par la moisissure. Plusieurs Indiens s'étaient fabriqués des abris de fortune devant le bâtiment des urgences, dans l'espoir d'être les premiers soignés.



Le bâtiment des Urgences.

Accessibilité : Il faut faire la queue pour obtenir un formulaire d'admission dans l'enceinte des consultations, qui se présente comme une grande salle commune

munie de plusieurs bancs et d'une seule table d'entretien tout devant. Il n'y a pas de notion de confidentialité ; n'importe quelle personne admise peut assister aux consultations et aux examens physiques.



La salle de consultation commune.

Délais : La jeune fille a été examinée par plusieurs médecins dans des salles de consultation à l'étage. En raison du nombre important de patients, il nous a fallu attendre plusieurs heures avant d'obtenir l'autorisation d'effectuer des radiographies.

Diagnostic : aucun médecin n'a été en mesure d'émettre un diagnostic. Il n'y a pas eu de demande d'examen complémentaire. Les patients ne sont quasiment pas renseignés sur les démarches médicales ainsi que sur le suivi à long terme.

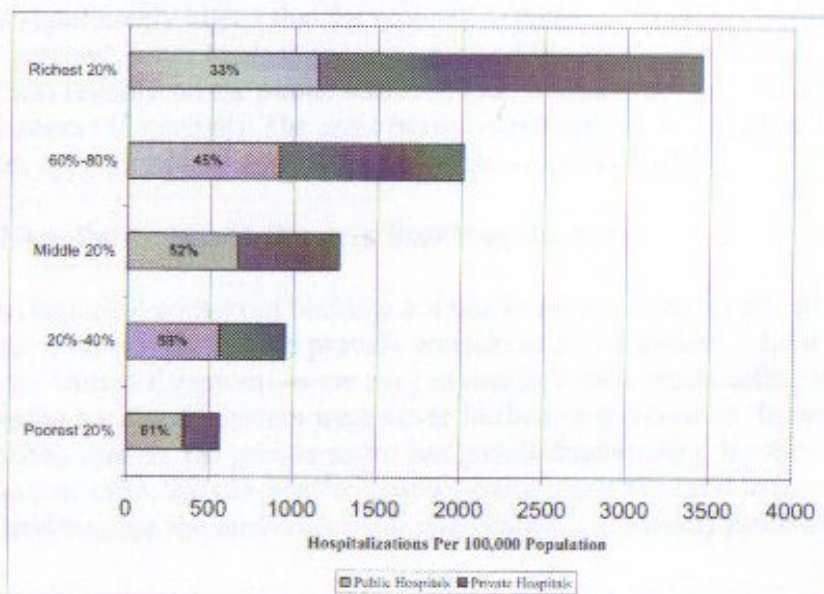
4.3 Le secteur privé

Bien que l'Inde dispose d'une quantité importante d'infrastructures publiques (comme nous l'avons vu plus haut), le ratio de ces prestations par habitant se révèle très bas :

	Médecins / 1000 habitants	Aides-soignantes / 1000 habitants	Lits d'hôpitaux / 1000 habitants
Inde – secteur public	0,2	-	0,4
Inde – général	1	0,9	0,7
Moyenne des pays à faibles revenus	1	1,6	1,5
Moyenne des pays à revenus intermédiaires	1,8	1,9	4,3
Moyenne des pays à revenus élevés	1,8	7,5	7,4

C'est la raison principale pour laquelle les Indiens se tournent de plus en plus vers le secteur privé, qui actuellement finance la majeure partie des dépenses liées à la santé.

Figure 6.2 Public and Private Sector Shares of Hospitalization, by Income Quintile



Moins de 43% des personnes hospitalisées en milieu rural et urbain ont eu recours au service public ; pour les soins ne nécessitant pas une hospitalisation, plus de 70% des patients recourent au secteur privé – qui comprend hôpitaux et cliniques privés, institutions de charité, médecins privés etc.

Près de 70% des médecins formés chaque année en Inde sont recrutés par le secteur privé, localisé essentiellement dans les régions urbaines et semi-urbaines.

Le secteur privé reste cependant très fragmenté (84% des hôpitaux privés ont moins de 30 lits) et l'absence de réglementation ne permet pas toujours l'apparition d'un niveau de traitement minimum.

Le secteur privé en quelques chiffres...

- 61% des dépenses de soins de santé privés correspondent à des traitements sans hospitalisation.
- 57% des dépenses sans hospitalisation correspondent à des traitements d'infections aiguës.

Pour les soins nécessitant une hospitalisation :

- 85% sont réalisés sur les catégories suivantes : cardio-vasculaire, accidents et blessures, infections aiguës et accouchement.
- 43% bénéficient aux 7% les plus aisés de la population indienne.
- 54% concernent la population urbaine (qui représente 28% de la population totale).

Comme le montre ce tableau prédictif, le secteur privé est appelé à prendre toujours plus d'importance dans le financement des soins :

	2001 / en milliards d'Euros	Projections pour 2012 / en milliards d'Euros
Dépenses publiques	3,4	7,6
Dépenses privées	13,8	31,2
Total	17,2	38,8

Expérience

Grand et confortable, le *Cancer Centre Welfare Home & Research Institute*, en périphérie de Kolkata, est un grand établissement privé disposant de matériel moderne – CT scan, TDM - et de plusieurs bâtiments spécifiques – division de



radiologie, cantine, dortoirs climatisés pour patients. À en juger par la nouveauté de certaines ailes, les dortoirs pour enfants ont profité de l'aide financière apportée par de nombreux donateurs, souvent des parents inconsolables.



Le dortoir pour enfants, climatisé et spacieux.

LIST OF THE DONORS SCHOOL FOR CHILDREN HUT			
NAME OF THE SCHOOL	AMOUNT	NAME OF THE SCHOOL	AMOUNT
ARYA KANYA MARA VIDYALAYA	1524.45	JAYAS MANDI DALIA VIDYAPATH	6.25.00
AKSHAY VIDYAPATH GIRL'S HIGH SCHOOL	2344.85	PADMINI BHAI JACHAY SCHOOL	6.15.75
ADI NAKARALI PATSHALA	2.16.22	SARALALOK SARDAL DALIA VIDYAPATH	15.15.00
AKRITIKA DAJA VIDYASAHAN BOYS	922.25	AMALLA CHITTEKGE SCHOOLS (G)	1.15.00
BURNPUR GIRL'S HIGH SCHOOL	12.292.00	LALU TOMI GOVT. GIRLS HIGH SCHOOL	10.00.00
BURNPUR BOY'S HIGH SCHOOL	8.262.00	LADY CANTONMENT SCHOOL	2.00.00
BANI MANDIR BALUNY N.S.SCHOOL	1.365.50	LEETS GOVT SCHOOL	1.40.00
BIDYARTHI MONDAL GIRL'S HIGH SCHOOL	2.746.10	MAATY PRADESAK SCHOOL	1.25.00
BAIDYAPARA GIRL'S HIGH SCHOOL	4.710.42	MARILLAY HIGH SCHOOL	48.20.00
BAIKUNTHA GIRL'S HIGH SCHOOL	28.400.00	MARWALA GIRL'S HIGH SCHOOL	10.20.00
BEHALA SHYAMA SUNDARI VIDYAPATH	21.000.00	MATILDA GOVT SCHOOL (G)	80.20.00
BENALA GIRL'S HIGH SCHOOL	12.700.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	10.20.00
BEHALA BANU THIRU GIRL'S HIGH SCHOOL	322.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
CAREY HIGH SCHOOL	1.235.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
CENTRAL CALCUITA GIRL'S ACADEMY	26.167.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
CENTRAL CALCUITA GIRL'S SCHOOL (GIRL'S)	135.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
CHITTARANJAN HIGH SCHOOL (GIRL'S)	123.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
CISTOCIAL MISSION HIGH SCHOOL	15.400.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
DARJEELING GOVT. HIGH SCHOOL	19.412.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
DADHAR HCL VIDYAMANDIR	1.634.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
DUN DUN MOTIHEEL GIRL'S HIGH SCHOOL	6.222.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
DUN DUN MOTIHEEL GIRL'S HIGH SCHOOL	1.252.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
DUN DUN MOTIHEEL GIRL'S HIGH SCHOOL	1.252.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ENTALLY ACADEMY	20.500.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ENTALLY GIRL'S HIGH SCHOOL	3.900.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
FALAKATA SUDHAS GIRL'S HIGH SCHOOL	16.174.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
FALAKATA'S MEMORIAL SCHOOL	100.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
FALAKATA'S MEMORIAL SCHOOL	100.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
GOPHALA G HIGAD BALIKA VIDYALAYA	63.878.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
GOSWAMI'S SECONDARY SCHOOL	30.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	5241.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	300.00	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	1.624.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	1.624.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	1.624.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	1.624.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	1.624.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	1.624.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	1.624.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	1.624.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75
ST. HELEN'S SCHOOL	1.624.75	NETAGUDA GIRL'S SCHOOL	1.40.75

La liste des donateurs.

Mais si certains espaces nous ont étonnés par leur propreté et leur modernité, d'autres laissaient à désirer. Le corps médical nous a laissé entrer au bloc opératoire pour assister à une colectomie, laquelle ne s'effectuait pas tout à fait dans les conditions d'hygiène auxquelles nous somme tant habitués. On pouvait noter entre autres, l'absence de sas de désinfection, ou de protocole de lavage des mains.



Les chirurgiens en pleine colectomie.

4.4 L'assurance maladie

Il s'agit d'un domaine encore imparfaitement développé en Inde, puisque moins de

15% de la population indienne bénéficie d'un système de mutualisation.

Type de couverture	Pourcentage de la population concernée
Assurance privée	0,4
Assurance sociale ESIS	3,4
Prise en charge employeur	5
Assurance communautaire	5
Total	<14

- Le système d'assurances santé privée demeure limitée à 3 à 4 millions de personnes, essentiellement à cause d'obstacles réglementaires (limitation de prise de participation pour les sociétés étrangères et investissement minimum obligatoire élevé) et structurels (pas de culture de l'assurance, beaucoup de fraudes, absence de standardisation des protocoles de traitement).
- Le système d'assurance sociale, créé en 1948, est basé sur une retenue salariale obligatoire de 6%, mais ne concerne que les employés dont le salaire est inférieur à 6500 INR et les sociétés de plus de 20 personnes.
- Certains employeurs (publics et privés) offrent à leurs salariés l'accès gratuit à des services et infrastructures de santé (*Indian Railways* par exemple) ou le remboursement des dépenses de santé.

On peut toutefois espérer que le système d'assurances santé connaisse un succès grandissant dans les zones urbaines, les coûts des soins étant hors de portée de la population générale.

La *General Insurance Corporation* a ainsi formulé une liste de prestations que doivent impérativement couvrir les 4 principales assurances santé indiennes - la *United India Insurance Co Ltd.*, la *New India Assurance Co Ltd.*, l'*Oriental Insurance Co Ltd.* et la *National Insurance Co Ltd.* Il est également possible de contracter des assurances santé adaptées aux besoins du (ou des) prestataire(s). Par exemple, les assurances pour groupes couvrent les membres d'un club ; les étudiants qui quittent le domicile familial alors que les parents ne sont pas assurés peuvent contracter une assurance pour étudiants.

L'assurance santé permet de couvrir des personnes de 5 à 75 ans.

Interrogés à propos du système d'assurance et de remboursement, bon nombre d'Indiens nous ont fait part de leur totale ignorance. La majorité des consultations sont payées directement en liquide.

4.5 Participation du gouvernement

Le budget gouvernemental est faible en regard des budgets d'autres pays en voie de développement :

Chiffres en 2001	Budget du gouvernement % du PNB	Part du gouvernement dans les dépenses de santé	Part du budget santé dans le budget total du gouvernement
Brésil	3,2	49	9,4
Corée	1,8	27	10
Thaïlande	1,2	22	7.6
Chine	0,7	25	5,5
Inde	0,9 (1,5% en 1998)	20 (32% en 1994)	3,9

Cependant, l'Inde s'engage à investir davantage dans le secteur de la santé. Le président A.P.J Abdul Kalam a annoncé en 2004 que le gouvernement prévoyait de relever de 0,9% à 2% du PIB le montant des ressources publiques allouées à la santé. Cette réforme économique s'inscrit dans la lutte contre la pauvreté qu'entend mener le gouvernement indien, compte tenu du rôle majeur de la santé de la population dans le développement économique d'un pays.

En 2003, le gouvernement avait mis sur pied une Commission nationale temporaire Macroéconomie et Santé. La sous-commission de cet organe est chargée de répertorier les questions principales intéressant l'Inde – mécanismes actuels de financement de la santé, les possibilités de mobiliser des ressources supplémentaires – et d'en faire un rapport qui sera intégré dans un plan national sanitaire.

4.6 Amélioration de la prise en charge médicale

Selon la Constitution indienne, les soins primaires de santé font parti des droits individuels de base. Dans ce sens, le dixième plan de 5 ans (2002-2007) mis en place par le gouvernement prévoit :

- réduction des mortalités infantile et maternelle de 100 pour 100'000 à 30 pour 100'000 d'ici 2010.
- croissance zéro de HIV/AIDS d'ici 2007.
- réduction de 50% de la mortalité due à la tuberculose, malria et maladies véhiculées par l'eau d'ici 2010.
- augmentation de l'utilisation des facilités de santé publique de 20 à 70 % d'ici 2010.

4.7 Maladies

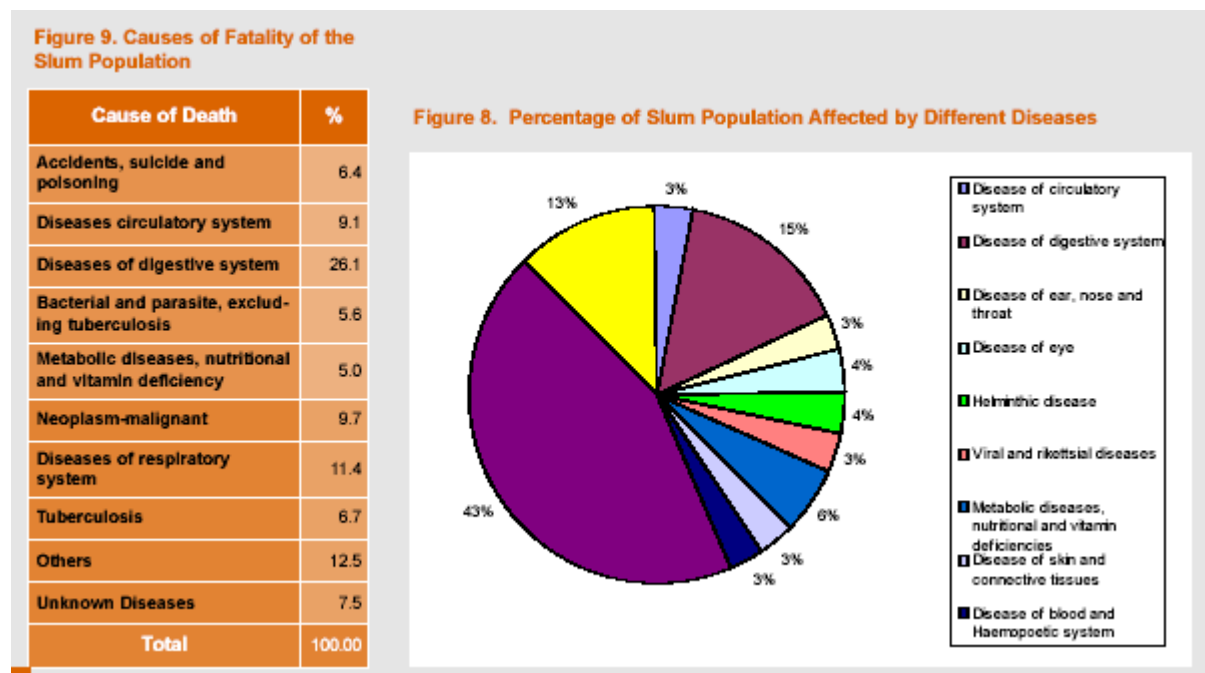
L'Inde a réalisé des progrès énormes en termes d'hygiène, surtout grâce à une médecine qui a largement profité des pratiques occidentales. Mais certains aspects comme la prévention ou l'éducation demeurent obscurs à la majeure partie de la population. Ce sont les strates aisées qui bénéficient le plus des soins prodigués par le secteur privé, pour des raisons financières bien entendu. Elles ont de plus accès à l'information qui fait tant défaut aux démunis. La misère et la maladie demeurent des réalités quotidiennes.

La lèpre sévit encore à l'état endémique malgré la mise en route du *National Leprosy Control Programme* (NLCP) en 1955 (!). Elle touche actuellement environ 3 millions

d'Indiens, et 15 à 20 % des cas sont infectieux. Le gouvernement a mis l'accent sur la lutte contre la lèpre après 1980 avec la ferme intention de l'éradiquer. Pour atteindre ce but, le pays dispose aujourd'hui de multiples établissements de soins pour lépreux : 760 unités de contrôle, 900 centres urbains, 300 unités de district...

Le pays reste sujet à des épisodes épidémiques de plusieurs maladies, comme la peste pneumonique en 1994 qui a fait des centaines de victimes. La tuberculose est aujourd'hui endémique, même si au début des années quatre-vingt elle touchait encore 10 millions de personnes dont les 25% étaient infectieuses. En 1991 on recensait 1,6 million de nouveaux cas.

Les maladies diarrhéiques, cause première de mortalité infantile, sont dues à des systèmes de distribution d'eau encore précaires. En zone rurale, environ 80% des enfants sont porteurs de parasites. 1 million de personnes succombent chaque année de ces maladies.



Il y a à peu près 1,5 à 2 millions de cas de cancers, et 500'000 nouveaux cas chaque année. Le nombre de décès annuel s'élève à 300'000. Les cancers les plus fréquents sont ceux de la bouche, du col de l'utérus et du sein. Les maladies cardiovasculaires sont également un problème de santé majeur : 14 millions de personnes en souffrent, avec un ratio homme : femme de 1 : 1.

L'Inde présente le nombre le plus élevé de porteurs du SIDA sur le continent asiatique ; environ 1 million de cas et 5 millions HIV-positifs. Le virus se répand par transmission hétérosexuelle, principalement par des prostitués et des travailleurs immigrés (les conducteurs de poids lourd par exemple). Les transfusions sanguines sont très risquées. En 1991 le sang transfusé n'était contrôlé que dans 4 villes : Madras, Bombay, Kolkata et Delhi. Les donneurs sont souvent des pauvres présentant un comportement à risque : usage de seringues, pratiques sexuelles non protégées. La lutte et la prévention contre la maladie s'annoncent difficiles, tant le pays reste ancré dans ses traditions (se prostituer est un péché). Il y a encore tant de tabous à briser avant l'acte même de soigner.

Table 8.2 Top 10 Specific Causes of Death in India, 1998

Cause	India		India/world
	thousands	percent	percent
Ischemic heart disease	1,471	15.8	19.9
Acute lower respiratory infections	969	10.4	28.1
Diarrheal diseases	711	7.6	32.1
Cerebrovascular disease	557	6.0	10.9
Tuberculosis	421	4.5	28.1
Road traffic injury	217	2.3	18.5
Measles	190	2.0	21.4
HIV/AIDS	179	1.9	7.8
Tetanus	165	1.8	40.3
Chronic obstructive pulmonary disease	153	1.6	6.8
Total deaths	9,337	100.0	17.3
Total population	982,223	100.0	16.7

Source: World Health Organization 1999.

Table 8.3 Top 10 Specific Causes of Disability-Adjusted Life Years Lost in India, 1998

Cause	India		India/world
	DALYs ^a	percent	percent
Acute lower respiratory infections	24,806	9.2	30.1
Diarrheal diseases	22,005	8.2	30.1
Ischemic heart disease	11,697	4.3	22.5
Falls (injuries)	10,898	4.1	40.3
Unipolar major depression	9,679	3.6	16.6
Tuberculosis	7,577	2.8	26.9
Road traffic injuries	7,204	2.7	18.5
Measles	6,474	2.4	21.4
Anemia	6,302	2.3	25.5
Fire-related injuries	5,723	2.1	47.8
All causes	268,953	100.0	19.5
Total population (thousands)	982,223	100.0	16.7

a. DALYs denotes disability-adjusted life years.

Source: World Health Organization 1999

5. PRÉSENTATION DE KOLKATA

Kolkata est la capitale de l'état du Bengale occidental. Jusqu'à août 1998, la ville était connue par son nom anglicisé de Calcutta qu'elle a abandonné officiellement le 1^{er} janvier 2001. Elle comptait, au dernier recensement de 2001, 4 580 544 habitants.



Étymologie du mot : Calcutta provient de Kali Kata, signifiant "Pied de la déesse Kali". D'après la légende, la déesse Kali aurait fait le tour du monde, et son pied serait atterri à l'emplacement de la ville.

Kolkata est fondée par Job Charcock pour le compte de la Compagnie anglaise des Indes orientales en 1690 sur le site de 3 villages, Kalikata, Sutanati et Govindapur.

Le 1^{er} novembre 1858, la reine Victoria assure le gouvernement de l'Inde avant d'en devenir l'Impératrice le 1^{er} janvier 1877. De 1858 à 1912, Kolkata est la capitale de l'empire britannique des Indes. En 1912, la capitale est transférée à Delhi. Calcutta n'en continua pas moins son développement économique, avec le développement d'activités mécaniques (comme les usines Hindustan Motors) et métallurgiques, lié à la proximité de mines de charbon. Depuis l'indépendance, Kolkata n'est plus que la capitale de l'état indien du Bengale occidental.

Centre du contrôle de la compagnie pour le Bengale depuis 1757, Kolkata profite d'une croissance industrielle rapide à partir des années 1850, particulièrement dans le secteur textile, malgré la pauvreté de la région environnante. Calcutta devint également un grand centre économique, avec le commerce de la soie, du salpêtre (utilisé pour la fabrication de la poudre à canon), de l'indigo, colorant utilisé pour la teinture des tissus le thé et les épices. Calcutta s'enrichit également beaucoup avec le commerce de l'opium, exporté par les anglais en Chine.

Au cours des 150 années suivantes, la population de Kolkata se développe de 117 000 à 1 098 000 habitants (banlieues comprises), pour atteindre aujourd'hui une population métropolitaine de plus de 13,2 millions.

Kolkata est un centre industriel et un port importants. Les industries traditionnelles sont le traitement du jute (80% de la production indienne) même si la Partition a enlevé à la ville une partie de ses ressources, l'exportation du thé (le Darjeeling est dans le Bengale occidental), l'exploitation du minerai de charbon. Kolkata abrite aussi des usines pharmaceutiques et chimiques, verrerie.

Kolkata est enfin une importante ville culturelle, traditionnellement les bengalis jouant complaisamment le rôle des intellectuels de l'Inde.

5.1 Les ONGs

Pour beaucoup d'entre nous, la ville de Kolkata est synonyme de pauvreté, de maladie et de bidonvilles miséreux. Les raisons en sont nombreuses et compliquées. D'une part, l'indépendance du Bangladesh a coupé Kolkata de son arrière-pays, entraînant de grands problèmes économiques pour la ville et toute la région. Et l'immigration, pour une grande partie clandestine, de réfugiés économiques et religieux, depuis ce nouveau pays qui compte parmi les plus pauvres au monde, a depuis des décennies peuplé les bidonvilles de Kolkata de personnes cherchant un futur plus heureux. La plupart de ces réfugiés s'installent à Kolkata, métropole indienne dans laquelle on parle le bengali, la langue officielle du Bangladesh.

D'autre part, des livres comme « La Cité de la Joie » et le travail incessant des organisations non gouvernementales ont rendu les bidonvilles de Kolkata célèbres. Qui n'a jamais entendu parler de Mère Térésa et de son engagement envers les plus démunis ?

En effet, Kolkata abrite une multitude d'organisations de bénévoles cherchant à rendre la vie plus supportable aux pauvres, et ceci dans de nombreux domaines. Durant notre stage, nous avons pu rendre visite à des écoles, des hôpitaux, des services de conseils juridiques et des organisations promouvant la situation de la femme en bidonville. Malheureusement, il semblerait que le gouvernement indien ne soit pas toujours du même côté que les ONGs. Souvent, la solution du gouvernement au problème des bidonvilles est d'employer des bulldozers pour raser ces habitations illégales. Ainsi, les habitants se retrouvent sans abri, ce qui n'améliore en aucun cas leur situation. En effet, ceci était le sort de l'un des bidonvilles où Écoles de la Terre/CRDS s'était impliqué et où l'association avait construit une école.

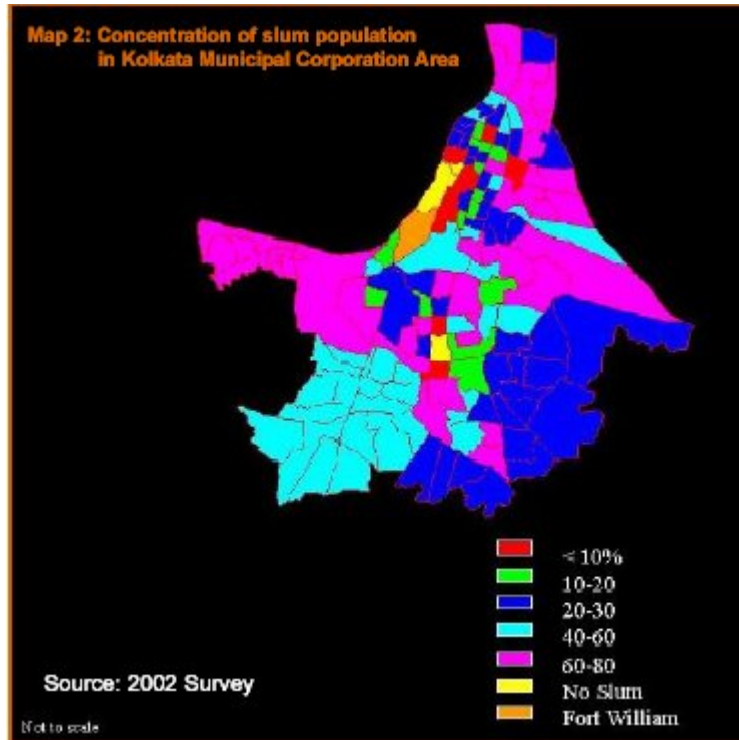
Nous nous sommes demandé si la présence de toutes ces ONGs n'était pas la motivation aux gouvernements local et fédéral indiens de commencer à résoudre le problème des bidonvilles. L'un des médecins indiens que nous avons eu la chance de rencontrer nous a dit que les problèmes de l'Inde d'aujourd'hui pouvaient se résumer avec la règle des trois « p » : population, pauvreté, politique. L'Inde, un pays surpeuplé et pauvre, est en outre paralysée par une classe gouvernante très politisée et, hélas, souvent corrompue. La gérante d'un des hôpitaux non gouvernementaux qui prend soin des personnes démunies de la métropole nous a parlé un peu de sa lutte continuelle contre la bureaucratie administrative du gouvernement, ce qui a tendance à frustrer tout effort de la part de son association.

Il est vrai que les conditions de vie de beaucoup de personnes démunies ont été améliorées par le travail de tous ces bénévoles. Ainsi, nous avons rendu visite à la colonie des lépreux de l'organisation de Mère Térésa, une institution qui rend un semblant de vie aux personnes souffrant de cette infection défigurante. Ces patients reçoivent tout un traitement médical et, après leur guérison, se voient offrir un poste de travail. Un nouveau domicile au sein de l'organisation leur est proposé, assurant ainsi la survie de l'ancien patient et celle de sa famille. Car la lèpre est encore une maladie très tabou et la personne défigurée par cette maladie aurait de grandes difficultés à retrouver du travail ailleurs. En outre des prothèses, des chaussures et d'autres outils adaptés au handicap des personnes sont fournis par l'association. Ces objets sont fabriqués au sein de la communauté par les malades, pour les malades. La chaleur avec laquelle nous avons été reçus par cette association nous a surpris, ainsi que l'austérité et le professionnalisme (quasi-)religieux de la colonie.

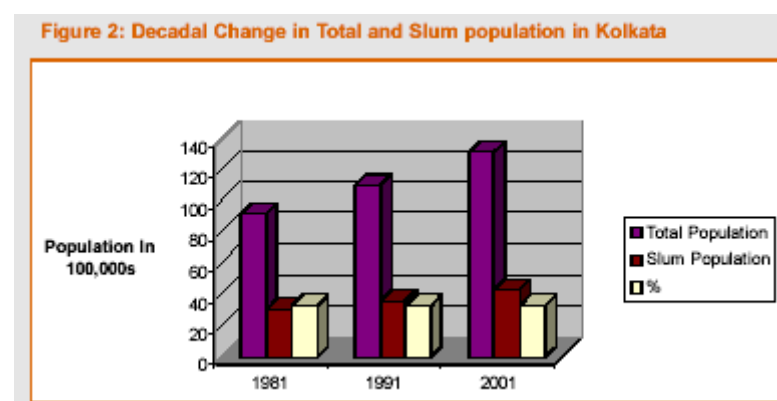
Or, nous avons aussi dû constater, en visitant d'autres ONGs humanitaires, qu'il y a quelquefois plus de bonne volonté que de savoir-faire. Kolkata regorge en effet de bénévoles qui passent quelques semaines à travailler pour une ONG. Cette aide, quoique précieuse dans bien des cas, ressemble malheureusement aussi souvent à

ce qu'on pourrait appeler du « tourisme humanitaire », ce qui n'est pas forcément dans l'intérêt de ceux qui reçoivent cette aide.

5.2 Les bidonvilles



En l'an 2001, la ville même de Kolkata (sans les régions périphériques) recensait 4'580'544 habitants, dont 1'490'967 vivants dans des bidonvilles, ce qui représente 32,55 % de la population. Avec sa périphérie, se sont plus de 3 millions de personnes. =



Lorsque le bidonville est reconnu par le gouvernement, les conditions de vie y sont un peu améliorées : pompe à eau, robinet d'eau, toilettes communes et électricité. Mais pour cela les habitants doivent payer un impôt. Les habitations, qui la plupart du temps sont louées, sont faites de boue, bambou et chaume. Elles comportent 8 à 10 pièces, pour les plus grandes, et dans chacune de ces pièces une famille de 4 à 5 personnes en moyenne peut y vivre. Le loyer est de 300 à 500 roupies par mois (9 à 15 frs). L'électricité coûte 100 roupies (3 frs).

Lorsqu'un bidonville n'est pas reconnu par le gouvernement, il est protégé par la

mafia locale qui perçoit une taxe sur chacune des habitations. Grâce à la corruption et à leurs relations dans la police et parmi les politiciens, le bidonville n'est pas rasé comme devrait l'être toute construction illégale à Kolkata. La mafia peut ainsi contrôler le trafic d'alcool frelaté, de stupéfiants et de femmes en toute quiétude. Les habitants de ces bidonvilles font partie des plus pauvres, ils se raccordent illégalement à l'électricité, n'ont pratiquement aucun meuble ni affaire personnelle, et dorment sur des nattes à même le sol.



Figure 5. Percentage Of Population by Wellbeing Category

CATEGORY	%
Lowest income group	42 %
Middle income group	48 %
Highest income group	10 %

Tous bidonvilles confondus, les habitants ayant les plus hauts revenus gagnent 2300-5000 roupies/mois (70-150 frs/mois), les revenus moyens 1500-2300 roupies/mois (45-70 frs/mois) et les revenus les plus bas 500-1500 roupies/mois (15-45 frs/mois). Plus de 70-80% des familles des bidonvilles de Kolkata vivent en-dessous du seuil de pauvreté.

5.2.1 Description des bidonvilles visités

Khidderpur



C'est le bidonville où nous nous sommes le plus souvent rendu. Il se trouve non loin d'habitations de la classe moyenne. Les jours de fortes pluies, il est accessible en marchant sur un petit muret, car cette zone se situe le long d'un petit canal qui déborde lors de la mousson et elle devient vite boueuse, voire inondée. Les habitations sont constituées de bambou, de terre, de bouses séchées et de

plastiques. L'intérieur se compose d'une natte au sol et d'ustensiles de cuisine. L'école se situe au centre du bidonville, sa base est en béton et le reste en bambou. La plupart des habitants sont des réfugiés du Bangladesh pour la très grande majorité musulmane. Ce bidonville n'accueille pas de petites industries ou d'artisans et n'est pas raccordé à l'électricité, de même qu'il n'y a pas de latrines ou robinet d'eau. En effet, il n'est pas reconnu par la municipalité et ne se trouve pas sous la protection d'une mafia locale. Seul CRDS peut empêcher, par la construction de l'école et l'apport de soins, la destruction de ce bidonville.

Tangra

Pour atteindre les habitations, il faut traverser une grande décharge dans laquelle cochons, chiens et vaches mangent les débris. Lorsqu'on n'a pas l'habitude, l'odeur prend à la gorge, surtout lors de fortes chaleurs comme ce fut le cas. La spécialité, ici, est la fabrication de tongs avec du matériel recyclé (principalement du plastique). Le bidonville est raccordé à l'électricité, possède des latrines et une pompe à eau. Majorité de musulmans.

Topsia

Topsia est construit sur les bords d'un canal. Il est raccordé à l'électricité et possède une pompe à eau. Les latrines se trouvent au-dessus de l'eau (voir photo de gauche). Plusieurs industries s'y sont implantées. À côté de l'école, un gros générateur tourne en continu durant les heures de travail pour alimenter une usine. Inutile de dire qu'il émet des gaz polluants et le système d'égout déverse des produits chimiques dans le canal (couleur bleu vif quand nous y étions) sûrement pleins de métaux lourds.



La population des 2 bidonvilles de Tangra constitue 93% des habitants de cette région.

Beltala

De Beltala, il ne reste plus aujourd'hui qu'une école au cœur de la ville. En effet, le bidonville a été « assaini », c'est-à-dire rasé par des bulldozers, le gouvernement ayant décidé de déplacer le problème des bidonvilles en périphérie de Kolkata. La plupart des familles ont déménagé, l'école reste ouverte pour les enfants des quelques familles toujours sur place.

Rashbehari

En plein centre ville (vers Kalighat), cette école reçoit chaque jour les enfants les plus défavorisés du coin ne venant pas d'un bidonville à proprement parler. C'est aussi le siège de CRDS et sert de réserve médicale pour le programme que nous avons suivi pendant un mois et demi.



5.2.2 Surpopulation de la ville et des bidonvilles

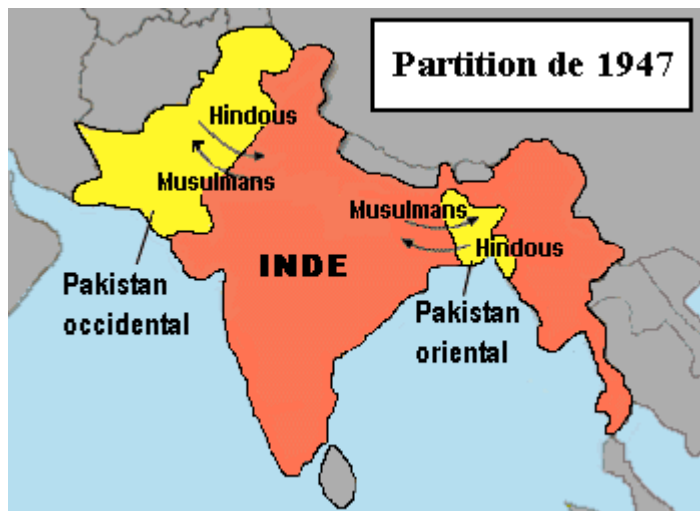
5.2.2.1 Migration des populations rurales

Le premier phénomène qui a conduit à la surpopulation de Kolkata est la migration

rurale. Depuis 1940-50, chaque année, suite à la sécheresse ou à des inondations, des milliers de paysans viennent de l'arrière-pays et des états ruraux voisins pour chercher à Kolkata des moyens de subsistance. Ceux-ci ont créé des bidonvilles autour des emplacements industriels. Mais grâce à la mise en place de la réforme agraire (Révolution verte) depuis 1965 (semences sélectionnées, agriculture irriguée, construction de barrages, réorganisation de la distribution des terres, création de banques rurales alimentaires) et à la mise en place d'aides aux paysans les plus pauvres, l'exode rural s'est stabilisé à 50'000 personnes par année. Malheureusement, à cause d'une gestion catastrophique de l'Etat, un développement inégal, une ouverture de l'Inde aux marchés occidentaux et à de nouvelles exigences de l'OMC, beaucoup de paysans vendent à perte et se retrouvent à nouveau dans la pauvreté.

5.2.2.2 Réfugiés

En 1947, l'indépendance est proclamée et l'Inde britannique est divisée en deux états : le Pakistan (composé du Pakistan occidental, actuel Pakistan et le Pakistan oriental, actuel Bangladesh) et l'Union Indienne. Les musulmans d'Inde affluèrent dans les deux Pakistans, alors que les hindous (11 millions) se réfugièrent en Inde.



Calcutta devint une cité pour les réfugiés, ils constituèrent 26,9% de la population de la cité en 1951. Les réfugiés de classe aisée reprirent les propriétés laissées par les musulmans, d'autres allèrent habiter dans des quartiers de la classe moyenne et la majorité construisit des bidonvilles à l'intérieur et en périphérie de la ville.

Depuis la partition, les deux Pakistans restent séparés par la langue, la culture et plus de 1'600 Km de territoire indien. Bien que la majorité de la population se trouve au Pakistan oriental, il ne dispose que d'une faible représentation politique, administrative et militaire. Le 26 mars 1971, la République populaire du Bangladesh est proclamée et le Pakistan occidental envoie l'armée sur place. Entre avril et décembre, plus de 10 millions de réfugiés sont accueillis en Inde, qui leur fournit toute l'aide nécessaire (camps, nourriture, soins), mais tout en précisant qu'elle ne les accueillera pas de manière permanente.

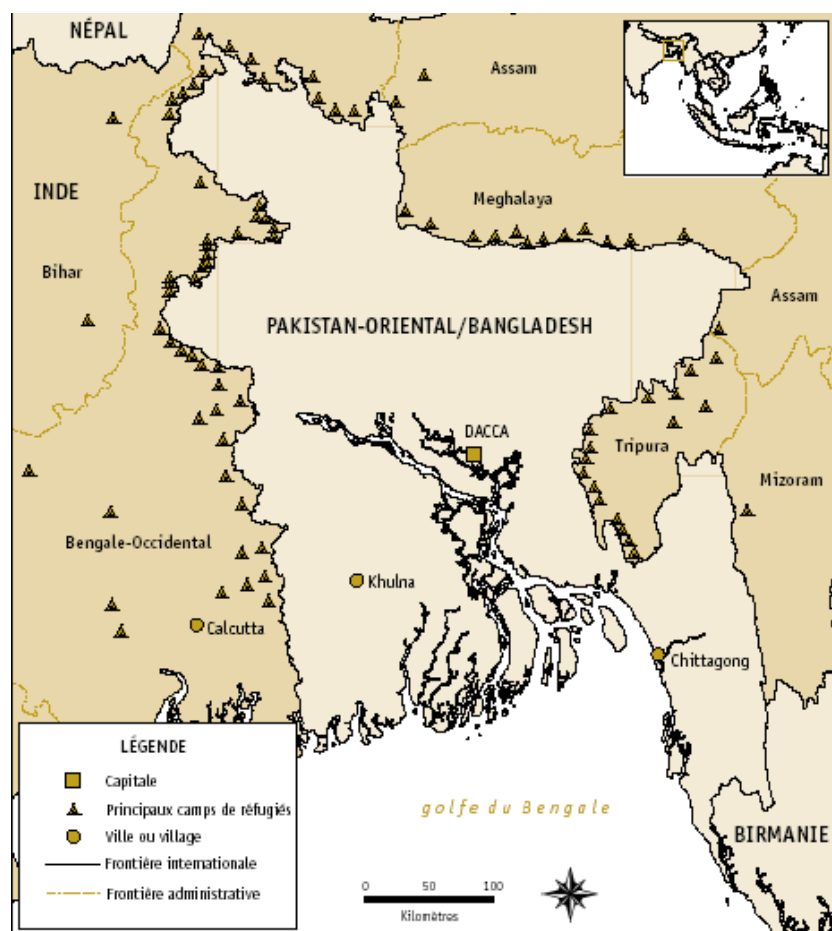
Réfugiés bengalis en Inde, au 1^{er} décembre 1971

Figure 3.1

États	Nombre de camps	Réfugiés dans les camps	Réfugiés hébergés par la population locale	Nombre total de réfugiés
Bengale-Occidental	492	4 849 786	2 386 130	7 235 916
Tripura	276	834 098	547 551	1 381 649
Meghalaya	17	591 520	76 466	667 986
Assam	28	255 642	91 913	347 555
Bihar	8	36 732	-	36 732
Madhya Pradesh	3	219 298	-	219 298
Uttar Pradesh	1	10 169	-	10 169
Total	825	6 797 245	3 102 060	9 899 305

Source : Report of the Secretary-General Concerning the Implementation of General Assembly Resolution 2790(XXXI) and Security Council Resolution 307(1971), Doc. ONU A/8662/Add.3, 11 août 1972.

L'Inde et le Bangladesh s'allient et l'armée pakistanaise capitule le 16 décembre 1971. D'énormes moyens sont mis en œuvre par l'Inde et le HCR (ponts aériens, trains spéciaux) et en février 1972, près de 9 millions de réfugiés rentrent chez eux. Sur le million restant, beaucoup se trouvent à Calcutta et particulièrement dans les bidonvilles. Après la partition des Indes britanniques et la guerre du Bangladesh, entre 1946-1977, environ 3.3 millions de réfugiés vinrent grossir la population de Calcutta et ses bidonvilles.



Sources : HCR : Global Insight Digital Mapping ©1998, Europa Technologies Ltd ; UNHCR, A Story of Anguish and Action, Genève, 1972, p. 43.

Kolkata continue à attirer les habitants de multiples régions de l'Inde pour lesquels la

métropole est synonyme de richesse, de paix et d'absence de conflits intercommunautaires. C'est la première ville indienne en densité de logements et de population (24'000 habitants/km²).

5.2.3 Crise du logement

Depuis plusieurs années, Kolkata doit faire face à une crise du logement. Une étude réalisée dans les années 50 a montré qu'à Kolkata, plus de 57,6 % des foyers vivaient dans des logements à une pièce et 20,6 % habitaient dans des appartements de deux pièces. La situation s'est dégradée au fil des ans. Toutefois, ceux qui ont un logement, même modeste, peuvent se considérer plus favorisés que les milliers d'habitants qui vivent à même les trottoirs. Ils sont près de 600'000 à passer la nuit dans des abris de fortune. La crise du logement vient d'une part de la pénurie de terrains constructibles et d'autre part de la politique désastreuse des loyers bloqués dans de vieux immeubles résidentiels : les locataires refusant de quitter les lieux, cela réduit encore davantage la disponibilité de terrain constructible. D'où la spéculation folle sur d'autres quartiers de la ville, rendant les prix de location ou de vente inaccessibles aux classes moyennes. Ainsi, la « Kolkata Municipal Development Authority » et le « West Bengal Housing Board » construisent quelques milliers de maisons par an alors qu'il en faudrait plus de 100 000 pour résorber la crise. Les bidonvilles sont disséminés un peu partout dans la ville de Kolkata, mais surtout en périphérie. Ce sont des endroits convoités pour construire des logements pour les basses classes ou les classes moyennes, les habitants sont donc bien vulnérables.

5.2.4 Travail

Traditionnellement, les bidonvilles sont les sites de plusieurs petites industries et petits métiers. Avant l'apparition des automobiles, les transports de la ville étaient presque entièrement aux mains des habitants des bidonvilles, les rickshaws. Depuis 1997, les « hommes-chevaux » sont officiellement interdits, pour « assainir le trafic et supprimer cette pratique servile ». Seuls 6'000 ont reçu une licence, les autres 25'000, souvent originaires du Bangladesh ou du Bihar, ont perdu leur seul moyen de survie. Même situation pour les milliers de colporteurs, qui ont dû quitter les trottoirs de Kolkata lors du grand nettoyage. La pauvreté est repoussée hors de vue. Ils contrôlaient également le marché du lait de bétail, le marché du cheval, la plupart était également maçons ou ouvriers. Le développement économique de la ville a marginalisé ces petits métiers, qui ont perdu leur activité indépendante et leurs ressources financières. Les vêtements, le cuir, le bois, le recyclage, les activités artisanales, les bidis (cigarettes locales), les pots de thé, les chaussures et la papeterie sont encore basés dans quelques bidonvilles, mais ils sont à la solde de grands commerçants.



Actuellement, les habitants qui ont un travail sont : domestiques, recycleurs dans les décharges, éboueurs, balayeurs, petits vendeurs ou main-d'œuvre. Ceux qui gagnent le mieux leur vie sont les travailleurs en usine, car leur revenu est régulier et sûr. Toutefois plus de 50 % sont au chômage, et cela risque d'augmenter ces prochaines années, car les grandes industries désertent la ville et lui préfèrent les mégapoles de Bombay, Bangalore ou New Delhi.

Photo 7: Sticker making

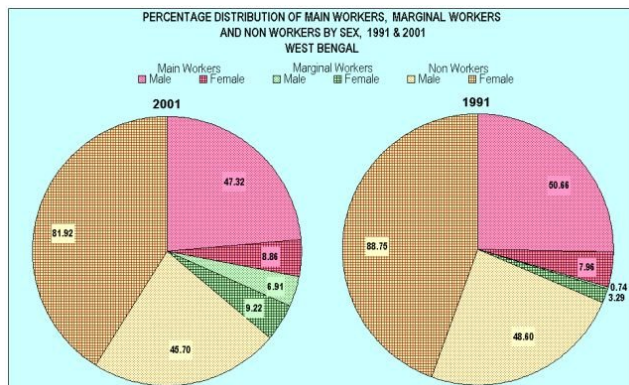


The making of stickers in a slum in Central Kolkata

Photo 8: Making bidis



The making of Bidis (a type of locally used cigarettes made of a local leaf called *bidi*)



Rajan

Rajan has been a Bidi Worker for seven years in ward no 38. His is originally from Bihar. His father was a Munshi at a Zamindar's place and when the zamindari system was abolished, he found it very difficult to make a living and started to live in the slums of Kolkata, so he set up his family in the Kolkata slums. The people living with him here are thika tenants. They have a structure occupying 2-3 kathas with a Bariwala who is the owner of the house. All members share a single room and hence male members sleep outside. In many cases these male members also sleep on the pavement. He does the work of making *bidis* which he has been doing for more than 10 years. On an average he makes about 500 to 600 *bidis* in a day and he gets Rs 70 (ca. US\$1.5) for that. He is more than 70 years old, but has to work for his livelihood. His perception about living in slum that it is acceptable to him since no other option is available. According to him poverty is part of slum life people live in slums because they are poor.

5.2.5 Enfants

La plupart des bidonvilles sont pris en charge par diverses associations permettant aux enfants d'être scolarisés. C'est la première génération vraiment lettrée. Les générations précédentes n'avaient pas d'aussi bonnes infrastructures à leur disposition.

Dans les bidonvilles où nous avons travaillé, les écoles mises en place par CRDS permettent à de nombreux enfants de suivre une scolarisation normale. Ainsi, à Topsia et Khidderpur, 12% des enfants vont à l'école. À Rashberi, 10% ; à Beltala, 20% et à Tangra 70 %. Ce sont des écoles primaires dispensant une formation de base qui permettra, par la suite, aux enfants d'accéder aux écoles fédérales indiennes. Mais le bidonville n'est pas le lieu idéal pour apprendre : l'enfant fait face à beaucoup de difficultés dans cet environnement. Beaucoup d'enfants ne sont pas reconnus par le père et la mère est seule pour les prendre en charge.

Table 19 : Living arrangements of children below age 15

State/UTs	Proportion (per 1,000) of children below age 15				
	Living with both parents	Living with father	Living with mother	With one parent alive	With both parents dead
Bihar	828	22	121	45	1
West Bengal	897	26	49	37	3
INDIA	849	27	90	41	2

Certains garçons, sous l'influence de leur père ou de leur grand frère, inhalent les senteurs de colle ou de dissolvants pour oublier la misère de leur condition. Certains deviennent alcooliques. D'autres intègrent la mafia locale comme hommes de main. Cela les conduit à arrêter l'école en cours d'année.

Les filles de religion musulmane se marient souvent vers l'âge de 15 ans, arrêtent leurs études pour s'occuper du ménage de leur nouveau mari et ne peuvent espérer reprendre les cours.

Certains parents préfèrent que leur enfant travaille ou s'occupe des autres enfants de la famille. Ils sont souvent engagés par les industries, car ils sont plus habiles de leurs mains, se contentent d'un salaire bas et n'hésitent pas à faire des heures supplémentaires. En Inde, on estime à 55 millions le nombre d'enfants travailleurs. Mais dans les grandes villes, une grande partie de la population commence à s'insurger de ce non respect des droits de l'enfant.

Malabika Balmiki

This child is only seven years old. She works in folding paper known as bhajai. She has been doing this work since she was even smaller and was doing it like an expert sitting by the side of the narrow lane at the entrance of the slum in which her family lived in a room. In fact this was very common and all children of the family did this work along with the women of the family whenever they got time. The small girl even went to a primary school and studied in Class I. The girl was very shy did the work in a mechanical way. It is known that the slum in which she lived was a Bengali speaking slum which has been there for many decades and fell within the Thika Tenancy Act. There were lots of mosquitoes in these slums which caused malaria and other transferable diseases. As regards her perception about slum she is comfortable since she was born and brought up here and is accustomed to this environment. Regarding poverty she has the opinion that the government should create employment opportunities so that they can improve their living environment.

Il n'y a pas de loi pénalisant l'inceste. En revanche les abus sexuels par d'autres personnes de la famille sont punissables de 12 ans de prison. 100'000 enfants se retrouvent dans la rue. Soit ils sont orphelins, soit on les a chassés, soit c'est d'eux-mêmes qu'ils sont partis. Beaucoup vivent sur les trottoirs, mais la plupart forment des clans dans les gares et s'improvisent balayeurs, revendeurs, trafiquants, acrobates ou pickpockets.

5.2.6 Relations entre les différentes communautés religieuses

Les musulmans constituent 20% de la population de la ville de Kolkata, les trois-quarts environ vivent dans des bidonvilles. Avec plus de 100 millions de musulmans, l'Inde est le deuxième pays islamique du monde (après l'Indonésie). Le West Bengale est l'un des seuls états où il y a très peu de conflits intercommunautaires. Les différentes communautés religieuses évitent de vivre dans les mêmes habitations, ceci en raison de mœurs et coutumes différentes. Malgré tout, il est fréquent de voir des musulmans participer à des fêtes hindoues et vice-versa. À la différence des grands bidonvilles, les petits où nous sommes rendus regroupent des habitants de même religion et souvent de même provenance. À Khidderpur, par exemple, ce sont des musulmans venus du Bangladesh.

5.2.7 Projet d'assainissement du gouvernement

5.2.7.1 Pearabagan

Ce bidonville de 1'200 familles et de 6'600 habitants dans le sud de Kolkata est devenu un modèle pour les autres bidonvilles : eau courante, latrines, égouts fermés, chemins pavés et électricité, ce sont les infrastructures mises en place par le projet d'assainissement de la ville. Comme l'a dit l'actuel maire de Kolkata, Subrata Mukherjee: « Nous voulons donner aux habitants des bidonvilles un endroit décent où vivre. Nous avons abandonné l'idée de faire prospérer une ville *sans* bidonvilles». Mais il y a encore bien des progrès à faire. Les habitants des bidonvilles ont en effet l'habitude de voir des ouvriers commencer à paver les rues ou installer un système d'égout peu avant les élections et qui une fois ces dernières passées ne montrent plus le bout de leur nez et laissent leur travail inachevé.

5.3 Santé dans les bidonvilles



Les problèmes de santé fréquemment rencontrés dans les bidonvilles dépendent de la proximité ou non de marécages, des installations sanitaires, de la présence d'usines, de la mousson, de l'alimentation.... Bref, tous ces facteurs sont liés à la pauvreté et à la précarité du milieu.

L'incidence de la tuberculose est 10 fois plus élevée dans les bidonvilles, les infections virales 2,5 fois plus élevées, les maladies de peau 2 fois, les maladies respiratoires 1,4 fois, les maladies du cœur 10 fois et les maladies allergiques 1,9 fois.

5.3.1 Comparaison des maladies rencontrées

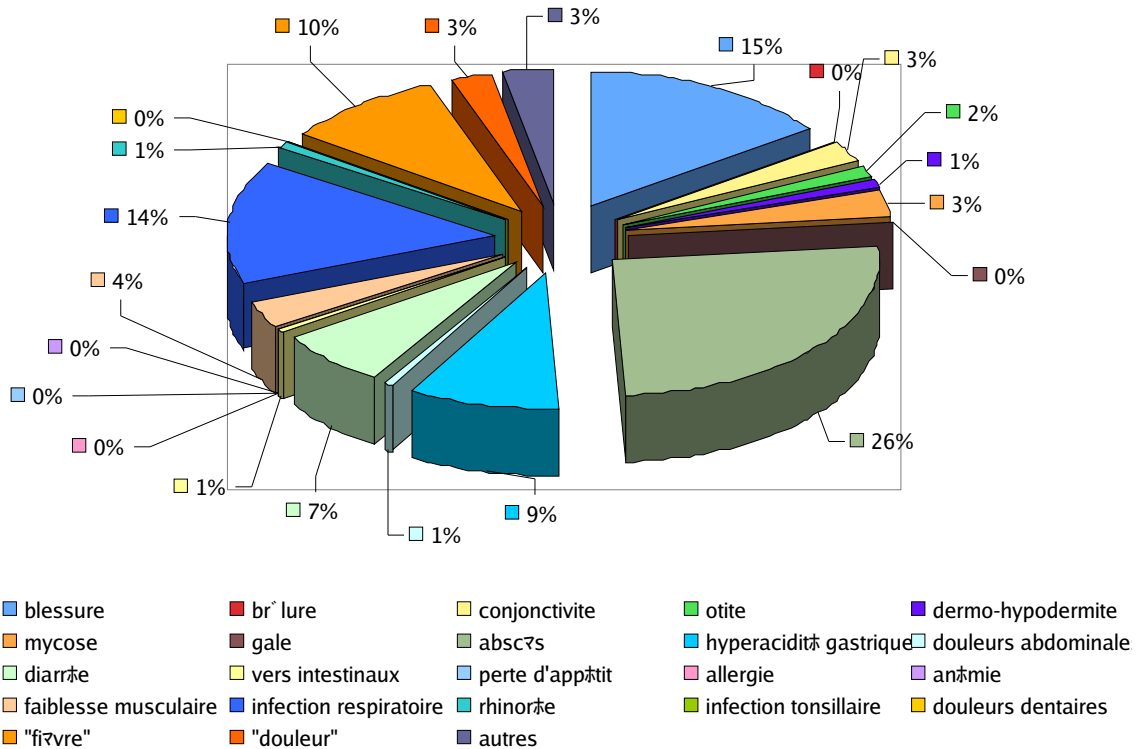
Les patients souffrent de fièvre, influenza, infections (bactériennes, virales ou fongiques), furoncles, abcès, problèmes de peau (eczéma, éruption solaire, démangeaison, ...), problèmes respiratoires (asthme, pneumonie), anémie, diarrhée, sous-alimentation, déshydratation, conjonctivites, otites...

Nous avons constaté qu'il existe une corrélation entre l'environnement dans lequel vivent les patients et la fréquence de certaines maladies.

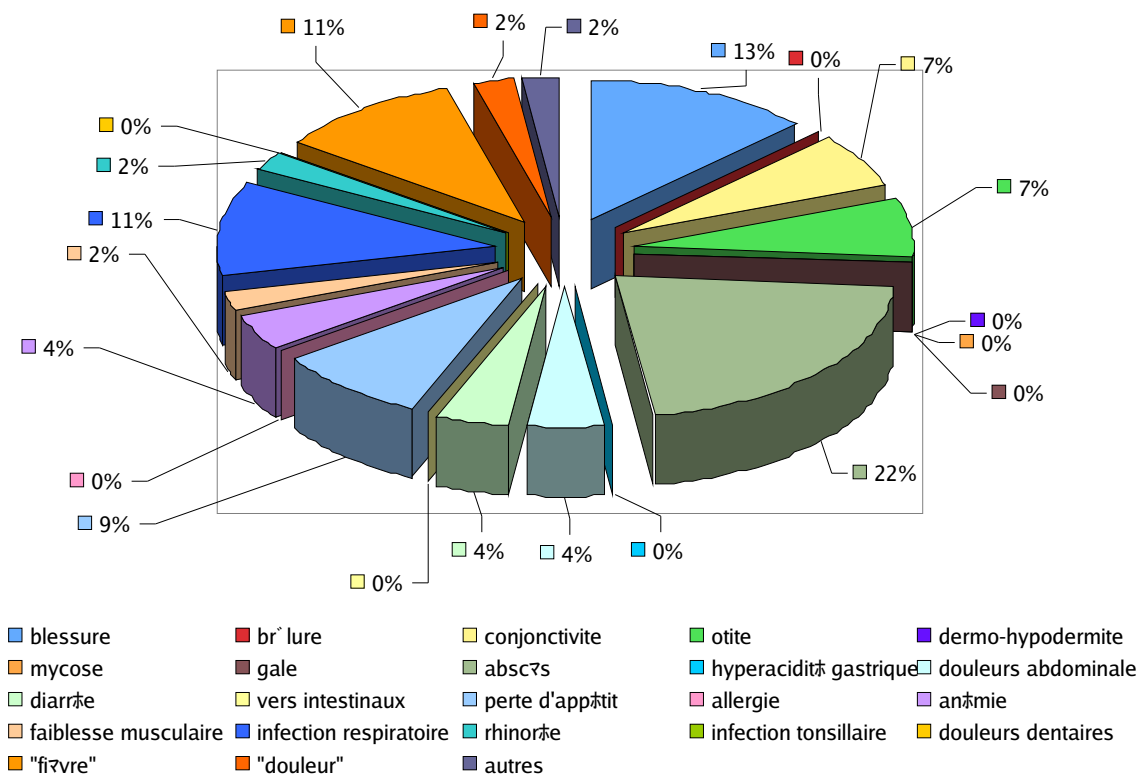
- Les problèmes de peau concernent surtout les écoles en région urbaine et périurbaine, comme l'illustrent les exemples de Rashbehari, Beltala, Topsis et Tangra. Une mauvaise hygiène corporelle pourrait peut-être en être la cause.
- Khidderpur, un bidonville en région périurbaine, est situé dans une région marécageuse, où les problèmes d'hygiène et de traitement d'eau sont plus importants, on observe une forte prévalence de maladies respiratoires et de parasites intestinaux.

- Enfin, en région rurale (Bhubaneswari et Chhatua), nous avons observé plus de problèmes dentaires. Ceci est probablement dû à un mauvais enseignement de l'hygiène dentaire ou à un manque d'accès aux produits d'hygiène. En outre, beaucoup de patients se sont présentés avec de la fièvre, symptôme dont l'origine n'a pas toujours pu être élucidée.

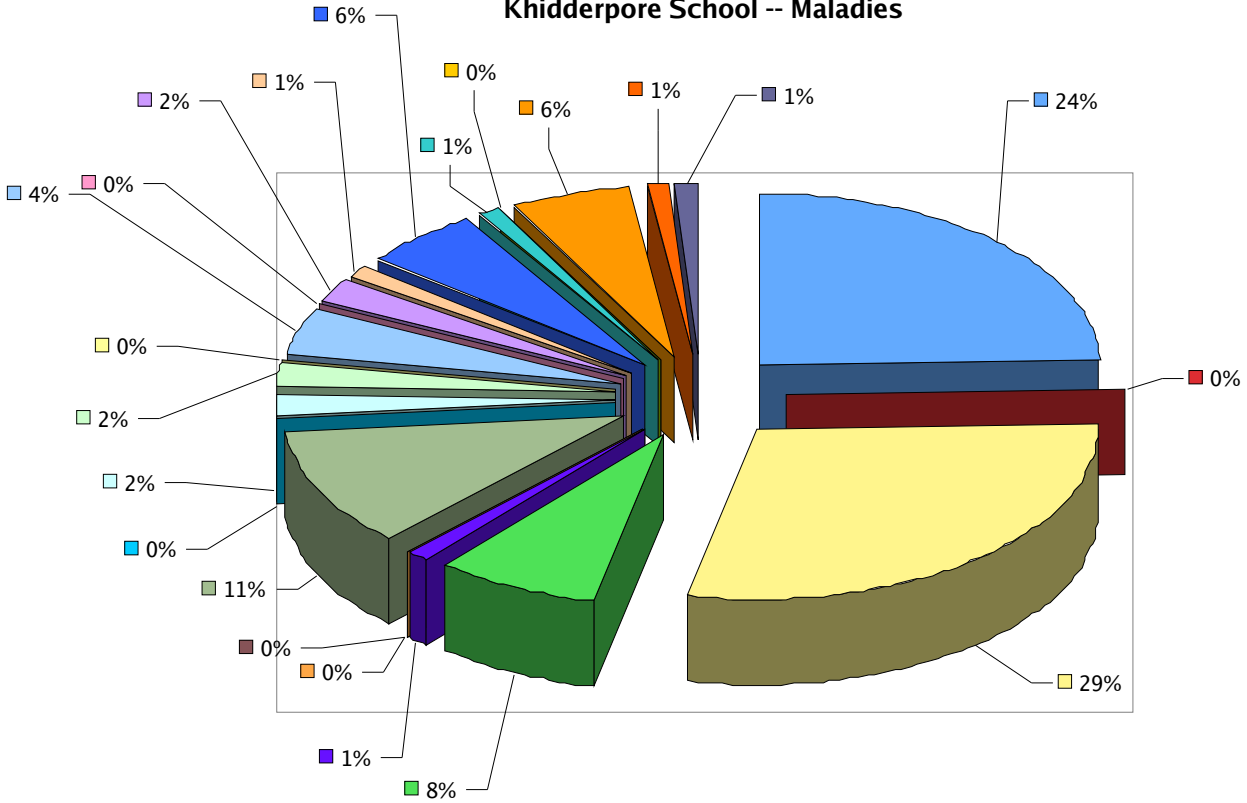
Tangra School -- Maladies



Topsia School -- Maladies

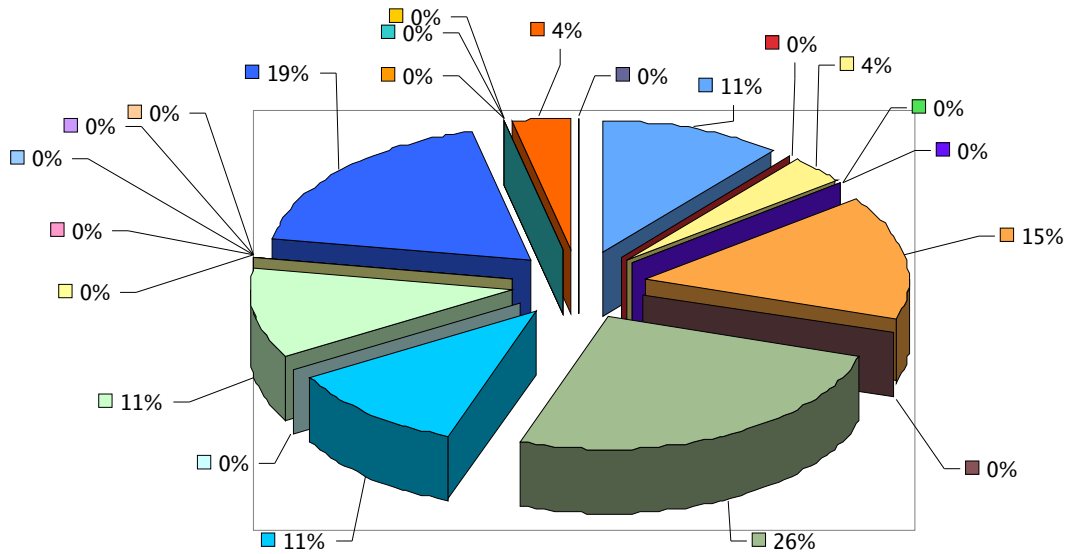


Khidderpore School -- Maladies



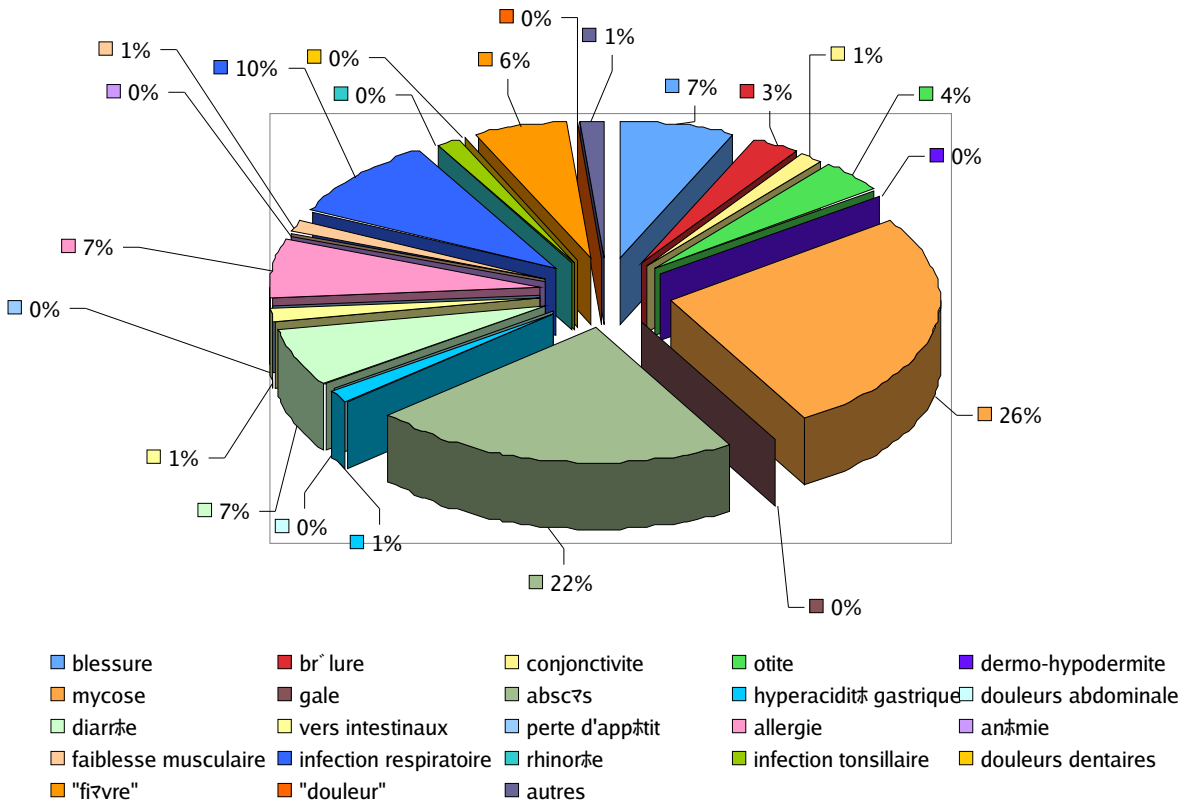
- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------|------------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| blessure | brûlure | conjonctivite | otite | dermo-hypodermite | mycose |
| gale | abscesses | hyperacidité gastrique | douleurs abdominales | diarrhée | vers intestinaux |
| perte d'appétit | allergie | anémie | faiblesse musculaire | infection respiratoire | rhinorrhée |
| infection tonsillaire | douleurs dentaires | "fièvre" | "douleur" | autres | |

Rashbehari School -- Maladies



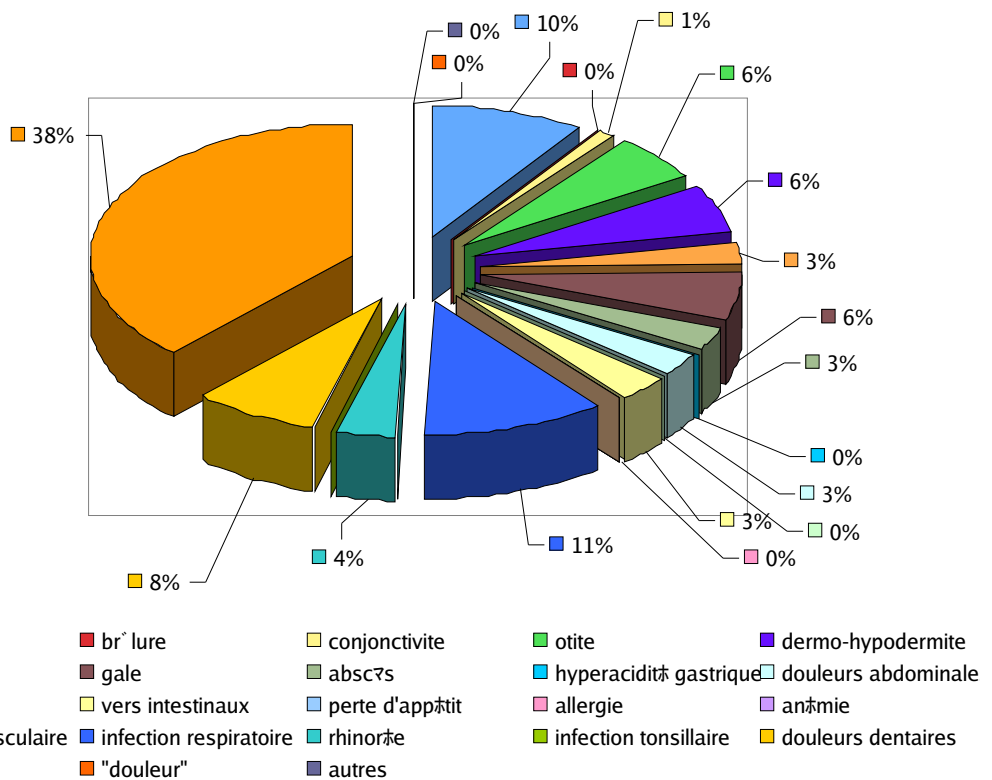
- | | | | | |
|----------------------|------------------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| blessure | brûlure | conjonctivite | otite | dermo-hypodermite |
| mycose | gale | abscesses | hyperacidité gastrique | douleurs abdominales |
| diarrhée | vers intestinaux | perte d'appétit | allergie | anémie |
| faiblesse musculaire | infection respiratoire | rhinorrhée | infection tonsillaire | douleurs dentaires |
| "fièvre" | "douleur" | autres | | |

Belthola School -- Maladies



5.3.2. Accès aux soins

Bhubaneswari & Chhatua Schools -- Mal



Le climat tropical est favorable à la prolifération de germes et de leurs vecteurs. Jusqu'à récemment, les habitants des bidonvilles n'avaient pas accès aux soins et la

plupart des habitants n'avaient jamais vu un docteur. Ils avaient plutôt recours aux chamanes ou aux rebouteux. Les choses sont en train de changer.

Conscients que lors d'une maladie sévère ou chronique les patients peuvent s'endetter pour pouvoir se soigner ou ne le font tout simplement pas, car seule 10% de la population de Kolkata est couverte par une assurance santé, le gouvernement essaie de faciliter l'accès aux soins pour toutes les couches de la population.

Les hôpitaux publics proposent des consultations gratuites le matin et à moindre coût l'après-midi pour voir des spécialistes. Certains hôpitaux sont subventionnés par l'état pour les radiographies, scanners, échographie et d'autres tests. Mais les médicaments sont payants et cela dissuade beaucoup d'habitants de ne pas se rendre en consultation en cas de maladie. De plus, ils devaient se rendre à l'hôpital par leurs propres moyens (à pied, à vélo, transports communs) et cela pouvait leur prendre toute la journée, en comptant la consultation et les examens complémentaires quand il y en a. Mais depuis que CRDS a mis en place le programme médical une fois par semaine, les habitants peuvent avoir accès à tous les soins. En effet, en plus de proposer une visite médicale à laquelle les habitants se rendent chaque semaine, CRDS leur donne gratuitement les médicaments dont les habitants ont besoin, leur paie les radios, les scans et les échographies lors de leur visite à l'hôpital. Les habitants y retournent lors d'une urgence ou quand CRDS le leur conseille.

De plus, grâce aux informations préventives mises en place par CRDS, les habitants se lavent les dents et le corps plus souvent. Ce programme médical est donc fort apprécié des habitants.

5.3.3 Nutrition et sous-alimentation

Les problèmes liés à l'alimentation les plus fréquents sont : malnutrition, anémie, déficiences en vitamines A, B, C et D. L'anémie est très fréquente parmi les femmes, mais aussi chez les enfants. En plus d'être un terrain propice aux maladies infectieuses, ceci peut avoir un effet néfaste sur leurs performances à l'école, leur développement moteur, leur coordination et leur comportement. Selon un rapport pédiatrique, en Inde, environ 70,8% des enfants de moins de 3 ans sont anémiques. Selon la tradition ce sont les femmes qui sont les dernières à se nourrir lors d'un repas, priorité aux hommes et aux garçons. Ceci même quand elles sont enceintes ou allaitantes. La privation de nourriture et l'anémie sont des facteurs de risque supplémentaires lors de la grossesse et de l'accouchement. Il est fréquent qu'elles donnent naissance à des enfants de bas poids. Rappelons que les taux de mortalité maternelle sont parmi les plus élevés au monde.

Table 5 : Birth weight

State/UTs	Percent children below age five years who weighed less than 2,500 grammes at birth				
	Rural	Urban	Male	Female	Total
Bihar	20.3	21.1	17.7	24.3	20.6
West Bengal	23.0	22.8	20.0	25.8	22.9
INDIA	22.7	20.8	20.5	23.4	21.8

Le manque de vitamine A est dû à une sous-consommation de légumes, de lait, d'œufs, de poisson, de viande et de fruits. Bien que la cuisine indienne soit

équilibrée, beaucoup d'indiens souffrent de malnutrition, en particulier les femmes et les enfants :

Chapati, naan (galettes), riz -> glucides

Dal (lentilles), pois -> protéines

Huiles : palme, coton, arachide... -> lipides

Nombre de personnes sous-alimentées			Proportion de sous-alimentés dans la population totale			
1990-1992	1995-1997	2000-2002	1990-1992	1995-1997	2000-2002	
Millions			%			
215,8	203,0	221,1	25	21	21	
CATÉGORIE DE PRÉVALENCE DE LA SOUS-ALIMENTATION	Disponibilités énergétiques alimentaires (DEA)	Part des aliments autres que les féculents dans les DEA	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans		Insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans	
	1990-1992	2000-2002	1979-1981	2000-2002	1990	2000
Pays	kcal/jour/persone	%	par 1000 naissances vivantes		%	
Inde	2370	2420	32	39	123	90
					56	47

Selon ce même rapport, les principales causes de malnutritions sont les suivantes :

TABLE II—Causes of Poor Nutritional Status in Urban Slum Children.

1. Inadequate food intake
 - Improper infant feeding practices
 - Lack of exclusive breastfeeding
 - Late introduction of solid mushy foods
 - Dilution of milk
 - Poor caloric and nutritional content of food
 - Inequitable intra-familial distribution (Age and gender differences)
2. Illness (Recurrent diarrheal and ARI morbidity)
 - Poor environmental and housing conditions.
 - Lack of hygiene and sanitation facilities
 - Inadequate access and utilization of health care
 - Poor food hygiene
3. Deleterious caring practices
 - Absence of responsible adult caregiver.
 - Lack of knowledge regarding food requirements.
 - Traditional beliefs
 - Parental illiteracy
 - Poverty
4. Service issues
 - Lack of reach and co-ordination of public sector services.
 - Inadequate training and supervision of service providers in nutritional counseling.
 - Missed opportunities for counseling.
 - Compromised efficiency of services and programs (Urban ICDS, PDS and others).
 - Inadequate targeting of the urban poor.

Les recommandations pour un bon allaitement sont de commencer immédiatement après la naissance et uniquement durant les six premiers mois. Mais comme la plupart des femmes doivent continuer à travailler pour gagner de l'argent et le congé maternité n'existant pas, elles confient leur nouveau-né à leurs enfants plus âgés durant la journée. Du coup, le bébé ne peut être nourri au sein comme il le devrait. De plus, selon la tradition, les fillettes sont moins fréquemment nourries que les garçons, car il y a moins besoin d'en prendre soin. Après six mois, un apport alimentaire supplémentaire doit être ajouté pour une croissance optimale. Il est recommandé d'allaiter jusqu'à la deuxième année.

Table 6 : Breastfeeding

State/UTs	Percent children below two years					
	Currently breastfed			Breastfed within a day of birth		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Bihar	95.8	86.7	94.8	51.8	68.3	53.6
West Bengal	94.1	81.1	91.7	67.4	72.6	68.3
INDIA	90.3	79.4	87.9	50.6	65.9	54.0

Table 7 : Exclusive breastfeeding and complementary feeding

State/UTs	Percent children aged 0-3 months exclusively breastfed			Percent children aged 6-9 months receiving breastmilk and complementary feeding		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
	Bihar	46.0	32.8	44.5	41.3	51.7
West Bengal	43.6	33.3	41.8	61.6	76.0	64.0
INDIA	39.5	26.8	36.8	40.7	55.8	43.9

State/UTs	Percent currently breastfed among children aged					
	12-15 months			20-23 months		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Bihar	100.0	89.2	98.4	82.9	57.1	79.7
West Bengal	97.5	74.2	93.4	82.8	73.9	80.8
INDIA	91.8	76.7	88.2	70.0	53.9	65.8

Généralement les gens vivants dans les bidonvilles n'ont pas les connaissances suffisantes en ce qui concerne les besoins alimentaires pour leurs enfants ou pour eux-mêmes.

5.3.4. Prévention

5.3.4.1 SIDA

Malheureusement l'Inde est actuellement le pays qui possède la plus grande population infectée au monde (4 à 8 millions de personnes infectées). En effet, l'épidémie du sida progresse très vite à cause de la persistance des tabous, de l'ignorance et de l'isolement des malades. Il n'y a aucune loi qui interdit la discrimination contre une personne ayant le sida ou une maladie sexuellement transmissible. Selon les lois hindous et musulmanes, l'infection de l'un des partenaires est une raison suffisante pour divorcer. Mais malgré ses promesses, le 23 mars dernier, le Parlement indien a adopté un projet de loi sur les brevets. Désormais, les médicaments pourront être protégés contre la copie pour 20 ans. L'Inde était le principal fournisseur de médicaments génériques pour les malades du sida dans les pays pauvres, mais en tant que nouveau membre de l'OMC, elle doit respecter les règles de propriétés intellectuelles de l'organisation. Ainsi, des copies génériques à prix abordables ne pourront plus être produits. En Inde, se sont plus de 50% des malades du sida qui bénéficiaient d'un traitement antirétroviral à base de génériques.

Une étude a été menée dans l'un des bidonvilles du sud de Calcutta (Chetla) : 59 % d'entre eux ont déjà entendu parler du SIDA, mais l'associent à la prostitution et à la proximité. Seuls 2,5 % d'entre eux savent que pour éviter d'attraper la maladie, il faut utiliser un préservatif. Les autres pensent que le meilleur moyen de ne pas contracter la maladie est d'éviter les gens qui en sont porteurs.

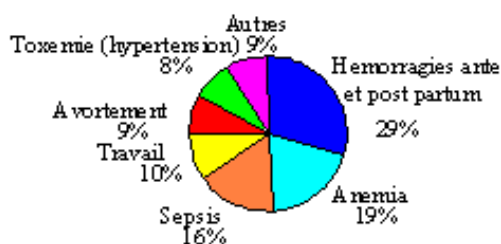
State/UTs	Percent women aged 15-49 years who have heard of HIV/AIDS								
	Ever married women			Never married women			All women		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Bihar	6.1	39.4	10.6	14.8	61.2	28.3	7.0	44.3	12.7
West Bengal	19.5	62.3	31.0	39.6	83.7	59.9	21.8	67.2	35.4
INDIA	29.4	65.4	39.3	50.2	76.6	60.9	32.5	68.1	43.1

State/UTs	Percent women aged 15-49 years								
	Know all three ways of vertical ¹ transmission of HIV/AIDS			Agree that an HIV/AIDS infected person can continue to work			Agree that a woman can ask men to use condoms ²		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Bihar	3.6	24.7	6.8	3.0	20.4	5.7	45.3	55.7	50.9
West Bengal	12.0	31.0	17.7	9.5	41.4	19.0	41.4	41.1	41.2
INDIA	19.1	35.7	24.0	13.6	39.0	21.2	42.2	55.1	48.2

Plusieurs organisations indiennes et internationales mènent des campagnes de prévention auprès des prostituées. Ils animent des réunions d'information sur le préservatif, leur rendent visite, prescrivent des visites médicales régulières et participent au suivi thérapeutique des malades à qui l'on essaie d'offrir le minimum, car ils sont isolés et ignorés par leur famille. En 2002, une commission a été formée dans le but de contenir la transmission et d'améliorer les conditions de vie des personnes atteintes. Pour cela ils vont mettre sur pied des programmes de prévention (campagne d'affichage sur le HIV et les MST lorsque nous y étions), amener les jeunes à une meilleure compréhension de la maladie et des malades, rendre la transfusion sanguine sans danger et mobiliser le support des ONGs et des organisations communautaires.

5.3.4.2. Maternité et planning familial

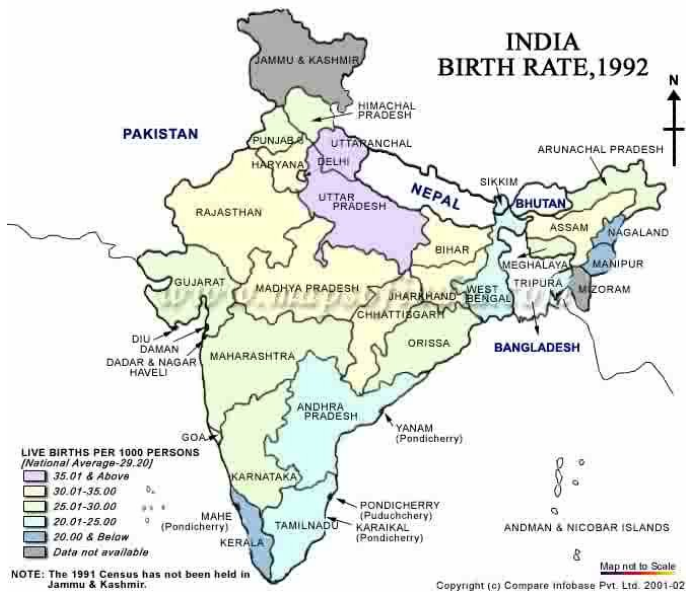
En Inde, le taux de mortalité maternelle reste aujourd'hui encore très élevé : 100 000 femmes par an, c'est-à-dire environ 407 femmes pour 1 000 naissances vivantes. Ce taux est étroitement lié à celui de la mortalité infantile due aux maladies vaccinables, à la malnutrition (représentant 50% de la mortalité infantile), au manque d'hygiène, à l'anémie, au déficit en vitamine A et en iode et au peu de suivi de l'enfant post partum.



Source SRS 1998

Ce diagramme représente les principales causes de mortalité maternelle. On remarque que la plupart auraient pu être évitées par un meilleur suivi de la grossesse. En effet, bien que 67% des femmes vont à au moins une visite prénatale seulement 15% ont un suivi complet, c'est-à-dire trois visites avec prise de la tension, vaccination contre le tétanos, prophylaxie des doses de fer et d'acide folique, vérification de la teneur sanguine en fer et examen abdominal. De plus, rares sont les femmes aidées par des personnes compétentes (obstétricien, sage-femme) lors de leur accouchement, car beaucoup de femmes (65%) accouchent chez elles. Ainsi si une complication survient, elles ne sont pas prises en charge efficacement.

Le planning familial a été créé dans les années 1960 afin de limiter l'augmentation de la population. Il est peu utilisé en Inde, car il n'a pas su répondre aux attentes locales, notamment rurales. Ainsi la croissance de la population ne freine pas et d'après les estimations ne se stabilisera pas avant 2060. Le peu de succès du planning familial, malgré les 150 000 instituts, s'explique en regardant la faible diminution du taux de naissance passant de 34‰ en 1982 à 30‰ en 1992.



Vu que seulement 37,5% des couples ont utilisé au moins une fois une contraception, le gouvernement a mis en place une campagne d'affichage promouvant l'utilisation du préservatif. Bien qu'officiellement le contrôle des naissances n'existe pas en Inde, il offre une petite somme d'argent à toute personne décidant de subir une vasectomie ou une ligature des trompes. Cependant, cette offre n'a pas eu le succès escompté, car la plupart des couples décident de se faire stériliser après plusieurs grossesses.

5.3.4.3. Vaccination

Plan de vaccination national

Vaccine	Age				
	Birth	6 weeks	10 weeks	14 weeks	9-12 months

Primary vaccination					
BCG	X				
Oral polio	X	X	X	X	
DPT		X	X	X	
Hepatitis B*		X	X	X	
Measles					X
Booster Doses					
DPT + Oral polio	16 to 24 months				
DT	5 years				
Tetanus toxoid (TT)	At 10 years and again at 16 years				
Vitamin A	9, 18, 24, 30 and 36 months				
Pregnant women					
Tetanus toxoid (PW): 1 st dose	As early as possible during pregnancy (first contact)				
2 nd dose	1 month after 1 st dose				
Booster	If previously vaccinated, within 3 years				

Programmes d'immunisation

Ces programmes ont pour but de réduire la mortalité et la morbidité dues à des maladies pouvant être prévenues par la vaccination. Après l'éradication de la variole en 1975, l'ONU lança l' *Expanded Programme on Immunization* (EPI) en 1978 pour lutter contre 6 maladies : diphtérie, pertussis, tétanos, poliomyélite, typhus et la tuberculose. Le but était à l'époque de couvrir 80% des bébés. Ultérieurement le programme est devenu universel et renommé l' *Universal Immunization Programme* (UPI) en 1985. C'est à cette époque que le vaccin contre la rougeole intégra le programme alors que celui contre le typhus en fut exclu. De 1985 à 1990 l'UPI s'étendit progressivement dans tout le pays en ciblant particulièrement l'immunisation primaire des nourrissons et l'immunisation contre le tétanos des femmes enceintes. L'UPI prévoit le plan de vaccination ci-dessus et nécessite une chaîne du froid fiable pour stocker et transporter les vaccins, ainsi qu'une production indienne suffisante de tous ces vaccins. Par la suite, l'UPI intégra le programme national de la reproduction et de la santé des enfants (RCH). De plus, de nouveaux programmes ont été lancés dans le pays, notamment le programme d'éradication de la poliomyélite mis en place en 1995-96 avec les journées nationales de l'immunisation (NIDs).

La mise en application

Bien qu'en général la santé se soit améliorée ces trente dernières années, la mortalité des enfants en dessous de 5 ans reste très élevée : 81‰ naissances vivantes avec une mortalité infantile (enfants en dessous de 12 mois) de 63‰ naissances vivantes. Alors que la mortalité infantile diminue rapidement dans les années 1980 on remarque un freinage de cette diminution dans la décade suivante.

Population data in thousands ²

2004	2003	2002	2001	2000	1990	1980
------	------	------	------	------	------	------

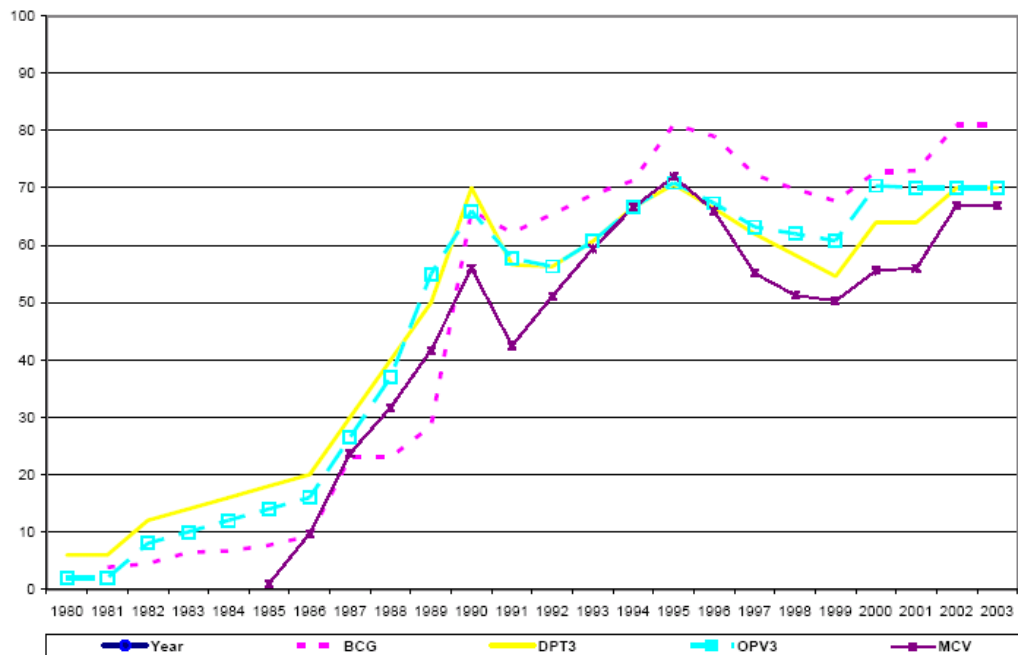
Total population	1'081'229	1'065'462	1'049'549	1'033'395	1'016'938	846'418	688'856
Live births	24'974	25'052	25'221	25'477	25'779	26'117	23'517
Surviving infants	23'479	23'597	23'793	24'032	24'261	23'759	20'294
Pop. less than 5 years	117'679	118'568	119'524	120'343	120'878	115'404	96'705
Pop. less than 15 years	350'197	349'973	349'470	348'562	347'158	309'227	265'551
Female 15-49 years	270'351	265'111	259'828	254'534	249'253	201'498	159'836

Number of reported cases								
		2004	2003	2002	2001	2000		
1990	1980							
<u>Diphtheria</u>		8'260	3'914	5'472	5'101	3'094	8'425	39'231
<u>Measles</u>		46'501	44'004	51'780	37'969	22'236	89'612	114'036
<u>Mumps</u>		-	-	-	-	-	-	-
<u>Neonatal tetanus</u>		1'063	1'691	1'718	3'241	1'679	9'313	-
<u>Pertussis</u>		31'511	28'985	34'703	30'653	27'851	112'416	320'109
<u>Polio</u>		134	225	1'600	268	265	10'408	18'975
<u>Rubella</u>		-	-	-	-	-	-	-
<u>Total tetanus</u>		3'318	4'713	-	8'880	6'694	23'356	45'948
<u>Yellow fever</u>		-	-	-	0	-	-	-

La plupart des enfants meurent durant le premier mois, 47% dans la première semaine. Plus de 2 millions d'enfants meurent de maladies pouvant être évitées par la vaccination. La rougeole avec plus de 46 500 cas l'année dernière est à l'heure actuelle la plus grande cause de mortalité infantile en Inde. Le tétanos chez les nouveaux-nés reste également un problème dans 5 états : Uttar Pradesh, Madhya Pradesh, Radjasthan, Bengale Occidentale et Assam. On observe une diminution importante des cas de polio passant de 1 934 cas en 1998 à 268 cas en 2001. Ainsi malgré la poussée subite des cas en 2002 l'Inde est en bonne voie pour réussir à interrompre la transmission de la polio et à l'éradiquer.

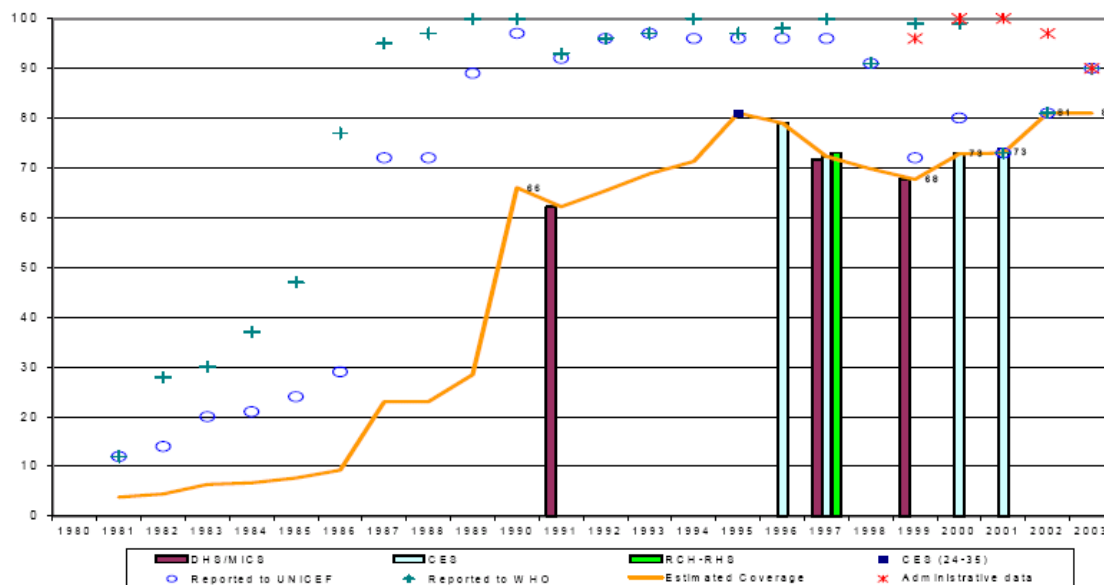
Le nombre encore trop élevé de personnes atteintes de ces maladies résulte d'une couverture vaccinale insuffisante. Il est vrai que pour le BCG, DTP1-3, l'hépatite B, le MCV ou la polio la couverture vaccinale est inférieure à 80% mais le plus grave vient malheureusement du fait que pour la plupart la couverture était plus haute quelques années en arrière. Seule la couverture pour le PAB (tétanos toxoïde) atteints 80% et ceci est dû à une forte campagne plébiscitant la vaccination des femmes enceintes contre le tétanos.

Estimated Immunization Coverage, 1980-2003



Le BCG

India BCG Estimates, 1980-2003

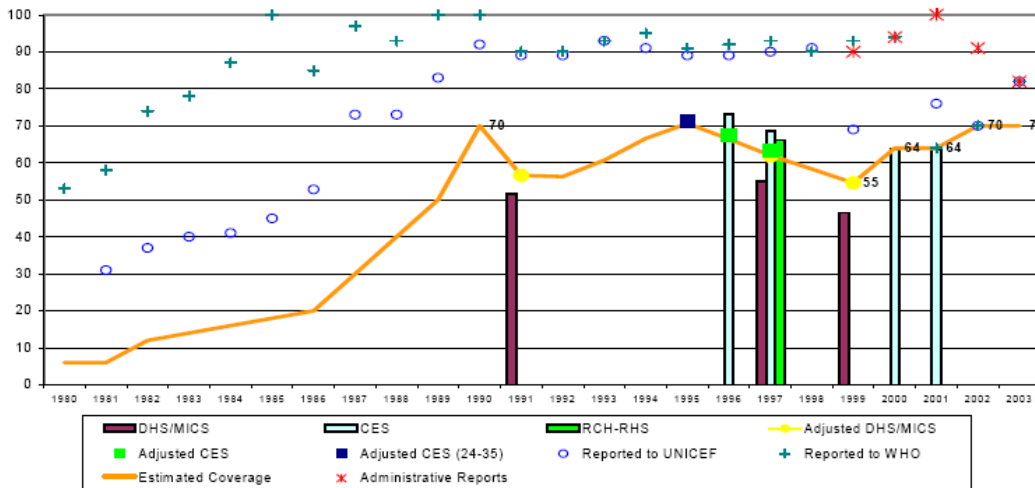


CES=Coverage Evaluation Surveys

La couverture vaccinale du BCG augmenta dans la deuxième partie des années 1980 grâce à l'expansion géographique du UPI à tous les états et à une augmentation des fonds apportés par le gouvernement. La baisse de la couverture après 1995 résulte d'une diminution des efforts dans ce domaine par le gouvernement.

DTP3

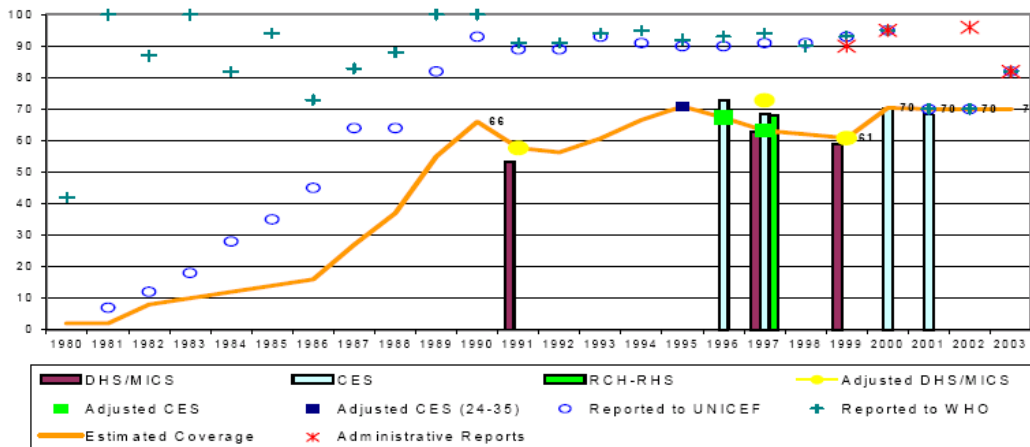
India DPT3 Estimates, 1980-2003



La couverture vaccinale du DTP3 c'est-à-dire la troisième dose du DTP à faire à la quatorzième semaine augmenta dans la deuxième partie des années 1980 grâce à l'expansion géographique du UPI à tous les états et à une augmentation des fonds apportés par le gouvernement. La baisse de la couverture après 1995 résulte d'une diminution des efforts dans ce domaine par le gouvernement. Si l'on compare avec les chiffres pour la première dose on remarque qu'un certain nombre de personnes (10%) ayant reçu cette dernière ne vont pas jusqu'à la troisième pourtant nécessaire à une immunisation complète contre la diphtérie, le tétanos et pertussis.

Vaccin oral de la polio

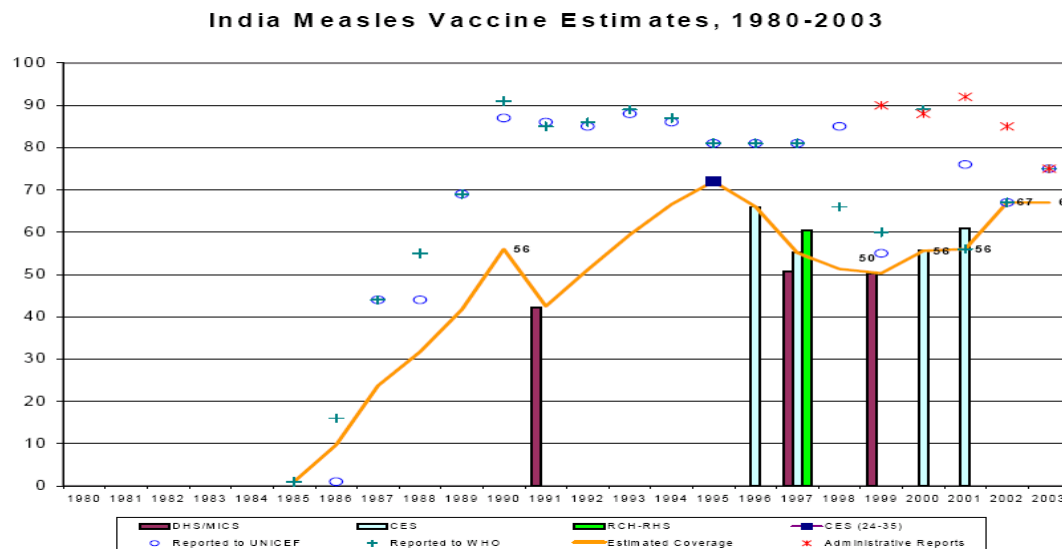
India OPV3 Estimates, 1980-2003



La couverture vaccinale du OPV3 c'est-à-dire la troisième dose du vaccin oral de la polio à faire à la dixième semaine augmenta dans la deuxième partie des années 1980 grâce à l'expansion géographique du UPI à tous les états et à une augmentation des fonds apportés par le gouvernement. La baisse de la couverture après 1995 n'est pas aussi élevée que pour les autres vaccins car le gouvernement a démarré en 1995 un programme pour éradiquer la poliomyélite. Si l'on compare avec les chiffres pour la première dose, on remarque qu'un certain nombre de personnes (environ 10%) ayant reçu cette dernière ne vont pas jusqu'à la troisième pourtant

nécessaire à une immunisation complète.

Rougeole



La couverture vaccinale du virus de la rougeole augmenta dans la deuxième partie des années 1980 grâce à l'expansion géographique du UPI à tous les états et à une augmentation des fonds apportés par le gouvernement. La baisse de la couverture après 1995 résulte d'une diminution des efforts dans ce domaine par le gouvernement.

Tétanos toxoïde (PAB)

Year	WHO and UNICEF's estimate of the percent of newborn infants protected against neonatal tetanus through maternal immunization with tetanus toxoid	Explanation of WHO/UNICEF Estimate
2000	75.5	Routine Immunization and Maternal Care Coverage Survey for GOI-MOHFW, April-June 2001
2001	78.3	Routine Immunization and Maternal Care Coverage Survey for GOI-MOHFW, April-June 2002
2002	78.3	PAB, Joint Reporting Form for 2002
2003	78.3	PAB, Joint Reporting Form for 2002

Le tétanos toxoïde est le vaccin administré aux femmes enceintes non immunisées afin de protéger le nouveau-né contre le tétanos. On remarque une couverture vaccinale de 80% en 2004 alors qu'elle ne fut mise en place que cinq ans auparavant en 2000, et a permis de faire passer le nombre de cas de tétanos néonatal de 9 313 en 1990 à 1 063 en 2004. Cependant, pour cinq états indiens cette maladie pose encore de nombreux problèmes.

5.3.5 Environnement et impact sur les habitants



Cette question se pose à cause d'une population de plus d'un milliard d'individus, d'une industrialisation rapide, d'infrastructures limitées, d'une déforestation continue et d'une utilisation massive d'engrais, de pesticides et d'herbicides. Ainsi, l'environnement indien subit d'énormes pressions : 65% du territoire serait pollué d'une manière ou d'une autre. Si les lois visant la préservation de l'environnement ne manquent pas, la corruption et les flagrants abus de pouvoir ne font qu'aggraver les dégradations.

5.3.5.1 Pollution des eaux



L'état catastrophique des rivières vient des rejets de l'industrie chimique, des eaux usées, de l'agriculture, des restes d'animaux,... Une récolte d'échantillons provenant de différents points d'eau de la ville montre que plus de 40 % d'entre eux contiennent des bactéries coliformes fécales. Les nappes phréatiques sont peu à peu touchées par la pollution. Des maladies telles que le choléra, les diarrhées, les gastroentérites, les hépatites et les maladies de peau peuvent proliférer. De l'arsenic a même été découvert. À Calcutta, les autorités ont investi depuis quelques années dans la construction de réseaux d'égouts et de stations d'épuration. Mais la maintenance est plus qu'inadéquate et la mousson inonde souvent la ville, ce qui mélange les eaux d'égouts aux eaux de pluies et aux déchets, qui peuvent rester plusieurs jours avant d'être débarrassés.

5.3.5.2 Pollution de l'air



Des rapports alarmants indiquent que Calcutta fait partie des trois villes au monde les plus polluées par le trafic. Les rejets d'usines et la circulation font que l'air est parfois irrespirable, surtout lors des grosses chaleurs et par manque de vent. Le Dr. Chakraborti en est arrivé aux conclusions suivantes :

- traffic levels have doubled in the city in the period 1985-1994.
- particulate matter pollution in Calcutta is very severe. The WHO recommended level (which should not be exceeded) is $90 \mu\text{g}/\text{cubic metre}$. Calcutta levels in winter are in the range $1,300\text{-}3,000 \mu\text{g}/\text{cubic metre}$. Particulate matter and its health damaging effects have been extensively studied in the USA by Dockery and his colleagues at Harvard and it is possible to extrapolate from the USA data to predict the number of deaths that can be expected in Calcutta from these exceptionally high levels of particulate pollution.
- benzene levels are also exceptionally high in Calcutta. Benzene is a carcinogenic compound. Measurements of benz(a)pyrene in several cities (mg/cubic metre) puts Calcutta in the top ranked position at 30-120, followed by Paris at 4.6-15.0, Brussels at 3.9-12.0 and London at 2.0-14.0.

(Source: D Chakraborti: 'Calcutta City in Pollution Perspective' in Banabithi, Environment Special Issue, June 1996).

Néanmoins plusieurs moyens ont été mis en place pour désengorger le trafic urbain : remise en circulation des trams (remise en état des rails lors de notre passage), métro (une seule ligne nord-sud faiblement utilisée, car peu de connections avec les autres moyens de transport et ferme à 21h), trains régionaux (bondés) et plusieurs lignes de bus (moyen de transport le plus utilisé). Mais avec l'expansion de la classe moyenne, de plus en plus de voitures sont mises en circulation.



L'extension des lignes de métro et de tram est prévue, ainsi que la mise en circulation de trains à plus grosse capacité. La navigation sur la rivière Hoogly est encouragée et un système de canaux est en construction. Dans toutes les villes indiennes, les bus doivent rouler aujourd'hui au gaz naturel comprimé et un meilleur contrôle de leur émission est appliqué. L'émission des taxis et des autorickshaws est également contrôlée. Mais tout ceci ne reste que théorique d'après nos observations.

La pollution industrielle continue d'atteindre des niveaux élevés dans tout le pays et surtout dans les grandes villes. De plus, l'Inde n'a pas signé les accords de Kyoto visant à limiter les émissions de carbone. Pourtant, en 2001, l'émission était de 251 millionnetriques tonnes de carbone, mettant l'Inde au rang de cinquième plus grand émetteur de carbone derrière les Etats-Unis, la Chine, la Russie et le Japon.

5.3.5.3 Accès à l'eau et hygiène

Les bidonvilles officiels, dont les habitants paient des impôts, possèdent des latrines, des robinets et des pompes à eau. Le partage d'un sanitaire se fait en moyenne entre 20 familles, il n'est pas rare de voir tôt le matin une queue se former pour aller aux toilettes avec une boîte pleine d'eau (la main gauche sert de papier toilette en utilisant de l'eau). Mais il est encore moins rare de voir des enfants et des adultes faire leurs besoins sur les bords de route, dans les égouts, sur une décharge ou au bord d'un canal. Inutile de dire que très peu se lavent les mains.

State/UTs	Percent households using a toilet			Among users of toilet, percent households having a toilet within the premises			
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	
Bihar	8.6	68.2	17.4	90.1	83.3	86.2	
West Bengal	27.7	83.6	44.4	52.1	49.2	50.5	
INDIA		19.2	80.3	36.7	61.6	73.8	69.3

Ceux qui se lavent les dents le font avec une sorte de petites branches de mangousier, ce qui a l'air moyennement efficace vu l'état dentaire de certains. Les ablutions rituelles de la journée leur permettent de se laver dans la rue, au bord des rivières ou à la pompe à eau. Quelques bidonvilles officiels sont raccordés au système d'égouts de la ville, mais la plupart du temps ces égouts se trouvent à ciel ouvert et lorsque de fortes pluies ou la mousson arrivent, de l'eau de pluie mêlée aux eaux d'égouts inondent toutes les habitations. Si l'eau ne descend pas assez vite, des cadavres de rats et de chiens s'y mêlent et les épidémies ont le chemin libre. Tout ceci pour les bidonvilles reconnus par l'Etat. Pour ceux qui ne le sont pas, la plupart des installations sanitaires manquent. S'ils ne sont pas pris en charge par une NGO, les conditions de vie y sont plus qu'insalubres et les conséquences désastreuses pour la santé de leurs habitants, en particulier les femmes, les enfants et les vieillards.

Pas de systèmes d'égouts	85,4 %
Egouts à ciel ouvert	6,9 %
Egouts fermés	7,7 %

Pour ce qui est de l'accès à l'eau, c'est beaucoup moins problématique. Que le bidonville soit officiel ou pas, la pompe à eau est toujours la première infrastructure mise en place et ceci grâce à l'intervention de NGO. Il est donc très rare qu'une

personne n'ait pas accès à l'eau.

State/UTs	Percent households using improved source of drinking water			Percent households taking drinking water from a tap or handpump or borewell with motor			Percent households having drinking water facility within the premises		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
Bihar	75.3	82.4	76.4	75.1	81.6	76.1	45.4	68.6	48.9
West Bengal	92.8	96.3	93.8	89.3	95.5	91.2	30.0	42.9	33.9
INDIA	78.8	94.1	83.1	74.3	92.3	79.5	32.8	65.1	42.1

5.3.5.4 Emergences de maladies dues à la pollution

L'environnement insalubre trouvé dans les bidonvilles est le siège d'infections et de maladies provoquées par l'eau, la pollution, les mouches et les moustiques, avec des conséquences dramatiques pour la mortalité infantile ou la santé des habitants de ces bidonvilles.



Selon l'ONU, plus de 11'000 personnes meurent chaque année à Kolkata à cause de la pollution, et plus de la moitié des enfants ont un excès de plomb dans le sang. L'espérance de vie est diminuée et il y a une nette augmentation de l'incidence des cancers et des maladies respiratoires. En ce qui concerne les maladies respiratoires, les enfants des bidonvilles sont encore plus exposés que les autres enfants: pollution externe

(carburants, usines, décharges) et pollution interne (cuisine au fuel, parents qui fument) en sont les causes principales. Les maladies diarrhéiques sont particulièrement importantes dans les milieux précaires: eau impropre à la consommation, mains sales portées à la bouche, nourriture et ustensiles lavés dans cette même eau. CRDS en a fait l'un des buts de son programme de prévention: il est prouvé que se laver les mains au savon est une mesure effective dans la réduction des cas de dysenterie.

6. ECOLES DE LA TERRE / CHILDREN'S RIGHTS' DEVELOPMENT SERVICE

C'est au nom de l'association « Écoles de la Terre » que nous nous sommes rendus en Inde. Martial Salamolard, le fondateur de l'association a longtemps vécu en Inde, travaillant pour une association qui s'appelle Children's Rights' Development Service (CRDS). Cette association, qui existe maintenant depuis de nombreuses années, a construit cinq écoles en bidonville à Calcutta. En 1997, Martial Salamolard fonde l'association Écoles de la Terre à Genève, premièrement en vue de récolter des fonds en Suisse pour soutenir les travaux de CRDS. Depuis, l'association a créé de

nouveaux projets scolaires en son propre nom, notamment à Calcutta, et dans des régions rurales des états du Bengale Occidental et du Bihar, tout en collaborant étroitement avec CRDS. Ainsi, le programme médical, avec trois infirmiers et un médecin de conseil, est un projet qui vise à subvenir aux besoins médicaux des élèves des écoles de ces deux associations. Écoles de la Terre continue en outre à financer un tiers des dépenses de CRDS. Aussi ces deux associations restent encore étroitement liées.

6.1 CRDS et Ecoles de la Terre : Éducation

6.1.1 CRDS (*Children's Rights' Development Service*)

CRDS compte cinq écoles de bidonvilles : Tangra, Topsis, Beltala, Khidderpur et Rashbehari ainsi qu'une école de village à Chatua, à environ 100 Km au sud de Kolkata. Toutes ces écoles sont supervisées en collaboration avec Ecoles de la Terre.



Khidderpur



Topsis

Cette association emploie 61 personnes travaillant soit comme professeur ou comme membre du programme médical. Les professeurs gagnent en moyenne 2 400 Rs par mois (72 Frs), salaire inférieur à ce qu'ils gagneraient dans le privé ou dans les écoles gouvernementales. Par conséquent, leur motivation première n'est pas l'argent mais le désir d'aider les enfants. Ils travaillent par tournus pour ne pas être tout le temps dans la même école et enseignent normalement une seule matière mais ils leur est également possible d'en dispenser trois. Les aspects les plus intéressants sont : visites aux parents afin de voir si tout va bien et prévention sur l'importance de la qualité de l'eau, de la nourriture et de l'hygiène. Ceci est valable non seulement pour CRDS mais également pour Ecoles de la terre.

L'association a un budget de 2,8 millions de Rs par an (85 000 Frs) comprenant les salaires, le budget médical, la nourriture, les fournitures scolaires, les uniformes (dans la pure tradition anglaise) et l'entretien des écoles. Le financement provient de quatre associations différentes dont Ecoles de la Terre qui prend en charge la totalité du budget médical.

On dénombre 1 400 élèves mais ceci est loin de représenter la majorité des enfants habitant dans ces bidonvilles. En effet, à Beltala seul 20% des enfants vont à l'école, à Rashbehari seulement 10%, à Kidderpur et Topsis 12% et à Tangra, exception à la règle, 70%. Les classes accessibles dès quatre ans regroupent souvent des enfants d'âge divers qui communiquent en Bengali, langue majoritaire dans cette partie de l'Inde. L'école a lieu cinq jours par semaine : le lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi ainsi que deux samedis par mois. Les cours commencent à 10 heures. La matinée sera consacrée à l'éducation non formelle c'est-à-dire les mathématiques, l'anglais et le Bengali. Entre 12 et 14 heures les enfants prennent leur repas, souvent le seul de la journée, fournit par CRDS et participent à la visite médicale hebdomadaire, si elle a lieu. Enfin l'après-midi jusqu'à 18 heures les cours sont

l'anglais, le bengali, les mathématiques et les sciences.



Après environ trois ans dans ces écoles les enfants peuvent passer des tests d'admission pour pouvoir entrer dans les écoles gouvernementales de niveau supérieur. Les enfants ayant réussi sont non seulement pris en charge financièrement par CRDS, mais également le soir, afin de les aider à faire leurs devoirs, car les parents ont très souvent arrêté leurs études avant ce stade ou n'en n'ont jamais entrepris. On observe également la mise en

place par CRDS et Ecoles de la terre d'ateliers d'apprentissage sur textile pour les filles trop âgées pour se rendre à l'école traditionnelle.



Cependant, l'association doit faire face à plusieurs problèmes. D'abord, celui de trouver des personnes compétentes acceptant de travailler pour un salaire peu élevé. Ensuite, ceux inhérents au bidonville même. En effet, les enfants doivent faire face à des problèmes psychologiques, à des problèmes de dépendance à l'alcool ou à la drogue, à la violence parentale ou à l'abandon. Ainsi les professeurs ont plusieurs casquettes, dont celle d'assistants sociaux.

6.1.2 Ecoles de la Terre

Cette association existant depuis 1997 a déjà créé deux écoles dans Kolkata, deux dans le sud Bengale et trois dans l'état du Bihar. Dans l'état du Bengale Occidentale on compte deux écoles de village dans le Golfe du Bengale (une sur l'île de Bhubaneswari appartenant aux Sunderbands et une sur la presqu'île de Ganga Sagar) et deux dans la ville de Kolkata (la Jhaldhar Math School ainsi que la Joyjeet Das Memorial School en mémoire au fils de la responsable de l'association à Kolkata, décédé d'une leucémie deux ans auparavant). Ainsi, CRDS et Ecoles de la Terre prennent en charge 5 000 enfants (1 500 en bidonvilles et 3 500 en milieu rural) regroupés dans 19 écoles : trois dans le Bihar, trois dans la campagne du sud Bengale et 13 à l'intérieur même de Kolkata, dont 7 écoles de bidonville et 6 centres d'apprentissage et de soutien scolaire.



JhaldharMathSchool
Ganga Sagar



Si l'on prend pour exemple Jhaldhar Ganga Sagar School, les matières enseignées

sont semblables à celles observées dans les écoles de bidonvilles de CRDS. Les 179 élèves (104 garçons et 75 filles) sont divisés en trois groupes de 45 : le premier a cours de 8h30 à 10h30, le deuxième de 10h30 à 12h30 et le dernier de 12h30 à 14h30. Ces écoles soutiennent également le soir les enfants sortant des écoles gouvernementales et fournissent aux enfants le repas de midi. L'école Joyjeet Das Memorial School se situe dans le quartier de Tollygunge réputé pour être un repère de brigands. C'est pourquoi l'association a mis à la disposition des familles deux avocats bénévoles pour aider les mères qui ont souvent un fils ou un mari en prison. De plus, on remarque que contrairement aux écoles de CRDS, la visite médicale a lieu une fois par mois et est effectuée par des médecins travaillant dans un des hôpitaux publics de la ville.

Ecoles de la Terre présente depuis 2001 dans l'état du Bihar, l'un des plus pauvres de l'Inde, est officiellement enregistrée dans le registre des institutions de l'état, bien qu'elle ne reçoive aucune subvention de la part du gouvernement. En 2002 furent inaugurées la Camijuli School à Aitra (à 30 Km de Gaya la ville la plus proche) regroupant environ 1 000 enfants de 11 villages alentour et la Sujata School située à Baiju Bhiga (à 20 Km de Gaya) comptant des enfants de 4 villages différents. Dans ces deux écoles, on distingue également un atelier d'apprentissage sur textile, les deux dénombrent ensemble 200 apprenties, et un programme de formation scolaire de base afin de maîtriser l'Hindi pour les filles ne pouvant aller à l'école. En 2004 une dernière école s'est ouverte : la Jolibigha Public School à Nain Bigha (à 50 Km de Gaya) avec 400 élèves.



Camijuli School



Sujata

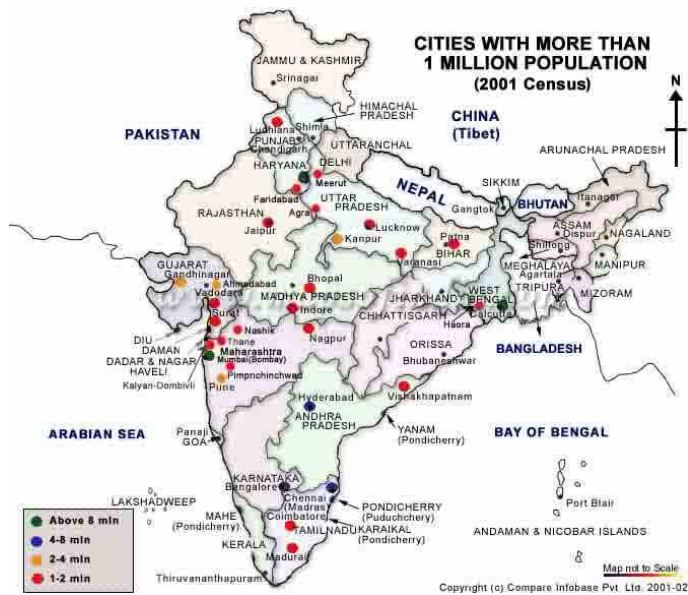
Dans ces villages, un enfant allant à l'école peut se lever à 5h du matin car le trajet est souvent long pour s'y rendre (jusqu'à 3h de marche). Les cours se déroulant de 8h à 14h avec une pause le matin et une à midi (repas fournit par l'école) se divisent en six cours de 45 minutes avec comme matières l'anglais, les mathématiques, le sanskrit, les signes, l'alphabet, l'hindi, les sciences ou la musique. Il n'y a pas cours l'après-midi mais les enfants ont à faire pour le lendemain un devoir dans chacune des matières étudiées le matin. Pour cela, ils ont deux heures d'études obligatoires par jour dans des classes gardiennes ou chez eux, mais attention, car les professeurs peuvent venir vérifier si c'est bien le cas. On recherche ici le surpassement de l'élève en affichant le portrait des trois premiers de la classe. De plus, ils doivent respecter des règles strictes. En effet, chaque élève doit être ponctuel. S'il a plus de 5 minutes de retard, il ne sera pas accepté en cours et cela comptera comme une absence non justifiée. D'ailleurs, au bout de deux absences non justifiées les parents sont convoqués, et à la quatrième il sera renvoyé. Chaque élève doit également être propre, avoir des chaussures, faire ses devoirs et étudier deux heures le soir ainsi qu'une heure le matin avant de venir en classe. Du reste, malgré l'éloignement géographique, la visite médicale a lieu une fois par semaine dans chaque école et est faite par le médecin de la permanence de Bodgaya.

6.2 Les différences entre la ville et la campagne

6.2.1 En général

Il y a, en Inde, quelque 500 000 villages regroupant 70% de la population indienne. La plupart sont concentriques et petits, 80% ont moins de 1 000 habitants. L'activité la plus développée est l'agriculture. Les villages proches sont souvent connectés entre eux et à la ville la plus proche. Le pouvoir appartient au *panchayat*, groupe d'hommes possédant la majorité des terres et appartenant à la ou les castes influentes. Il joue le rôle de police et de tribunal à l'intérieur du village. La migration village-ville est importante, mais souvent seuls les hommes partent et laissent leur famille. Pour le villageois, la réputation et la prospérité du village compte beaucoup, il existe une profonde loyauté des villageois envers celui-ci. Bien que la solidarité y soit forte, les conflits et les rivalités augmentent, car les villageois subissent beaucoup de pressions de la part du monde extérieur, notamment économiques et politiques.

30% de la population est urbaine dont les trois-quarts sont regroupés dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants.



On distingue 24 cités de plus d'un million d'habitants dont Mumbai (septième ville la plus peuplée au monde) centre économique du pays, Kolkata importante aussi sur le plan économique et Delhi représentant le centre politique du pays. Avec l'explosion démographique enregistrée depuis les années 60, de nombreux problèmes sont apparus, comme par exemple une forte densité, l'augmentation du nombre de bidonvilles, les nuisances sonores, le trafic, la pollution de l'air, les problèmes de logement, de transport, d'électricité, et d'égout

entre autre. En ville, la circulation est chaotique : les camions, voitures, bus, autorickshaws, vélos, scooters, motos roulent un peu n'importe comment dans des rues pleines de piétons et d'animaux divers. Ainsi, rien d'étonnant à ce que les accidents de la route soient la première cause de décès accidentels en Inde. Malgré le fait que riches et pauvres se croisent et se bousculent dans les rues ou le métro, on remarque une nette séparation entre eux et une indifférence de la haute société urbaine. Ces inégalités se renforcent par une augmentation du chômage en ville qui ne représente plus un eldorado où l'on espère faire fortune. Sans relations, il devient pratiquement impossible de trouver un emploi. Ainsi, il est logique que les bidonvilles s'accroissent et représentent aujourd'hui un tiers de la population des grandes cités.

6.2.2 Au niveau des écoles

Tout d'abord, en ville et surtout dans le cas qui nous intéresse, les bidonvilles, les écoles ne regroupent que 150 à 200 élèves car l'espace disponible pour construire

une école est restreint et des enfants sont de ce fait refusés. A l'inverse, dans les campagnes, l'espace ne manque pas. Les écoles sont spacieuses et peuvent regrouper jusqu'à 1 000 élèves, comme dans la Camijuli School constituée d'une dizaine de classes ayant un tel succès que des enfants doivent être refusés. Ils vont donc l'agrandir et construire une classe pour les enfants handicapés atteints de poliomyélite.

On observe également que les écoles sont, non seulement plus spacieuses en milieu rural, mais aussi plus solides. En ville, la plupart sont en bois ou en bambou alors que dans la campagne elles sont en béton pour pouvoir mieux résister aux risques naturels souvent plus élevés.

Une autre différence est la proximité. Dans les bidonvilles, les enfants ne sont qu'à une centaine de mètres de l'école, alors que ceux habitant dans les villages doivent souvent parcourir plusieurs kilomètres et partir très tôt de chez eux pour espérer arriver à l'heure.

De plus, les communications sont plus faciles en ville. Il est vrai qu'il n'y a pas ce problème de distance rencontré si fréquemment en milieu rural. L'accès à l'électricité et au téléphone est encore faible dans des villages desservis par un réseau routier peu développé.

Cependant, dans les villages, la collaboration des parents et de la population en général est plus grande et plus régulière que dans les villes. La solidarité entre villageois et la fierté qu'ils éprouvent à appartenir à un groupe contribue énormément à ce phénomène.

Enfin, il est important de préciser que la qualité de vie à l'intérieur des bidonvilles est plus faible qu'à la campagne. La vie dans les villages est souvent plus tranquille et agréable. Les enfants mangent mieux et vivent dans de meilleures conditions sanitaires. En bidonville, les enfants sont confrontés à de mauvaises conditions d'hygiène et d'habitat. Ils vivent facilement à huit dans un espace réduit. De plus l'eau et la nourriture sont de qualité médiocre. Ainsi, pour soutenir un enfant en ville on compte 8 Frs par mois (100 Frs/an), alors qu'en milieu rural 2 Frs par mois (25 Frs/an) suffisent.

6.2.3 Prévention

Tous les mois, dans chaque école, l'équipe médicale vient faire de la prévention. Elle expose aux parents les différentes causes possibles des maladies auxquelles les enfants doivent faire face et les mesures de prévention pouvant les éviter. L'équipe médicale tient à souligner l'importance d'une bonne santé et hygiène : se laver les mains avant de manger, se laver les dents ou bien de faire attention aux piercings infectés. De plus, elle leur explique la manière d'éviter les poux ou en tout cas comment s'en débarrasser. Pour une meilleure compréhension, des fiches colorées sont utilisées comme mini scénarii expliquant les diverses maladies ou la vaccination. Avec le repas de midi, les enfants reçoivent des comprimés multi vitaminés apportant l'énergie dont ils manquent.

Un programme de vermifugation a également été mis en place vu que la plupart des enfants habitant dans les bidonvilles sont porteurs de parasites intestinaux. Une fois par mois, des vermifuges sont distribués aux enfants ainsi que des explications concernant leur posologie.

En conclusion, ces deux associations ont réussi grâce à leur détermination à implanter une éducation de qualité plus qu'honorable dans des zones totalement ignorées par le gouvernement. La plus belle preuve de cette réussite reste leur sourire et leur sérieux en classe. En effet, l'école représente la seule chance de, peut-être, sortir de leur misère. Ainsi, ils voient l'école comme un privilège et non une obligation, contrairement à nous qui ne nous rendons pas compte du privilège d'avoir