

A LA DECOUVERTE DE LA GRACE KENNETT FOUNDATION

STAGE D'IMMERSION EN COMMUNAUTE

2010

Aebischer Gaspard
Huynh-Dac Anh-Tho
Kunz Lucy
Waeber Baptiste

Nos plus sincères remerciements

*A Mme Asha Simpson grace à qui ce projet a été rendu possible,
Au Dr. Samuel Augustus Dodd, pour son incroyable gentillesse et pour tous ses efforts afin de mieux
nous intégrer à la GKF,
Et à tous les membres de la GKF, pour leur temps, leur générosité, leurs sourires, ...*

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u> (LUCY)	4
<u>MAZHAI ILLAM</u> (LUCY & GASPARD)	6
APERCU DE L'ORPHELINAT	6
L'ABANDON	9
L'ADOPTION	13
<u>CHILDLINE</u> (ANH-THO & BAPTISTE)	18
CHILDLINE INDIA	18
CHILDLINE MADURAI	20
DIFFICULTES RENCONTREES	24
DISCUSSION A PROPOS DE LA CHILDLINE	25
<u>GRACE KENNETT FOUNDATION HOSPITAL</u> (ANH-THO & BAPTISTE)	27
CONTEXTE	27
L'HOPITAL	27
NOS IMPRESSIONS SUR L'HOPITAL	28
<u>L'EPISODE PWDS</u> (GASPARD)	31
PWDS EN QUELQUES MOTS	31
PACHE TRUST	31
<u>CONCLUSIONS</u>	33
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	35

Introduction

Que signifie a posteriori notre projet d'immersion en communauté ? Au début, avant même de s'être mis d'accord sur le projet, il s'agissait de quelques idées, de discussions animées autour de ce que l'on pensait pouvoir découvrir pendant ces quelques semaines. Découvrir est bien le maître mot. Puis nous avons tranché. Ce sera une immersion au sein de la *Grace Kennett Foundation*, à Madurai, ville d'un million d'habitants située au Sud de l'Inde.

Nous nous sommes retrouvés, quatre étudiants impatients, intrigués et aussi un peu inquiets devant une porte à ouvrir, donnant accès à une culture différente et aussi à un champ de nouvelles connaissances. Cette porte une fois ouverte a laissé place à une impressionnante toile d'araignée où, à première vue, tous les fils semblaient être enchevêtrés les uns aux autres. Le temps apportant avec lui des points de repères grâce aux rencontres variées et à l'acclimatation progressive, la confusion initiale a cédé la place à un état d'esprit ouvert aux nouveautés.

Nos premiers pas nous ont donc menés à la *Grace Kennett Foundation*, infrastructure regroupant différents établissements à fonctions spécifiques. Elle est composée ainsi d'un centre d'appel téléphonique destiné aux enfants en difficulté, d'un hôpital, d'un orphelinat et enfin, d'une école d'infirmière permettant aux jeunes filles de milieux ruraux d'accéder à une formation professionnelle. La Fondation a donc des buts variés et constitue à elle-seule un petit réseau de compétences sociales au sein de Madurai. Cette interdisciplinarité offre le terrain idéal à l'observation des différents acteurs intervenant dans le système de santé indien. Notre approche s'est donc basée sur la Fondation pour atteindre par ce biais une certaine compréhension de la culture indienne, en allant ainsi du particulier vers le général, tout en restant conscients que ce modèle demeure celui de la ville de Madurai et ne s'applique pas à l'ensemble de l'Inde. Une porte d'entrée somme toute.

Dans un deuxième temps, nous avons eu l'opportunité de découvrir le fonctionnement de deux ONG locales. Cette expérience ne faisait pas initialement partie de notre projet qui était uniquement centré sur la Fondation. Toutefois, en rétrospective elle apporte un complément au point de vue que nous nous sommes formés sur les structures de la Fondation ayant une incidence sur la santé de manière globale.

Ainsi, nous nous sommes concentrés sur l'impact de quatre domaines d'activité sur la « santé » à Madurai. Il s'agit :

- de l'orphelinat de la GKF
- du programme de ligne téléphonique *Childline* (GKF)
- de l'hôpital de la GKF
- des ONG *PWDS* et *PACHE Trust*.

Sur place notre méthode d'investigation a été d'une part basée sur l'observation et de l'autre sur les différents entretiens que nous avons eu l'occasion d'avoir avec des intervenants tels que le directeur de la Fondation, le Dr. Dodd, ou encore le physiothérapeute de l'hôpital, M. Raja Shankar.

Nous avons consacré une bonne partie de la journée à l'orphelinat où nous nous sommes occupés des enfants. De temps à autre, le Dr Dodd nous emmenait avec lui dans ses tournées matinales auprès des patients. Il veillait de plus au maintien de nos connaissances médicales en nous assaillant de questions

de physiologie. Le directeur nous a également donné la possibilité d'assister à des opérations chirurgicales. Comme nous logions dans l'enceinte de la Fondation, nous avons quotidiennement contact avec les différents employés, ce qui a grandement contribué à notre intégration au sein de la GKF.

Pour faciliter la récolte d'informations, nous nous sommes partagés les différents aspects du rapport que nous voulions traiter. Ainsi chaque partie est rédigée de la main d'une seule personne, ce qui a son importance dans les remarques plus personnelles et sur la façon dont les informations sont traitées et présentées. Cela, et surtout la diversité de nos activités, peut ôter une certaine uniformité à ce présent rapport, mais nous étions conscients de cette difficulté au moment où nous avons choisi de nous partager aussi distinctement la tâche, et nous avons fait notre possible pour en atténuer les conséquences.

Nous avons aussi choisi de présenter quelques moments forts de notre stage sous une forme narrative. Ces passages sont en encadré, et portent sur une journée à l'orphelinat, sur la vie d'une orpheline, ou encore sur une campagne de sensibilisation dans les bidonvilles de Madurai. L'idée était par là de donner un compte-rendu le plus honnête et le plus complet possible sur les différentes expériences que nous avons vécues.

Bonne lecture !



Mazhalai Illam

Aperçu de l'orphelinat

Mazhalai Illam- signifiant gazouilli en tamoul- est le nom donné à l'orphelinat qui est établi dans un bâtiment adjoignant l'hôpital. Nous le découvrons lors de notre première journée de stage.

Outre les deux infirmières de garde, la cuisinière et la femme de ménage- chacune remplissant une tâche bien définie- de nombreuses paires de yeux curieux scrutent notre arrivée. Les habitants temporaires des lieux ont entre quelque jours et 8 ans. Le dernier venu a tout juste deux semaines.

Passé le moment de surprise, les plus âgés d'entre eux détournent leur regard et reprennent leur dessin là où ils l'avaient interrompu. Des volontaires occidentaux les accompagnent dans cette activité. Nous ne sommes ainsi de loin pas les seuls étrangers à franchir la barrière séparant l'orphelinat de la cour poussiéreuse. Comme nous l'apprendrons plus tard, deux associations étrangères ont passé un accord avec la fondation et envoient régulièrement des bénévoles pour travailler à l'orphelinat.

Attentifs, nous suivons les pas de l'aka, « sœur » en tamoul, qui travaille en tant qu'infirmière. Nous découvrons les quatre chambres de l'établissement, les lits aux barreaux en métal et à la peinture écaillée. Pourtant la propreté immaculée des lieux saute aux yeux. Les enfants sont répartis dans les chambres en fonction de leur âge. « En ce moment ils sont 25, mais il y a de la place pour 45 orphelins », précise l'aka.

Une femme discrète d'une cinquantaine d'années intervient de temps à autre pour calmer les disputes, larmes et cris des enfants. Elle répond aux « Miss » que lui adressent respectueusement ces derniers. Femme non-mariée, Ms Vinodhini s'occupe de l'administration de l'orphelinat depuis plus de vingt ans. A elle seule, elle constitue une véritable archive des lieux. Son bureau étant adjacent à l'espace de jeux des enfants, elle alterne son travail entre les différents dossiers et les quelques moments de la journée qu'elle partage avec les enfants : la correction des devoirs en fin d'après-midi est un rituel. C'est donc à elle que nous nous adressons pour satisfaire notre curiosité concernant le fonctionnement de l'orphelinat.

Mazhalai Illam est entièrement financé grâce aux bénéfices effectués par l'hôpital de la Fondation. L'orphelinat peut ainsi exister de façon indépendante sans contribution financière du gouvernement, ce qui semble être un cas rare à Madurai aux dires du Dr Dodd. Il fait partie de la vingtaine d'orphelinats officiellement reconnus à travers la ville. Il existe bien plus d' « orphelinats » à Madurai. Mais nombre de prétendues institutions oeuvrant en faveur des orphelins ne servent en réalité qu'à exploiter le travail d'enfants sans défense. L'un des corollaires d'une reconnaissance officielle de l'orphelinat est le fait que le gouvernement envoie régulièrement des employés ayant pour tâche de vérifier notamment le respect des règles, la tenue des dossiers, ou encore les conditions de vie des lieux.

L'orphelinat doit son bon fonctionnement au réseau d'organismes variés avec lesquels il collabore. En matière de santé, l'hôpital avoisinant possède l'avantage conséquent de pouvoir offrir un traitement immédiat en cas de besoin. Par ailleurs, l'incubateur dont il dispose permet d'accueillir les prématurés abandonnés, qui sont donc dirigés vers la GKF par la police.

La police est bien entendu un partenaire important. C'est elle qui répertorie les avis d'abandon et amène, dans de nombreux cas, les enfants abandonnés à l'orphelinat.

Les documents établissant le statut d'orphelin d'un enfant sont fournis par l'*Indian Child Welfare Committee* qui veille à la protection des droits des enfants.

L'une des règles établies par le gouvernement du Tamil Nadu stipule que les orphelinats ne sont autorisés à garder un enfant qu'un nombre limité d'années, soit huit ans, au sein du même établissement. D'autres solutions doivent donc être trouvées lorsqu'un enfant n'est pas adopté dans cet intervalle de temps. « Je fais mon possible pour que l'adoption ait lieu avant ce délai ; dans les cas des

enfants mentalement handicapés pour lesquels l'adoption est difficile, ils sont transférés dans des instituts spécialisés. », nous informe Ms Vinodhini.

Nous interrogeons encore Ms Vinodhini sur les soins que reçoivent les enfants de l'orphelinat. Dès leur arrivée, différents tests sont effectués visant à savoir s'ils ont contracté des maladies telles que la tuberculose, le sida, des hépatites. Un pédiatre suit l'évolution de leur croissance. Qu'en est-il d'enfants qui nécessitent des opérations plus lourdes ? Subitha, par exemple, est née avec un bec de lièvre complet. Ms Vinodhini me répond que l'orphelinat prend en charge les opérations qui sont une question de survie pour les enfants comme c'était le cas pour Subhita. En revanche, les malformations qui ne mettent pas en jeu la santé immédiate des enfants ne sont pas corrigées, faute de moyens suffisants.



Une journée à l'orphelinat

8h00 du matin. Nous approchons de l'orphelinat. Priya, la plus âgée des enfants, nous aperçoit à travers la barrière et, pendant que nous nous mettons pieds nus, va chercher la clé pour nous ouvrir.

Une nouvelle journée à l'orphelinat commence. Il faut chaque jour aller chercher un peu plus loin l'énergie nécessaire pour se remettre le cœur souriant à l'ouvrage. Les enfants sont adorables, mais il faut une attention de tous les instants, une imagination sans cesse renouvelée pour trouver d'autres jeux, d'autres chansons, et une patience infinie... Au minimum, nous aurons appris à travers ce stage à avoir un immense respect pour les éducateurs de la petite enfance.

A peine un pied posé sur le carrelage de la salle commune, nous voilà entourés par les gamins les plus âgés, toujours excités de nous revoir. Et contrairement à nous, ils sont loins d'être encore ensommeillés, car leur réveil est fixé à 6h00... Ici et là, des bébés jonchent le sol, l'un mâchonnant un Duplo, l'autre rampant vers les sandales, un autre encore dormant sur un grand linge. Et pour veiller sur la marmaille, outre les infirmières qui ne sont jamais bien loin, Svenia, une bénévole allemande arrivée à Madurai de longs mois plus tôt, monte la garde.

Nous sommes d'emblée séparés en deux groupes. C'est l'heure du bain, et les filles vont y prêter main forte. Les garçons restent avec ceux qui ont déjà été lavés. Pour une raison jamais tout à fait éclaircie, les hommes ne doivent pas voir les enfants nus, que ce soit au moment du bain ou lors du changement de couches.

Du coup, pendant que l'on récure dans la pièce d'à côté, nous sortons des crayons et du papier. Et que la séance dessin commence ! Quelques uns se mettent d'emblée à créer, d'autres requièrent plus d'attention : l'un veut qu'on lui dessine une fleur, un autre se lance dans la collection de crayons, les arrache des mains des autres et en fait un grand tas. En surveillant la bande du coin de l'œil, on saute à la rescousse du bébé qui s'est assis sur une fourmilière formée autour d'un biscuit abandonné.

A côté, la baignade se fait à un rythme effréné. On croirait voir une chaîne de production toute droit sortie des « Temps Modernes ». Au premier poste, c'est le déshabillage. Puis on transfère l'impuissant bébé dans les bras de l'imposante infirmière assise à côté d'un bac, le savon à la main et ses larges mollets à l'air. Le nettoyage n'est pas tendre, mais efficace. La victime, un peu secouée et dégoulinante, est amenée au séchage. Là aussi, on frotte avec passion. Enfin, on soupoudre le bébé de talc des pieds à la tête, puis on l'extirpe du nuage de poudre blanche pour conclure la session par l'habillage.

Les filles reviennent, les bras chargés de nouveaux bébés. Le bain est terminé, mais c'est maintenant l'heure du biberon. Homme ou femme, peu importe, tout le monde est recruté pour le gavage de lait. Pour agrémenter, on organise des compétitions « à celui qui nourrira son bébé le plus vite ». Une fois les biberons asséchés, et les rots érucés, les bébés sont à nouveau relâchés dans la nature.

Et la matinée s'écoule ainsi rapidement, à alterner entre les tout-petits et les plus âgés. Ces derniers vont bientôt retourner à l'école cependant, car les vacances touchent à leur fin. Il y aura alors une toute autre ambiance.

Midi arrive, l'heure de manger et de récupérer par une bonne sieste. Rien de tel que le coma sous la chaleur des Tropiques. Les enfants aussi, après un bon repas, iront au lit pour quelques heures.

Il est bientôt 16h00 lorsque nous émergeons enfin. Nous nous dépêchons de rejoindre les enfants. Au sortir de la sieste, ils ont encore plus besoin de se défouler que ce matin. Du coup, nous emmenons les plus grands dans la cour. Là, des balançoires, un tourniquet, un toboggan, les occupent pendant quelques temps. Nous essayons aussi de leur apprendre quelques jeux et, malgré la barrière de la langue, ils saisissent généralement vite le principe.

Quelques heures plus tard, épuisés et en nage, nous ramenons les enfants à l'intérieur. Quant à eux, ils ne paraissent pas connaître la fatigue, et c'est avec déception qu'ils nous voient nous préparer à partir. Après un dernier tour parmi les bébés dans leurs berceaux, nous allons dire au revoir aux infirmières de garde pour la nuit.

Tandis que nous nous éloignons, Priya nous fait de grands signes de la main, en criant d'un air interrogateur : « Tomorrow ? Tomorrow ? ».



L'abandon^{ii, iii}

Au fil des jours nous parvenons peu à peu à mémoriser le nom des enfants. Les enfants retrouvés sans trace de leur identité voient leur nom attribué par le pédiatre ; les autres conservent leur prénom d'origine. La religion à laquelle ils appartiennent de naissance ne leur sera pas transmise même si elle est connue. Elle figure cependant dans le dossier de l'enfant. Les compteurs sont donc remis à zéro en attendant de trouver une nouvelle famille. A l'orphelinat aucun enseignement religieux ne leur est dispensé, même s'il s'agit d'une Fondation chrétienne.

Nous nous sommes demandés d'où venaient ces enfants, quelle était leur histoire et s'il était possible d'établir des points communs entre leurs brefs parcours de vie. Avant de partir nous disposions uniquement des maigres informations trouvées sur le site de la Fondation. Le site met fortement l'accent sur l'infanticide féminin et l'abandon. Il nous restait à savoir quelle était la réalité une fois sur place.

Au premier coup d'œil, nous avons pu constater qu'une nette majorité d'enfants était des filles. Ce qui nous a également frappé dans un second temps était le nombre d'entre eux présentant un handicap physique.

Sur les 25 enfants actuellement accueillis par la Fondation, 18 sont de sexe féminin. Sur ces mêmes 25 orphelins, 14 présentent un handicap physique, parmi lesquels 3 sont également atteints de retard mental.

Nous avons pu obtenir les chiffres relatifs à la proportion de filles et de garçons ayant vécu au Mazhalai Illam sur 14 ans. Ainsi, de 1994 à 2008, l'orphelinat a recueilli 108 garçons et 273 filles. Sur ces totaux, 77 garçons et 217 filles ont été adoptés en Inde, contre 8 garçons et 40 filles partis à l'étrangerⁱ.

Nous nous sommes alors mis en devoir de comprendre les raisons qui poussent certains couples indiens à prendre la décision d'abandonner leur enfant. Des discussions que nous avons eues avec différents intervenants, les raisons majeures suivantes sont ressorties comme étant à l'origine des abandons : le sexe féminin et le handicap.

Naître une fille en Inde

Il ne s'agit pas ici de donner un rapport détaillé de la façon dont cette question s'insère dans le fonctionnement de la société indienne mais plutôt de montrer comment le problème nous est apparu dans le contexte de notre stage et le lien de causalité que nous avons pu constater entre coutume et marginalisation d'une fraction de la population. Cette mise à l'écart des filles a des conséquences graves sur la santé des filles concernées et à plus large échelle sur la proportion homme-femme en Inde. En effet, d'après le rapport effectué en 2007 par l'Unicef, le nombre de femmes en Inde s'élevait alors à 927 pour 1000 hommes.

« Elever une fille, c'est comme arroser la plante d'un voisin »

(Sarada Natarajan, écrivaine Indienne)

Ce proverbe illustre ce que représente dans beaucoup de familles indiennes l'annonce de la naissance d'une fille : de l'argent à dépenser et bien souvent en quantités faramineuses culminant au moment du mariage de la jeune femme.

Ms Vinodhini fait preuve de patience face à notre incompréhension en regard de leur culture qui se trouve à mille lieues de la nôtre. Elle nous explique les cérémonies qui jalonnent la vie d'une femme hindoue. Qui dit cérémonie sous-entend également somme d'argent à investir.

La naissance d'une fille s'accompagne quelques jours après de la « cérémonie du berceau ». A deux ou trois ans, la fillette est à nouveau l'objet d'une réunion de famille : il s'agit cette fois-ci de lui percer les oreilles. Lorsque la jeune fille a ses règles pour la première fois, elle atteint le statut de « femme ». La famille en est informée par une nouvelle célébration. Celle-ci permet en effet d'annoncer de manière indirecte qu'à partir de ce moment la jeune femme est potentiellement prête à être mariée. C'est ainsi l'occasion pour les futurs jeunes époux de se rencontrer lorsqu'il s'agit de noces célébrées au sein d'une même famille, coutume fréquente dans le sud de l'Inde. Lors des fiançailles, qui représentent une nouvelle étape, le montant de la dot à payer est établi. La dot peut revêtir la forme d'argent, de bijoux, de terrains et plus récemment d'objets de valeurs tels que voiture ou machine à laver. Le mariage constitue donc le moment durant lequel la famille de la jeune femme doit déboursier une somme conséquente que ses parents ont mis des années à économiser. Passé le mariage, d'autres cérémonies ont encore lieu lorsque la femme tombe enceinte, accouche de son premier enfant, atteint la ménopause ou encore devient veuve. Cependant, en terme de dépenses, elles sont mineures et ne sont plus entièrement à charge de la famille de l'épouse.

Outre l'aspect financier des rituels, la femme indienne traditionnelle n'a pas sa place dans l'économie. Elle ne rapporte pas de revenu ; elle n'a donc aucune influence ni pouvoir direct dans la société. Elle est reléguée en deuxième position après l'homme, qui, lui, assure la survie de la famille, tient les comptes et lègue de plus son nom et sa terre à sa descendance.

La dot est représentative du statut social de la famille et ainsi de son importance au sein de la société. Elle constitue donc un motif important qui pousse de nombreuses familles à considérer l'abandon de leur fille. A première vue, on pourrait penser que seules les familles pauvres sont concernées, mais la caste joue également un rôle important dans la décision d'abandonner un bébé de sexe féminin. Chaque caste comporte à l'intérieur de ses communautés des coutumes et rites qui lui sont propres. Le système est bien plus complexe que la simple notion des quatre castes des artisans, marchands, guerriers et prêtres. Nous pensions initialement que plus une femme indienne était issue d'une caste « élevée », plus sa famille avait à sa charge une dot conséquente à payer. Il n'en est pas forcément ainsi ; les règles ne sont pas systématiquement fixes en ce qui concerne le montant de la dot en fonction de la caste. De nombreux autres facteurs entrent en jeu ; des différences régionales de coutumes, à l'âge de la jeune fille au moment du mariage en sont des exemples

Lors de nos discussions avec des intervenants variés, ces derniers mentionnaient à plusieurs reprises à titre d'exemple la *jâti* -ou communauté- des *Thevars*, peuple issu de la caste des guerriers. Issus d'une communauté originellement nomade, ils furent, suite à la domination britannique, contraints de

devenir sédentaires. Ils s'établirent autour de Madurai, dans le district d'Usilampatti qui compte un peu plus de trois cents villages et hameaux. Simultanément à ce changement de mode de vie, ils furent dépouillés de leurs biens par ces mêmes Britanniques pour lesquels ils constituaient une menace de par leur tradition guerrière. Pour survivre, les *Thevars* se mirent à cultiver la terre et devinrent paysans. Progressivement ils adoptèrent les coutumes locales et eux qui ne pratiquaient pas la coutume de la dot l'intégrèrent à leurs traditions. Ainsi s'appuyant sur leur sens de l'honneur et leur haut rang traditionnel, la dot requise correspondait à des sommes extrêmement élevées, dépassant en valeur celle demandées par la caste « supérieure » des prêtres habitant aux alentours. Désormais la naissance d'une fille dans une famille *Thevar* est associée à une mauvaise nouvelle, et certaines d'entre elles porteraient des prénoms tel que « *non désirée* » témoignant de la tare que leur naissance représente aux yeux des membres de leur famille.

Si la naissance d'une première fille est de mauvais augure pour l'avenir économique de la famille, la naissance d'une deuxième est souvent inacceptable. Pour protéger les chances de vie de la première fille et du restant de la famille, les femmes acculées par la pression des us et coutumes ont recours à l'infanticide ou à l'abandon de leur enfant.

La communauté des *Thevars* n'est qu'un exemple parmi d'autres *jâti* au sein desquelles de telles pratiques ont lieu.

Les cas d'infanticide rapportés à la police n'entraînent vraisemblablement pas ou peu de conséquences. Si au niveau local les cas d'infanticide féminin n'aboutissent que très rarement devant la justice, il semble légitime de se demander quelle est la position du gouvernement à ce sujet. C'est seulement à partir des années 1990 qu'une forte prise de conscience apparut dans l'esprit collectif grâce à l'intervention à répétition des médias. En 1992, le gouvernement du Tamil Nadu mit sur pied le projet des « Cradle Babies » ; des berceaux placés devant les hôpitaux gouvernementaux étaient expressement mis à disposition pour encourager l'abandon plutôt que l'infanticide. Cette mesure encore appliquée aujourd'hui assure l'anonymat des familles confrontées à une telle situation. Les bébés sont ensuite recueillis et placés dans les divers orphelinats de la ville.

Une telle approche nous a initialement faits réfléchir. Pourquoi en effet agir sur les conséquences et non pas directement sur la cause? C'était sans comprendre la profondeur et la solidité des racines de la culture indienne. Le docteur Dodd nous apprit que la dot avait été officiellement interdite en 1962. La question se pose alors de savoir comment transformer une société et modifier un mode de pensée millénaire. L'ampleur et la diversité des populations concernées en Inde sont aussi à prendre en considération. En effet, les défis sont bien différents lorsqu'il s'agit de transmettre un message à une population suisse de 7 millions de personnes ou à 1 milliard d'indiens.

Outre l'interdiction de la dot en tant que telle, le gouvernement a également fait interdire la détermination du sexe lors des échographies. Le médecin n'a donc pas le droit d'informer les futurs parents du sexe du fœtus. La pratique réelle est néanmoins différente aux dires du Dr. Dodd. Nombre de praticiens cèdent aux instances pressantes des parents accompagnées de rétributions financières. Les résultats de l'échographie sont alors remis soit dans une enveloppe rose, soit bleue.

L'échographie est uniquement accessible aux familles disposant d'un revenu suffisant pour le financement d'une telle démarche et vivant à proximité de centres urbains équipés de ce type d'appareils. Ce sont donc plutôt des familles citadines et possédant un certain revenu qui ont recours, si nécessaire, à l'avortement. Les familles moins aisées et rurales sont en revanche encore contraintes à l'infanticide, ou à l'abandon si elles sont informées de l'existence des berceaux gouvernementaux. Il est cependant difficile d'affirmer quoi que ce soit avec certitude, il serait plus juste de considérer ces tendances comme allant dans le sens de nos impressions générales.

Ainsi, la rencontre avec ces enfants orphelins du *Mazhalai Illam* nous a ouvert tout un pan de la culture indienne et de son héritage parfois bien difficile à assumer au vu de certaines personnes interrogées, tel le physiothérapeute de l'hôpital, Raja Shankar. Celui-ci place ses espoirs en l'éducation pour tous, qui, seule, d'après lui, serait en mesure de lutter contre l'infanticide féminin.

Le fait de naître de sexe féminin en Inde pouvant constituer une cause d'abandon, nous avons rapidement constaté que le fait de ne pas correspondre à la norme pouvait également mener un enfant à l'orphelinat.



Naître avec un handicap

Dès notre arrivée à l'orphelinat, nous avons été confrontés au fait que le handicap chez un enfant était un autre motif qui incitait souvent ses parents à l'abandonner. Nombre d'enfants à Mazhalai Illam avaient un membre distordu, et quelques uns souffraient de handicap mental. La plupart étaient des filles, car le handicap les rendaient impossibles à marier plus tard, mais il y avait aussi quelques garçons, témoignant ainsi que les enjeux financiers ne sont pas seuls à peser dans la balance (car un homme ayant une main ou un pied tordu pourrait tout de même espérer trouver une épouse), mais que la beauté du corps est d'une très haute importance dans la société indienne. Et nous avons été surpris, choqués parfois, de découvrir certains des critères qui avaient poussés certains parents à l'abandon : une simple main sans doigts, des pieds un peu difformes, et même une peau trop noire...

Comme nous l'avons dit, la question du handicap, par la force des choses, étaient inévitablement présente à notre esprit chaque jour passé à l'orphelinat. Mais comme les implications de cette problématique s'étendent aussi sur les enjeux liés à l'adoption, nous en discuterons plus bas dans ce contexte.

Naître...et être abandonné : autres causes

Ms Vinodhini me parle également des relations illégitimes qui ont pour fruit des enfants non désirés qui doivent disparaître au plus vite des yeux de la société. L'usage de moyens contraceptifs étant très peu répandu, il ne semble pas rare que de jeunes femmes soient poussées à abandonner l'enfant non

désiré. Le tabou en ce qui concerne la sexualité et l'absence de cours d'éducation sexuelle semblent responsables d'un grand nombre d'« accidents ». Il a été difficile pour nous de nous faire une idée précise de l'ampleur du phénomène car d'une part nos interlocuteurs évitaient une réponse directe à nos interrogations, et d'autre part il nous était également difficile d'aborder le sujet face à cette gêne. Nous avons bien compris que les relations sexuelles sont aux yeux de la société interdites avant le mariage, et nous avons dû en rester là. Nous nous sommes rendus compte combien il est difficile de s'entretenir de sujets tabous sans autre légitimation que notre simple curiosité...

D'autres motifs menant une femme à abandonner son enfant auraient leur place dans ce chapitre. Il s'agit notamment de l'abandon pour cause de viol, de mères seules décédant lors de l'accouchement et laissant leur enfant sans famille,... Toutefois, elles ne sont pas propres à l'Inde et à sa culture, c'est pourquoi nous ne les développerons pas dans le cadre du présent rapport.

L'adoption^{ii,iii}

A force de retourner chaque jour dans un orphelinat, on en vient à oublier que les enfants s'y trouvant ont non seulement un passé bien particulier, mais surtout un futur encore incertain, et très variable d'un orphelin à l'autre. Il est tellement plus facile d'omettre les enjeux difficiles qui pèsent sur leur histoire, et sur leur avenir. Pourtant lorsque nous nous sommes mis à récolter des informations pour le présent rapport, il a bien fallu nous confronter à la réalité, pas toujours évidente. L'adoption n'est pas un processus simple en Inde, et elle soulève des problèmes profonds de cette société.

L'accueil à l'orphelinat

Les causes d'abandon ont été discutées plus haut. Mais que se passe-t-il une fois que l'enfant entre à l'orphelinat ? Le plus souvent on ne sait rien de sa famille, il faut donc s'assurer qu'il n'a pas simplement été perdu. Une photographie du bébé paraît donc dans un journal bon marché avec une large diffusion, afin de laisser une chance aux parents de venir le réclamer. Dans le même temps on signale l'enfant à un organisme étatique – le « Juvenile Welfare Board » - chargé de mener des recherches. Celles-ci durent un mois, après quoi un délai de cinq semaines est encore laissé aux parents pour se manifester. Dans de rares cas, cela aboutit. Mais le plus souvent, passé cette période, l'enfant est officiellement adressé aux soins de l'orphelinat, et les démarches pour trouver des parents adoptifs peuvent immédiatement commencer.

Critères d'adoption

Les principes généraux de l'adoption en Inde n'ont rien de très différent par rapport à ceux d'autres pays. Il faut néanmoins relever que la majorité des adoptions ont lieu à l'intérieur des frontières, sans qu'il soit nécessaire de chercher des parents à l'étranger. Il s'agit donc dans un premier temps de rencontrer les futurs parents, discuter des raisons qui les amènent à considérer l'adoption. Ceux-ci doivent ensuite faire officiellement une demande, puis entamer une série de certifications prouvant qu'ils sont aptes à accueillir un enfant dans leur foyer. Cela s'appelle un « home study », le but étant non seulement de vérifier l'état des finances du couple mais aussi de connaître toute leur histoire respectives avant et après le mariage, ainsi que leur état de santé. On est étonné de l'abondance de détails lorsque l'on consulte d'anciens dossiers. En très résumé, les critères majeurs recherchés sont :

- avoir un vrai désir d'adopté, et être bien préparé
- avoir moins de 45 ans
- posséder un revenu suffisant (4'000 Roupies/mois étant le minimum, c'est à dire 100 CHF/mois... Mais le salaire moyen des parents adoptifs indiens est plutôt de 15'000 Rs/mois, donc à peu près 400 CHF)

- avoir une maison confortable pour une famille

Une fois ce processus complété, on recherche un enfant qui convienne aux parents. Cela peut prendre plusieurs années cependant, car les listes d'attente sont longues. Quand leur dossier atteint enfin le sommet de la pile, un enfant leur est attribué. Si les parents en semblent heureux après quelques visites, il les accompagne bientôt dans son nouveau foyer. Voilà donc les points généraux du processus d'adoption résumés par Mrs Priya Augustus Dodd dans sa thèse¹ :

- entretien en vue d'une adoption
- remise du formulaire d'inscription à l'adoption
- analyse du cadre familial, ou « home study »
- attribution d'un enfant
- placement

Si l'on s'arrête à cette définition rapide, rien ne semble digne d'une attention particulière. Pourtant, à chacune de ces étapes se logent des écueils, aussi bien sociaux qu'administratifs, ou encore culturels.

Obstacles administratifs

L'Inde n'est pas réputée pour son efficacité administrative, et cela affecte très négativement le processus d'adoption. Les démarches sont longues, pouvant durer plusieurs années, et onéreuses, notamment lorsqu'il s'agit de payer une agence chargée de mener le « home study ». Parmi les enfants de l'orphelinat, nous avons été confrontés à deux exemples particulièrement frappant de dysfonctionnement du système.

Sapna devait être adoptée quelques années plus tôt par une famille italienne. Ses futurs parents avaient effectué toute la paperasse requise, et n'attendaient qu'une autorisation de l'état du Tamil Nadu pour venir enfin la chercher. Mais celle-ci mit plusieurs années à venir, si bien que lorsqu'elle fut finalement délivrée, la famille devait à nouveau refaire un « home study » pour remettre à jour les informations les concernant. Le processus étant trop long et trop coûteux, ils renoncèrent. Trois ans plus tard, Sapna attend toujours une famille.

Il y a aussi Priya, dont le père biologique est toujours vivant, mais n'a pas signé les papiers permettant son adoption le jour où il l'a amenée à l'orphelinat. Depuis, la responsable de Mazhalai Illam essaie de le retrouver, et même si elle se montre confiante, on ne peut s'empêcher de noter que Priya est la plus âgée ici. Sans la signature de son père, elle devra renoncer à être adoptée et sera envoyée dans une autre institution. Selon Mrs Dodd dans sa thèse, il y a vingt à trente parents en attente pour chaque enfant, mais cela reflète moins l'abondance des familles adoptives que les conséquences de la lenteur administrative...

La question de la caste

Un autre enjeu que soulève l'adoption, c'est le problème des castes. Dans un pays où les ancêtres jouent un rôle si important pour définir la place de chaque être humain dans la société, et ce d'une manière aussi immuable, ne pas connaître les origines de l'enfant adopté semble être un défi insurmontable pour une famille indienne. Mais face à nos questions à ce sujet, Mrs Vinhodini, la responsable de Mazhalai Illam, nous a détrompé. S'il est vrai que certains parents demandent parfois à adopter un garçon de la caste des brahmanes (la plus élevée), elle les renvoie dans ce cas chez eux, leur demandant de réfléchir plus profondément aux raisons qui les poussent à adopter. Les parents indiens qui adoptent démontrent donc par là qu'il se détachent peu à peu de ce système plusieurs fois millénaire, et ils sont de plus en plus nombreux à le faire.

Handicap et adoption

Mais le problème majeur lié à l'adoption est directement relié aux causes principales d'abandon que nous avons relevées : le sexe féminin, et le handicap ; ou, pour être tout à fait exact, le handicap chez les enfants de sexe féminin. La nuance est importante, car si le sexe féminin est la cause majeure d'infanticide et d'abandon, au moment de l'adoption cela seul ne suffit pas à freiner les parents indiens. Au contraire, on constate que ces derniers demandent spécifiquement à adopter une fille plutôt qu'un garçon. Cela peu paraître étrange en regard de ce qui a été dit plus haut sur la place des femmes dans la société indienne. Nous avons relevé deux explications, toutes deux confirmées dans la thèse de Mrs Dodd : d'une part les parents font preuve d'une réelle préférence pour les filles, phénomène nouveau dû au fait que celles-ci sont désormais considérées comme plus aimantes que les garçons, et prendront ainsi mieux soin de leurs parents vieillissants. L'autre raison est plus pragmatique : comme il n'y a nettement plus de filles dans les orphelinats, les parents réalistes acceptent d'avance l'idée d'adopter une fille, et en demandent spécifiquement une, afin de diminuer leur temps d'attente.

Le problème majeur pour un orphelin à Mazhalai Illam, nous l'avons dit, c'est donc non seulement d'être une fille, mais en plus handicapée. Comme il a été discuté précédemment, élever une fille dans la société indienne pose de gros problèmes financiers. Chaque étape de la vie d'une femme est marquée par des cérémonies onéreuses où il s'agit de recevoir des invités innombrables et de payer les multiples rites religieux. Ainsi si le simple fait d'être une fille peut suffire à causer son abandon, le handicap chez un enfant de sexe féminin est un facteur décisif en la matière. En effet, une femme handicapée devient une charge financière insurmontable en dehors des familles très aisées, car elle n'aura aucun espoir de se marier, à moins qu'on lui fournisse une dot extraordinaire. Et dans certains cas, selon l'ampleur du handicap physique, aucune dot ne peut suffire à lui trouver un conjoint. Ainsi, en plus d'être une charge financière, la fille handicapée devient un motif de honte pour sa famille, car les femmes non mariées au-delà de la trentaine ne sont pas bien vues en Inde. Et en effet, dans l'orphelinat où nous nous trouvions, une majorité des enfants les plus âgés souffraient d'un handicap physique, parfois mental.

Il ne faut pas oublier, comme il a déjà été dit plus haut, que certains des enfants handicapés que nous avons rencontrés étaient de sexe masculin. Bien qu'en faible minorité, leur présence témoigne néanmoins de l'importance que revêt toute altération de la beauté physique dans la société indienne, démontrant par là que les enjeux financiers ne sont pas seuls en cause dans cette problématique. Même s'il est vrai que nous avons délibérément choisi de ne pas approfondir ce sujet-là et que nous nous sommes en revanche davantage intéressés à la question des enfants handicapés de sexe féminin, ce point nous paraissait tout de même important à soulever.

Une autre précision que nous souhaitons apporter, c'est que seuls deux orphelinats à Madurai, dont celui où nous étions, étaient habilités à organiser des adoptions à l'étranger et, comme nous allons l'expliquer, celles-ci étant forcément liées au problème du handicap, il y a donc un biais dans nos observations. Nous avons ainsi choisi d'insérer la question du handicap parmi nos préoccupations, mais les chiffres pour le Tamil Nadu montrent qu'il s'agit d'une question mineure sur la totalité des adoptions. En effet, au Tamil Nadu, sur l'année 2009, on recense 376 adoptions en Inde, contre 31 seulement à l'étranger. Il n'y a que 10 retours aux parents biologiques. Et 57 enfants sont décédés avant de pouvoir être adoptés¹.



L'adoption à l'étranger

Mais la question du handicap n'est pas uniquement liée aux enjeux posés par l'infanticide et l'abandon des enfants. Les enfants handicapés, une fois recueillis à l'orphelinat, n'ont aucun espoir d'être adoptés par des parents indiens. Aussi dès leur arrivée, la responsable de Mazhalai Illam entame de longues procédures administratives, où il s'agit de démontrer aux organismes étatiques que l'aspect physique ou le retard mental de l'enfant entraîne la nécessité de rechercher des parents à l'étranger. De longs mois plus tard – voire des années – l'autorisation arrive, et l'on communique la nouvelle aux agences d'adoption partenaires.

Il est intéressant de relever que les agences de deux pays uniquement – l'Italie et les Etats-Unis – acceptent de travailler en collaboration avec l'orphelinat où nous nous trouvons, en raison de l'extrême lenteur des démarches. En effet une fois que des parents étrangers ont été sélectionnés pour un enfant, ceux-ci doivent passer par les mêmes étapes que les parents indiens, mais chacun de leur papier doit être authentifié par un notaire, envoyé en multiples exemplaires, et souvent envoyé à nouveau quelques mois plus tard pour des raisons obscures. Les démarches prennent donc de longues années, et doivent probablement éprouver la patience des futurs parents, sans compter le coût des actes notariés et des « home study » renouvelés avec le temps. Nous avons eu l'occasion d'étudier des dossiers d'anciennes adoptions à l'étranger, et nous avons été submergés par la masse de documents. Et les tractations entre les parents et l'administration indienne s'étalaient sur tellement d'années !

Au final, il a été extrêmement dur, voire impossible, de se faire une idée claire de l'opinion des Indiens eux-mêmes sur la problématique posée par le handicap. Même ceux qui adoptaient une position plutôt critique sur de nombreux aspects de leur propre société se montraient par ailleurs plutôt fataliste face à cette question. Les commentaires que nous recevions étaient souvent factuelles, mais dépourvus d'une véritable prise de position sur le sujet. Notre sentiment général est que la problématique était encore très neuve et ne faisait qu'arriver sur la table des discussions à l'échelle nationale. Mais surtout, elle soulevait des enjeux profonds comme le statut de la femme ou la question de la dot, lesquels étaient déjà la cible de mire de nombreuses critiques au point que l'on en négligeait certaines conséquences périphériques.

« Hey youuu », m'interpelle une fillette d'environ sept ans au regard noir de malice. Elle sautille vers moi sur un pied, sa robe à froufrou rose et orange recouvrant son autre jambe repliée. Quelle énergie ! Quelle joie de vivre ! Je n'ai pas d'autre choix que de fondre en un sourire et de lui demander ce qu'elle attend de moi. « Fan, fan », me répond-elle avec assurance. Je lève mon sourcil pour lui faire part de mon incompréhension...D'un geste d'impatience elle pointe son doigt au plafond où je distingue à peine les palmes du ventilateur tournoyant à toute vitesse au-dessus de nos têtes. Soudain je comprends. Moi aussi lorsque j'étais petite j'adorais que mes parents me fassent tourner en l'air, j'avais l'impression tant rêvée de voler. Je saisis ses bras fermement et tourne en rond en restant sur place. Cela ne dure pas longtemps car déjà ma tête a le tournis et mes bras se font lourds.

Rasika est la deuxième plus âgée de l'orphelinat. Etant donné son statut de « grande », elle donne des ordres aux plus jeunes qu'elle. Mais surtout elle prend soin de Subitha qui est différente des autres à cause de son handicap mental.

Rasika est arrivée à l'orphelinat alors qu'elle avait à peine deux jours. Je retrouve son sourire malicieux sur une photo de son dossier. Un dossier qui constitue sa maigre histoire de vie et que je découvre peu à peu en feuilletant les pages. Ses parents sont originaires d'un district voisin. Ils déposent Rasika directement à l'orphelinat et signent une déposition attestant de son nouveau statut d'orpheline. Ils ont deux mois pour encore revenir sur leur décision et reprendre Rasika. Ce qu'ils ne feront pas. Rasika est la deuxième fille à naître dans leur famille qui n'a déjà que peu de moyens pour boucler les fins de mois. En plus d'être une fille, Rasika est née avec une malformation à la jambe. L'usage de celle-ci lui est impossible.

Rasika a passé son enfance à l'orphelinat et fréquente depuis plusieurs années l'école publique du quartier. Elle a appris quelques mots d'anglais. Un examen psychologique datant de quelques mois en arrière atteste d'un QI inférieur pour son âge. Je tourne rapidement la page, doutant de la véracité du document...Rasika est si vive, elle n'aura pas reçu le même quotient d'affection que d'autres enfants de son âge !

Rasika attend d'être adoptée par une famille étrangère. Mais l'acquisition de documents valables nécessite de longues années...elle vient tout juste de fêter ses sept ans en mai 2010. Je suis interrompue dans ma lecture par Rasika elle-même qui, je pressens, a deviné ce que je tiens entre les mains. Mal à l'aise, je m'empresse de ranger le dossier à sa place.

Un peu plus tard, Ms Vinodhini m'informe que d'ici peu une famille italienne pourra enfin venir la chercher.

Avant notre départ pour l'Inde, nous avons pu voir sur le site internet de la fondation qu'il existait une ligne téléphonique gratuite et disponible 24h/24 destinés aux appels concernant des enfants en détresse. Il nous paraissait étrange qu'il y ait besoin d'un numéro spécial pour un si petit orphelinat. Arrivés sur place nous avons compris que le "10-9-8" s'adresse à tous les enfants et pas seulement aux cas d'abandon, et qu'il ne s'agit pas d'une initiative isolée mais qu'elle fait partie d'un programme national.

Childline India

Contexte^{ii iii}

Un enfant sur cinq dans le monde vit en Inde. Ceux-ci représentent une population exposée à de multiples risques. Il y a, par exemple, plus de 12 millions d'enfants qui travaillent dans ce pays, le mariage arrangé avant l'âge de 18 ans est encore un fait fréquent, et les conditions sanitaires précaires touchent la santé des enfants de manière importante.

D'autre part, le gouvernement indien est signataire de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et de nombreuses lois statuent sur la protection des enfants.

C'est dans ce contexte que la "Childline" représente un des outils permettant d'œuvrer pour cette population.

Historique^{iv}

La Childline a reçu ses premiers appels à Bombay en 1996. Ce fut au départ un projet du Tata Institute of Social Sciences (TISS) sous l'impulsion de Jeroo Bilimoria, enseignante au TISS et active dans le travail avec les enfants des rues de Bombay. Cette « helpline » a été mise sur pied en prenant en compte les besoins et en collaboration avec ces enfants. Finalement, ce sont plus de cinq années qui ont été nécessaires pour passer de l'idée aux premiers appels.

En 1998, le concept de Childline fut étendu au niveau national avec l'aide de la ministre de la justice sociale, selon laquelle chaque district en Inde devait être pourvu une Childline. Childline devient alors un programme gouvernemental.

Il y a actuellement 83 villes qui participent à ce projet, et plus de 16 millions d'appels ont été reçus entre 1996 et 2009.

Fonctionnement

Il existe deux modèles de helpline différents. Dans les pays développés, celles-ci fonctionnent surtout en donnant des conseils ou informations. Dans les pays comme l'Inde, l'activité se concentre surtout sur les « interventions » (p.ex. : médical, trouver un logement, enfants disparus, protection d'abus,...)^v.

Le public cible comprend les enfants des rues, ceux d'entre eux qui travaillent, les victimes d'abus, avec problèmes familiaux,...Le numéro de la Childline est le 10-9-8 dans tout le pays. C'est un numéro normalement gratuit et en service 24h/24 toute l'année.

Actuellement, c'est la « Childline India Foundation » (CIF) qui coordonne ce programme à travers le pays. Elle collecte les informations des différents centres locaux et assure la formation des personnes qui répondent aux appels.

Une des caractéristiques de ce programme est l'importance donnée aux interventions de sensibilisation auprès des enfants afin de faire connaître le numéro^{vi}. Il y a également une forte volonté d'inclure les enfants dans le fonctionnement de la Childline et pour répondre aux appels.

Une des particularités qui la distingue donc d'autres helplines est que l'équipe qui répond aux appels va dans certains cas à la rencontre de l'enfant dans le besoin pour ensuite le rediriger vers le service approprié.

La Childline se veut être le seul numéro d'appel d'urgence pour les enfants, mais par la suite elle encourage la collaboration avec les autres ONG déjà actives sur le terrain. Ainsi, plusieurs organisations ciblant différentes catégories d'âge, différents lieux au sein d'une même ville, et différents services, travaillent en partenariat avec la Childline. Elle a donc un rôle de coordination entre les différents partenaires au niveau local avec des ONG ou les autorités officielles. Sur le plan national, il existe aussi plusieurs partenariats importants dont l'UNICEF et le gouvernement indien.^{vii}

Cette organisation a désormais également un rôle important sur les questions relatives aux droits de l'enfant au niveau national. En effet, son activité permet à la Childline de récolter beaucoup de données relatives à la situation des enfants en Inde. Par la suite, cela constitue une base solide pour la promotion des droits de l'enfant dans d'innombrables situations.

Chiffres nationaux^{viii}

Chaque année, il y a en Inde plus de deux millions d'appels à la Childline. 61% des appels sont effectués par des garçons, et dans la tranche d'âge de 11 à 15 ans.

Selon le rapport annuel 2008-2009, plus de 60% des appels concernaient des interventions directes. La définition de celles-ci est peu claire, nous avons décidé de prendre comme référence la Table 1^{ix}.

Il y a ainsi, une grande majorité d'appels concernant le support émotionnel. Ensuite viennent les problèmes médicaux : les enfants ont parfois besoin d'aide afin d'accéder au système de soins, que ce soit dans des cas bénins ou plus graves. Quant à la question de trouver un toit pour un enfant, elle se pose souvent lorsque celui-ci est abandonné ou en fugue. Nous avons cité ici les principaux types d'interventions, mais il en existe beaucoup d'autres.

Suite à un appel, et selon le besoin exprimé, différentes méthodes d'intervention seront utilisées. Contrairement à d'autres helplines dans le monde, la majorité de ces appels vont entraîner le déplacement d'une personne qui va aller à la rencontre de l'enfant. Mais il arrive aussi que le contact soit uniquement téléphonique (Figure 1^{ix})

Categories	ChildNET	%
Intervention	2007-08	
Medical	7,389	15.8
Shelter	5,466	11.7
Restoration	6,320	13.6
Missing Children	5,023	10.8
Protection from Abuse	2,978	6.4
Death Related	39	0.1
Sponsorship	3,054	6.5
Emotional Support & Guidance	14,196	30.4
Not Documented	2,172	4.7
Total	46,637	100

Table 1 types d'interventions

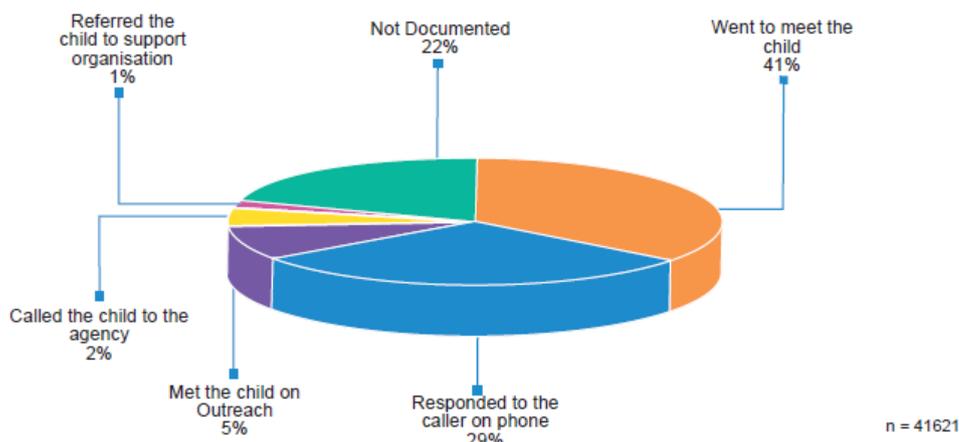


Figure 1 méthodes d'intervention

En plus de ces appels, ils y en a beaucoup d'autres pour arriver au nombre total reçus en une année. Ceux-ci sont, par exemple, des faux numéros, des problèmes techniques, ou des personnes voulant juste faire une blague.

Childline Madurai

Contexte

La Childline Madurai est divisée en deux parties administratives:

- 1) un groupe appelé « Nodal Organisation », situé au Madurai Institut of Social Sciences. Il s'occupe de la formation des membres ainsi que de la coordination avec Childline au niveau national.
- 2) une division « partenaire », se trouvant dans le bâtiment de l'orphelinat de la GKF. Son rôle est de recevoir les appels effectués au 1098, de les répertorier ainsi que d'intervenir sur place. Cette partie est aussi responsable des programmes de prévention et de sensibilisation auprès de la population de la ville.

Lors de notre stage à la GKF nous avons eu l'occasion d'assister au quotidien de la Childline « partenaire », ses locaux se situant juste à côté de l'orphelinat.

Historique

Le numéro 1098 était déjà attribué dans la ville de Madurai à la GKF depuis de nombreuses années, avant même la création de Childline à Mumbai en 1996. Cette ligne servait aux activités de l'orphelinat et recevait des appels concernant des enfants abandonnés qui allaient ensuite être recueillis par l'établissement.

Avec la mise en place de Childline au niveau national, le directeur de la GKF, le Dr. Dodd, a été contacté pour aider à installer le programme. Childline s'est établi à Madurai dans la GKF depuis avril 2002, devenant le 36^{ème} centre téléphonique instauré par Childline en Inde, et c'est le Dr. Dodd qui en est actuellement le directeur.

Équipe

L'équipe, répondant au téléphone 24h/24 et 7j/7, se compose de neuf membres ainsi que de trois volontaires. Un tournus est organisé pour qu'il y ait en permanence trois personnes la journée et une personne la nuit, afin que des interventions sur place soient possibles directement après la réception de l'appel.

Ce groupe est également responsable des campagnes de sensibilisation, comme nous l'avons déjà mentionné. En effet, pour que le programme de Childline soit efficace, il est nécessaire qu'une grande partie de la population connaisse le numéro 1098 pour pouvoir le composer dès qu'un enfant se trouve en difficulté.

Les campagnes de sensibilisation se déroulent non seulement dans les écoles de la ville mais ciblent aussi les quartiers défavorisés, où des assistantes sociales se rendent quotidiennement pour discuter avec les enfants et les informer de l'existence du 1098.

Une action est aussi organisée lors de réunions rassemblant les conducteurs de rickshaws (les mortels taxis locaux), leur demandant de signaler à la Childline tout enfant errant qu'ils apercevraient dans la rue.

Locaux de Childline Madurai



Le centre de réception des appels se trouve dans une pièce attenante à la pièce principale de l'orphelinat. Ainsi, nos journées à nous occuper des enfants étaient rythmées par des sonneries de téléphones provenant de la pièce d'à côté, et l'équipe de Childline ne manquait pas en allant au bureau de s'arrêter pour jouer un petit moment avec les enfants.

Nous allions parfois discuter avec eux dans leurs locaux, et l'atmosphère que dégageait le bureau était toujours très calme et décontractée. La pièce était composée d'une table, où s'alignaient trois téléphones qui sonnaient régulièrement, de chaises et d'un ordinateur. Les membres de l'équipe étaient souvent assis à discuter sur les chaises ou devant l'ordinateur, à consulter les mails de Childline ou entrer les statistiques des appels.

Dès qu'un appel arrivait au 1098, une personne décrochait, discutait avec l'interlocuteur et, après avoir reposé le combiné, tenait à jour le registre quotidien : heure, numéro, raison, type de l'appel. Les données locales sont ensuite envoyées chaque mois à Childline India, qui tient les registres nationaux.

Financement

Childline étant un projet gouvernemental, il reçoit une contribution financière de l'état indien.

Cependant, le Dr. Dodd nous a confié que l'hôpital Grace Kennett finançait à 50% les salaires des employés de Childline Madurai. Selon lui, en effet, le salaire offert par le gouvernement aux membres de l'équipe était trop faible, et ne permettait pas de recruter assez de personnes.

Chiffres de Childline Madurai

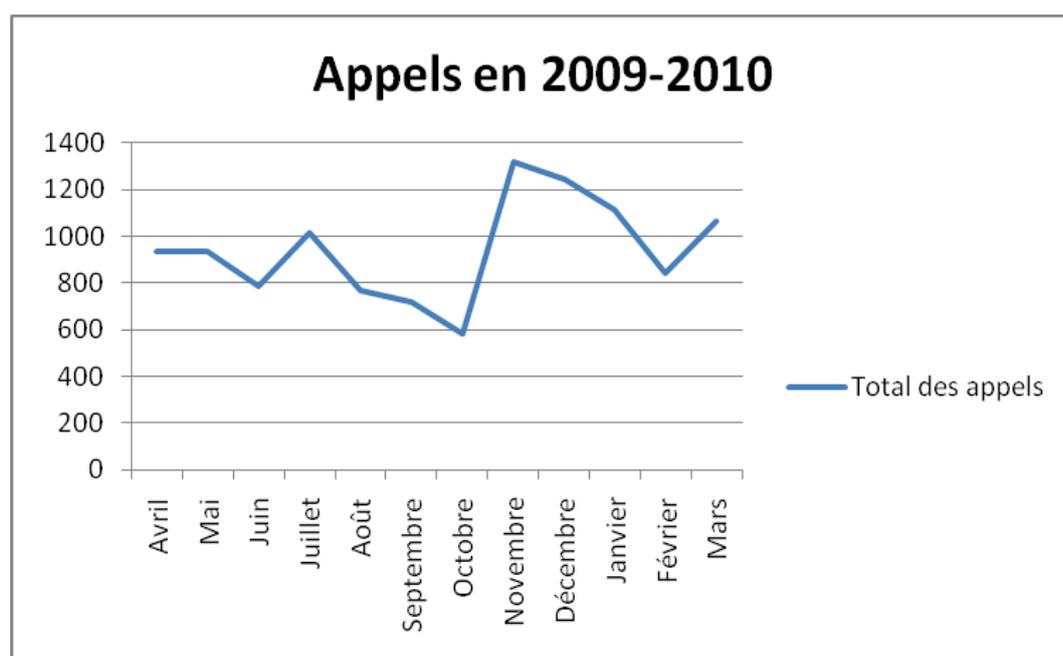


Figure 1 : nombre d'appels reçus au total par Childline Madurai d'avril 2009 à mars 2010.

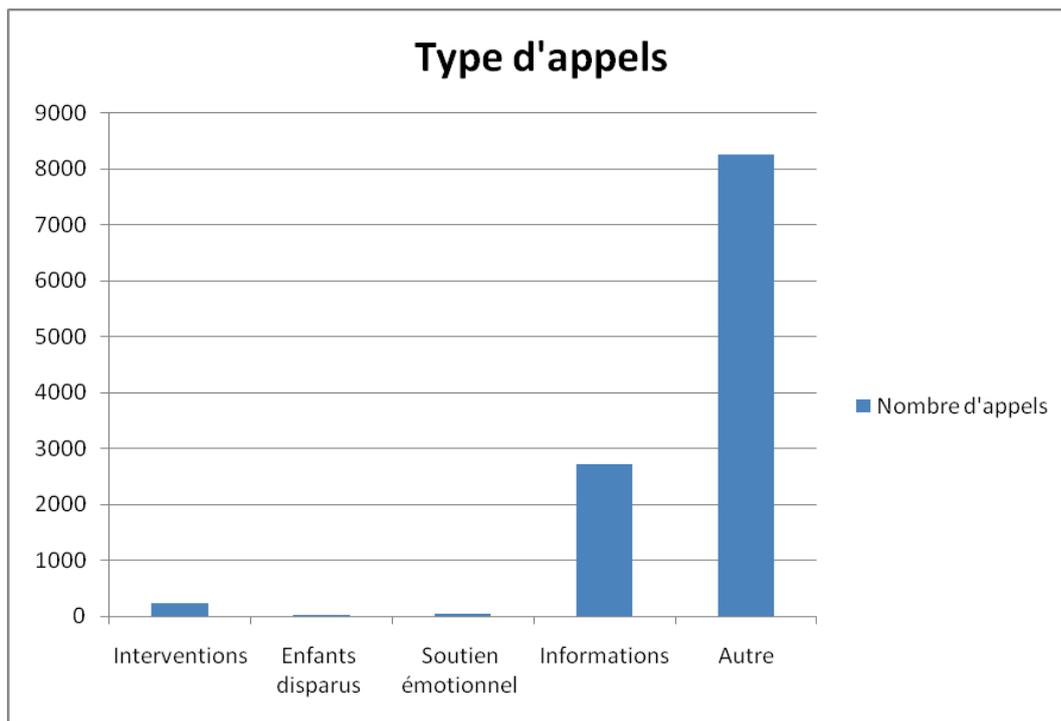


Figure 2 : Type d'appels reçus.

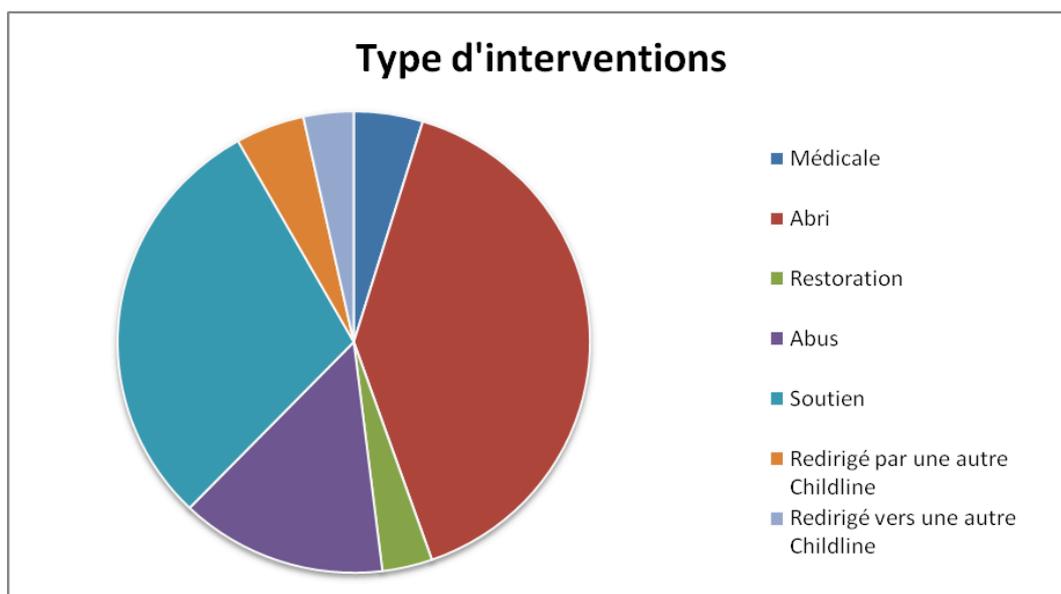


Figure 3: Interventions menées suite à des appels.

Remarques :

* Les appels ne sont pas filtrés ni redirigés par un autre centre d'appels avant d'arriver dans le bureau, d'où l'importance des canulars ainsi que des appels où l'interlocuteur a raccroché (catégorisés dans le groupe « autre »).

* Selon l'équipe de Childline, les appels sont plus nombreux le samedi, le dimanche ainsi que pendant les vacances scolaires, périodes où les enfants sont à la maison et peuvent s'ennuyer.

Impressions des personnes:

Nous avons demandé à plusieurs personnes membres de Childline leurs impressions quant à l'organisation du programme : le directeur, la coordinatrice, la conseillère de Childline ainsi qu'une stagiaire à GKF. Nos questions concernaient systématiquement :

1) Comment ils avaient connus Childline ?

Outre le directeur et la coordinatrice, qui avaient été contacté en 2002 par Childline pour instaurer un centre à Madurai, les deux autres personnes n'avaient jamais entendu parler de cette ligne d'appel avant d'arriver dans la fondation.

2) Quelles sont leurs motivations, pourquoi prennent-ils part à ce projet ?

La motivation principale rencontrée au sein de l'équipe était le travail avec les enfants.

3) Quels sont les points positifs de Childline ?

Divers points positifs ont été mentionnés au cours de nos entretiens : la rapidité de l'intervention suite à l'appel, le réseau national que constitue Childline, le travail de sensibilisation dans la communauté, ...

4) Quels sont les points qu'il serait possible d'améliorer ?

Les aspects à améliorer sont également variés. Selon une stagiaire il serait important de faire plus de publicité à grande échelle, pour que tous les habitants connaissent le programme, mais un problème de coût se pose alors. Le directeur et la coordinatrice ont mentionné l'agrandissement du réseau aux zones rurales, ainsi que l'augmentation du personnel afin d'organiser des sorties plus fréquentes dans les quartiers défavorisés.

Campagne de sensibilisations dans les slums

« We leave in 10 minutes to the slums ! Do you want to come now?? », s'est ainsi exclamée une assistante sociale de Childline un matin en venant à notre rencontre. Nous étions alors, comme tous les jours, à l'orphelinat en train de nous occuper des enfants. Bien que l'équipe nous ait déjà offert de les suivre pour une campagne, aucune date n'avait vraiment été fixée et nous ne nous attendions pas à une proposition ce jour-là.

Après quelques regards de surprise ravis échangés entre nous, nous avons suivi les deux assistantes sociales et nous sommes rendus jusqu'à la gare pour prendre un taxi. Arrivés dans le quartier d'Anna Nagar, nous avons marché dans la rue principale du village, entourée de maisons où des femmes faisaient la cuisine devant leur porte, lavaient du linge,... Quelques enfants sont accourus vers nous, discutant avec l'équipe de Childline et appelant leurs amis afin de leur dire de venir.

Un groupe d'une trentaine d'enfants s'est ainsi rapidement constitué, nous entourant, nous saluant d'un « hi » tout en essayant de nous serrer la main. Leur âge allait d'un nourrisson tenu dans les bras de sa sœur de 8 ans, à des adolescents d'une quinzaine d'années, nonchalamment assis sur des marches. Nous nous sommes ensuite rassemblés avec les enfants et les assistantes sociales à l'ombre sous le toit d'un temple, après avoir déployé une bannière et avoir mis des casquettes aux couleurs de Childline.

L'équipe a ensuite proposé aux enfants de faire un jeu, « tanga » et « tennamaram » (respectivement la « noix de coco » et le « cocotier »), suggestion qui a été accueillie avec enthousiasme de leur part. Ne

connaissant pas les règles, nous avons donc observé le groupe d'enfants s'asseoir et se relever au rythme des « tanga ! tanga ! tennamaram ! », tout en éclatant de rire avec eux au fur et à mesure qu'ils se faisaient l'un et l'autre éliminer.



Plusieurs parties se sont enchaînées, la gagnante -en l'occurrence, toujours la même- se faisant remettre un chocolat à la fin de chaque tour. Les enfants se sont finalement assis par terre sagement à la fin du jeu, attendant la suite.

Une des assistantes sociales leur a tout d'abord demandé quels étaient leurs soucis dans la vie de tous les jours, faisant ainsi fuseler des réponses variées telles que « faire les courses pour les parents ! ». Toute la conversation se déroulant en tamoul, nous obtenions une traduction de la part de l'autre membre de l'équipe.

Par la suite, l'oratrice a évoqué l'existence et le rôle de Childline, expliquant aux enfants qu'ils pouvaient appeler le 1098 s'ils avaient des problèmes. Elle a aussi insisté sur le fait que le numéro était gratuit, et qu'ils pouvaient le composer à n'importe quel moment, pour n'importe quel souci. Les enfants ont répété en cœur 10-9-8, 10-9-8, 10-9-8 et après avoir compris que le discours était terminé, ils se sont tous levés.

Certains enfants faisaient la queue pour obtenir les prospectus distribués, tandis que d'autres nous entouraient de nouveau dans un pêle-mêle de « hi », « your hand ! », « photo, photo, photo !!! ». A la suite de nombreux serremments de mains, de sourires, et de « no photo anymore », nous avons finalement replié la banderole. Notre départ du quartier s'est déroulé avec une escorte d'enfants parlant et courant, et lorsque que nous nous sommes retournés après une cinquantaine de mètres, certains étaient encore là et agitaient la main en guise d'au revoir.

Difficultés rencontrées

L'équipe de la Childline à Madurai nous a beaucoup aidés pour nos recherches sur le sujet. Nous avons pu profiter de leur enthousiasme pour ce projet, avoir de nombreuses discussions avec l'équipe.

Néanmoins, il nous aura fallu plus de temps que nous le pensions pour comprendre le fonctionnement de Childline. En effet, le contexte a entraîné plusieurs difficultés.

Tout d'abord, la barrière de la langue a constitué un des obstacles. Il est vrai que la plupart des personnes travaillant pour la Childline savent parler l'anglais, mais celui-ci est parfois approximatif. Nous avons donc dû poser les mêmes questions régulièrement avant de pouvoir comprendre une réponse, ce qui n'était pas des plus agréable ni pour nous, ni pour nos interlocuteurs. De plus, ce service s'adresse aux enfants qui eux savent rarement parler l'anglais. Nous n'avons donc pas pu leurs

poser de questions sur ce qu'ils pensaient de la Childline, un élément qui aurait pu nous donner une vision plus complète de ce service.

En fin de compte, même lorsque nous arrivions à nous faire comprendre de l'équipe ainsi qu'à saisir leurs explications, les éléments de réponse étaient la plupart du temps très approximatifs. Il ne nous a pas semblé que ce soit dû à un problème de communication, mais peut-être plus à une différence de culture. Ils ne comprenaient pas forcément toujours pourquoi nous avions besoin de réponses précises, de chiffres, de statistiques,....

Une autre difficulté rencontrée n'était pas propre à la Childline, mais s'applique à beaucoup de structures en Inde. En effet, pour chaque information plus ou moins officielle, nous avons besoin de l'autorisation du Dr Dodd. La responsable de la Childline elle-même ne pouvait pas décider si nous pouvions avoir accès à ces données. Ceci entraînait d'incessants allers et retours entre les personnes questionnées et le directeur qui nous remettait parfois juste un post-it signé nous autorisant à consulter les chiffres demandés.

Discussion à propos de la Childline

Le concept de la Childline a pu s'implanter dans toute l'Inde et dans d'autres pays grâce à plusieurs aspects intéressants.

Tout d'abord, le fait de travailler en réseau avec les structures existantes sans essayer de les remplacer permet un investissement minimal tout en ajoutant de la valeur à ces organisations. En effet, l'information est dès lors centralisée, ce qui rend l'accès à ces services beaucoup plus aisé.

Un autre point fort de Childline est la qualité de sa communication. Nous avons par exemple été impressionnés par la qualité du site internet, de leur brochure mensuelle, ou encore des publications, que ce soit du point de vue graphique ou du contenu. Cela permet, entre autres, de faire connaître le numéro facilement dans tous les milieux, que ce soit auprès des enfants ou auprès des politiques.

Finalement, une des caractéristiques les plus intéressantes de la Childline réside dans le fait qu'elle s'intéresse à la santé des enfants d'un point de vue très global. En effet, ce service s'occupe parfois de mettre l'enfant en relation avec le monde médical, mais ne se limite pas à cet aspect de la santé. Tous les problèmes que pourraient rencontrer les enfants ont leur place avec la Childline.

Malgré ces qualités, il nous a semblé nécessaire d'apporter quelques nuances. En effet, une remarque également formulée par certains acteurs nationaux de la Childline semble être très pertinente^{iv}. Ces personnes estiment que la croissance rapide de la structure entraîne souvent une diminution de la qualité des services et que l'esprit dans lequel a été créé la Childline tend à se perdre. Les Childlines locales deviendraient dès lors uniquement un projet gouvernemental sans signification.

La quantité d'appels résultant d'un faux numéro, d'une blague, ou d'un problème technique constitue un autre problème majeur. En effet, ceux-ci peuvent entraîner à la longue l'exaspération du personnel de la Childline, qui de ce fait pourrait être moins enclins à répondre correctement aux appels sérieux. De plus, la quantité de travail inutile est augmentée, ce qui rend le service peu efficace.

Ce dernier problème se retrouve également dans la question de la qualité de la communication. Nous avons vu plus haut que celle-ci était, de manière globale, plutôt bonne, ce qui est très important étant donné l'importance de ces données pour baser des décisions de politique de la santé. Néanmoins, si on regarde les statistiques des appels un peu en détail, on remarque que les problèmes techniques, blagues, faux numéros constituent la grande majorité des appels. À une première lecture des chiffres, on a l'impression que la majorité de l'activité de la Childline consiste en interventions, mais ce sont des chiffres à relativiser. Par exemple, les appels concernant une question médicale représente 0% des

appels totaux. Finalement, les chiffres impressionnants de plusieurs millions d'appels sont donc à relativiser. De même, dans toutes les publications mensuelles de la Childline il n'y a que des histoires d'enfants assez grandioses, et qui forcément se finissent bien grâce à l'intervention de la Childline. Cela est tout à fait pertinent pour promouvoir le 10-9-8, mais pourrait diminuer quelque peu la crédibilité de la structure.

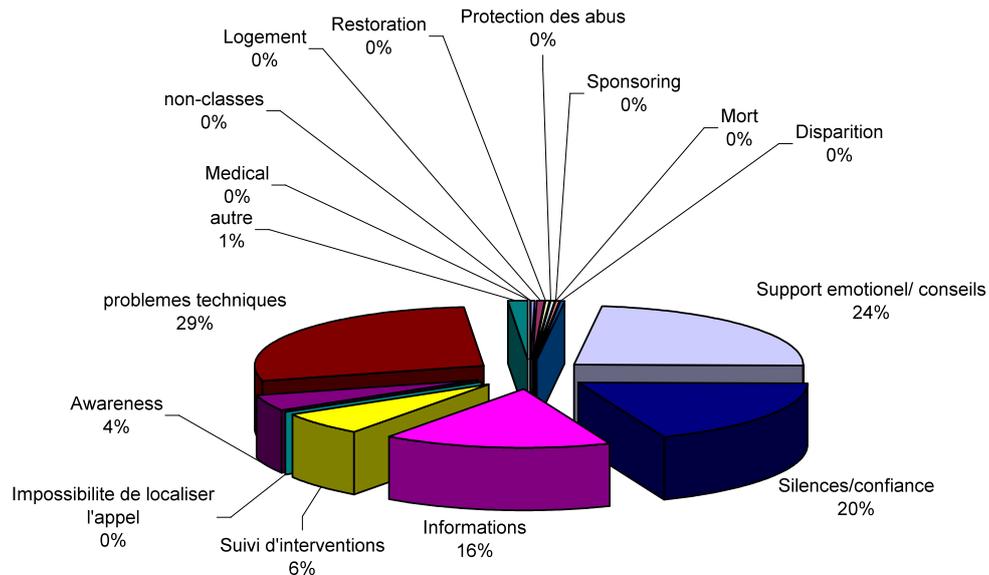


Figure 2 répartition des appels

Grace Kennett Foundation Hospital

Pendant notre stage, nous avons également passé une partie de notre temps à l'hôpital de la Fondation. Le Dr Dodd nous a en effet proposé de l'accompagner lors de certaines de ses tournées matinales, nous permettant ainsi de découvrir un autre aspect important de la GKF. De plus, ce fut aussi un moyen d'approcher le système médical indien et d'essayer d'en comprendre les grandes lignes.

Contexte^x

En Inde, nous pouvons retrouver deux secteurs de soins médicaux : les hôpitaux publics, et les établissements privés.

Les infrastructures publiques sont gratuites et accessibles à toute la population, contrairement aux hôpitaux privés, destinés à des habitants plus aisés qui payent leurs soins. Pourtant, ce sont moins de 20% des patients ambulatoires et moins de 45% des patients hospitalisés qui utilisent les établissements publics. En effet, 75% des dépenses liées à la santé viennent du secteur privé, où se rendent la majorité des patients.

Cette situation n'est pas explicable par le système d'assurances, car les assurances sociales sont rares (4.2%) et les assurances privées sont négligeables (0.2%). Les personnes allant dans les hôpitaux privés se voient donc contraints de payer eux-mêmes l'intégralité de leurs soins. Mais si nous-mêmes n'avons pas eu l'opportunité de nous y rendre, nous avons recueilli le témoignage de plusieurs personnes nous affirmant que les hôpitaux gouvernementaux étaient sales, vétustes, et que le personnel était corrompu. De ce fait, malgré le prix, la plupart des habitants préféreront se rendre dans des établissements privés, où leur prise en charge sera de meilleure qualité.

Le nombre de médecins en Inde est de 7 pour 100'000 habitants, ce qui est comparable aux pays les plus pauvres de la planète.

L'hôpital

L'Hopital Grace Kennett est un des hôpitaux privés de Madurai, destiné comme nous l'avons vu à une patientèle aisée.

L'hôpital se compose de 40 lits et d'une douzaine d'unités : le service des brûlés, des soins intensifs, des soins intensifs post-chirurgicaux, de gynéco-obstétrique,... 150 personnes y travaillent, dont 6 docteurs réguliers, 12 médecins consultants (qui se rendent à l'hôpital Grace Kennett en complément de leurs heures dans les hôpitaux gouvernementaux) et 60 infirmières.



Pathologies

Au cours de notre stage, nous avons eu l'occasion d'assister à des visites médicales ainsi qu'à des opérations. Les pathologies les plus couramment rencontrées consistaient en des brûlures, car l'hôpital avait développé une compétence particulière dans ce domaine. Cependant, nous avons également constaté de nombreux cas de tuberculose chez les patients présents. L'hépatite A et la fièvre typhoïde étaient également communes, tandis que des cas d'infection à shigella et de paludisme bien que présents, étaient plus rares.

Particularités

Suite à nos discussions avec le Dr Dodd, nous avons pu constater plusieurs points différenciant des autres hôpitaux.

Contrairement à la plupart des hôpitaux privés indiens, l'appartenance sociale ne joue ici aucune importance. Alors que certains établissements se destinent exclusivement à une certaine caste ou religion, aussi bien le personnel que la patientèle de l'hôpital Grace Kennett est diversifié. Le comité exécutif de l'hôpital, constitué de 12 membres, est mixte et regroupe des personnes hindoues, chrétiennes, indiennes ou pakistanaises. De ce fait, les patients accueillis dans les services sont également d'origines et de religions diverses, et aucune communauté particulière n'est retrouvée.

Le Dr. Dodd nous a également expliqué qu'aucun procès n'était en cours contre l'hôpital, certains autres hôpitaux dénombrent parfois jusqu'à 50 ou 60 plaintes par mois. Selon lui, la communication avec les patients était en cause, et il soulignait l'importance accordée à GKF à la participation du patient, à l'explication médicale ainsi qu'à la décision éclairée de la personne traitée.

Nos impressions sur l'hôpital

Nos activités à l'hôpital, même si elles se sont limitées à suivre la visite du matin et à observer quelques opérations, nous ont tout de même permises de relever certains points intéressants.

Avant de partir, nous avons pu voir sur le site internet de la fondation^{xi} que 16 médecins travaillent dans cet hôpital. Nous avons donc été surpris de voir un hôpital de taille tout à fait modeste. En effet, la plupart des médecins cités sur le site internet ne viennent travailler dans cet hôpital qu'un jour par semaine, ou parfois uniquement sur demande. De plus, nous nous attendions à des infrastructures beaucoup plus spartiates que ce que nous avons pu voir.

Lors de la visite, nous avons été surpris de voir que le Dr Dodd, bien que spécialisé en chirurgie, s'occupe du suivi de tous les patients, quelle que soit leur pathologie. Il semblait maîtriser des domaines extrêmement variés de la médecine, et cette forme de médecine générale élevée à un niveau supérieur en a séduit plus d'un dans notre groupe.

Comme nous l'avons mentionné auparavant, selon le Dr Dodd, la raison principale pour laquelle l'hôpital n'a pas de poursuites actuellement réside dans l'importance donnée à la communication médecin-patient. Celle-ci nous a paru tout de même très légère, car cela semblait se résumer à dire bonjour et au revoir aux patients, et occasionnellement à prendre le temps de parler avec eux et de leur poser quelques questions.

En ce qui concerne l'hygiène des mains, nous avons aussi remarqué quelques petites différences. Pendant la visite, une infirmière est responsable du flacon de désinfectant pour tout le monde, et en verse sur les mains de la personne qui aurait examiné un patient, toujours après le soin, jamais avant. La complexe systématique du lavage des mains, que nous avons apprise pendant nos cours d'hygiène, nous a alors paru bien compliquée face à la réalité.

Lors des opérations, nous avons eu l'impression que les standards étaient tout à fait similaires à ceux de la Suisse, bien que le matériel datait tout de même un peu. Nous avons surtout remarqué que cela tenait à cœur des chirurgiens de bien insister sur la qualité des procédures et de leur formation. Nous

avons quand même été surpris la fois où ils ont utilisé un sécateur rouillé (mais désinfecté!) pour couper des fils de fer allant être implantés chez un patient.

Une autre caractéristique qui nous a paru plutôt différente de ce que nous voyons en Suisse est le rôle qu'a la famille du patient. En effet, la plupart du temps, un patient est entouré de plusieurs personnes qui attendent souvent toute la journée à l'extérieur, assises ou jouant au cricket dans la cour de l'hôpital.

Nous avons également demandé au Dr Dodd au cours d'une discussion quels étaient les enjeux éthiques auxquels le système médical était confronté en Inde. La réponse nous a surpris, car pour lui l'éthique se rapportait surtout à ce qui est écrit dans la loi. Nous avons en effet eu l'impression que pour le moment les débats éthiques en Inde sont tellement essentiels qu'ils tombent dans le cadre de législations préexistantes, et qu'il n'y a pas encore d'enjeux en ce domaine qui nécessite d'aller au-delà des lois pour se poser des questions plus profondes de morale ou de philosophie.

La place de la religion nous a également parfois interpellés. En effet, bien que le personnel soit de confessions très diverses, le caractère chrétien de la fondation ressort très fréquemment. Il y a par exemple beaucoup de citations bibliques affichées ou gravées sur les murs de l'hôpital, et une fois par mois une messe est organisée pour le personnel. Ce sont des choses que nous serions surpris de voir en Suisse, mais qui ne posent apparemment pas de problème dans la société indienne.

Dr S. Augustus Dodd

Lors de notre stage, nous avons été particulièrement impressionnés par la personne du Dr. Dodd, qui est le directeur de l'hôpital, de l'orphelinat ainsi que de Childline Madurai.

Suite à des études de médecine en Inde du Sud, il s'est engagé pendant 4 ans en tant qu'officier médical dans l'armée indienne, avant de se spécialiser en chirurgie minimalement invasive. Lors de son arrivée à Grace Kennett, en 1998, la fondation était en proie à de nombreuses tensions internes, et le Dr Dodd a dû gérer deux ans de conflits avant de pouvoir rétablir une situation stable au sein de la GKF.

Comme nous l'avons constaté au cours de notre stage, le Dr. Dodd bénéficie d'un immense respect de la part du personnel. Pendant les visites, il est constamment suivi d'une dizaine de personnes, qui s'écartent à chacun de ses passages, le laissant entrer et sortir de la pièce en premier.

En outre, comme nous l'avons déjà souligné, après avoir été en contact avec un patient, le docteur Dodd tendait les mains pour qu'une infirmière lui verse du liquide désinfectant, et lorsqu'il demandait « someone has a pen ? » c'étaient six stylos qui lui étaient instantanément tendus. Dans chaque service se trouve une blouse à son nom, ainsi que des tongs marquées d'un « MS » pour Medical Superintendent, et gare à celui qui oserait s'en servir à sa place ! Il a aussi son siège réservé à la messe mensuelle...

Outre les rondes quotidiennes pour rendre visite à tous les patients de l'hôpital, il pratique également quatre interventions chirurgicales hebdomadaires, effectue 4h de consultations à son cabinet par jour, gère l'administration de l'hôpital, de l'orphelinat ainsi que de Childline Madurai... Et malgré cela, il trouve encore le temps de jouer au tennis 1h30 avec son fils tous les après midis, de jouer de la musique et a récemment passé un MBA.

Lorsque, sidérés par son emploi du temps nous lui demandions comme il réussissait à tout concilier, il nous répondait avec un sourire que pour lui c'était une question de management. « I'm not working here, but having a good time ».



L'épisode PWDS

Notre stage à la Grace Kennett Foundation a été ponctué de plusieurs autres expériences variées. L'une d'entre elles fut notre rencontre avec l'organisation non gouvernementale PWDS (Palmyra Workers Development Society). Si cela ne rentrait pas, il est vrai, dans le cadre direct de notre stage et du présent rapport, nous avons tout de même décidé de l'y faire figurer, estimant que l'épisode PWDS était un temps fort de nos semaines passées en Inde et qu'en tant que tel il méritait d'être mentionné.

Petite mise en contexte

Tout d'abord, il importe de préciser en quelques mots comment nous nous sommes retrouvés là-bas. Notre personne de contact en Suisse, Mrs Asha Simpson, est la fille du précédent président de la GKF, le révérend Samuel Amirtham. Or celui-ci était un homme très actif avant de prendre sa retraite, et il a entre autres fondé PWDS avec quelques amis, à quelques pas de là où nous faisons notre stage. Toujours par Mrs Simpson, nous avons donc pu entrer en contact avec le directeur de l'ONG à Madurai, Mr. Reji Chandra, et organiser une rencontre avec lui afin qu'il nous présente PWDS. Voici en bref ce qu'il en est ressorti.

PWDS en quelques mots^{iv}

PWDS a été créée en 1977, à l'origine pour venir en aide aux travailleurs dépendant de la culture du palmier, l'une des populations les plus défavorisées au Tamil Nadu. L'idée était d'entrer en contact avec ces travailleurs afin de mettre en évidence leurs besoins, puis de faire intervenir sur le terrain d'autres ONG spécialisées dans la résolution des problèmes soulevés. PWDS proposait donc de mettre en place un réseau d'ONG dont le travail sur certaines populations ciblées serait optimisé par la mise en commun à travers ce réseau. L'un des principes majeurs de PWDS est d'impliquer les populations locales dans les différents programmes de soutien, afin qu'après quelques années des acteurs locaux suffisent à faire fonctionner ces projets, permettant ainsi le retrait des ONG sur le terrain. Voilà comment PWDS elle-même définit ses buts principaux :

1. Mobiliser et organiser les populations défavorisées
2. Introduire des programmes durables
3. Offrir des services de soutien et de consultation
4. Promouvoir la mise en réseau et le fonctionnement collectif

Depuis ces débuts à la fin des années 70, l'organisation a bien élargi ses activités, en pratiquant les micro-crédits par exemple, et travaille désormais avec plusieurs autres populations défavorisées du Tamil Nadu, dont entre autres les personnes atteintes du SIDA.

PACHE Trust

A la suite de cet entretien avec Mr. Reji Chandra, ce dernier nous a justement proposé de passer une journée sur le terrain avec l'une des ONG coordonnées par PWDS dans le cadre du projet de lutte contre le SIDA. C'est ainsi que, quelques jours plus tard, nous avons été accueillis en grande pompe par l'ensemble des membres de PACHE Trust (Peoples Association for Community Health Education Trust), au siège même de cette association dans la banlieue de Madurai. Nous nous attendions à passer une journée en observateurs parmi les travailleurs sociaux, mais au lieu de cela une grande réunion avait été organisée à notre intention, où chaque employé de l'association s'est appliqué à nous expliquer son rôle. Voilà ce que nous y avons appris, résumé en quelques mots car l'entier de ce qui nous a été présenté mériterait à lui seul un rapport de stage.

En Inde, les personnes atteintes du SIDA sont encore très mal vues, et le plus souvent rejetées par leurs proches. On considère cela comme une punition divine méritée par de mauvaises actions. Le rejet peut aller très loin : on nous a raconté l'histoire d'une personne décédée des suites du sida dont le corps était resté abandonné après sa mort, ni la famille ni aucun soignant n'acceptant de s'en approcher. Il a fallu que les travailleurs sociaux de PACHE Trust prennent eux-mêmes l'initiative d'accorder une sépulture décente au défunt. La maladie est donc maintenue secrète le plus longtemps possible, facilitant ainsi sa propagation.

L'un des buts principaux de l'association est donc de sensibiliser les populations locales à la présence du virus, bien sûr en faisant un travail de prévention en amont, mais surtout en s'attaquant en aval au problème de la réintégration sociale des personnes affectées. Trois formes de stigmatisation pesant sur ces dernières ont été relevées : la première est due au regard de la communauté, la deuxième à la famille, et la troisième au regard que la personne affectée porte sur elle-même. Sur cette base, l'association tente de s'attaquer à chacun de ces stigmas. Les enfants infectés à travers leurs parents sont une des populations ciblées par PACHE Trust : les travailleurs sociaux organisent par exemple des sessions de jeux où enfants atteints et enfants sains se rencontrent, jouent ensemble. A travers eux les parents se rencontrent, brisant ainsi l'isolement pesant sur les familles atteintes. L'association cherche aussi à revaloriser les talents des personnes souffrant du Sida, qui se retrouvent souvent au chômage lorsque maladie est connue, facilitant ainsi le retour à la vie sociale à travers un métier.

On retrouve dans chacune des démarches entreprises le principe déjà exposé par Mr. Chandra : apporter une assistance tout en impliquant les populations locales dans le processus, afin qu'elles s'approprient ensuite le projet et que celui-ci puisse ensuite perdurer sans l'aide des ONG.

Un autre exemple du réseau mis en place par PWDS nous a été indiqué lors de cette visite : les travailleurs sociaux de PACHE travaillent en commun désormais avec une autre ONG s'intéressant à la médecine ayurvédique. A travers cette dernière des remèdes traditionnels permettant de soulager de maux simples comme les nausées ou les maux de tête sont donc mis à disposition des personnes souffrant du SIDA lors du travail sur le terrain des membres de PACHE Trust.

Au final, ce fut donc une expérience particulièrement enrichissante, bien qu'un peu en marge du reste il est vrai. Si nous avons pris la peine de la mentionner, c'est aussi parce que nous avons eu l'impression qu'il y avait là de quoi susciter de futures IMC. Peut-être donc que ce court récit stimulera de futurs étudiants ?



Conclusions

Suite à ce stage IMC, nous nous sommes rendu compte que nous l'avions tous vécu de manière fort différente. C'est pourquoi nous avons décidé de rédiger chacun une conclusion personnelle.

Nous avons eu la chance d'effectuer ce stage avec une fondation ayant autant d'activités différentes liées à la santé de près ou de plus loin. Cela nous a permis de découvrir une petite partie de la réalité que vivent les gens de ce pays. En effet, j'ai trouvé très agréable d'avoir une vision de plusieurs aspects, bien que peu précise, du fonctionnement du système de santé Indien. Il aurait été de toutes façons impossible de connaître dans les détails un système de santé si différent alors que nous connaissons à peine celui de notre pays.

Un des aspects qui m'a marqué le plus reste finalement la dynamique de groupe. En effet, les différences dans la prise en charge des patients, le statut de la femme ou encore la façon de s'occuper des enfants, sont importantes. Il était dès lors extrêmement intéressant de pouvoir partager avec les autres membres du groupe nos impressions, pour se rendre finalement compte que nous étions tous très touchés par ces caractéristiques mais parfois pour des raisons assez différentes. Ce qui nous a permis de débattre parfois sur des concepts également présents dans le système de santé Suisse. Je trouve finalement que ce stage nous aura donné des outils intéressants pour comprendre notre propre système de santé, malgré les différences qu'il y a entre les deux.

Baptiste Waeber

Au cours de ce stage, j'ai énormément apprécié la possibilité que nous avons eue d'aborder de multiples aspects des soins médicaux en Inde.

Notre travail à l'orphelinat nous a sensibilisé à la condition des filles, encore sujettes au système de la dot, des castes ainsi qu'au sujet de l'handicap. À travers Childline, nous avons pu rencontrer des enfants vivant dans les quartiers défavorisés, ainsi qu'étudier comment s'organisait un programme d'aide gouvernemental. Lors de nos visites à l'hôpital, nous avons observé une prise en charge des patients différente de celle que nous connaissions. Finalement, grâce à l'ONG PWDS, nous avons eu l'occasion d'avoir un aperçu de la lutte quotidienne des personnes vivant avec le VIH dans la communauté.

Ce stage a été pour moi une opportunité unique d'être en immersion, même pour une période brève, dans une population ainsi qu'un système de santé extrêmement différents de ceux que nous avons l'habitude de côtoyer. De plus, nous avons eu la chance de pouvoir échanger nos impressions avec des personnes indiennes, qui nous ont expliqué leur point de vue et nous ont transmis des éléments de leur culture.

Je garderai en définitive un excellent souvenir de notre stage, qui m'aura énormément apporté, aussi bien sur le plan médical qu'humain.

Anh-Tho Huynh-Dac

Pour se limiter à quelques mots, cette expérience a été incroyablement riche et je ne peux tirer qu'un bilan positif.

Tout d'abord, la richesse des rencontres face à une culture initialement déroutante. Les personnes que nous avons côtoyées ont fait preuve d'une gentillesse extrême et étaient toujours prêtes à nous consacrer de leur temps et à répondre à nos questions. Elles étaient également intéressées par notre point de vue, ce qui nous a parfois embarrassé comme lorsque les membres de l'ONG PACHE Trust nous ont demandé quels étaient les problèmes de santé majeurs auxquels la Suisse est actuellement confrontée. C'était après avoir discuté de la situation du SIDA en Inde. A ce moment, j'ai vraiment ressenti l'écart gigantesque entre leurs problèmes quotidiens de santé et les nôtres qui semblaient finalement dérisoires.

En un deuxième temps, ce séjour nous a poussé à devenir momentanément des journalistes en herbe. Le fait de se concentrer autour d'un thème nous a forcé à observer les différences et à tenter de chercher des explications de la bouche des personnes auxquelles nous nous sommes intéressées. Expérience qui n'a pas toujours été évidente car elle a amené avec elle son lot de frustration face aux incompréhensions variées.

Enfin, ce fut l'occasion unique de s'intégrer, certes de façon transitoire, à un mode de vie à mille lieues du nôtre. C'est bien en vivant l'expérience que l'on se rend mieux compte de la diversité de culture, de pensée et aussi de la vision que nous apportons dans nos bagages et qu'initialement nous cherchons à appliquer à tout ce que nous ne comprenons pas.

Lucy Kunz

Avant de partir, mes attentes concernant le stage d'immersion en communauté se résumaient à deux principes très simples : faire quelque chose d'utile, et non pas être uniquement un observateur, et éviter à tout prix les activités purement médicales pour lesquelles je ne me sentais pour l'instant nullement qualifié. Malgré le peu de contact que nous avons eu avec la GKF avant notre départ, ce que nous en savions semblait répondre à ces critères, et je n'ai pas été déçu. S'occuper de bébés et d'enfants dans un orphelinat me convenait à merveille, et si le champ de nos activités a mis quelque temps à être clairement défini avec les responsables de la fondation, les choses ont plutôt bien évoluées avec le temps.

Après quelques semaines, lorsqu'est venu le moment de se soucier du présent rapport, j'ai été impressionné par la disponibilité des gens et leur bon vouloir à répondre à toutes nos questions. Toutes les rencontres que nous avons pu faire à travers ce stage, voilà pour moi le point positif majeur de cette expérience !

Bien sûr, il y a eu des moments moins roses. Il a fallu un temps d'adaptation au début, puis il y a eu de l'ennui parfois, et des incertitudes, mais rien au final qui mérite à mon sens d'être mentionné ici.

Un des événements marquant pendant ces semaines de stage, ce fut le moment où on nous a donné accès aux dossiers d'adoption des enfants. J'ai tout d'abord été impressionné par cette marque de confiance, puis submergé par la masse de paperasse administrative, et enfin ému par tous les détails concernant les parents et leur futur enfant adoptif. Un bon souvenir, que je ne suis pas prêt d'oublier...

Gaspard Aebischer

Bibliographie

Mazhalai Illam et PWDS

ⁱ Thèse de Mrs. Priya Augustus Dodd, intitulée « Victims of female infanticide and the role of childline in their rehabilitation », Kodaikanal, 2010.

ⁱⁱ Entretiens avec :

Mrs. Vinhodini, responsable de l'orphelinat de Mazhalai Illam.

Mr. Samuel Augustus Dodd, Medical Superintendent de la Grace Kennett Foundation.

Mr. Raja Shankar, physiothérapeute au Grace Kennett Hospital.

Mr. Reji Chandra, directeur de la branche de PWDS à Madurai.

Mr. Moharan, directeur de l'association PACHE TRUST, et tous ses travailleurs sociaux.

Et bien d'autres qui, chacun à leur manière, nous ont fourni mille informations.

ⁱⁱⁱ « Inde, une introduction à la connaissance du monde indien », de Jacques Dupuis, éditions Kailash, Paris, 2007.

^{iv} www.pwds.org

Childline et l'hôpital

La plupart des références concernant Childline sont disponibles sur le site internet: www.childlineindia.org.in

ⁱⁱ Ministry of women and child development : Child protection in the eleventh five year plan (2007-2012)

ⁱⁱⁱ Mehta (2008): Child protection and Juvenil justice system for children in need of care and protection.. Childline India Foundation, Mumbai

^{iv} Gupta, Menezes (2006) : Childline : night and day. Childline India Foundation, Mumbai

^v Jeroo, Pallavi (2003): Frequently Asked Questions on Child Helplines. Child Helpline International

^{vi} Jeroo, Nicole: spreading the word (2001): CHILDLINE awareness strategies. Childline India Foundation, Mumbai

^{vii} Jeroo, Pallavi, Prakash, Seema (2002): Cross connections: the partnership model of CHILDLINE India. Childline India Foundation, Mumbai

^{viii} Childline India Foundation (2009): Annual report 2008-2009

^{ix} ?? (2009) : CHILDLINE Calling... Is India Listening ? An analysis of calls to 1098, volume III (2007-2008). Childline India Foundation, Mumbai

^x INDIA National Health System Profile on www.searo.who.int

^{xi} www.gkfndia.org
