

BERNEY Sylvain

SIMONA Aurélien

FISCHER Lara

Immersion en communauté 2007

Fondation « Vision for All »

Bhimavaram, Inde

Table des matières :

Introduction	p. 3
Présentation du pays	p. 4
Présentation du district	p. 11
Quelques définitions	p. 12
Le système de santé	
Les hôpitaux privés	p. 13
Les « eye camps »	p. 26
Les hôpitaux publics	p. 35
Médecine alternative et conventionnelle	p. 40
La médecine ayurvédique	p. 42
La médecine traditionnelle indienne	p. 44
Les « general practionners »	p. 44
Le système d'assurance	p. 45
Les micro-assurances	p. 46
Programme National de Contrôle de Cécité	p. 47
Les ONG	p. 51
Andhra Blind Model High School	p. 52
Le quotidien des malvoyants en Inde	p. 55
Science et Religion	p. 56
Conclusion	p. 57
Références	p. 59

Introduction :

Partir en Inde, un pays aux conditions de vie très difficiles où l'impact des problèmes de santé prend parfois des proportions dramatiques, fût une démarche enrichissante à tout point de vue. Afin d'observer un système de santé différent du nôtre et d'en voir l'influence sur le quotidien de ses habitants, nous nous sommes intéressés aux problèmes de malvoyance, avec un accent particulier sur la cataracte et la manière dont celle-ci est traitée dans ce pays.

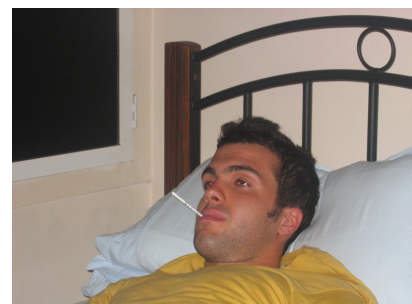
Nous nous sommes rendus dans un hôpital privé d'une petite ville du Sud-est du pays où nous avons assisté et participé aux soins que les patients reçoivent au quotidien. C'était l'occasion de suivre un patient sur quelques jours ainsi que d'en interroger d'autres sur l'impact et les éventuelles représentations du problème de malvoyance.

Nous avons également eu l'opportunité de nous rendre dans des villages ruraux d'où certains de ces patients étaient originaires. Être confronté à leur style de vie a été une expérience intense qui nous aura permis de découvrir une autre facette du monde dans lequel nous vivons.

En plus de l'hôpital privé, nous avons profité du temps à disposition pour nous rendre dans un hôpital public (en tant qu'étudiant en stage et en tant que patient !) dans le but de comparer les différences de fonctionnement entre ces deux systèmes.

Nous sommes également allés à la rencontre d'un médecin qui pratique dans son cabinet la médecine traditionnelle du pays, la médecine ayurvédique, afin de se rendre compte des différences de traitement par rapport à la médecine dite occidentale.

Nous tenterons d'illustrer dans ce rapport un système de santé radicalement différent du nôtre, auquel la population indienne est confrontée tous les jours, et ce dans le cadre plus général du choc culturel que représente la confrontation entre occident et orient.



Présentation du pays :

Quelques généralités

Avec sa superficie de 3 287 590 km², l'Inde est le 7^{ème} plus grand pays au monde. En plus d'un littoral de plusieurs milliers de kilomètres,

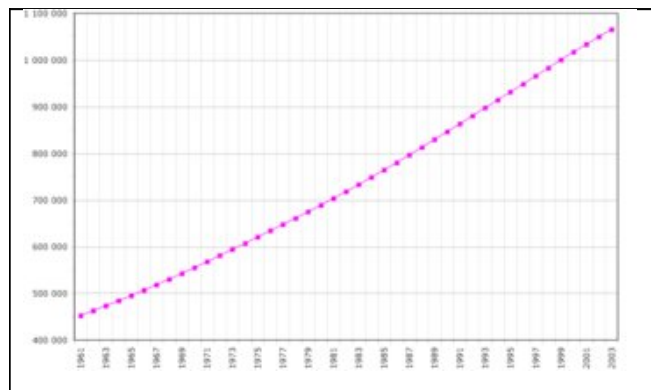
Généralités :

<i>Capitale :</i>	New Delhi
<i>Superficie totale :</i>	3 287 590 km ²
<i>Indépendance :</i>	15 août 1947 (Royaume-Uni)

l'Inde possède des frontières avec le Népal, la Chine et le Bhoutan au Nord, le Pakistan à l'ouest, le Bangladesh et le Myanmar (l'ex-Birmanie) à l'est.

Celui qui regardera de plus près les différentes zones géographiques du sous-continent indien remarquera le massif de l'Himalaya dans les États du nord et du nord-est. S'il se dirige vers la partie occidentale du pays, pas loin du Pakistan, il tombera sur le désert du Thar. S'il préfère le Sud il atteindra un vaste plateau péninsulaire qui se situe entre les Ghats orientaux et occidentaux. Enfin, de vastes plaines viennent compléter le décor indien, notamment dans la région du Gange.

Avec plus d'un milliard d'habitants, l'Inde prend la deuxième place des pays les plus peuplés, juste derrière la Chine qu'elle devrait devancer d'ici quelques dizaines d'années. En effet, cette dernière possède une meilleure maîtrise en termes de croissance démographique que sa dauphine.



Selon les dernières estimations (2007), les taux brut de natalité et de mortalité indiens atteignent respectivement 22,69 pour mille et 6,58 pour mille. À la naissance, l'espérance de vie moyenne est de 68 ans, les femmes vivant plus longtemps que les hommes.

Le système AVS suisse a de quoi envier l'Inde dont la moitié de la population est représentée par les moins de 20 ans alors que ceux âgés de plus de 60 ans ne dépassent même pas les 6 %. La nutrition et la scolarisation de nombreux enfants sont quelques uns des nombreux

exemples de défis auxquels doit faire face ce pays à la population juvénile et aux traditions ancestrales.

Langues

L'hindi est la langue officielle du pays. L'anglais serait la "langue officielle associée" mais l'objectif serait que l'hindi le remplace complètement. Cependant, certains Etats où l'usage de l'hindi reste très faible se battent pour conserver la place de l'anglais.

A leur côté, on trouve aussi 22 langues nationales (dites "classifiées") à usage officiel utilisées par les différents gouvernements locaux. Cette diversité dans les dialectes locaux souligne l'importance de l'hindi et rend le travail difficile aux traducteurs des films bollywoodiens, qui surpassent en nombre, en musique et en couleurs leurs équivalents américains. De plus, deux indiens, originaires de différents états et n'ayant pas effectué leur cursus scolaire, ne pourront pas communiquer entre eux.

Religion

L'hindouisme compte 878 millions de fidèles, environ 80 % de la population indienne, ce qui en fait de loin la première religion du pays. Trouvant son origine dans la civilisation de l'Hindus, qui naquit vers 2500 av. J.-C., elle est parmi les plus répandues au monde, après le christianisme et l'islam. Basée sur un système de castes bien défini, elle regroupe un ensemble diversifié de concepts philosophiques et spirituels tirés des écrits védas et représentés par une multitude de dieux. Ces derniers n'entrent pas en conflit, cette religion à part ne possédant pas de dogme central. Comme le constatera rapidement le voyageur éclairé, l'hindouisme est aussi un véritable mode de vie qui transparaît dans la vie quotidienne indienne. Devant des évènements qui nous paraîtraient insupportables, voire traumatisants, les hindous, eux, témoignent d'un détachement hors du commun et feront montre d'une totale passivité. Il suffit d'ailleurs d'observer quelques minutes le trafic dans une grande ville pour s'apercevoir que la peur de la mort, très cultivée chez nous, reste inexistante en Inde. Il s'avérera inutile, par ailleurs, de tenter de convaincre un indien dormant dans un caniveau de s'installer sur le trottoir adjacent. Il vous regardera bizarrement tout en affirmant que son karma n'en sera que meilleur dans sa prochaine réincarnation.

L'islam, représenté par plus de 150 millions de fidèles, fait de l'Inde un des principaux pays musulmans au monde.

Suivent environ 25 millions de chrétiens. Enfin le sikhisme et le jaïnisme, qui sont des religions propres à l'Inde. Ce dernier, apparu durant l'antiquité et dont la pratique a connu une recrudescence importante au VIème siècle avant J.C, se caractérise par un respect absolu de toute forme de vie en défendant le concept de non violence (en sanskrit : ahimsa). Les adeptes du jainisme sont donc dépourvus de toute forme vestimentaire, ce qui pourrait choquer certaines âmes sensibles, et prônent un ascétisme pur et dur. De plus, ils vont au-delà du végétarisme strict vu qu'ils ne mangent pas de racines (parce qu'en les déterrants ils pourraient atteindre à une forme de vie animale) ni d'ail ou d'oignons qui leur paraissent superflus, notamment en raison de leurs vertus aphrodisiaques. Le sikhisme est la religion monothéiste de l'Inde. Relativement jeune, elle fût fondée au 15ème siècle de notre ère et trouve son origine à la fois dans l'hindouisme et l'islam. Réfutant le péché originel prôné par le christianisme et opposés au système de castes, les sikhs (en sanskrit : disciples) prônent l'optimisme et l'espoir.

Disparu il y a quelques siècles, le bouddhisme semble refaire peu à peu son apparition.

Climat

Avant de partir en vacances, nous vous recommandons de prêter un œil au climat indien qui est fortement influencé par l'Himalaya et le désert de Thar. La première, assistée dans sa tâche par des consœurs pakistanaises, empêche la pénétration de certains vents d'Asie centrale à l'intérieur du continent indien préservant ainsi la chaleur, excepté à l'extrême Nord où le climat est glacial. Le second, quant à lui, assure la plus grande partie des précipitations de l'Inde, grâce à son attraction sur les vents humides de la mousson d'été entre juin et septembre. On trouve un climat agréable dans le Sud à partir du mois d'octobre et ce jusqu'au mois de février, le moment où les températures grimpent à nouveau et la chaleur recommence à se faire vraiment sentir. On peut compter trois types de saisons en Inde : une saison chaude, une saison humide et une saison fraîche.

La première, vers la fin du mois de mai, est marquée par l'apparition des premiers signes de la mousson sous forme de fortes pluies orageuses. On retrouve un



air sec et poussiéreux accompagné d'épisodes de canicule avec un thermomètre affichant 45° voire 50°.

La saison humide a lieu dès le début du mois de juillet et jusqu'en septembre. La mousson fait alors lentement sa progression vers le nord-est. Les fortes pluies qui l'accompagnent n'apportent pas vraiment de fraîcheur mais rendent l'air plutôt chaud et humide et peuvent être responsables de catastrophes et d'inondations importantes. On choisira de visiter le Rajasthan et ses environs, à moins que les paysages sublimes du Kerala sous la pluie ne vous refroidissent pas trop. Nous conseillons par ailleurs aux étudiants en médecine désireux d'effectuer leur immersion en communauté en Inde durant cette période d'être fortement motivés et pourvus de parapluies solides.



Puis la saison fraîche, une fois la mousson calmée en octobre, où l'on retrouve notre climat agréable au Sud et ce, jusqu'à l'arrivée de la prochaine période d'abord chaude puis humide.



Environnement

L'environnement en Inde n'est pas réjouissant. Les rejets des industries chimiques, les eaux usées déversées n'importe où et les autres pollutions aquatiques ont raison de l'état des rivières malgré les sommes parfois colossales déversées par les grands centres urbains. Mais l'argent investi dans les réseaux d'égouts ou les stations d'épuration n'arrive pas toujours à destination. De plus, la population n'est pas du tout sensibilisée au problème de la pollution. Nous avons été surpris de voir des indiens jeter leurs déchets par la fenêtre. Qu'il s'agisse de plastique ou autres produits non périssables, ils s'en donnent à cœur joie... Ne perdez pas votre temps à essayer d'inculquer la fibre écologique à la plupart des indiens. Conceptuellement, autant leur parler de science fiction. De plus, vous risquez de paraître impoli.

On sera surpris lorsqu'on souhaitera mettre sa peau de banane achetée hors de prix dans la première poubelle venue. La présence quasi inexistante de ces dernières est la cause du tas de détritiques que l'on enjambe souvent. Si vous en repérez une attention ! Vous êtes certainement

victime d'une substance hallucinogène. De même, il n'est pas rare de voir un décor magnifique avec le lac juste en-dessous où flottent de nombreuses bouteilles vides laissées à l'abandon. Finalement on espère simplement que notre peau de banane qui a fini sa course dans la poubelle de l'hôtel ne finira pas sur le trottoir.

Tout aussi problématique, certaines vallées de l'Himalaya font face à une déforestation massive responsable de terribles inondations dévastant tous les villages qui se trouveraient sur leur chemin. Sur ces questions, le bouddhisme a été en avance dans ses réflexions. Il existe aujourd'hui des réunions sur le thème de l'environnement et du développement durable entre les grandes religions et spiritualités.

Côté atmosphère, même le plus assidu des fumeurs suisses ne saurait concurrencer l'état pulmonaire de l'indien lambda conducteur d'auto rickshaw dans les grandes métropoles du pays qui, selon certains classements, figureraient parmi les plus "enfumées" au monde. La quantité énorme des polluants inhalés dû au rejet des usines et à la circulation automobile anarchique a de quoi réjouir les futurs pneumologues du pays. Que les personnes souffrant d'insuffisance respiratoire prennent leurs précautions.

Santé

L'hygiène en Inde laisse quelque peu à désirer. La proximité extrême et les conditions sanitaires souvent désastreuses font le bonheur de tous les parasites et autres petits êtres microscopiques qui se propagent d'hôte en hôte de manière fulgurante. Outre l'éternel paludisme ou la non moins gracieuse dysenterie, le choléra, la dengue, les hépatites, la méningite (dans certaines régions), la typhoïde et la rage sont aussi répandus. Attention également au SIDA qui pourrait par exemple profiter des lames bien acérées du barbier du coin pour aller à la rencontre de sa prochaine victime.

La plupart des touristes européens, même ceux élevés dans la campagne genevoise et nourris au lait non stérilisé, ne devraient pas essayer de rivaliser avec le système immunitaire des indiens. C'est pourquoi il est fortement recommandé d'acheter sa propre bouteille d'eau fermée à double tour (et dont le fond ne semble pas avoir été modifié !), bien cuire certains aliments et toujours se méfier de la préparation des douceurs qui nous attirent.

Le problème de la cécité

Selon le programme national de surveillance de la cécité (2001-2002), la prévalence de la cécité dans la population est estimée à 1.1 %. La cause principale reste la cataracte avec 62.6% des cas. Suivent avec 19.7 % les problèmes de réfraction non corrigés sont responsables de 19.7 % des cas, 5.8 % sont dus au glaucome, 4.7% aux problèmes concernant la chambre postérieure, ou encore 0.9 % à l'opacité de la cornée. Les autres causes représentent 6.2 % des cas de cécité.

Transport

Le train : c'est le moyen de transport par excellence. Le réseau est immense et, selon les classes, les prix très abordables. L'ambiance magique des gares et les sièges des trains toujours bondés ne sont à manquer sous aucun prétexte.

Le bus : il est idéal pour les "petites" distances. Cependant, le manque de confort commence à se faire sentir pendant les longs voyages de nuit où les conducteurs feraient appel à certaines substances magiques pour rester éveillés. D'où les quelques morts chaque nuit...



L'avion : plusieurs compagnies nationales relient les principales villes du pays. Il y en a pour tous les goûts. Si l'on préfère choisir une compagnie d'excellente qualité mais en y mettant le prix, JetAirways saura vous convaincre. Pour ceux qui souhaitent vivre l'aventure à meilleur marché, AirDeccan ressemblerait paraît-il davantage à des voyages en bus. Dans tous les cas, on a intérêt à prévoir le temps de façon assez large.

L' (auto-) rickshaw : rien de tel que ce tricycle motorisé ou non pour tester l'état des routes au milieu des pots d'échappement ainsi que pour pratiquer l'art du marchandage (avant de partir de préférence).



Les auto-rickshaws d'Hyderabad

Présentation du district :

Andhra Pradesh est un Etat de l'Inde du Sud divisé en 25 districts administratifs, dont West Godavari, celui où nous nous sommes rendus. Sa superficie totale de plus de 275'000 km² pour 75 millions d'habitants en fait l'Etat le plus étendu du sud de l'Inde. En revanche le taux d'alphabétisation est particulièrement bas, avec une moyenne de 61,11 % (70,85 % pour les hommes, 51,17 % pour les femmes).



Les autres Etats qui délimitent Andhra Pradesh sont le Tamil Nadu au sud, le Karnataka à l'ouest, le Maharashtra au nord et au nord-ouest, le Madhya Pradesh, le Chhatisgarsh et l'Orissa au nord-est. Le golfe du Bengale se trouve à l'est.

La population d'Andhra Pradesh regroupe de nombreux peuples dont la majorité (plus de 80%) parle le Telugu, la langue régionale officielle. Mais il existe aussi une forte minorité "Urduphone", constituant environ 10% de la population, que l'on trouve surtout parmi la communauté musulmane, centrée sur la capitale Hyderabad. Enfin l'Hindi et la Bangali viennent compléter cette liste qui n'est de loin pas exhaustive.

En plus d'être un Etat très fourni en réserves minérales, Andhra Pradesh tire de l'agriculture la source principale de revenu pour son économie. Deux cours d'eau importants de l'Inde, la Godavari et le Krishna traversent l'État et permet son irrigation. Le riz, le tabac, le coton, le mirchi et le sucre de canne sont les principales cultures. D'autre part, on observe aussi un certain succès dans le domaine des technologies de l'information et des biotechnologies, comme le démontre son 5ème rang pour les exportations au niveau national.

Bhimavaram

Réputée pour son aquaculture et ses champs de riz aux alentours, ce centre de commerce de plus de 300 villages peut être considéré comme le quartier général commercial du District du West Godavari.

Les quelques 200'000 habitants de Bhimavaram possèdent quant à eux un taux d'alphabétisation plus élevé que la moyenne de l'État. Par ailleurs le nombre d'enfants de moins de 6 ans représente pas moins de 10% de la population.

Grâce aux moyens de transport (bus, train) "particulièrement" développés, on peut aisément admirer le patrimoine local, caractérisé notamment par la présence de célèbres temples.

Quelques définitions :

Quelques définitions de l'OMS qui a proposé un modèle de classification des différents types d'atteinte visuelle en 6 catégories.

Malvoyance : Acuité visuelle inférieure à 1/3 mais égale ou supérieure à 1/20, ou perte correspondante de champ visuel à moins de 20 degrés pour le meilleur œil après correction optique optimale (correspondant aux catégories 1 et 2 de la classification des atteintes visuelles de l'OMS).

Cécité : Acuité visuelle inférieure à 1/20, ou perte correspondante de champ visuel à moins de 10 degrés pour le meilleur œil après correction optique optimale (correspondant aux catégories 3, 4 et 5 de la classification des atteintes visuelles de l'OMS).

Cataracte : Opacité congénitale ou acquise du cristallin. Elle est due principalement au vieillissement mais son apparition précoce peut être due à une mauvaise alimentation, un traumatisme, ou un déséquilibre du système.

Et encore : Les autres pathologies principales rencontrées sont le glaucome, le pterygium, la rétinopathie diabétique et le détachement de la rétine. Au nord de l'Inde on observe également une prédominance de trachome.

Le système de santé :

Les hôpitaux privés en Inde :

Notre expérience du système de santé indien, que nous avons appris à connaître en tant qu'étudiant en stage et en tant que patient, nous a laissé des images très opposées entre le système public et privé.

Financés par des associations, des organisations non-gouvernementales, et des particuliers, les hôpitaux privés que nous avons visités s'accommodaient de locaux bien tenus, parfois luxueux, et disposaient des dernières technologies en vogue. Des instruments de pointe, souvent originaires des pays soutenant l'association, permettent à un personnel qualifié de soigner, rarement gratuitement, la population. Selon notre contact en Inde, la différence entre le public et le privé, et sûrement d'un hôpital privé à un autre, est importante. Dans certaines structures la stérilisation est mauvaise, les chirurgiens ne changent pas les gants, et se servent d'alcool pour stériliser leurs instruments. En conséquence les complications sont plus nombreuses. Le personnel, à nouveau selon notre contact en Inde, serait plus qualifié dans le privé, en raison de la précarité du poste et de la compétition qui en découle. Dans le système public, où le poste est souvent garanti à vie et où la corruption et l'irrespect sont répandus, la tendance est plutôt au laisser-aller. La légende raconte qu'une personne travaillant dans le public aurait demandé une rallonge à un patient qui, tombé du lit, demandait de l'aide.

La proportion d'indiens consultant en privé et en public est comparable et, étant donné les écarts fabuleux de richesses qu'on retrouve en Inde, nous avons cherché à comprendre pourquoi. Tout d'abord, si quelqu'un décide d'aller consulter en Inde, il doit payer. S'il en a les moyens, que ce soit en privé ou en public, il devra se délaisser de quelques centaines de roupies, soit en frais de consultation, d'opérations, de médicaments, ou d'inévitables bakchichs. Comme au moins 90% de la population, il n'est pas assuré. Il devra compter sur l'aide apportée par les hôpitaux public ou privé, ainsi que les « eye camps » dont il prendra connaissance par bouche-à-oreille via des annonces publiques. S'il n'est pas mis au courant et qu'il habite dans une région reculée qui n'est pas visitée par un camp, il devra attendre. A part pour une urgence, il ne se déplacera pas. C'est pourquoi les patients non-payants soignés sont souvent à des stades avancés de cataracte. Certaines structures usent de publicité pour recruter leurs patients. En général, ceux -ci consultent directement dans des institutions spécialisées

sans passer par un généraliste. Le choix entre système privé ou public dépendra également de l'accessibilité des hôpitaux, ainsi que du nombre de spécialistes dans la région.

Les indiens plus aisés préfèrent les hôpitaux privés, où ils ont accès au confort des sections payantes. Les autres, à nouveau une grande majorité des patients, du fait que la population générale souffre de la pauvreté, sont admis dans les sections non-payantes. Dans les salles d'opérations, chacun à droit au même traitement, la seule différence résidant dans le type de lentille implantée (si il y a implantation, ce qui n'est pas toujours le cas !). La réputation des spécialistes joue également un rôle dans le choix des institutions.

La présence d'institutions privées permet de rediriger les patients qui s'amassent dans les structures publiques, et certaines permettent également d'améliorer la condition générale de la population. C'est le but et la mission que s'est donné l'équipe du Sri Krishna Eye Institute.

Exemple d'un hôpital privé : Sri Krishna Eye Institute

Historique

A but non lucratif, la fondation a été créée en 2001 par un groupe d'ophtalmologues suisses bénévoles. Son financement repose sur la générosité de ses donateurs. L'intégralité des dons est versée pour les projets mis en place (achat de lunettes, financement d'opérations chirurgicales, programme de dépistage...).



Réalisations

Après l'ouverture d'un service d'ophtalmologie en République Démocratique du Congo, la fondation suisse « Vision for All » a ouvert au public deux hôpitaux dans l'état d'Andhra

Pradesh en Inde : le succès de la structure mise en place en 2003 à Mori a motivé la création d'un second institut, deux ans plus tard, un peu plus au Sud. Depuis son inauguration en décembre 2005, l'hôpital de Bhimavaram, où nous avons été accueillis, a déjà effectué plus de 1000 opérations gratuites.

Objectifs de la fondation

- 1) Créer des centres ophtalmologiques et améliorer des structures existantes dans des pays en voie de développement.
- 2) Soutenir la formation d'ophtalmologues et du personnel paramédical (étranger et local).
- 3) Favoriser la recherche afin d'améliorer la prévention, le diagnostique et le traitement de maladies ophtalmologiques.
- 4) Intensifier et élargir l'aide à d'autres secteurs de la médecine communautaire (gynécologie, vaccination).

Activités

Comme nous le décrivons plus loin dans ce rapport, les patients sont principalement recrutés à l'aide de « eye camps ». Ce sont des programmes de dépistage effectués dans les campagnes aux alentours de Bhimavaram et qui permettent à l'équipe de « Vision for all » de dépister les personnes aveugles ou ayant des maladies ophtalmiques.

Les patients peuvent soit être traités sur place si la pathologie est simple avec des lunettes ou des médicaments, soit être ramenés avec le bus à l'hôpital, où ils sont hébergés et soignés.

Opération à l'hôpital

La cause principale de cécité étant la cataracte, il est possible de rendre la vue grâce à une opération qui consiste à enlever le cristallin et poser un implant artificiel.

L'équipe actuellement en place opèrent jusqu'à trente patients par jour, selon une politique privilégiant davantage la qualité des soins à la quantité de patients pris en charge.

L'organisation de l'hôpital permet d'accueillir deux classes de la population. Les plus riches ont accès à une structure confortable et payent leur prise en charge. L'excédent de leurs contributions permet aux plus démunis, logés plus modestement, de bénéficier de soins gratuits. Ainsi, tous peuvent être soignés convenablement.



Chez les non payants

Financement

Afin de venir en aide à la population de sa région, le Dr. V. a décidé de construire cet hôpital à ses frais. A Bhimavaram il n'existe pas d'autres structures prodiguant des soins gratuits pour les problèmes de vue, et pour avoir accès à des soins de qualité il fallait se déplacer dans des villes voisines.

L'inauguration étant prévue fin 2005, il fallait coûte que coûte trouver des fonds afin d'équiper l'hôpital en matériel spécialisé et d'acheter un moyen de transport pratique pour réaliser les fameux « eye camps ». Vers la mi-mai, le Dr. V. participait à un congrès à Lausanne où il a rencontré le Dr. André. Séduit par son idée, ce dernier lui proposa le soutien de l'association « Vision For All » et depuis les deux organismes sont en collaboration. L'intégralité de l'hôpital et une partie de son matériel a été acheté par le Dr.V. Le reste des instruments de pointe, comme les microscopes ou l'équipement de diagnostic, ont été fournis par l'association, souvent récupérés dans les cabinets d'ophtalmologues suisses partant à la retraite. Pour chaque patient non-payant soigné, l'institut reçoit une somme convenue car l'argent récolté grâce aux patients payants (qui représentent 10% des consultations) n'est pas du tout suffisant pour couvrir les frais des patients non payants. Le Dr.V. a souligné lors de son interview que sans cette aide il n'aurait pas pu soigner les populations rurales. Il a également investi la plupart de ses biens dans l'hôpital, qui pour l'instant appartient encore aux banques indiennes, et cet engagement personnel est admirable.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de réfléchir au système de soutien choisi par l'association, qui dépend du nombre de patients soignés par mois. Comme nous l'avons appris lors de nos cours d'économie et de système de santé ;-) le mode de paiement influence les pratiques. Nous avons eu l'impression (confirmée lors de notre séjour) qu'il s'agissait d'effectuer le plus d'opérations possibles dans le mois, et que tout était mis en œuvre pour

arriver au quota désiré. La question qui se pose est alors la suivante : quelles sont les conséquences de cette politique ? N'ayant pas eu l'occasion d'effectuer d'analyse statistique à cette fin, nous ne pouvons qu'établir des hypothèses. Il est raisonnable d'avancer que, s'il faut soigner le plus de patients possibles, il faut gagner du temps ailleurs. Par exemple au niveau des trajets destinés à ramener les patients, il est possible de demander plus de travail à l'équipe concernée, d'engager plus de personnel (celui du Sri Krishna est en continuelle augmentation) ou d'installer des structures dans les villages afin de pouvoir opérer sur place. Cette dernière possibilité est envisagée par le Dr.V., car elle permettrait également de fournir un suivi plus complet des patients. Il serait également possible, afin d'être encore plus effectif, d'alléger la prise en charge pré et post opératoire des patients ainsi que leur suivi et leur séjour à l'hôpital. Les conséquences rappellent furieusement celles rapportées dans l'étude analysant le paiement prospectif dans des structures à but lucratif aux Etats-Unis, que nous avons traitée lors d'un cours : séjours hospitaliers plus courts, traitement plus rapide/agressif, patients sortants moins bien rééduqués/adaptés, impact possible à long terme. L'action de cette association à but non lucratif lui donne un statut spécial et il est difficile de la comparer à un hôpital « à but lucratif » lambda. Cependant nous avons été marqués par cette ambiance générale de recherche d'efficience qui devient honorable lorsqu'on la replace dans le contexte de l'aide humanitaire. Mais la fin justifie-t-elle les moyens ? Une solution très pratique qui est en cours d'élaboration serait la construction de postes avancés permettant de diminuer les trajets et d'avoir du personnel surplace.

En effet, un patient non-payant coûte 70 CHF à l'hôpital, entre le moment où il est pris en charge dans son village et où il y revient opéré. S'il vient d'une région éloignée, l'action de l'institut s'étendant toujours plus loin, il coûtera 15 CHF en plus par jour. L'installation de postes avancés aurait donc un réel intérêt économique.

L'équipe du Sri Krishna Eye Institute

Les médecins : une journée dans la peau d'un ophtalmologue indien, le Dr. V. :

Elle est autrement plus chargée que celle du médecin Suisse moyen. Arrivé à 8h du matin, le Dr. V. commence par opérer les patients payants qui désirent être opérés par un spécialiste de la rétine et qui se sont déplacés parfois de très loin afin d'être soigné par lui. Vu qu'il n'y en a pas beaucoup, en général deux ou



trois, il reprend les consultations à 10h, et s'occupe à nouveau des patients payants. Ceux-ci ont été vus entre 8h30 et 10h par les optométristes dans la section payante du centre. Il verra, en moyenne, une vingtaine de patients, entre 10h et 19h. Après quoi il s'occupe du travail administratif ou retourne en salle d'opération. Avec un peu de chance il sera sorti vers 21h.

Un autre médecin (le Dr. R.), originaire du Myanmar (ex- Birmanie) et installé depuis plusieurs années en Inde, s'occupe d'opérer les patients non payants.

Il nous confie qu'on n'a pas d'horaire fixe lorsqu'on travaille pour le bien des autres, et qu'il reste souvent tard dans la nuit pour finir les opérations des gens provenant de villages reculés et devant repartir le lendemain. Ayant déjà dépassé l'âge de la retraite, il ne travaille pas pour l'argent, mais pour aider les autres. Récemment une



deuxième recrue, chirurgienne, est arrivée au centre, ce qui permettra d'alléger son travail, et le remplacera à terme. Quand aux consultations des patients non-payants, elles sont effectuées principalement par les optométristes. Bien sûr, si le Dr. R est surpassé, en général au delà de 20 patients par jour, le Dr. V retourne en salle d'opération, jusqu'à des heures de la nuit parfois très avancées. Récemment ils ont même terminé au petit matin, épuisés par leur nuit de travail. Ces deux dernières années ont été rythmées par 15 heures (ou plus) quotidiennes de travail dans l'institut, que ce soit pour le Dr. V ou le Dr. R (qui, rappelons le, approche des 70 ans). Les vacances ne sont pas monnaie courante à Bhimavaram. Le personnel doit être disponible 24h sur 24, et le Dr. V s'accorde en général un dimanche de congé par mois.

Ayant terminé sa formation et construit l'hôpital peu de temps plus tard, les seules vacances qu'il s'est accordées au cours des dix dernières années étaient dues à une blessure au genou, qui l'a retenu deux mois.

Comme souligné plus haut, le Dr. V s'occupe surtout des patients payants. Mais si les patients non-payants ont besoin d'un fond d'œil, d'un traitement au laser ou que les optométristes ne parviennent pas à diagnostiquer leur problème, ils sont envoyés dans la section payante de l'hôpital. A moins qu'il n'y ait des complications, il ne reverra plus les patients non-payants qui seront pris en charge par le personnel de l'hôpital. S'il y a complications, il consacra moins de temps à l'examen post-cataracte, étant donné le nombre plus élevé de patients non payants. Quand aux complications, elles sont rares, et dépendent beaucoup de la technique d'opération, ainsi que des patients. Le Dr. V nous a parlé d'une expérience malheureuse où, pour des questions budgétaires, ils avaient utilisé un fluide de rinçage infecté pour opérer. Du coup, 4 patients ont souffert d'infections, et un d'entre eux, hélas, n'a pas pu récupérer la vue. Sinon les complications découlent surtout de négligence de la part des patients, principalement les non payants, qui n'ayant pas l'habitude de s'occuper de plaies ouvertes et vivant dans des conditions d'hygiène précaires.

Pathologies rencontrées lors de la consultation et leur traitement

La plupart des patients opérés souffrent de cataracte, ce qui est représentatif de ce que l'on peut retrouver dans la population. C'est la cause la plus fréquente de cécité évitable en Inde, et étant donné le manque de soins préventifs et peut-être pour d'autres raisons plus obscures (climat chaud, l'alimentation), elle apparaît plus tôt (50-60 ans) et prend des proportions plus importantes qu'en Suisse. Elle évolue en générale vers la cécité en 5 à 6 ans.

1% des patients venant consulter souffrent d'autres atteintes de l'œil comme le glaucome, le détachement de rétine ou de rétinopathie diabétique.

Chez les enfants, qui consultent plus rarement, il s'agit plutôt de cas de strabisme non opéré. S'ils viennent consulter assez tôt, l'institut pratique la thérapie d'occlusion afin d'éviter l'amblyopie. Beaucoup des patients souffrent également de maux de tête qui peuvent être reliés à un problème visuel, de presbytie ou autres problèmes de réfraction, et représentent la majorité des cas traités. Etant spécialiste de la rétine, le Dr. V. reçoit également de nombreux patients redirigés par des collègues.

Il existe plusieurs techniques différentes d'opération de la cataracte. L'Inde possède une longue expérience de la cataracte, vu que certains textes sanscrits poussent à croire que son traitement est né dans ce pays. En effet, Susruta, un médecin de l'Hindus ancien pratiquait déjà l'abaissement de la cataracte en 2500 avant J.C. Cette technique consistait à faire basculer le cristallin dans le corps vitré à l'aide d'un outil contendant. Cette méthode fut reprise en Europe bien longtemps après, et son équivalent est encore pratiqué en Inde où on n'applique pas forcément l'implantation de cristallin intraoculaire (ICI). Sauf que dans ce cas, le cristallin est extrait et non pas repoussé vers l'arrière. L'ICI est de plus en plus répandu, et est pratiquée sur tous les patients du Sri Krishna, payants ou non payants. La seule différence réside alors dans la qualité du cristallin implanté. En effet, on utilise pour les patients non-payants, des lentilles fabriquées en Inde, alors que les patients payant n'hésitent en générale pas à payer le prix fort pour des matériaux importés de l'étranger.

La technique pratiquée en occident, qui utilise les ultrasons, n'est appropriée que pour des cataractes précoces, où le cristallin n'est pas encore calcifié. En Inde les cataractes sont si avancées qu'il serait difficile, coûteux voire dangereux de pratiquer cette technique. L'institut possède une machine à ultrasons mais ne l'utilise que rarement : pour les cataractes immatures.

Le traitement au Sri Krishna diffère des autres hôpitaux. Chaque patient, qu'il vienne pour se faire opérer ou pour une simple paire de lunettes subira l'examen ophtalmologique complet.

La formation des médecins en Inde

Après l'équivalent du baccalauréat, l'étudiant qui souhaite devenir médecin se voit offrir différentes possibilités pour effectuer ses 5 ans et demi de formation (4 an et demi d'études et un an d'internat). Comme dans la plupart des études supérieures, il existe en Inde des écoles publics, très difficiles d'accès (500 sièges pour 40000 candidats dans l'état d'Andhra Pradesh) mais gratuites ou des écoles privées, très chères (2500000 roupies pour la formation). Avant d'accepter un étudiant dans le public, on regarde ses notes, puis l'élève devra passer un entretien. Mais là encore l'éternel système des bakchich rentre en jeu, et une famille aisée pourra payer pour attendre une place moins longtemps. A nouveau les classes les plus basses de la population sont défavorisées, mais le gouvernement et certaines écoles privées, ont aujourd'hui mis en place des systèmes pour tenter de réduire les inégalités. Ainsi, les

personnes de caste inférieure ont besoin d'obtenir un rang moins élevé lors de leur baccalauréat pour avoir accès à une place dans le public, et une taxe de 100'000 roupies est maintenant imposée aux élèves aisés qui sera redistribuée aux plus pauvres pour les aider à subventionner leur logement universitaire et leur matériel. Le problème de ce système est qu'il est basé sur la caste et non sur la fortune, et que certaines familles appartenant à des castes plus basses sont en fait plus riches que d'autres de plus haut rang. De plus, certaines personnes tentent d'obtenir un certificat du gouvernement afin de faire partie d'une caste plus basse. Pour ce qui est de l'abaissement des notes requises pour l'entrée à l'université dans les castes les plus basses, on peut en outre se demander si cela ne ferait pas baisser la qualité des services fournis.

Certaines écoles privées ont aujourd'hui un quota d'élèves non payants sélectionnés sur la base de dossiers, mais l'aide apportée est un investissement à long terme, et l'étudiant devra en général s'engager à travailler au moins cinq ans pour l'hôpital auquel l'école est rattachée. Beaucoup d'efforts sont donc nécessaires pour réduire les inégalités parmi les étudiants.

Après le diplôme, un ophtalmologue devra faire encore deux ans de spécialisation pour lesquels les places sont à nouveau difficiles à obtenir. Le Dr. R., par exemple, un des deux médecins de l'hôpital de Bhimavaram, a dû travailler deux ans en tant que médecin généraliste en attendant un endroit où entamer sa spécialisation.

Des spécialisations encore plus poussées peuvent aboutir à un totale de presque 12 ans d'études comme c'est le cas pour le Dr V., pour lequel on peut ajouter encore trois ans de master en chirurgie, et deux pour devenir spécialiste de la rétine.

Pour ce qui est de la qualité des enseignements fournie dans le privé par rapport au public, les avis sont partagés. Bien que le public soit considéré par la plupart comme plus « impartial » car les fonds ont une origine connue, d'autre plaident pour le privé en vantant la qualité du matériel de travail disponible et le fait que les élèves sont entraînés à voir un plus grand nombre de patients.

Le devenir des médecins

Un problème auquel l'Inde doit faire face est la fuite des médecins indiens vers les pays étrangers tels que les Etats-Unis, la Grande Bretagne ou l'Arabie Saoudite où les salaires sont beaucoup plus attrayants.

Ceux qui choisissent de rester en Inde préfèrent en général le public, moins stressant et leur permettant de gagner plus en prolongeant leur journée dans le privé. Les postes gouvernementaux sont en outre associés à plus de facilité au niveau de la santé, des transports, des vacances et des retraites.

Le personnel soignant

Au total, 35 personnes travaillent au Sri Krishna Eye Institute. On retrouve dans ce staff des optométristes, 3 ophtalmologues, 1 opticien; 1 technicien; des hommes à tout faire et chargés de la sécurité. Des réceptionnistes charmantes accueillent les patients et des boys sont toujours présents en salle d'opération. Le Dr. V. a un administrateur, un homme âgé de 75 ans qui nous a fait l'honneur de venir nous chercher à la gare et de nous diriger partout où nous voulions aller, faisant preuve d'un sens de l'hospitalité et d'une gentillesse à toute épreuve, nous mettant parfois mal à l'aise.



Des organisateurs de camp partent tous les deux jours afin de recruter des patients. Habituellement, deux conducteurs de bus se relaient pour parcourir les longues distances qui séparent les villageois de l'institut mais, lors de notre séjour, il n'y en avait plus qu'un, rendant la tâche difficile (combien de fois avons-nous aperçu le conducteur en question assoupi dans un coin). Enfin, plusieurs personnes sont chargées de l'entretien de l'hôpital.

Le personnel d'optométristes est constitué de cinq personnes réparties entre la section payante et non-payante. Examinant parfois jusqu'à 50 patients dans la journée, ils travaillent comme leur patron plus de 12h par jour sans relâche. Œuvrant



à la fois à l'hôpital et partant dans les « eye camps », certains ont parfois leur dimanche de congé (s'il n'y a pas de camp de prévu).

L'optométriste dont nous aimerions parler, Satish, est un jeune homme de 21 ans venant de terminer son diplôme et « petit dernier » de l'équipe. Pour devenir technicien en optométrie en Inde lorsqu'on a peu de moyens, il faut suivre deux ans de formation dans un des 4 instituts régionaux publics d'Inde. La formation d'optométriste, elle, dure 4 ans. La compétition est ardue et chaque année (dans l'institut où Satish fût admis qui couvre plus de 3 districts), 15 élèves sont admis sur 600 prétendants au poste. Selon lui, chaque année les demandes sont plus nombreuses, car le gouvernement indien a encouragé les gens à suivre des études d'optométristes, et les postes sont très convoités. Il nous affirme que les formations dans les écoles publiques sont meilleures que dans le privé. De plus, lorsqu'on a été sélectionné par un institut, le gouvernement paie l'école ainsi que l'équivalent de 15 CHF par mois aux étudiants, ce qui représente un salaire moyen en Inde. Quand aux écoles privées, elles sont chères et les élèves sortants trouvent rarement de poste dans le public qui, comme pour les médecins, est une place très convoitée car sûre et bien payée. Lui a décidé de devenir optométriste car il était assuré de trouver du travail. Il souhaite acquérir de l'expérience, terminer sa formation et partir à l'étranger (il a notamment mentionné la ville de Dubaï). Quand à leur salaire, ils touchent de 120 à 300 CHF, selon leur expérience.

La politique de l'institut consiste à payer les employés un peu plus car le système de « pourboires » n'est pas autorisé. En effet, cette politique encourage le staff à favoriser les patients aisés, ainsi que la corruption au sein de l'équipe. Le personnel travaille aussi plus d'heures que dans d'autres hôpitaux privés. Les heures supplémentaires sont additionnées à la fin de l'année et rémunérées. En public, le salaire est plus élevé et, comme les médecins, les optométristes peuvent travailler en fin de journée dans des structures privées.

Fabrication et vente de lunettes : le technicien et l'opticien

Dans un petit local ouvert dans un coin de l'hôpital, un homme travaille toute la journée à créer des lunettes sur mesure pour les patients de l'institut. A nouveau, tous sont à la même enseigne. Il travaille au moins 12h par jour pour mesurer, calibrer, affiner ses verres afin qu'ils



correspondent tout à fait à leur futur propriétaire. Entre différentes lunettes rien ne change, excepté la monture et parfois les verres si un patient paie de sa poche ou vient d'un « eye camp ». Ce technicien n'a aucune formation particulière et a appris son travail grâce à l'expérience acquise aux côtés d'un autre technicien dont il a été l'apprenti avant d'être engagé pour le Sri Krishna. C'est un métier que tous peuvent pratiquer mais qui nécessite une certaine habileté et un bon coup d'œil. Il gagne 150 CHF par mois et semble très heureux d'être là où il est. Ce travail est également mieux payé dans les hôpitaux publics mais les postes sont très convoités.

Une autre partie de l'hôpital est dédiée à la vente de lunettes et un autre employé de l'hôpital passe ses journées derrière son présentoir à accueillir les clients. Lui non plus n'a pas de formation et, issu d'une famille de pêcheur, il s'est reconverti lors de l'ouverture de l'hôpital après que son ami de longue date, le Dr.V., lui ait proposé une place.



La vie a l'hôpital : point de vue du staff par rapport au médecin

Lors d'une de mes discussions avec S., dans sa chambre annexée à l'hôpital, j'ai été surpris de voir à quel point il se plaignait de son travail. Pas au niveau des horaires ou de la quantité de travail, mais plutôt de l'ambiance générale qui régnait dans l'institut. Curieux, je lui demande d'approfondir le sujet et il me raconte qu'au début de son séjour, installé dans sa chambre en train de chanter un air, le Dr. V. entre et lui dit de se taire immédiatement. Suit un discours sur l'importance de rester concentrer sur son devoir même en dehors des heures de travail et pendant la pause, et qu'il est alors interdit de chanter ou d'écouter de la musique ainsi que de lire le journal ou de regarder les informations télévisées. Choqué je lui demande pourquoi, ce à quoi il me répond que le Dr. V. ne s'intéresse pas à ce qui se passe en dehors de son institut, et qu'il trouve que la musique est une perte de temps. De plus, il m'assure être toujours sur le qui-vive, s'attendant à le voir débarquer et à le surprendre lorsqu'il ne travaille pas, même s'il n'y a aucun patient à voir ni aucune tâche à accomplir ! Surpris par ce portait qui ne correspond pas du tout à l'image que j'ai du Dr. V. (qui ne peut pas être la même vu que S et moi occupons une position toute différente) j'ai cherché à en savoir plus. Tout d'abord, S, je pense, bien que brillant et très pertinent dans toutes ses remarques, n'est pas

objectif. Il travaille depuis peu à l'institut et après avoir discuté avec les autres optométristes je me suis rendu compte qu'il dramatisait un peu. Par contre, il est vrai que le Dr. V. tient son équipe d'une main de fer, ce qui est nécessaire pour être le plus productif possible, mais terrorise quelque peu les plus sensibles. Un système de repérage avait été instauré afin de savoir quand le Dr. était présent ou non dans l'hôpital afin de ne pas être surpris lorsqu'il n'y avait pas de travail (ce qui était très rare, avouons-le). Cette relation un peu tourmentée entre le personnel et leur patron m'a paru tout d'abord gênante, voire malsaine, mais je me suis rendu compte, au fur et à mesure que j'apprenais à connaître mieux l'Inde et les Indiens, qu'elle n'était pas si anormale que cela. Par son système de castes qui, malgré les changements entraînés par le combat du mahatma Gandhi quand à l'injustice et la position des intouchables, reste ancrée dans les traditions, l'Inde fonctionne à tous les niveaux d'une manière qui immanquablement nous rappelle l'âge féodal. Au moins y avait-il, pour le personnel, des moyens d'exprimer leur mécontentement, ce qui n'est pas toujours le cas. Lors d'une réception donnée en l'honneur du cap franchi de 300 opérations par mois à laquelle nous avons assisté, chacun a pu s'exprimer tour à tour et ont été écoutés. Malgré tout, pour nous autres occidentaux, ce genre de traitement porte atteinte à certaines libertés d'expression, ce qui m'a profondément marqué dans mon expérience avec S.

Les « eye camps »

Autre point fort de ce stage, nous avons eu la chance d'assister plusieurs fois aux « eye camps » (ou centres itinérants pour les yeux) organisés tous les deux jours par l'hôpital. Rappelons que ce sont des programmes de dépistage et de recrutement effectués dans les campagnes aux alentours de Bhimavaram et qui permettent à



l'équipe de « Vision for All » de soigner les personnes aveugles ou ayant des maladies ophtalmiques. Ces villages, en général agricoles, n'ont souvent pas de médecin à disposition, d'où l'importance de ces interventions.

Une opération de la cataracte coûte environ 100 francs suisses, ce qui est inaccessible pour la plupart des villageois au salaire mensuel de 70 CHF. « Vision for All » subventionne la totalité des interventions et 70 à 80 % des opérations du Sri Krishna Eye Institute sont faites pour des patients non payants.



Tôt le matin nous partions donc avec l'équipe des optométristes et des opticiens en direction de villages situés jusqu'à 300 km à la ronde. Le dépistage se passe alors dans une petite salle (souvent une école ou une salle communale) qu'un des membres de l'opération est venu réserver quelques jours à l'avance.



Deux optométristes s'installent avec leur matériel (lampe de poche, palette de verres correcteurs, leur rétinoscope, etc).



Les patients défilent les uns après les autres sur la chaise de l'optométriste. Ce dernier recherche la présence de cataracte et mesure l'acuité visuelle déterminant le besoin de lunettes. Le patient reçoit un petit bout de papier, avec noté dessus la pathologie ou le degré du problème de réfraction, qu'ils iront présenter à l'organisateur du camp.

Les patients atteints de cataracte ou ayant besoin d'une hospitalisation sont alors testés pour la tension et le sucre urinaire, et on ne ramènera que ceux dont les valeurs sont normales. Ces derniers peuvent alors rentrer se préparer chez eux, où le bus viendra les chercher dans l'après midi. Ceux dont la tension est trop élevée se verront administrer un traitement hypotenseur et une opération sera tentée par la suite. Ils ne prennent pas le risque d'opérer les patients dont l'urine est trop sucrée car le risque d'infection est augmenté. Parfois, lors du passage dans les villages pour récupérer les personnes devant être opérées, les optométristes passent dans les maisons afin de dépister des problèmes chez des villageois qui n'ont pas pu se déplacer jusqu'à la salle, soit par manque d'information, de temps, ou par crainte de l'inconnu.

En moyenne, pour chaque expédition, une cinquantaine de patients sont traités (environ 30 cataractes pour 20 paires de lunettes fournies) et jusqu'à 200 patients peuvent être inspectés. Pour ce qui est des lunettes, le patient doit en générale payer une contribution de 7 CHF pour un prix total 14 CHF. Pour certains, il est possible de payer la paire (déjà à un prix défiant la concurrence) en plusieurs fois. Les lunettes ne sont donc en générale pas gratuite sauf si la Suisse leur envoie des anciennes montures, ou si le président du village décide de les offrir à ses villageois pour soutenir sa campagne électorale.



Les lunettes seront ramenées au village trois jours après, souvent au moment du retour des patients opérés.

Les journées sont longues et, après un voyage en bus souvent animé, l'équipe et les patients sont souvent de retour du camp aux alentours de minuit. Nous nous souvenons en particulier de nos 3h30 passées debout à se tenir entre 40 patients dans un bus prévu pour 25.

Après un bref repas pour tout le monde, les optométristes font encore quelques tests afin de préparer les patients qui seront opérés aux premières heures le lendemain matin. Vers 3 heures du matin, tout le monde est en général content de pouvoir retrouver son lit mais pas pour longtemps car ils reprennent leur travail vers 6h.



Dans le bus...

Test effectués avant l'opération

- Inspection à la lampe de poche
- Mesure de l'acuité visuelle (pour les patients illettrés, les lettres sont remplacées par des animaux) et test d'acceptance avec de lentille de différents pouvoirs.
- Mesure de la réfraction au réfractomètre.
- Inspection à l'ophtalmoscope qui permet de voir le segment antérieur de l'œil (cornée, iris, pupille, cristallin).
- mesure de la pression intraoculaire à l'aide d'un tonomètre (permet entre autre de diagnostiquer un glaucome. La norme se situe entre 0 et 20 et une valeur supérieure fait suspecter la pathologie).
- mesure du sucre sanguin et urinaire (stick urinaire).
- prise de la tension.



Ophtalmoscope

- test de la perméabilité du canal lacrymal (NLD) à l'aide d'une seringue (la même pour tout le monde !) qui permet d'injecter un liquide salé dans le canal. Si le patient le sent passer par la bouche, le canal n'est pas bouché et le patient peut être opéré.
- Mesure de la courbure de la cornée à l'aide du keratomètre.
- Scan de l'œil après anesthésie locale (goutte) pour déterminer la puissance du cristallin.

Le médecin n'a en général pas le temps de voir les patients non payants avant l'opération (contrairement aux patients payants), et n'intervient que si un problème survient. Lors de notre séjour à l'hôpital, nous avons pu suivre des optométristes, en plus des moments qu'ils nous ont consacrés pendant les interviews. Malgré la barrière de la langue, nous avons pu effectuer quelques gestes de base de l'examen ophtalmologique. Les patients, pour la plupart étonnés d'avoir atterri dans un hôpital de pointe et souhaitant retourner le plus rapidement possible chez eux, n'en étaient pas à leur dernière surprise lorsqu'ils virent trois étudiants inexpérimentés derrière les appareils. Le personnel, surchargé, ne pouvait pas se permettre de consacrer tout son temps à nous enseigner les diverses techniques. Par conséquent nous avons moins participé aux soins que ce que nous l'avions espéré.



Test du canal lacrymal

L'opération

Contrairement aux patients payants qui sont vus en consultation par le médecin dès leur entrée à l'hôpital, la première fois que le médecin voit un patient des « eye camps », c'est sur la table d'opération. En effet, ces derniers sont en général trop nombreux pour pouvoir bénéficier de consultation individuelle et



les optométristes n'envoient chez le médecin que ceux qui leur posent problème. A partir de la salle d'opération, on ne peut noter aucune différence de traitement entre les patients payants et non payants. Le matériel utilisé (mis à part les lentilles comme nous l'avons déjà expliqué), les mesures d'asepsie et la qualité du traitement sont les mêmes pour tous. Même dans cet hôpital privé muni des technologies dernier cri, nous avons été surpris, voire amusés, de constater que le niveau d'asepsie était loin d'entrer dans les normes appliquées en Suisse. En effet, on ne change pas de gants après chaque opération, on se contente de les désinfecter. La même blouse est réutilisée après avoir été lavée, ainsi que les instruments chirurgicaux. Il n'était pas rare, lors d'une opération, d'apercevoir un morceau de rouille échappée de son scalpel se balader dans différentes zones de l'œil.

Une opération de cataracte dure entre 20 et 30 minutes, et les médecins n'ont que peu de répit entre chaque patient. Le soutien de l'association dépendant du nombre de patients opérés, les médecins responsables cherchent à augmenter le nombre d'interventions, opérant parfois plus de 30 patients par jour.



Test et prise en charge post opératoire

- Inspection à l'ophtalmoscope.
- Application de goutte (on leur fournit une bouteille qu'ils pourront emporter).
- Pose d'un pansement.



L'identification des patients et le suivi

Le suivi de la population vivant dans des villages retirés est parfois difficile, et peu des patients possèdent une pièce d'identité ou tout autre moyen de les identifier à long terme. On prend



alors en photo le patient tenant un petit panneau avec son numéro de dossier inscrit. En plus du petit dossier que l'hôpital tient pour chaque patient, ces derniers sont également notés dans un registre avec leur nom, leur lieu d'origine, leur âge et leurs empreintes digitales.



Les patients devront ensuite porter des lunettes noires pendant un mois pour se protéger des rayons du soleil, puis des lunettes de vue car bien que l'opération permette de récupérer la fonctionnalité de l'œil,

elle change un peu la puissance de la cornée. Les patients retrouvent la vue en générale dans la semaine qui suit l'opération.

Le jour suivant l'opération, les patients sont ramenés au village par l'équipe qui recueillera alors les nouvelles personnes qui auraient besoin d'un traitement.

Une semaine après, un membre de l'équipe retournera au village afin d'évaluer l'évolution et les éventuelles complications (infections, glaucome). La proportion de complications est en générale à peu près similaire chez les patients payants et non payants. La légère différence pourrait s'expliquer par le fait que les patients des « eye camps » sont en générale recrutés à un stade plus avancé de leurs pathologies et sont donc plus difficiles à traiter. Le manque d'éducation et la mauvaise observance des mesures de prévention des infections (éviter de se rincer les yeux à l'eau, mettre les gouttes et garder le pansement) pourraient être d'autres facteurs explicatifs.



La dernière visite au village, un mois après, permet de faire un dernier check-up ainsi que de ramener les éventuels patients qui auraient besoin de se faire opérer du second œil. En effet, le principal problème dans les régions rurales est l'atteinte bilatérale de cataracte, qui à terme

rend les gens aveugles. La cataracte, qui touche plus de 650 personnes pour cent mille habitants, ravage les zones reculées qui n'ont pas accès aux structures de dépistages ou de soins précoces. Pour ces individus, des ONG comme « Vision for All » jouent un rôle primordial et peuvent permettre à un père de retourner travailler pour nourrir sa famille ou à une mère de retrouver sa dignité. Nombreux sont les patients qui se présentent à l'hôpital ou lors d'un camp itinérant pour les yeux pour diriger les gens, effectuer quelques menus services, discuter, une manière de dire merci pour ce changement dans leur vie.

Pour certains villages très éloignés, la fondation a des accords avec des hôpitaux aux alentours dans lesquels les patients pourront se déplacer pour faire le check-up.

Les « eye camps » nécessitent ainsi beaucoup d'organisation. L'hôpital est obligé d'envoyer un employé 5 à 6 fois par village en contant les réservations, la publicité, le camp, l'apport des lunettes, le retour des patients et leur suivi.

De plus, le travail et la bonne volonté ne sont pas toujours récompensés. Nous avons assisté à une situation où le chef d'un village ne voulait pas laisser partir ses habitants. La discussion avec le personnel de l'hôpital avait lieu en télougou, mais on nous a expliqué par la suite que ses réticences étaient liées à une mauvaise expérience passée avec un autre organisme. Les patients avaient en effet rapporté de mauvaises conditions de traitement et d'asepsie où, placés les uns à côtés des autres sur des lits dans une grande salle, ils étaient opérés à la chaîne sans aucun nettoyage du matériel.

Cependant pour « Vision For All », le nombre de patients ne cesse d'augmenter, et l'hôpital où se construit sans cesse de nouveaux lits prévoit d'acheter un nouveau bus d'ici peu de temps et d'aménager de nouvelles salles pour pouvoir accueillir un plus grand nombre de personnes.



L'entraide parmi les villageois

Nous avons eu l'occasion de rencontrer une personne qui, de son plein gré, est devenue un intermédiaire utile entre l'hôpital et les villageois. Chandrakumar est intendant dans l'école d'un petit village. Son père a été opéré il y a quelque mois à l'hôpital, et il est alors venu

l'accompagner. Il a ainsi pris connaissance de la prise en charge des patients à l'institut et s'est proposé d'aider l'équipe des « eye camps » lors du recrutement. Il explique aux villageois, souvent un peu inquiets, ce à quoi ils doivent s'attendre et, s'ils le souhaitent, il se met à leur disposition pour les accompagner à l'hôpital. Chandrakumar ne se fait pas payer pour ce service fourni et se considère un peu comme un « assistant social » qui fournit une aide légitime à ses compatriotes.

Le point de vue des patients

Nous avons trouvé intéressant de parler avec certains des patients recrutés dans les villages afin de mieux comprendre leurs conditions de vie et l'importance de l'aide fournie par la fondation. Nous aurions souhaité recueillir davantage de témoignages mais nous n'avons malheureusement pas toujours un interprète à disposition. Les histoires des différents individus interrogés nous ont semblé étrangement similaires et, pour éviter les répétitions, nous avons choisi de ne présenter qu'un seul patient à but illustratif. Voici donc l'histoire de Bullya, un agriculteur de 55 ans.

Bullya vient d'un petit village qui compte une vingtaine de maisons, à environ 3 h de route de l'hôpital de Bhimavaram. Il y a 5 ans sa vue a commencé à diminuer, l'obligeant à réduire son nombre d'heures de travail par jour. Depuis un an, Bullya souffre d'une cataracte bilatérale et a quasiment dû cesser toute activité.

Il vit avec huit personnes, parmi lesquelles quatre sont encore en âge d'aller à l'école. Ne pouvant plus s'occuper de ses champs, ses deux fils de 20 et 25 ans ont cessé temporairement leurs études pour lui venir en aide. Il a en outre dû vendre un de ses bœufs et ses revenus sont passés de 150 à 50 roupies par jour. Tout ce qu'il gagne est utilisé pour nourrir sa famille, ne lui laissant guère d'argent pour d'autre besoin. La situation de la famille s'est encore aggravée ces derniers mois à la suite d'un incendie qui a ravagé la maison familiale. Bullya doit payer 1500 roupies pour les réparations et il ne sait pas où il trouvera l'argent. En effet, même si les gens du village ont



l'habitude de s'entraider et de s'échanger des services, les prêts d'argent sont plutôt rares. De plus, l'aide qu'il devrait recevoir du gouvernement pour l'incendie est détournée par des intermédiaires responsables dans le village. Il nous avoue qu'il n'est pas éduqué et qu'il ne sait pas trop comment faire pour protester.

Nous avons demandé à ce père de famille s'il avait tenté de se soigner pour son problème de vue. Il nous explique alors qu'il y a bien dans son village un guérisseur qui soigne toute sorte de pathologie avec des mélanges d'herbes et d'or, mais il n'a pas les moyens de le payer. Les autres hôpitaux et médecins sont très éloignés du village, rendant leur accès difficile. Bullya confie que, même si les hôpitaux publics sont supposés être gratuits, il faudra soudoyer les médecins pour être traité correctement et ne pas attendre trop longtemps et qu'il n'en a pas les moyens.

Il est donc très reconnaissant de pouvoir être soigné gratuitement par l'équipe de « Vision For All » et espère reprendre rapidement ses activités. Il est également très satisfait du traitement et de l'accueil à l'hôpital, et nous dit qu'il a fait confiance dès le début à l'organisme étant donné que le chef du village leur faisait confiance. De plus, l'hôpital est en train de se créer une bonne réputation dans les villages alentours grâce au taux très bas de complications.

En discutant avec d'autres patients, nous avons pu relever que la plupart d'entre eux considéraient l'opération qu'ils venaient de subir comme une chance. Beaucoup nous avouent qu'ils étaient un peu inquiets voire réticents avant l'opération, mais nous n'avons recueilli aucun témoignage négatif parmi les patients interrogés une fois sorti du bloc. Nous avons également retrouvé quelques patients opérés plusieurs mois avant notre visite très reconnaissants envers l'association grâce à qui ils ont pu reprendre leur travail.

Les hôpitaux publics en Inde

Exemple d'un hôpital public : L'Institut publique d'ophtalmologie d'Hyderabad

Après avoir passé plusieurs semaines dans l'hôpital privé où nous étions accueillis, nous avons eu envie de voir à quoi ressemblait un hôpital indien public. Nous sommes donc arrivés après douze heures de train à Hyderabad, la ville la plus grande et la plus proche de Bhimavaram.



Historique et présentation

Créé en 1951, cet hôpital est un des grands hôpitaux universitaire d'ophtalmologie du pays et la seule école d'optométristes dans l'Etat d'Andhra Pradesh. Il traite les problèmes de vue les plus diverses, abrite des laboratoires, et son directeur se vante de posséder les techniques et équipement les plus avancés. L'équipe se compose actuellement de 50 médecins, de 50 sœurs qui remplissent le rôle d'infirmières et de 250 post gradués. Le jour de notre visite, 356 patients étaient présents à l'hôpital.



L'institut possède également un département de réadaptation où on apprend aux malvoyants à se débrouiller un minimum à l'extérieur avant de les envoyer dans des établissements spécialisés.

Mode de financement

Les hôpitaux publics ne sont financés que par le gouvernement (par l'impôt) et les fonds attribués ne sont pas toujours suffisants. Les restrictions budgétaires sont visibles un peu partout, que ce soit au niveau du matériel, de l'hygiène, ou encore des conditions de

traitement des patients. Les conditions de stérilisation ne sont par exemple pas aux normes internationales, et même si un effort de contrôle par l'Etat est fait avec l'obligation de rapporter chaque cas d'infection, le manque de fond se fait toujours ressentir.

Les hôpitaux sont en outre surpeuplés, et la liste d'attente pour une opération souvent très longue. Les examens préopératoires pour la cataracte sont ainsi réduits à leur strict minimum et on ne fait parfois que l'inspection à la lampe torche, sans même utiliser l'ophtalmoscope. Certains hôpitaux publics sont très bons comme celui de Dehli par exemple, mais au niveau des districts le matériel est en générale de mauvaise qualité.



Cependant ces institutions reçoivent quand même de l'aide de certaines ONG qui fournissent des lits ou des microscopes, mais cela se fait de façon très irrégulière et ne suffit souvent pas à combler les manques.

En ce qui concerne les médicaments, l'Etat les finance tant que le patient est à l'hôpital. Une fois dehors, il devra les payer de sa poche.



Les patients

Grâce au financement des hôpitaux publics par l'Etat, cet institut devrait être accessible à tous quelque soit leur âge ou leur classe sociale. Du moins jusqu'à ce que la pratique courante du bakchich ne vienne modifier l'ordre de prise en charge des patients sur les listes d'attente.

Les personnes de classe plus élevées préfèrent pour cela en générale les hôpitaux privés qui bénéficient en outre d'un confort supérieur et de nombreux spécialistes à la pointe de la médecine. L'institut accueille donc une population composée surtout de patients peu aisés même si une certaine proportion de personnes plus riches choisit de s'y faire traiter grâce à la bonne réputation de certains médecins.

La plupart des patients passent d'abord par un hôpital plus petit qui les envoie à l'institut si la pathologie est grave, trop compliquée pour être soignée ou s'il y a des complications. On retrouve alors des patients venant de régions assez éloignées de l'Etat d'Andhra Pradesh.

Les causes de consultation sont, comme à Bhimavaram, majoritairement la cataracte (90%), le glaucome et les atteintes rétiniennes et encore une fois assez représentatives de la prévalence des maladies dans la population.

L'humanitaire à l'hôpital public

L'institut d'Hyderabad a mis en place un système équivalent aux « eye camps » de Bhimavarm pour le dépistage et l'éducation des populations reculées. Cependant, rien n'est financé par l'état et tout repose sur des bénévoles et des aides des ONG. On notera également la présence de 15 chambres payantes plus confortables et dont le bénéfice est redistribué pour le traitement des patients les plus pauvres.



Les médecins des hôpitaux publics

Les postes de médecins dans les hôpitaux publics indiens sont comme la plupart des postes gouvernementaux : très prisés mais difficiles d'accès. De nombreux médecins cherchent à obtenir une telle place car c'est une solution qui leur permet de gagner plus. En effet les médecins gouvernementaux sont payés 400 à 500 CHF par mois pour travailler de 9h à 16h, six jours par semaine dans le publique, mais la plupart possède une clinique privée en parallèle où ils finissent leurs journées. De plus c'est un poste très



sûr et un peu moins stressant que les médecins conservent en générale jusqu'à la retraite (à 58 ans). En contre partie, il y a peu de renouveau dans l'équipe de médecin en place, et il est très difficile d'obtenir une place au gouvernement.

Afin de combler le déficit de médecins dans les campagnes, le gouvernement essaie aujourd'hui de faciliter l'accès aux postes gouvernementaux pour les médecins qui accepteraient de quitter la ville. Mais l'entreprise est encore loin d'être gagnée et encore peu d'entre eux acceptent de retourner en région rurale.

Comme partout en Inde les médecins gouvernementaux ne prennent que peu de vacances en plus de leur dimanche de congé, avec seulement 10 jours par année.

Ceux qui travaillent dans le public ont la même qualification que leurs collègues en privé, certains préférant travailler dans ce dernier car ils ont accès à un matériel de pointe et travaillent souvent dans des conditions plus confortables, d'autres dans le public, en raison de la sécurité de l'emploi et le peu d'heures de travail.

La prise en charge

Nous nous sommes intéressés à la prise en charge d'un patient souffrant d'une cataracte en vue de comparer le système public et le système privé.

Tout comme à Bhimavaram, les optométristes voient le patient en premier. Cependant les examens effectués nous semblent bien moins complets et le surplus de patient entraîne un manque de rigueur où les examens préopératoires ne se limitent parfois qu'à la simple inspection à la lampe torche. Les patients, qui peuvent venir avec ou sans rendez-vous, sont alors opérés selon leur ordre d'arrivée par des médecins qui, contrairement à ceux de l'hôpital de Bhimavaram, s'arrêtent lorsque leur horaire est dépassé. Les patients non opérés seront alors reportés sur le planning du lendemain causant souvent une attente supplémentaire et un retard permanent sur le programme.

Le temps de surveillance postopératoire est plus ou moins semblable dans les deux structures, allant de 1 à 3 jours.

La gratuité des hôpitaux publics et le manque de ressources engendrent ainsi un trop plein de patients qui ne peuvent être pris en charge correctement. En plus des problèmes d'hygiène et

de confort, les listes d'attente s'allongent et entraînent une situation où finalement seuls ceux qui possèdent assez d'argent pour soudoyer les médecins ou s'offrir un hôpital privé seront traités rapidement. Le bakchich est en effet dans les mœurs en Inde et un médecin retraité du public qui travail maintenant dans le privé nous explique que, dans ce pays, les mendiants sont autorisés par la loi. On peut alors ensuite considérer un médecin soudoyé comme une sorte de mendiant des hôpitaux, ce qui rendrait la pratique légale. Cette dernière reste cependant dangereuse et la qualité du traitement fournie est en générale inférieure pour ceux qui ne peuvent pas payer.

Médecine alternative et conventionnelle, opposition ou complémentarité ?

La médecine non conventionnelle, en Occident, comprend toute pratique de soins ne reposant pas sur des méthodes expérimentales. En effet, soumises aux normes scientifiques de l'« evidence based médecine » et d'études randomisées en double aveugle, ces méthodes ne sont pas considérées comme étant efficaces. Tirée des traditions anciennes (principalement asiatiques, mais il existe de nombreuses autres médecines parallèles d'ailleurs) et liées aux philosophies et aux cultures de ces pays, elle est basée sur le vécu empirique du soignant et souvent sur une recherche personnelle du patient. Elle implique aussi une grande confiance réciproque qu'on ne retrouve pas forcément, bien qu'elle soit primordiale, dans la relation médecin-malade. Il est difficile pour nous de mesurer la qualité de la formation de ces praticiens alternatifs, notre évaluation étant basée sur des principes cartésiens réfutant les fondements de ces pratiques parallèles. Celles-ci retrouvent une certaine popularité de nos jours face aux « déboires » de la médecine conventionnelle, comme la sur médication, les enjeux économiques et les hôpitaux surpeuplés. Il ne s'agit pas ici de procéder à l'éloge de la médecine parallèle mais de montrer qu'en la dénigrant, parfois de manière brutale, le scepticisme scientifique s'est détourné d'une approche du corps humain qui, bien que différente, est pleine de richesses. Nous ne remettons pas non plus en question le fait que la médecine occidentale fut une véritable révolution pour l'espèce humaine, et qu'elle continue à faire des avancées formidables aujourd'hui. Nous voulons souligner que les médecines dites parallèles sont pour la plupart plus anciennes, et que même si elles ne sont pas applicables en théorie et selon le modèle occidental, leurs traitements sont souvent efficaces et leurs approches intéressantes. On oublie bien vite que pendant longtemps certains traitements

comme la pénicilline ou l'aspirine ont été donnés à des patients sans que l'on en connaisse le fonctionnement. Pourtant, l'efficacité de ces traitements n'était pas remise en question à l'époque. C'est aussi un argument utilisé par les défenseurs des médecines non conventionnelles. Bien qu'on ne comprenne pas à travers les yeux de la médecine occidentale les traitements parallèles et leur efficacité selon les individus et les pathologies, ceux-ci semblent fonctionner. La prévention a une place importante dans les méthodes non conventionnelles. En effet, afin de diminuer les coûts de la santé à long terme, ses adeptes proposent le remboursement de certaines branches considérées « parallèles » comme la physiothérapie, l'ostéopathie et l'homéopathie. Certains progrès ont été observés en France (déjà en avance avec le remboursement de l'homéopathie par la sécurité sociale) où certains hôpitaux pratiquent l'acupuncture, l'ostéopathie ou la sophrologie. La législation variant selon les pays, elles sont tantôt tolérées, tantôt interdites. De 1999 à 2005, la Suisse a décidé de tenter l'intégration de cinq nouvelles médecines parallèles dans le remboursement de l'assurance maladie obligatoire : l'homéopathie, la thérapie neurale, la phytothérapie, la médecine anthroposophique et la médecine traditionnelle chinoise. Après évaluation, ces médecines se sont avérées inefficaces et n'ayant pas de véritable rôle dans les diminutions des coûts de la santé. D'un autre côté, elles ne génèrent pas de réelle dépense pour l'assurance de base. A suivre...

Ces médecines s'appuient sur la relation de confiance avec le patient, qui exprime souvent une recherche personnelle et la quête d'un cadre de soin qui se situe parfois hors du cadre de référence habituel de la médecine classique.

L'approche qui vaut la peine d'être considérée dans ces techniques considère l'individu dans un ensemble complexe, dont chaque partie influence les autres, et dont le traitement doit rester dans cette optique. Elles tendent à respecter le fonctionnement naturel du corps, par l'emploi de méthodes manuelles ou par l'administration de substances « naturelles » non synthétiques, ce qui participe à l'essor de ces spécialités. En effet, même dans le milieu médical, on observe un mouvement contre la sur-médication. On retrouve certes des charlatans participant eux-mêmes au procès de ces pratiques, que ce soit dans le manque de nuances de certains traitements naturels ou à travers le dénigrement des pratiques occidentales reconnues.

On pourrait envisager que les médecins, en principe plus à même de peser le pour et le contre, aient recours à ces méthodes. Certains les utilisent, mais elles ne sont pas encore

suffisamment reconnues pour arriver à une réelle collaboration avec la médecine occidentale. Ces techniques doivent être utilisées avec parcimonie. Souvent on y trouve l'alternative (d'où la dénomination de médecines alternatives) à des traitements de fin de vie. Mais on pourrait envisager, comme dans d'autres pays (par ex. le Mexique), des centres pluridisciplinaires où des professionnels collaborent afin de soigner les mêmes patients. La difficulté consisterait à rassembler ces spécialistes dans une approche centrée sur le patient, quelle que soit la méthode utilisée. Ceci nécessiterait peut-être une certaine remise en question de nos acquis, impliquant une véritable ouverture d'esprit. En fait, la réelle difficulté résiderait dans la capacité de se détacher de son égo, souvent très développé dans la profession médicale.

La médecine « rationnelle » et les médecines parallèles sont sans doute complémentaires et non opposées et il n'y a aucune raison de soutenir fermement une position en occultant toutes les autres. Il y a beaucoup à tirer d'une coopération interdisciplinaire, que ce soit dans l'apprentissage d'autres approches de l'être humain, ou en tant que patient. Une approche multi-facettes de la médecine attirerait beaucoup de malades et donnerait peut-être, ou non, naissance à une autre conception plus ouverte et plus large de la médecine.

La médecine ayurvédique

L'Ayurveda (d'« ayus » : force, santé, ce qui est vivant et « veda » : science, connaissance) aurait été tiré des textes sacrés appelés Vedas, vieux d'au moins 6000 ans. Ces textes contenaient des connaissances à la fois scientifiques, économiques, politiques et philosophiques, et constitueraient, dans leur ensemble, la base de la culture hindoue. Comme dans la médecine hippocratique, il existe des humeurs (doshas) en Ayurveda, qui sont au nombre de 3 : vata, pitta et kapha (air, feu, terre). Pour les problèmes d'yeux, c'est le pitta qui est concerné. Ces humeurs sont censées être en équilibre, un déséquilibre résultant en la maladie du patient. Il existe des spécialisations en Ayurveda, tout comme en médecine traditionnelle occidentale, bien que la chirurgie et la psychiatrie soient peu développées, suite à la perte de certains textes sacrés et à la main mise des techniques occidentales sur la chirurgie. Le traitement consiste, en plus de la prise de médicaments constitués de mélanges d'herbes, en plusieurs actes comme le vomissement thérapeutique, la saignée ou le lavement, là encore rappelant la médecine hippocratique. Les études afin de devenir spécialiste en Ayurveda durent au moins 8 ans et demi, 5 ans et demi pour devenir médecin puis 3 ans de

spécialisation. Le médecin ayurvédique voit son patient comme un tout, une entité comprenant ces trois humeurs qu'il doit traiter ensemble, sur le long terme et non pas de manière ponctuelle comme nous pratiquons la médecine occidentale. Il cherche à savoir sous quel signe est né son patient, l'astrologie étant une science très développée et précise en Inde, ce qu'il a l'habitude de manger, s'il a remarqué un quelconque changement depuis sa maladie, que ce soit dans son contexte familial, économique, ou psychologique. Il s'agit d'une approche plus centrée sur le patient, d'où sa dénomination par nous autres occidentaux de « médecine naturelle » ou médecine douce. Ceux qui méprisent cette science semblent oublier l'origine de ce savoir, qui remonte peut-être à plus de 8000 ans, comparé à celle de la médecine hippocratique qui a à peine 2500 ans.

Dans certains états indiens, il existe un hôpital ayurvédique public pour un hôpital de médecine occidental, et les Indiens se rendent plus volontiers dans le premier. Nous avons pu rencontrer un médecin ayurvédique qui, bien qu'il ne soit pas un spécialiste de l'œil, a pu nous donner quelques informations sur le traitement ayurvédique des maladies ophtalmiques. Malgré le fait qu'il ne soit pas spécialiste, il nous a assuré qu'il recevait 2 à 3 patients par jours (sur ses 60 patients quotidiens), originaires de Madras, présentant une pathologie ayant trait à l'ophtalmologie, en général des cataractes mais aussi des détachements de la rétine. Il s'agit alors de tenter de retarder le processus pathologique tout en redirigeant les patients vers des chirurgiens spécialisés, l'Ayurveda, comme précisé ci-dessus, n'ayant pas développé les techniques de chirurgie. Par l'application, d'huiles et de préparations d'herbes durant plusieurs jours, l'avancée de la maladie peut-être retardée. Cependant, notre interlocuteur insiste sur le fait qu'il ne faut pas espérer la guérison du patient par ces seuls moyens. Il pourra aussi conseiller des exercices pour entraîner la vue, qui permettent en même temps d'observer l'évolution de la maladie. Il demandera également au patient de diminuer les plats épicés, qui constituent à eux seuls un déséquilibre. Nous posons la question qui nous brûle les lèvres depuis le début de l'interview : comment explique-t-il le phénomène de la cataracte et comment son traitement agit-il du point de vue de l'Ayurveda?

Ce à quoi il nous répond ce qu'on nous avait déjà appris, que la cataracte est un processus découlant du vieillissement de l'organisme. Nous insistons et il ajoute que la pathologie peut-être accélérée selon les habitudes du patient, qu'un déséquilibre au niveau du tout peut amplifier le phénomène. Par exemple, il ne faut pas se retenir d'uriner trop longtemps, ou regarder des



Médecin ayurvédique

objets lumineux, ou manger trop épicé, ce qui ajouté à un problème psychologique peut avoir un effet non négligeable sur la santé du patient.

La médecine traditionnelle indienne

La médecine traditionnelle indienne est à différencier de l'Ayurveda et autres médecines non conventionnelles, dans le sens qu'elle n'est aujourd'hui reconnue qu'à une toute petite échelle et uniquement dans les régions très reculées, montagnardes. Elle est dispensée par des guérisseurs qui n'ont généralement pas de diplôme et qui traitent la cataracte avec des mélanges de végétaux, de miel, de lait et de beurre, et dans certains cas, l'utilisation de métaux précieux comme l'or. Aujourd'hui, la plupart des villageois ne croient plus en ces méthodes et lui préfèrent les méthodes occidentales ou l'Ayurveda.



Les « general practionners »

Autre acteurs du système de santé indien, le « general practionner » est un praticien de premier recours, qui n'a appris son métier qu'avec l'expérience. Ce dernier ne possède aucun diplôme, et n'importe qui peut s'installer dans les villages en tant que « general practionner », à condition d'avoir travaillé quelques années dans le cabinet d'un médecin généraliste (qui lui aura appris les gestes techniques et médications de base) et de se faire recenser auprès du gouvernement. Selon certains, cet enregistrement se fait de façon trop aléatoire, vu qu'aucun test n'est fait pour vérifier les qualifications du soignant. Ce laxisme gouvernemental est peut-être dû au manque de médecin dans les campagnes par rapport au nombre de personnes à

soigner et/ou à un manque de personnel surveillant ces acteurs particuliers du système santé par rapport au nombre toujours croissant de praticiens.

Ce « médecin autodidacte » est souvent le premier contact qu'ont les villageois avec le domaine médical et, dans de nombreux villages, il joue le rôle d'un médecin de premier recours prescrivant des médicaments ou orientant les pathologies compliquées vers les hôpitaux ou médecins diplômés les plus proches. Il fournit une médecine plutôt occidentale et n'est pas à comparer aux guérisseurs que l'on retrouve également dans certains villages. C'est souvent la seule porte d'entrée à un traitement médical pour les gens venant des campagnes de par le fait que ces praticiens vivent en générale dans le village et que leur maison leur sert de cabinet. Certains villages peuvent compter jusqu'à 10 praticiens pour 500 habitants.

Nous avons pu discuter avec un de ces soignants qui s'est trouvé être le père d'un des organisateurs des « eye camps ». Il nous dit voir entre 15 et 20 patients par jour, et travailler 24h sur 24, sans vacances, s'occupant seul de toutes sortes de cas ainsi que des urgences.

Il nous explique que les patients le paient une fois par an, en moyenne 20 roupies par visite en fonction de la fréquence des consultations. Ils ne reçoivent alors aucune aide de qui que ce soit et doivent payer de leur poche.

Le système d'assurance

Le système d'assurance indien a une histoire vieille de deux siècles. « L'Oriental Life Insurance Company » fut initiée en 1818 par des européens à Calcutta pour subvenir au besoin de la communauté européenne. Avant l'indépendance, la discrimination était visible en Inde avec des primes d'assurance plus élevées pour les Indiens que pour les étrangers. Ce n'est qu'en 1870 que la première compagnie d'assurance indienne, la « Bombay mutual life assurance society », fût créée avec des taux normaux pour les indiens. Au début du 20^{ème} siècle, les compagnies d'assurance sont en pleine expansion et avec cela des lois ont été mises en application afin de réguler le business des assurances. 1938 fût la date de la première loi assurant à l'Etat un strict contrôle sur le marché des assurances, mais ce n'est qu'en 1956 que l'assurance vie devint complètement nationalisée. Les 245 compagnies étrangères et indiennes se sont alors retrouvées sous la tutelle du gouvernement. La compagnie d'assurance vie

principale est toujours entre les mains du gouvernement même si en 1999 celui-ci autorisa la présence de compagnies privées dans les assurances.

Il y a aujourd'hui en Inde cinq formes d'assurance : les assurances privées, les assurances sociales, la couverture pourvue par l'employé, des schémas d'assurance communautaire, et l'assurance gouvernementale.

Cependant, bien que les primes soient en générale en fonction du salaire, une large majorité de la population ne peut toujours pas s'offrir les dépenses pour la santé, et il est considéré que plus de 90 % de la population indienne ne bénéficie toujours pas de protection sociale. Bien que le développement des assurances pendant ces deux dernières années fût de 100 %, il est estimé qu'en 2010 environ 160 millions de personnes seront couvertes, ce qui ne représente que 15 % de la population indienne.

Il semblerait en effet qu'il ne soit pas toujours rentable de posséder une assurance en Inde, et même les médecins nous avouent ne pas en posséder. Nous avons tenté de comprendre pourquoi, et c'est souvent l'argument des coûts trop élevés qui reviennent. En outre, les assurances ne sont pas obligatoires, et il semblerait que le système, instauré par des européens et peut-être inadapté à un pays comme l'Inde, ne soit pas encore passé dans les mœurs du pays.

Les assurances ne sont de toute façon utiles que pour les hôpitaux privés. D'autres services sont proposés selon le contrat, mais les soins de bases pouvant être prodigués gratuitement dans les hôpitaux publics, la majorité de la population n'estime pas nécessaire de dépenser chaque mois une somme qu'elle n'a de toute façon pas. Comme nous l'ont fait comprendre certains, il vaut mieux vivre et profiter de l'instant présent plutôt que de vivre dans la crainte que quelque chose de mal arrivera dans le futur. C'est une autre facette de la culture hindoue qui pourrait expliquer pourquoi le système d'assurance peine à s'imposer dans ce pays. En plus du problème financier évident, les hindous n'ont pas l'habitude de se projeter dans un futur, même proche. Le culte de la peur de la mort ou le besoin d'être rassuré constamment sont des concepts inexistantes, la mort étant une étape comme une autre dans le cycle des réincarnations. Dans ces conditions, pourquoi prendre une assurance-vie ?

Les micro-assurances

Récemment, une prise de conscience sur la nécessité d'étendre la protection sociale aux groupes exclus a été observée. De nombreuses stratégies ont alors été développées avec la mise en place de « micro-assurances » faite sur mesure par différents groupes de la société civile (organisations communautaires, ONG, groupes de femmes...) pour répondre aux besoins de leur population cible. L'Inde connaît de nombreuses expériences de micro-assurances s'appuyant sur des communautés locales qui financent et gèrent un *pool* de risque pour leurs membres, tout en assurant le suivi et le contrôle du portefeuille. Elles se présentent schématiquement comme un dispositif d'assurances volontaires, à statut privé, qui fonctionne sur une base communautaire et qui associe à différents degrés des représentants, des adhérents ou encore de la population ciblée. La micro-assurance santé ne doit pas être considérée comme un mécanisme isolé mais située parmi d'autres mécanismes de protection sociale. Ceux-ci sont notamment les systèmes nationaux de sécurité sociale, la micro-assurance santé/mutuelle de santé et les mécanismes d'assistance sociale. Ils doivent être articulés pour constituer un seul système qui tend vers la couverture universelle et, à long terme, vers l'assurance obligatoire.

Selon certains, le système des micro-assurances serait également un moyen de lutte contre la pauvreté grâce à trois aspects. Premièrement, un meilleur accès aux soins augmenterait la productivité des ménages. Ensuite, l'assurance santé pourrait éviter les dépenses catastrophiques engendrées par les soins de santé. Enfin, elle introduirait dans la société les instruments de la démocratie telle que l'assemblée générale et le droit à la parole. Elle accorderait une voix à des populations souvent exclues des processus décisionnels.

Autres systèmes

Certains hôpitaux ont mis en place des services sociaux qui ressemblent un peu à des assurances. Chaque mois, ils passent dans les villages, et demandent 1 roupie par personne (30 centimes suisse) pour s'occuper ensuite gratuitement de la cataracte dans le village. Cette pratique reste cependant très rare, et peu d'organisation l'ont mise en place.

Le Programme National de Contrôle de Cécité

Le Programme National de Contrôle de Cécité (PNCC) a été créé en 1976 et est financé à 100% au niveau central par l'état. Il vient compléter le programme pour le contrôle du trachome instauré en 1968.

La stratégie du programme est la suivante :

1. Consolider l'accès aux soins
2. Développer le personnel qualifié en soins oculaires
3. Promouvoir les activités de sensibilisation et d'information du public
4. Développer les structures institutionnelles
5. Établir les structures de soins oculaires pour chaque 1/2 million de personnes.

Les mesures suivantes ont été ajoutées sur la base des résultats d'études faites en 1998-99 et en 1999-2000.

- Élargir le champ d'action du PNCC en renforçant la prise en charge d'autres causes de malvoyance comme la cécité de la cornée (nécessitant la transplantation et donc le don de l'œil), les problèmes de réfraction (surtout chez les enfants d'âge scolaire), en améliorant le suivi des opérations de la cataracte et en traitant d'autres causes de cécité comme le glaucome.
- Concernant le recrutement des patients, remplacer l'approche de « centres itinérants pour les yeux (« eye camps ») par des structures chirurgicales fixes et passer des méthodes conventionnelles de chirurgie à l'implantation de cristallins intraoculaires afin d'assurer une meilleure qualité de vue (post opératoire) aux patients opérés.
- Développer les activités du projet de la banque mondiale telles que la construction de salles d'opération dédiées spécifiquement aux maladies des yeux, la création au niveau du district de services spécialisés dans le domaine de la cécité, la formation de chirurgiens de l'œil aux techniques modernes d'opération de la cataracte et des autres pathologies, ainsi que l'acquisition de matériel ophtalmologique adéquat dans tout le pays.
- Faciliter la participation des organisations volontaires et attribuer des zones d'action aux ONG et hôpitaux publics afin d'éviter le recoupement des soins

- Améliorer les performances des unités gouvernementales telles que les Collèges médicaux, les hôpitaux de district, les hôpitaux subdivisionnaires, les centres de santé communautaires, les centres de santé de base etc.
- Faciliter l'accès aux soins dans les zones reculées mal desservies par l'identification des patients atteints de cataracte bilatérale, l'instauration de registres dans chaque village tout en privilégiant l'opération de la cataracte des patients gravement atteints.

Développement de l'infrastructure

Au sommet de la hiérarchie, l'Institut National d'Ophtalmologie établi à New Delhi et dix instituts régionaux ont pour rôle de promouvoir le développement de la main d'œuvre, de la recherche et de la prise en charge des patients. Quatre-vingt-deux universités de médecine ont été reformées selon ce programme dont trente-neuf ont été nommées comme centres de formation pour le personnel paramédical. À ce jour, cent soixante-six banques spécialisées d'organes ont été créées, que ce soit dans les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, et quatre cent quarante-cinq hôpitaux de districts ont été équipés pour le traitement des maladies ophtalmiques. Ces hôpitaux ont reçu le matériel ophtalmique mais manquent de personnel qualifié. Le concept de Société de Contrôle de la Cécité à l'échelle des districts a d'abord été créé dans cinq régions pilotes. Suite à ce succès, cinq cent septante-cinq sociétés ont vu le jour sous la direction des Collecteur et Commissaire adjoints de District. Elles possèdent une structure multidisciplinaire au sein desquelles sont représentés tant les secteurs gouvernementaux que non gouvernementaux et privés.

Le programme a mis l'accent sur l'accès aux soins dans les zones rurales où les problèmes de cécité se font énormément sentir. Elles sont composées d'un véhicule, d'un chirurgien et de personnel paramédical. La plupart des opérations de la cataracte au sein de la population rurale sont effectuées par ces unités mobiles.

Accès aux soins et prise en charge

Selon les résultats de différents districts obtenus durant la campagne de 2001-2002, le nombre de centres mobiles ophtalmiques a diminué, sauf dans les zones rurales où ils restent le principal système de recrutement.

Le nombre de chirurgiens spécialisés participant au programme a augmenté. Les patients souffrant de cataracte consultent leur médecin à des stades de plus en plus précoces et on observe une augmentation de la demande des techniques modernes comme l'implantation de cristallin intraoculaire et des chirurgies sans point de suture. 84 % des patients opérés de la cataracte reçoivent des lunettes gratuites provenant de structures spécialisées.

Quatre cents opérations pour 100.000 habitants est le chiffre auquel doivent faire face les états afin de lutter contre la cécité due à la cataracte. L'implantation de cristallin intraoculaire a augmenté et représentait 83 % des opérations de cataracte durant l'année 2003-2004.

Programme de dépistage scolaire

6 à 7 % des enfants âgés de 10 à 14 ans ont des problèmes de vue affectant leur apprentissage scolaire. Ils sont d'abord examinés par des professeurs ayant reçu une formation sommaire, puis les patients suspectés de problèmes de réfraction sont pris en charge par du personnel spécialisé. Des lunettes de correction sont offertes aux personnes vivant au dessous du seuil de pauvreté.

Récolte et utilisation de donation d'organes

Actuellement, presque 20.000 yeux sont récupérés chaque année en Inde, notamment ceux de victimes d'accidents et autres maladies graves. Une campagne bimensuelle de donation est organisée chaque année du 25 août au 8 septembre pour promouvoir la récolte d'organes. Les états de Gujarat, Tamil Nadu, Maharashtra et Andhra Pradesh sont en pôle position dans cette activité.

Les organisations volontaires comme Lions International, Rotary International, NSPB et leurs branches sont encouragées à organiser des eye camps dans les zones rurales et urbaines touchées, avec la permission des autorités concernées. Ces organisations ont également été actives dans d'autres branches du programme, comme l'éducation, la prévention, la réhabilitation et les opérations chirurgicales.

Objectifs pour le dixième plan quinquennal

Les objectifs suivants ont été fixes pour le dixième plan quinquennal :

1. L'augmentation du taux d'opération de la cataracte à 450 opérations/100.000 habitants.
2. L'implantation de cristallin intraoculaire pour 80% des patients opérés de la cataracte pour 2007.
3. Le développement de 50 unités pédiatriques ophtalmologiques
4. La création de structures visant à traiter le glaucome et la rétinopathie diabétique ainsi que pratiquer des diagnostics précoces.
5. La mise en place de 20.000 centres pour la vision dans les zones rurales.
6. Le développement d'un réseau opérationnel de 25 banques pour les yeux.
7. Le développement de ressources humaines et de structures institutionnelles, permettant la formation de chirurgiens de l'œil, de personnel médical et paramédical, ainsi que le fournissement d'équipement ophtalmologique et de don aux ONG.

Vision 2020: the right to sight

Il s'agit d'une initiative globale visant à diminuer les cas de cécité évitable par la prévention et le traitement d'ici l'année 2020. L'Inde est impliquée dans ce programme.

Les ONG

Qu'elles soient allemandes comme la « Christopher Blinden Mission », anglaises comme « sight savers » ou « the right to sight », ou canadiennes, il existe en Inde de nombreuses organisations non gouvernementales, qui ont permis de diminuer la surcharge des hôpitaux publics, en prenant en charge de nombreux patients qui n'ont pas les moyens de s'offrir le privé.

Ces organisations ne travaillent en général pas avec le public, bien que certaines mettent à disposition des instruments et du matériel pour aider à parer d'éventuelles manques économiques, et que chaque structure se voie attribuer par l'état une zone d'action bien déterminée afin qu'il n'y ait pas de recoupement des soins.

Les ONG sont également indispensables si une personne peu aisée a besoin de consulter un spécialiste. En effet, comme nous l'avons déjà relevé, la plupart des spécialistes travaillent dans le domaine privé, et aucune aide du gouvernement ne sera allouée pour permettre à la personne de faible revenu d'accéder aux soins dont elle a besoin.

Elles jouent enfin un rôle primordial dans la réinsertion et la prise en charge des aveugles. Elles subventionnent entre autre de nombreuses écoles (comme nous le développons ci-dessous), ainsi que des foyers de réinsertion professionnelle.

Notre visite d'Andhra Blind Model High School : une école pour les enfants aveugles

Outre l'hôpital, Bhimavaram abrite une école pour enfants aveugles. Les élèves étant malheureusement en vacances lors de notre séjour, nous n'avons pas pu la visiter. Nous nous sommes donc rendus à un second institut dans le district voisin.



Historique

Cette dernière école fut fondée en août 1962 par un Révérend, grâce à l'ONG « The Christian Institute ». Initialement financée par une organisation américaine, la Christopher Blinden Mission, une organisation allemande et une organisation locale ont pris le relais depuis 1980.

Les 122 étudiants de l'institut sont sous la direction de M. Sohn Moses qui nous a chaleureusement accueillis en nous faisant découvrir un univers qui nous était complètement inconnu.



Âgés de 6 à 20 ans, les élèves suivent le même enseignement de base que la plupart des écoles indiennes. Ils apprennent le télougou (la langue de l'Etat), l'hindi, l'anglais, les sciences, et l'informatique. La différence réside dans les supports d'apprentissage. Les livres sont en braille, les atlas d'anatomie sont remplacés par des maquettes en trois dimensions et le calcul s'apprend à l'aide d'un système ingénieux composé d'un plateau et de pions crénelés représentant les différents chiffres et signes mathématiques. L'école a également mis en place des cours d'écriture en braille, d'orientation pour apprendre aux non voyants à se déplacer, de musique, de théâtre, et de sport avec tout un équipement peu usuel.

Nous avons trouvé intéressant d'assister au cours d'écriture, dont la technique nous a paru très ingénieuse : les élèves apprennent à écrire sur des journaux pliés en deux dans lesquels les élèves percent de petits trous à l'aide d'une règle faite de cellules à six trous et d'un poinçon. Ils écrivent de droite à gauche puis retournent le papier pour lire de gauche à droite.

Les élèves étaient également contents de nous faire découvrir leur cour de récréation, et Sylvain a pu s'initier tant bien que mal au ping-pong à l'aveugle, qui se joue sur une table encadrée de bord relevés, en faisant rouler une balle qui fait du bruit. L'expérience, qu'on ne peut qualifier de franc succès, fût tout de même amusante ne ratant pas une opportunité de nous moquer de notre petit camarade.

Une journée à l'école

Réveillés à 5 h du matin, la journée commence par la prière. Après avoir pris leur douche, le petit déjeuner est servi de 7 h à 8h30. Puis les cours commencent : de 9h30 à 12h, puis de 14h à 17h, les élèves apprennent les mathématiques, l'anglais, la géographie ainsi que toutes les autres branches qui font partie du cursus indien normal. Ils ont ensuite du temps libre avant le repas à 19h, où ils peuvent profiter de faire du sport ou des travaux manuels qu'ils pourront vendre par la suite dans une petite échoppe située à l'entrée de l'école. Habits, bougies et sac sont tant d'objets artisanaux dont l'achat par les visiteurs aidera l'école dans le financement de matériel sportif ou tout autre matériel destiné aux élèves.

Financement

Contrairement à la distinction que l'on peut souvent faire pour les hôpitaux entre le privé et le public, le financement de certaines écoles est partagé entre l'Etat et les ONG. En effet il semblerait que le gouvernement commence à comprendre la nécessité de venir en aide à ses compatriotes malvoyants et, alors qu'il y a quelques années sa contribution était plutôt minime et les infrastructures surtout soutenus par des particuliers ou des ONG, il commence à s'investir pour soulager ces organisations souvent surpassées. Ici, par exemple, l'Etat paie les professeurs et fournit les livres et les cahiers (journaux pliés en deux).

Les professeurs

Nous avons eu la chance de rencontrer la plupart des enseignants et d'assister à certains de leurs cours. L'équipe, qui se compose au total de 15 professeurs, en compte deux malvoyants. En discutant un peu avec ces derniers, nous nous sommes rendus compte qu'ils avaient été élèves de l'institut lorsqu'ils étaient plus jeunes. Comme leurs collègues bien voyants, ils ont ensuite suivi des cours à l'université afin de devenir professeur et ont décidé de revenir soutenir l'organisme qui leur a été d'une grande aide par le passé. Le directeur nous avoue également que les élèves ont un très bon contact avec ces professeurs malvoyants aptes à comprendre leur situation et à les soutenir jour après jour dans la découverte du monde qui les entoure.

Le devenir des élèves après l'école

L'Inde ne possède pas d'écoles spécialisées équivalent au collège en Suisse et les non voyants sont obligés, après l'obtention de leur diplôme de fin de « cycle », de suivre des cours avec des personnes voyantes. Là encore, le gouvernement intervient en fournissant des cassettes audio avec les leçons. Ils peuvent donc suivre les mêmes cours que tous les enfants de leur âge et passeront, à la fin de leur scolarité, le même examen public. Lorsque nous nous interrogeons sur la réussite de ce système, nous sommes vite rassurés par le directeur qui est fier de nous annoncer que le taux d'obtention du diplôme a été proche de 100% ces cinq dernières années.

Conclusion

Pour conclure, nous dirons que la visite de cette école nous a beaucoup appris sur les conditions de vie de ces enfants aveugles et elle serait sans doute à classer parmi les expériences les plus intéressantes de ce stage. Nous avons pu découvrir un monde dont nous ignorions tout et nous avons été impressionnés de voir le nombre de méthodes mises en place pour rendre le monde des voyants accessibles à tous. En effet, les cahiers de braille, les photocopieuses à air comprimé, les tables de ping-pong à rebords sont tant de choses dont nous n'avions même pas supposé l'existence. Nous avons également apprécié le contact avec les enfants et leur professeur et il a été intéressant de voir l'importance que prennent les autres sens dans un monde où on ne voit pas. Seul regret : nous n'avons pas réussi à obtenir l'autorisation de faire des photographies qui auraient certainement été d'un grand intérêt illustratif.

Le quotidien des malvoyants en Inde :

Le système de prise en charge d'une personne souffrant d'un déficit visuel est encore loin d'égaliser celui des pays occidentaux, et encore trop peu d'infrastructures sont mises en place pour leur venir en aide.

On ne retrouve aucune structure dans les villes pour aider ces personnes à se débrouiller seules. Les passages piétons ou les feux de signalisation étant déjà rares dans la plupart des villes, il semble difficile pour un aveugle de traverser la route. On est loin d'imaginer trouver un système de signalisation sonore comme nous l'avons en suisse. De même les chiens d'aveugles ne sont réservés qu'aux très riches et la majorité de la population n'aurait même pas de quoi les nourrir. Une personne aveugle ne dépend donc que d'un simple bâton et de son entourage, souvent nécessaire pour l'accompagner dans ses déplacements.

Des infrastructures telles que des écoles ou des foyers de réinsertion professionnelle (artisanat...) sont mis en place, mais sont surtout financées par des ONG, même si l'Etat participe entre autre en réservant des places de postes gouvernementaux pour les malvoyants.

Science et Religion :

Mises en opposition aujourd'hui en Occident, les religions ont à la fois limité et contribué à l'expansion de la connaissance au cours de l'histoire. En Inde, nous avons été interpellés par l'ascétisme rencontrés chez des scientifiques dont l'esprit rationnel et cartésien n'était pas à remettre en doute. Pour le Dr. V, il s'agissait à travers le projet « Sri Krishna » d'accomplir la mission que lui avaient confiée les Dieux. La façon dont ces deux visions différentes mais néanmoins complémentaires sont associées dans l'hôpital mais également dans la vie de tous les jours est frappante : l'institut est considéré comme un temple, et il faut enlever ses chaussures avant d'entrer. Une petite anecdote illustre bien cette idée : un soir, nous décidons d'aller chercher notre repas au restaurant puis de rentrer le manger à l'hôpital. Nous demandons à un employé, garçon à tout faire, s'il ne connaît pas un endroit à l'emporter bon et pas cher, sur quoi il nous propose de nous accompagner. A notre retour, nous nous apprêtons à déguster notre repas lorsqu'on nous appelle dehors. Le Dr.V, informé de la situation, avait interrompu son opération pour nous interpellé et nous demander de ressortir. Nous avons introduit, insouciant, de la viande là où à part la nôtre il n'y en avait jamais eu et où il ne devait pas y en avoir. Confondus en excuses, nous avons ressenti très présent le caractère sacré de l'endroit tout au long de notre séjour, particularité qui semblait renforcer la tâche entreprise ainsi que l'esprit de recherche d'utilité et d'efficacité.

Qu'on le veuille ou non, science et religion traitent des mêmes questions fondamentales, en utilisant certes des langages différents, le premier fondé sur des faits naturels observés de manière empirique, le second sur la symbolique de ces faits. A nouveau, l'Inde est le berceau de cette relation entre science et religion à travers les écrits religieux indo-aryens, les védas, qui seraient la « connaissance révélée » aux hindous, un recueil de savoir scientifique important qui est léguée par les dieux aux hommes. La question reste ouverte. Bien que tout le monde se la pose, elle n'est pas de savoir si Dieu existe ou non, mais comment ces deux visions des choses peuvent entrer en conflit aujourd'hui alors qu'elles ont été considérées ensemble dans l'histoire de l'humanité, jusque dans nos sociétés au Moyen-âge et encore de nos jours en Orient.

Conclusion :

Il est difficile d'arriver à se faire une idée précise d'un système de santé ancré dans une société si différente de la nôtre. Lorsqu'on se retrouve dans un pays comme l'Inde, nos points de repère habituels ne sont plus valables et il s'avère délicat d'avoir un regard objectif sur un tel système. Le projet Sri Krishna étant bien lancé à notre arrivée, nous n'avons pu apporter l'aide que nous souhaitions. En effet, en tant qu'étudiants en 3^{ème} année nous n'étions pas qualifiés pour prendre en charge des patients. Par conséquent, nous nous sommes retrouvés davantage observateurs qu'acteurs des événements. Néanmoins, notre expérience indienne fût riche à divers niveaux, dépassant le strict cadre de la salle d'opération. Il suffit de se balader dans la rue pour se rendre compte de l'océan qui sépare l'Inde de nos pays occidentaux. Malgré l'essor économique fabuleux que rencontre ce pays, il existe encore des écarts monstrueux dans l'accès aux soins et la prise en charge à long terme de la population. Le problème est que, comme le phénomène de la mondialisation, ce pays n'est peut-être pas prêt à accueillir un système basé sur des modèles bien précis, qui ont pu fonctionner dans certains pays occidentaux mais qui s'avèrent obsolètes aujourd'hui et inappropriés dans le contexte de ce pays. Imaginer qu'un système similaire au nôtre puisse s'implanter là-bas paraît difficile, tant les écarts culturels et religieux sont grands. Pourquoi vouloir dissocier science et médecine, vu que les deux sont intimement liés ? Pourquoi vouloir réfuter un système de soins parallèles, bien que qu'heureusement l'Ayurveda soit encore très prisé en Inde, alors qu'ils ont été appliqués pendant plus de 6000 ans ? Pourquoi prendre une assurance vie, lorsque la peur de la mort est inexistante ? Pourquoi chercher à donner l'égalité dans l'accès des soins pour tous, alors qu'un système de castes, encore bien ancré dans les mentalités malgré tout, assigne chacun à classe sociale ? Bref, le choc culturel auquel nous avons été soumis nous amène à nous poser une autre question : quel est le rôle et les responsabilités des pays occidentaux face aux pays dits « en développement » lorsque l'on s'aperçoit que l'implantation de ces systèmes à grande échelle est inappropriée, voire dangereuse ? Les conséquences de la mondialisation en Inde et ailleurs sont déjà catastrophiques au niveau de l'environnement, de la culture et de l'écart entre riches et pauvres qui s'agrandit de jour en jour. L'action de certaines associations non lucratives comme « Vision for All », bien qu'encore insuffisante, reste un espoir pour une grande partie de la population indienne et d'une grande majorité de l'humanité parce qu'elle garde une certaine indépendance par rapport aux politiques et aux grandes entreprises. Il faut simplement espérer qu'elles pourront

continuer à agir et s'agrandir. Notre expérience indienne nous a apporté une autre vision du système de santé, à mi-chemin entre le nôtre et les traditions ancestrales qui influencera certainement nos choix futurs, tant personnellement qu'en tant que professionnels de la santé. C'est dans cette ouverture qu'est la clé, dans une approche pluriculturelle, multiple et non intéressée de la santé, qui permettrait d'exercer une médecine plus globale et équitable.



Références :

Définition de la cécité :

Source : “Global data on visual impairment in the year 2002”, Serge Resnikoff and al., Bulletin of the World Health Organization, November 2004

La médecine ayurvédique :

“Eternal Health, The Essence of Ayurveda” (Dr. Partap Chauhan)

Système d'assurance :

Health system in India: opportunities and challenges for improvements

Article :

<http://www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet;jsessionid=A90E892FD42C5C8A5B9269972D04B590?Filename=Published/EmeraldFullTextArticle/Articles/0250200607.html>

Les micro-assurances :

Site de l'Organisation Internationale du Travail

Article :

http://www3.ilo.org/public/french/protection/socsec/step/publ/publ.php?idpubl=831&c_year=Toutes&c_region=Toutes&c_tdoc=Tous

L'ophtalmologie de l'Inde ancienne :

<http://www.snof.org/histoire/inde.html>