

# Immersion en Communauté en Inde pour Seva

Accès aux soins dans un bidonville de Bangalore, au sud de l'Inde



Elise Brocco, Michelle Jaeggi, Marie Maulini,  
Marie Ongaro et Marion Waeber

**Faculté de médecine, 2012**

# Table des matières

<b>I. Introduction</b>	<b>4</b>
<b>II. Généralités</b>	<b>5</b>
a) Géographie	5
b) Mohandas Karamchand Gandhi	6
c) Politique	6
d) Economie	7
e) Démographie	7
f) Education	9
g) Langue	9
h) Culture, Religion	10
a. Islam	
b. Sikhisme	
c. Hindouisme	
i) Epidémiologie	12
<b>III. Système de santé</b>	<b>15</b>
a) Situation générale	15
b) L'accès aux soins dans les milieux non privilégiés	18
c) Possibilités d'améliorations du système de santé	20
<b>IV. Bidonvilles</b>	<b>21</b>
a) Définitions	21
b) Les bidonvilles dans le monde et en Inde	22
c) Difficultés dans le bidonville	23
a. Assainissement, Hygiène et Maladies	23
b. Accès aux soins et information	25
c. Violence et alcool	27
d) Solutions ?	28
d) Solutions ?	28

<b>V. Les associations</b>	<b>30</b>
<b>a) SEVA</b>	<b>30</b>
a. MEG School	30
b. Notre expérience	31
<b>b) Jagruthi</b>	<b>31</b>
a. “Homecare center“	32
b. Jagruthi et MEG School	32
c. Sur le terrain	33
<b>c) Doctors for SEVA</b>	<b>33</b>
a. Doctors at School	
<b>d) APD</b>	<b>35</b>
a. Education	35
b. Santé	35
c. Après l’éducation, l’emploi	36
d. Réseaux	36
<b>VI. Journal de bord</b>	<b>37</b>
<b>a) Première semaine</b>	<b>37</b>
<b>b) Deuxième semaine</b>	<b>39</b>
<b>c) Troisième semaine</b>	<b>42</b>
<b>d) Quatrième semaine</b>	<b>48</b>
<b>VII. Notre vécu</b>	<b>51</b>
<b>VIII. Conclusion</b>	<b>54</b>
<b>IX. Remerciements</b>	<b>55</b>
<b>X. Bibliographie</b>	<b>57</b>

## **I. Introduction**

“ Il y a quelque chose d’inégalablement splendide dans cet ensemble du peuple hindou qui toujours cherche le plus et non le moins (...), le peuple de l’Absolu, le peuple du radicalement religieux. “

(Henri Michaux, Un barbare en Asie)

Un voyage en Inde est une entrée dans un autre monde ; on ne peut pas s’y préparer ni envisager la tournure que prendront les événements. Le mieux reste peut-être alors de laisser l’Inde nous porter.

Nous partons en Inde dans le cadre d’un stage d’immersion communautaire pour la Faculté de Médecine de Genève. Le but de notre stage est d’appréhender le système de soin et de nous rendre compte de l’accès à la santé pour les Indiens.

Le projet que nous avons choisi est le suivant : aller vivre un mois dans un bidonville de Bangalore et participer aux activités de deux associations : “ Doctors for SEVA “ et “ Jagruthi “. Nous serons chapeautés par le médecin qui a fondé DFS et habiterons dans une école du bidonville.

Nous espérons pouvoir rencontrer des professionnels du monde médical, des patients et apprendre quels sont les enjeux majeurs de santé publique. Nous nous doutons que l’approche que nous devons adopter pour arriver à nos fins sera globale ; il s’agira de nous familiariser tant avec les mœurs et coutumes de ce pays qu’avec ses habitants pour comprendre les enjeux et les problèmes locaux.

Pour se faire, nous allons d’une part visiter des infrastructures médicales comme des hôpitaux, des dispensaires, des centres pour enfants infectés par le VIH et des centres pour enfants handicapés et d’autre part, nous essayerons de nous immerger dans la culture en rencontrant le plus de gens possible.

Concrètement, nous allons réaliser un dossier médical sommaire pour les enfants du bidonville et nous serons donc en mesure de voir les principaux défis médicaux à relever dans cette population. Par leur intermédiaire, nous pourrions également comprendre leur situation socio-économique et celle de leurs parents.

De façon générale, nous espérons pouvoir retrouver des similarités entre le système de santé indien et celui que nous avons en Suisse afin de pouvoir les comparer. Nous allons alors essayer de voir les points positifs et négatifs de chacun et ainsi d’aiguiser notre sens critique et d’ouvrir nos perspectives.

Enfin, nous espérons profiter de cette expérience et faire des rencontres enrichissantes. Nous garderons en tête ces mots du plus célèbre écrivain-voyageur genevois : “ le voyage se passe de motifs. Il ne tarde pas à prouver qu’il se suffit à lui-même. On croit qu’on va faire un voyage, mais bientôt c’est le voyage qui vous fait, ou vous défait. “

(Nicolas Bouvier)

## II. Généralités

### a) Géographie

Avec ses 3'287'263 km carrés, l'Inde est le 7<sup>ième</sup> plus vaste pays au monde. Il est divisé en 28 états depuis qu'il a obtenu son indépendance en 1947 en tant que république démocratique (CIA, 2012).

L'importante superficie du pays implique que les différentes régions de l'Inde ont évolué différemment et ont donné lieu à différentes cultures culinaires, linguistiques et vestimentaires. En Inde, les distances énormes séparant le nord et le sud ont permis à ces cultures d'évoluer sans trop s'influencer. Il n'est donc pas surprenant que ce pays immense ne puisse pas être résumé de manière simple ; ce serait comme essayer de décrire l'Europe entière en quelques lignes. Il est donc préférable de se familiariser avec ce pays en apprenant à connaître un peu mieux ses régions. Si on adresse notre attention au nord, on voit que ce pays y est délimité par la Chine, le Népal et le Bhoutan au nord-est et le Pakistan au nord-ouest (CIA, 2012). Cette région est relativement aride et désertique comparée au sud.



Les régions montagneuses se trouvent surtout au nord dans la chaîne de l'Himalaya et au sud dans le plateau de Deccan (CIA, 2012). La végétation au sud est plus luxuriante avec des collines verdoyantes, des panoplies de palmiers et une faune et flore verte et abondante. Les régions costales font 7'000 km de longueur et ouvrent ce pays à la mer d'Oman et au golfe du Bengale au sud-est, tous deux faisant partie de l'Océan indien (CIA, 2012).

La thématique des problèmes de l'environnement concerne surtout la pollution de l'air et de l'eau, ainsi que la déforestation et désertification (CIA, 2012).

## **b) Le Mahatma Gandhi**

Sur tous les billets de banque on retrouve une des figures emblématiques de l'Inde, le Mahatma Gandhi. Avocat de formation, il a très vite commencé à défendre des causes qui lui semblaient importantes. Parmi celles-ci figurent les droits des Indiens en Afrique du Sud, lieu où il a commencé son parcours avec sa méthode non-violente. De retour en Inde, il se battra contre les multiples inégalités sociales qui y règnent. Il est surtout connu pour avoir mené un combat non-violent afin d'obtenir l'indépendance de son pays, pourtant il a aussi vite pris conscience les différents obstacles à franchir avant d'y arriver, notamment les problèmes d'organisation de la société avec ses castes, la dévalorisation des produits fabriqués en Inde depuis toujours et la recherche effrénée du pouvoir et du profit par certains. Il fut assassiné en 1948 par un Indien nationaliste qui considérait Gandhi comme responsable de la partition de l'Inde. Le Mahatma laissera derrière lui un message de paix et de simplicité, toujours considéré aujourd'hui comme le "père de la nation" en Inde. (Musée Gandhi, New Dehli)

## **c) Politique**

Depuis son indépendance le 15 août 1947, l'Inde est une république fédérale formée de 28 états réunis en 7 états membres de l'Union (CIA, 2012), et sa capitale est New Dehli. Le chef du gouvernement est le premier ministre Manmohan Singh et le chef d'état à l'heure actuelle est le président Pranab Mukherjee (CIA, 2012).

Depuis plus d'un demi-siècle, le climat géopolitique est extrêmement tendu entre le Pakistan et l'Inde (Wirsing, 1998). Ce conflit reste aujourd'hui la plus grande dispute territoriale du monde, et la plus militarisée (CIA, 2012). Déjà sous la régence britannique, la division du territoire du Cachemire entre le Pakistan et l'Inde fut problématique car des tribus furent divisées en deux par une ligne géographique (Wirsing, 1998). Plus tard, lors de l'arrêt de la gouvernance britannique, le maharaja Hari Singh fut chargé de la division

de cette région, ce qu'il repoussa jusqu'en octobre 1947, une fois l'Inde indépendante (Wirsing, 1998). Cette période d'attente de verdict ne fit qu'échauffer ce conflit, et quand le territoire fut accordé aux Indiens, le Pakistan, ainsi que les nombreux musulmans du Cachemire ressentirent ceci comme une injustice (Wirsing, 1998).

Depuis que l'Inde et le Pakistan sont devenus des états dotés d'armes nucléaires, le conflit s'est exacerbé. Après deux ans d'interruption, les voies de communication entre ces deux pays ont finalement été ouvertes lorsque les négociations reprirent en février 2011. Cependant un troisième acteur entra en jeu quand la Chine s'affirma dans la région. Elle occupe actuellement Aksai Chin, la partie nord-est du Cachemire. La portion nord-ouest appartient au Pakistan alors que la partie centrale et sud-est sous le contrôle de l'Inde (CIA, 2012).

#### **d) Economie**

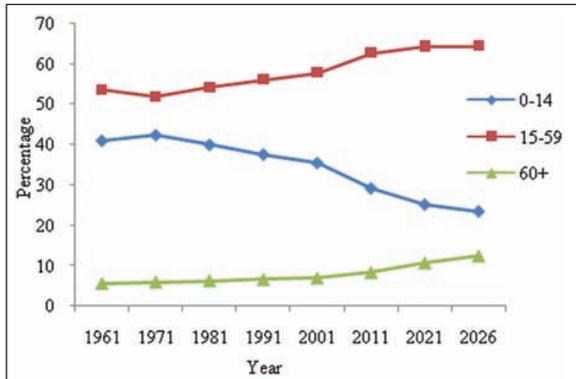
En conjonction avec la Chine, l'Inde est un des deux plus grands pays en voie de développement et est en train d'affirmer sa place sur le marché mondial, notamment dans le domaine de la technologie et le développement de logiciels (CIA, 2012).

Le produit national brut par habitant est de 3400 dollars, le taux de chômage entre 15 et 24 ans est de 10.5 %, avec 10.4 % pour les hommes et 10.8 % pour les femmes (WHO, 2012).

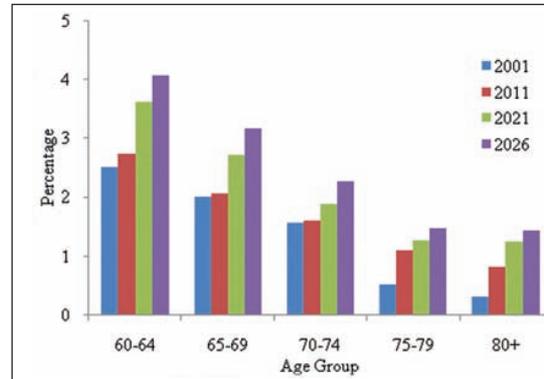
#### **e) Démographie**

En 2010, selon l'OMS, la population de l'Inde a atteint 1'224'614'000 personnes. Ce pays est ainsi le 2<sup>ème</sup> plus peuplé au monde après la Chine. Le taux de naissances est de 20.6/1000 habitants, alors que le taux de mortalité est situé à 7.43 morts/1000 habitants. La proportion de personnes dans les zones urbaines est de 30 %. La moyenne d'âge se situe à 26.5 ans, (25.9 pour les hommes et 27.2 pour les femmes). La distribution de la population indienne suit une pyramide avec 65 % d'individus se situant entre 15 et 64 ans, 30 % en dessous de 15 ans et avec seulement 5.5 % de personnes plus âgées que 65 ans. Le taux de croissance de la population est à 1.312 % (CIA, 2012).

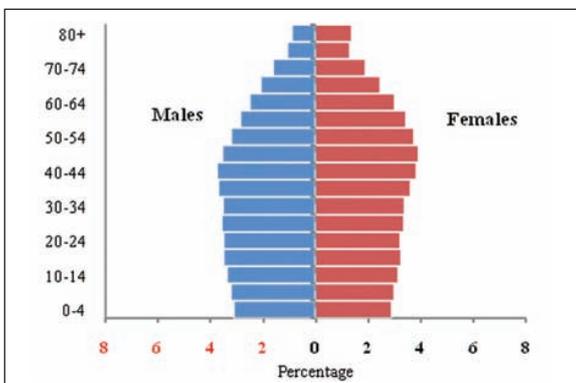
**Figure 1: Population by broad age groups, India, 1961-2026**



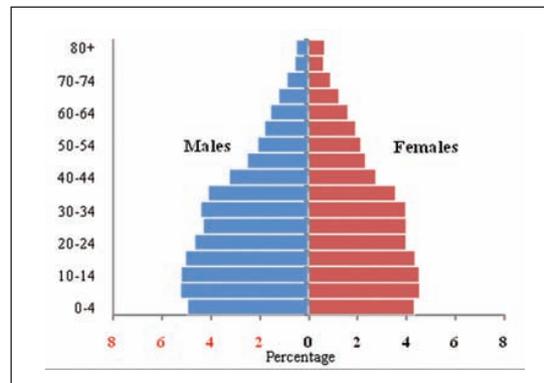
**Figure 2: Distribution of oldest among the in India**



**Figure 8: Age-sex pyramid, Kerala, 2026**



**Figure 9: Age-sex pyramid, Uttar Pradesh 2026**



*Illustrations obtenu de Subaiya & Bansod, 2011*

NB : la distribution des âges varie entre le nord (Uttar Pradesh) et le sud (Kerala).

Le rapport des sexes est de 1.12 hommes/femme, et l'espérance de vie de 67.14 ans, soit 66.08 ans pour les hommes et 68.33 ans pour les femmes. Ceci place l'Inde en 160<sup>ème</sup> position mondiale (CIA, 2012).

La mortalité maternelle est de 200/100 000 naissances vivantes et la mortalité infantile est de 46.07/naissances vivantes (CIA, 2012 ; WHO, 2012). Le taux de fertilité se situe à 2.58 enfants nés par femme (CIA, 2012). La mortalité infantile plus élevée des filles, ainsi que les taux de naissances plus bas font qu'il manque 44 millions de femmes dans ce pays (Sahni et al, 2008). Cette tendance est en grosse partie attribuable au fait que cette société patriarcale est plus favorable aux hommes. En effet, on considère un fils plus économique car il est attendu qu'il s'occupe de ses parents dans le futur et de plus, les parents peuvent s'économiser la dot (Diamond-Smith et al, 2008). Les taux d'infanticide ont augmenté de manière significative depuis 1980, avec l'arrivée des échographies (Sahni et al, 2008).

On estime que plus d'un million de fœtus femelles sont avortés sélectivement, bien que cette pratique soit une infraction pénale (Ahmad, 2010). Il semblerait que cette pratique soit particulièrement prévalente dans les états où l'on parle hindi ainsi que dans le nord-ouest (Singh, 2010).

## **f) Education**

Bien que la scolarité de 6 à 14 ans soit obligatoire en Inde et que les enfants soient encouragés à y aller, les taux d'alphabétisation sont encore bien en dessous de nos espérances (Nelson, 2009). Avant que la scolarité ne soit obligatoire, 50% des enfants n'étaient pas scolarisés ou cessaient l'école à l'âge de 11-12 ans (Nelson, 2009). Les assistants sociaux et les maîtresses d'écoles sont chargés d'aller dans les bidonvilles pour identifier les enfants qui ne vont pas à l'école. Cependant un certain nombre d'entre eux échappent tout de même à cette pratique. Beaucoup d'écoles ont des frais d'inscription, qui peuvent être diminués ou éliminés en cas d'incapacité de paiement selon ce que nous avons appris sur le terrain. Beaucoup d'écoles offrent des repas de midi et un goûter, ce qui constitue la seule source de nourriture pour certains enfants. Suite à la loi sur la scolarité obligatoire, les écoles privées accordent 25% de leurs places à des enfants de niveaux socio-économiques défavorisés (Nelson, 2009).

Dans les bidonvilles, on s'aperçoit que bien qu'il y ait un taux de filles/garçons équilibré dans les premières années scolaires, il semble y avoir de plus en plus d'hommes dans les années supérieures car les filles sont d'avantage encouragées à travailler au lieu de poursuivre leur scolarité - l'espérance de parcours scolaire en Inde est de 11 ans pour les hommes et 10 ans pour les femmes (CIA, 2012). Ce taux semble être pire dans les classes socio-économiques défavorisées. Ceci donne lieu à un cercle vicieux qui empêche les femmes de changer leur avenir, car elles resteront non-éduquées et dans la même situation financière que leurs parents. Bien que les taux d'alphabétisation se soient améliorés ces dernières années, il y a encore une grande partie de la population indienne qui ne sait ni lire ni écrire. Le taux d'alphabétisation au dessus de 15 ans est de 61 % globalement : 73.4 % pour les hommes et 47.8 % pour les femmes, ce qui illustre cette inégalité dans l'accès à l'éducation (CIA, 2012).

Un meilleur suivi de ces enfants pourrait augmenter les taux de scolarisation, ce qui aurait non seulement un bénéfice économique à long terme pour ces familles, mais assureraient aussi que ces enfants reçoivent au moins un repas par jour, la malnutrition étant encore un problème très prévalent. Ceci représente un problème de santé majeur étant donné que 43.5 % des enfants de moins de 5 ans sont malnutris (CIA, 2006).

Beaucoup d'individus ne sont pas recensés et ne possèdent pas d'attestation de logement, ce qui crée un obstacle à la scolarisation. Beaucoup d'enfants ne parlent pas la langue de l'état parce qu'ils sont originaires d'un autre état et rencontrent des difficultés à l'école.

## **g) Langues**

L'Inde est un véritable nid linguistique. 23 langues y sont parlées, dont 14 langues officielles en incluant l'hindi et l'anglais (CIA, 2012). La langue nationale de l'Inde est l'hindi, qui semble unifier un pays d'une telle multiethnicité (CIA, 2012). Et pourtant,

dans certaines régions, il s'avérerait que l'anglais soit plus répandu que l'hindi. En effet, seulement 41 % de la population parle l'hindi, et l'anglais semble agir comme langue nationale subsidiaire, surtout dans les domaines du commerce, de la politique et de la science (CIA, 2012). Cela explique aussi pourquoi l'anglais est plus répandu dans les régions urbaines (Pandey, 2011).

Selon Mr Prasad, un écrivain dalit, interviewé par BBC News : *“It's not possible to get by in today's world without English. Even to communicate with people in other Indian states, you need to know either the local language or English. Since you cannot learn multiple Indian languages, English has to be used as the link language.”* (Pandey, 2011)

Il argumente aussi que la maîtrise de cette langue est essentielle pour échapper à la pauvreté et à la misère, et que d'ici 20 ans il sera impossible d'être engagé en Inde sans cette aptitude. L'anglais est aussi un moyen de se manifester au niveau international, soit pour la vente d'objets touristiques ou encore pour se créer des opportunités en dehors de l'Inde (Pandey 2011).

## **h) Culture et Religions**

*“Once, the heterogeneity of India was seen as its greatest flaw ; now it may justly be celebrated as its greatest strength” – Ramachandra Guha (2012). “*

Ce pays est un vrai paradis multiculturel et multiethnique, une vraie preuve que diverses cultures, religions et langues peuvent coexister dans un même lieu, en paix (Ramachandra, 2011).

### **a. Le sikhisme**

Avec 1.9 % d'indiens sikhs, cette religion est la quatrième plus courante en Inde aujourd'hui – derrière le christianisme – et est trouvée en plus grande concentration au Punjab (CIA, 2012). Le sikhisme encourage la tolérance et l'idée que tous les humains sont égaux et contrairement à l'hindouisme, rejette la discrimination impliquée par le système des castes (Kumar, 2012 ; Jaffrelot & Kumar, 2009). De plus, contrairement à l'hindouisme, cette religion est monothéiste, et vénère un dieu omniprésent, sans forme physique – ils rejettent ainsi l'idolâtrie – du nom de Vaheguru (Kumar, 2012 ; Kapoor, 2008). Les croyants sont incités à vivre une vie respectable et altruiste sans vices (Cole & Sambni, 2008).

## **b. L'islam**

13,4 % de la population indienne est musulmane et cette religion est la deuxième plus courante en Inde. Elle est prédominante dans le Nord du pays qui fût colonisé jadis par l'empire Moghol, comme nous l'avons appris lors de notre visite au Taj Mahal. On peut y voir les femmes porter le sari et se voiler le visage avec le pan de celui-ci.

## **c. L'hindouisme**

Cette religion majoritaire en Inde (80.5 % de la population) nous offre toute une panoplie de dieux (CIA, 2012). Nous avons eu la chance de suivre une présentation sur les croyances hindoues au début de notre stage.

Brahma, Vishnou et Shiva forment la Trinité : le Brahmen. Brahma représente la création ; Vishnou est le conservateur ; quant à Shiva, il représente la destruction (Kumar, 2012).

Les Vedus, principaux textes saints dans la religion hindoue, sont écrit en sanscrit, la langue sainte, et racontent les nombreuses histoires concernant les différentes divinités indiennes (Kumar, 2012).

### **La réincarnation**

Les hindous croient à la réincarnation (Kumar, 2012). Cela se traduit par une succession de plusieurs vies dans leur existence en passant par différents être vivants, de plus en plus élevés dans l'échelle de l'évolution. Une fois que les hindous ont atteint le stade humain, ils traversent le système des castes de la plus basse à la plus haute socialement, jusqu'à atteindre le nirvana ou vie éternelle (Taylor, 2000). Une fois cet état atteint, l'individu se trouve en dehors des cycles de réincarnation, ayant atteint la libération suprême (Sarkin, 2011).

### **Le système des castes**

Le système des castes est étroitement lié au concept de réincarnation et de vies qui se succèdent. Au départ, les castes n'étaient qu'une répartition des différents postes de la société. Cependant, cette classification a peu à peu viré à aux croyances et préjugés que nous connaissons, stimulant que la classe des brâhmanes serait supérieure aux autres. Même si selon leurs croyances tous les hindous sont supposés avoir traversé les différentes castes avant de parvenir à la vie éternelle, la discrimination reste présente envers les castes inférieures.

Il existe quatre Varnas, ou grandes castes traditionnelles ; Les brâhmanes, les kshatriyas, les vaishyas, et les shudras (Sarkin, 2011).

Le corps de Brahma, dieu créateur, est divisé en plusieurs parties qui symbolisent chacune une caste différente en fonction de son rôle dans la société.

**La caste sacerdotale des brâhmanes** – représentent la tête de Brahma, faisant allusion à leur rôle de prêtres, et sont activement instruits sur la religion hindoue (Sarkin, 2011). Autrefois, les académiques étaient majoritairement brâhmanes, mais aujourd’hui les brâhmanes constituent une minorité du peuple hindou, et ne sont donc plus les seuls à accéder au savoir et à l’éducation.

**Les kshatriyas** – constituent le torse de Brahma et représentent les muscles de la société, les guerriers (Sarkin, 2011).

**Les vaishyas** – il s’agit des fermiers qui constituent l’abdomen de Brahma car l’agriculture apporte de la nourriture (Sarkin, 2011).

**Les shudras** – les jambes de Brahma, cette caste comprend les travailleurs et artisans de la société (Sarkin, 2011).

**Les dalits** - En dehors de ces quatre castes, on trouve les intouchables, qui sont les individus de la société réalisant les travaux considérés comme trop bas pour les autres (Sarkin, 2011). Les intouchables ou dalits sont encore aujourd’hui marginalisés par la société. Gandhi dénomma les intouchables “hajirans“ ou enfants de dieux. Cette dénomination est considérée paternaliste par les dalits qui préfèrent le terme d’intouchables (Neal, 2012).

Bien que le système des castes ait été officiellement aboli en 1947 avec l’indépendance de l’Inde, la stratification sociale est encore bien présente (Deshpande, 2000). Selon Amnesty International, le gouvernement indien est responsable d’assurer qu’il n’y ait pas de discrimination sociale, et pourtant, les dalits sont sujets à de nombreuses violations des droits de l’homme connues en Inde. En effet, une audience en 2005 laissa entendre qu’en l’an 2000, chaque heure, deux dalits furent agressés ; chaque jour, deux dalits furent tués, trois femmes furent violées et deux foyers dalits incendiés. On pense qu’il s’agit d’une sous-estimation des vrais taux, car aujourd’hui encore les intouchables n’osent pas porter plainte contre les injustices subies à leur encontre (Amnesty International, 2005).

De plus, les dalits sont privés d’acheter de la terre, sont forcés de travailler dans des conditions déplorables et restent ainsi sous le seuil de pauvreté, sans pouvoir se payer une éducation (Amnesty International, 2005). Bien qu’il existe des quotas d’embauche pour les postes gouvernementaux et à l’école, les taux d’alphabétisation des dalits sont largement inférieurs au reste de la population et leur chance de sortir de la misère est quasiment impossible (Amnesty International, 2005).

## **i) Epidémiologie**

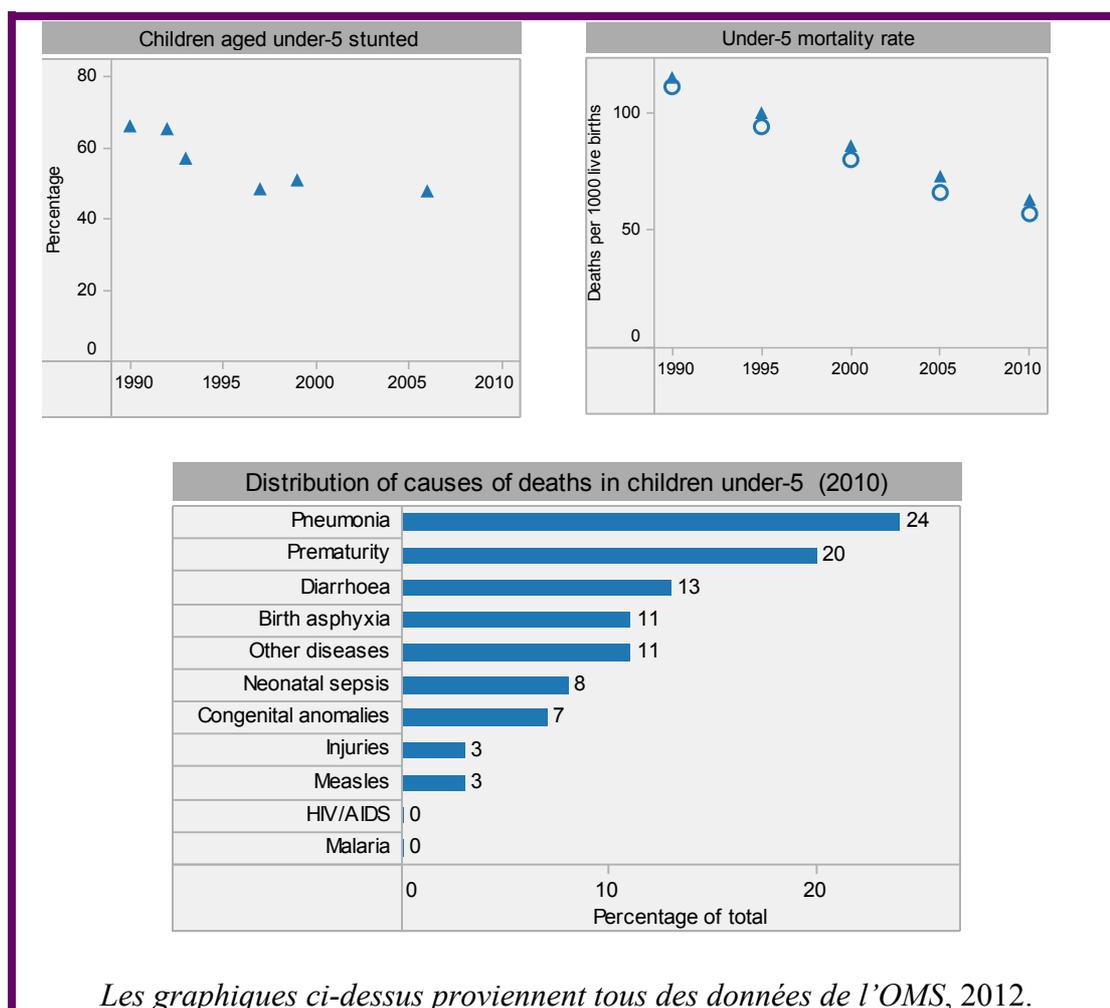
L’Inde mobilise 5.2% de son PIB pour les dépenses liées au système de santé selon la Banque Mondiale (Ramani & Mavalankar, 2005). D’après le médecin qui nous a supervisé, il s’agit probablement d’une surestimation notamment parce qu’il existe des allocations pour des programmes qui ne sont pas mis en œuvre, comme le dépistage

médical des écoliers. En effet, celui-ci semble très efficace en théorie, mais n'est en réalité pas toujours effectué.

Avec une densité de 0.512 médecins par 1000 personnes (The Times of India, 2012), il n'est pas surprenant que cette population n'arrive pas à subvenir aux besoins de chaque patient.

La mortalité maternelle est de 200/100'000 naissances vivantes (CIA & WHO, 2012). Dernièrement, comme nous l'a appris le docteur Dayaprasad qui nous supervisait, les naissances à l'hôpital ou dans les centres de maternité ont été fortement encouragées, mais selon lui, cela ne suffit pas car le taux de mortalité maternelle ne s'est pas amélioré. Il semblerait que ceci soit surtout dû à un manque de suivi ante- et post-natal. En effet, ces suivis devraient éduquer les futures mères à une conduite propice à une gestation saine et à un accouchement sans complications. De plus, ceci pourrait aider à la détection de malformations et limiteraient les complications postnatales telles que la septicémie (Wilkinson, 2008).

Comme mentionné auparavant, la mortalité infantile est élevée avec un taux de 46.07/1000 naissances vivantes (CIA, 2012). La mortalité en dessus de 5 ans est de 63/1000 alors que la moyenne mondiale est de 57/1000 (WHO, 2012). Selon l'OMS, les principales causes de mortalité avant 5 ans sont la pneumonie (24 % des mortalités), la prématurité (20 %), ainsi que la diarrhée (13 %) (WHO, 2012).



On remarque que la situation financière a un impact important sur la mortalité infantile des enfants de moins de 5 ans, puisque parmi les 20 % de la population les plus riches de l'Inde, il y a 39/1'000 naissances vivantes alors que les 20 % les plus démunis ont une mortalité infantile de 116/1'000 naissances (OMS, 2012).

Le taux de mortalité adulte, défini par la probabilité de mourir entre 15 et 60 ans se situe à 212/1000 individus, comparé à la moyenne mondiale de 176/1000 (WHO, 2012).

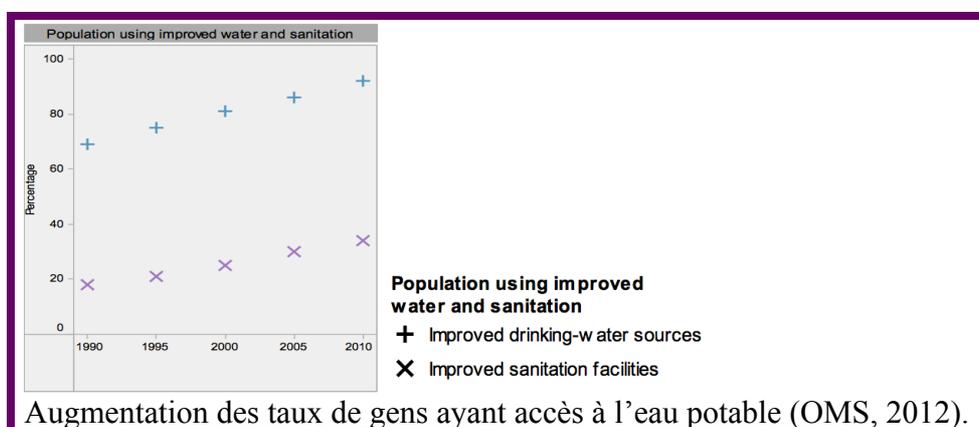
La prévalence des maladies transmissibles est certainement en lien avec les conditions sanitaires au sein de ce pays. L'Inde porte le plus grand fardeau de tuberculose en comparaison avec le reste du monde (Udwadia, 2012). Selon L'OMS, la prévalence de la tuberculose en Inde est de 256/100'000 habitants, comparé au taux de 178/100'000 mondial (OMS, 2012).

Le taux d'infection par le virus du VIH est de 0.3 %, soit 2.4 millions d'individus infectés par ce virus selon les données de 2009 avec 170'000 morts annuelles, ce qui place l'Inde en 3<sup>ème</sup> position mondiale, devancée uniquement par l'Afrique du Sud et le Nigeria (CIA 2012 ; WHO, 2012).

La fièvre typhoïde, l'hépatite A et B ainsi que les diarrhées bactériennes font aussi partie des infections prévalentes en Inde (CIA, 2012).

Les maladies chroniques non-transmissibles prennent aussi de plus en plus d'ampleur (Unnikrishnan et al, 2012). Bien que l'Inde soit encore vue comme un pays de malnutrition, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, l'hypertension et le diabète y sont tout autant présents qu'en occident (WHO, 2012). Les taux d'obésité en 2008 atteignaient 1.3 % chez les hommes et 2.6 % chez les femmes et ne font qu'augmenter (WHO, 2012). L'Inde entre donc dans une double problématique, avec ses habitants pauvres virant vers la malnutrition, et ceux qui peuvent se permettre le coût de la nourriture et qui virent vers l'obésité (Unnikrishnan et al, 2012). Dans cette même étude de Unnikrishnan, à partir d'un échantillon de 6940 sujets de plus de 25 ans, la prévalence d'obésité est de 6.8 % et celle du surpoids de 33.5 %.

Etant donné qu'une minorité de gens jouit de l'assurance maladie, seul les plus riches peuvent se permettre des dépistages réguliers et ainsi se présenter chez un médecin avant que le problème ne devienne aigu. De plus, le manque de médecins et de personnel médical rend impossible la prévention en conjonction avec une visite médicale, tel qu'on le connaît chez nous. Selon docteur Dayaprassad, la durée des consultations est tellement courte qu'elle ne laisse pas le temps de traiter d'autres sujets que la plainte actuelle, qui est souvent aiguë.



### **III. Systeme de sante**

“ La democratie devrait assurer au plus faible  
les memes opportunités qu’au plus fort. “

Mahatma Gandhi

#### **a) Situation generale**

L’un des points essentiels à garder en tête concernant le systeme de sante indien est qu’il est encore très instable, loin d’être parfait et en plein debat. En effet, depuis l’indépendance en 1947, l’Inde a connu d’innombrables changements politiques, économiques et culturels (Horton & Das, 2011) qui n’ont pas épargné le systeme des soins.

L’Inde est en pleine expansion économique et possède au niveau médical des technologies dernier cri qui ont donné naissance à un « tourisme médical » international (Sen, 2011).

Pourtant selon l’OMS, le systeme de sante indien est classé 118<sup>ème</sup> sur 191 pays membres (Ramani & Mavalankar, 2005).

Y a-t-il ici une contradiction ? Quelles sont au juste les caractéristiques d’un bon systeme de sante et sont-elles applicables à un pays tel que l’Inde ? Quelle comparaison pouvons-nous faire avec la Suisse ?

Pour avoir un aperçu très rapide de ce que représente le systeme de sante au niveau économique dans un pays donné, nous pouvons observer le pourcentage du PIB accordé à la sante. En Inde, il est de 5.2 % en 2000 selon la Banque Mondiale, dont 0.9 % en dépenses publiques et 4.3 % en privé. En Suisse, il est de 10.7 % en 2000 selon la Banque Mondiale, dont 5.9 % en dépenses publiques et 4.8 % en privé (Ramani & Mavalankar, 2005). Nous en déduisons que l’Inde investit moins d’argent dans son systeme de sante que la Suisse, et que contrairement à celle-ci, c’est le domaine privé qui prédomine.

Country	Economic Status				Expenditure on Health			Health Outcomes	
	GNP per capita \$ (2002)	Population Mill (2002)	GNP Bill \$ (2002)	GDP Growth % 2001-02	Public % GDP (2000)	Private % GDP (2000)	Total per capita \$ (2000)	CMR per 1000 live births (2001)	MMR per 100,000 live births (1995)
<i>High Income Countries (Sample)</i>									
Switzerland	37930	7	274	-0.2	5.9	4.8	3573	6	8
USA	35060	288	10110	2.3	5.8	7.2	4499	8	12
Japan	33550	127	4266	-0.7	6.0	1.8	2908	5	12
UK	25250	59	1486	1.5	5.9	1.4	1747	7	10
Germany	22670	82	1870	0.2	8.0	2.6	2422	5	12
Canada	22300	31	701	3.3	6.6	2.5	2058	7	6
France	22010	59	1343	1.0	7.2	2.3	2057	6	20
Australia	19740	20	387	3.5	6.0	2.3	1698	6	6
Italy	18960	58	1098	0.4	6.0	2.1	1498	6	11
<i>Middle Income Countries (sample)</i>									
Mexico	5910	101	597	0.7	2.5	2.9	311	29	65
Malaysia	3540	24	86	4.2	1.5	1.0	101	8	39
Brazil	2850	174	498	1.5	3.4	4.9	267	36	260
S. Africa	2600	44	114	3.0	3.7	5.1	255	71	340
Thailand	1980	62	122	5.2	2.1	1.6	71	28	44
China	940	1281	1210	8.0	1.9	3.4	45	39	60
Sri Lanka	840	19	16	3.0	1.8	1.8	31	19	60
<i>Low Income Countries (sample)</i>									
Indonesia	710	212	150	3.7	0.6	2.1	19	45	470
<b>India</b>	<b>480</b>	<b>1048</b>	<b>502</b>	<b>4.4</b>	<b>0.9</b>	<b>4.3</b>	<b>23</b>	<b>93</b>	<b>440</b>
Pakistan	410	145	59	4.4	0.9	3.2	18	109	200
Bangladesh	360	136	49	4.4	1.4	2.4	14	77	600

Source: World development report 2004, The World Bank

Statut économique, dépenses dues à la santé et conséquences sur la santé, (Ramani & Mavalankar, 2005).

Penchons-nous à présent sur ce qui définit un bon système de santé. La première caractéristique importante est la disponibilité des services de santé (Ramani & Mavalankar, 2005).

En ce qui concerne le domaine public, dans l'ordre décroissant de la taille des institutions, l'Inde possède 4000 *community health centers*, 24'000 *primary health centers* et 135'000 *sub-health centers* (Ramani & Mavalankar, 2005).

Le ratio médecin-patient est de 1:1953 en Inde (The Times of India, 2012). En Suisse, il est d'environ 1:400 selon ce que nous enseigne la Faculté.

La densité des infrastructures médicales n'est pas homogène en Inde, ce qui rend les services de santé moins disponibles dans les milieux ruraux, où la densité est moindre et où les hôpitaux sont souvent dépourvus de médecins. Cette situation pousse les plus pauvres à se tourner vers le domaine privé, plus développé mais bien plus cher (Ramani & Mavalankar, 2005).

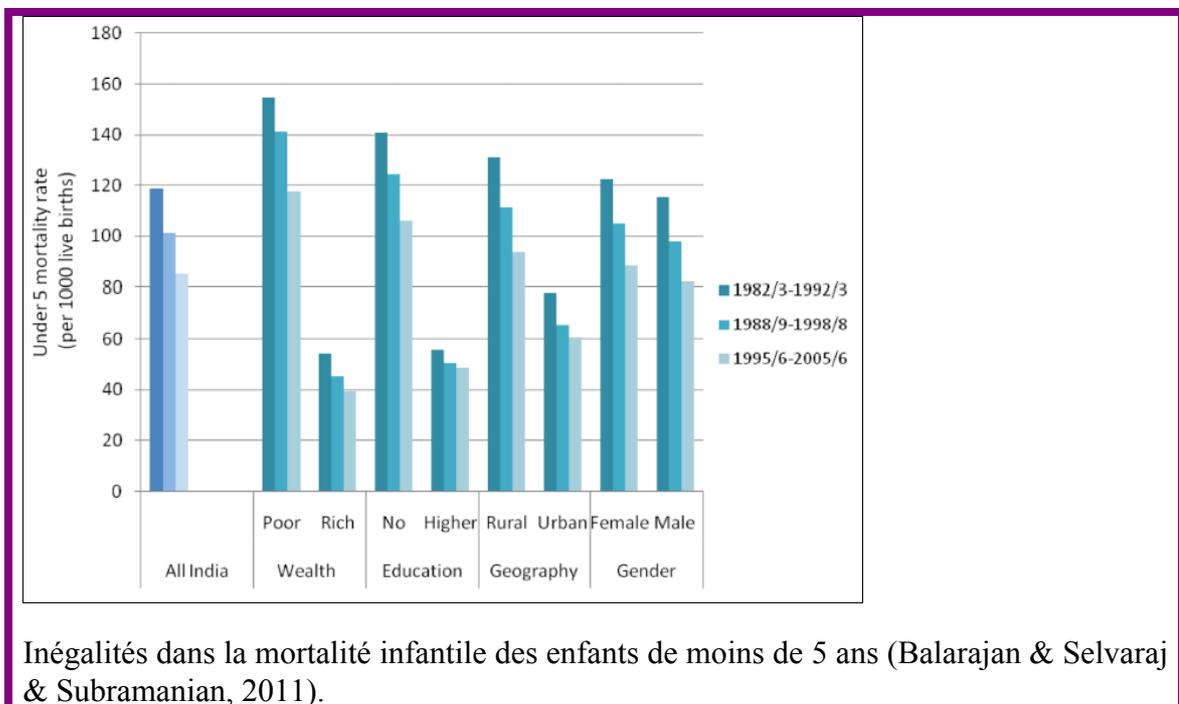
Ceci nous amène à discuter d'une deuxième caractéristique essentielle d'un bon système de santé : un coût abordable pour tous. Ce n'est pas le cas en Inde. Lors de la présentation sur le système de santé indien à laquelle nous avons assisté au cours de notre stage, nous avons appris que près de 80 % des Indiens n'ont pas d'assurance maladie. Seuls ceux dont l'employeur pourvoit à une assurance possèdent une couverture. Ceci implique que dans plus de 80 % des cas, les patients paient de leur poche leurs dépenses médicales (Ramani & Mavalankar, 2005). De ce fait, de tous les foyers tombant en

dessous du seuil de pauvreté, 50 % des causes sont dues aux dépenses médicales (Balarajan & Selvaraj & Subramanian, 2011).

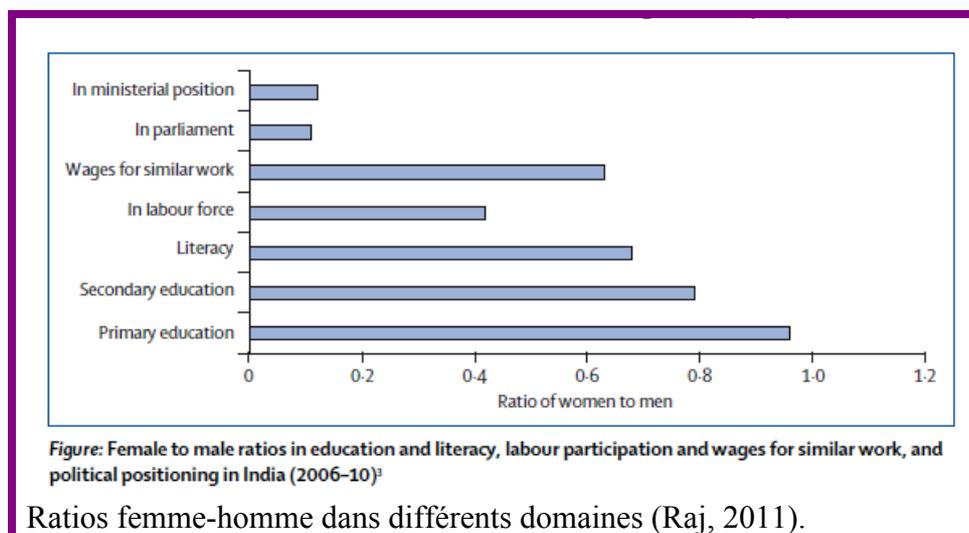
L'accès aux soins, qui est indispensable si l'on veut que les infrastructures médicales disponibles soient utilisées, participe à créer un bon système de soins, et constitue la problématique de notre stage. En Inde, le service ambulancier est très peu développé, les transports publics sont peu fréquents et irréguliers, et les transports privés bien trop chers (Ramani & Mavalankar, 2005). De ce fait, les zones rurales ont un accès aux soins très limité voire inexistant.

Cependant l'accès physique n'est pas le seul point important. Parfois, c'est simplement l'absence d'information qui rend l'accès aux soins impossible. Dans les zones rurales, les patients ne savent ni où, ni comment, ni même quand consulter. Dans le bidonville de Doddigunta, nous avons rencontré plusieurs jeunes femmes souffrant de pertes vaginales ou autres, mais qui ne savaient pas qu'elles pouvaient aller consulter gratuitement au dispensaire de l'école M.E.G. L'accès à l'information est très limité dans les milieux non-privilegiés comme les *slums* et cela réduit considérablement l'accès aux soins et à la santé. Nous reviendrons plus en détail sur la problématique de l'accès aux soins dans le bidonville de Doddigunta plus tard dans ce rapport.

L'équité est le dernier point à mentionner relativement à la création d'un bon système de santé. L'iniquité existe en Inde de manière marquée entre les riches et les pauvres, entre les castes ou les statuts sociaux plus ou moins élevés, le degré d'éducation, etc. (Ramani & Mavalankar, 2005 ; Balarajan & Selvaraj & Subramanian, 2011). Les différences dans la mortalité infantile en fonction de plusieurs facteurs illustrent bien ce phénomène :



L'inégalité homme – femme est également encore très présente en Inde, comme le montre la figure ci-dessous :



Le Forum économique mondial classe l'Inde 132<sup>ème</sup> sur 134 nations en terme d'égalité des genres (Raj, 2011). Les femmes des milieux non privilégiés sont plus affectées par ces inégalités. Par exemple, les grossesses précoces sont plus fréquentes dans ces milieux et sont associées à des taux de mortalité et de morbidité maternelle plus élevés (Ramani & Mavalankar, 2005).

N'importe quelle inégalité est plus marquée dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux, car la diversité socio-économique est plus importante dans les villes, en particulier dans les bidonvilles.

## **b) L'accès aux soins dans les milieux non privilégiés**

Nous avons choisi l'accès aux soins comme problématique de notre stage et avons réalisé de manière concrète à quel point de nombreux obstacles s'y opposent dans un milieu tel que le bidonville de Doddigunta à Bangalore.

Plus tôt dans ce rapport, nous avons mentionné la problématique de l'accès physique aux soins. En réalité, l'accès à la santé est l'un des points les plus complexes caractérisant un système de santé efficace, car il concerne aussi bien l'accès physique, économique, social, et également l'accès à l'information, sans lequel comme nous l'avons réalisé durant notre stage, les soins et la santé restent inatteignables.

Voici quelques observations que nous avons faites durant notre séjour.

### **Accès physique**

Les bidonvilles comme celui de Doddigunta ne se situent généralement pas à côté d'un hôpital, et les médecins sont rares à venir proposer des consultations gratuites à des patients incapables de payer. L'hygiène est très précaire, l'eau n'est pas filtrée et n'est pas disponible toute la journée. En effet l'accès à la santé, c'est également et même d'abord l'accès à l'hygiène, à l'eau, à une nourriture suffisante et à un logement convenable. Rien de cela n'est valable dans un bidonville.

### **Accès économique**

Les familles habitant dans le bidonville de Doddigunta n'ont pas un revenu suffisant pour pouvoir se payer des soins. Parfois un des deux parents est décédé, où le père souffre d'alcoolisme chronique et dépense son argent dans la boisson. Et bien sûr, ces familles ne sont pas couvertes par une assurance maladie et donc ne vont pas aller consulter de leur plein gré.

### **Accès social**

Les classes sociales basses ou "castes" les plus inférieures vivent majoritairement dans des bidonvilles et ont un travail à bas revenu dû à la stigmatisation sociale encore importante en Inde. Ces gens se retrouvent dans un cercle fermé, dans une impasse où la santé et l'accès aux soins sont des principes lointains. Ceci crée un cercle vicieux complexe, la stigmatisation entraînant la précarité, qui entraîne l'isolement social, qui entraîne le manque d'hygiène, les maladies et à nouveau la stigmatisation et la honte de la maladie qui ne poussent pas à consulter.

La langue est également un obstacle important dans un bidonville comme Doddigunta, car beaucoup de familles sont originaires du Tamil Nadu et ne parlent pas kannada, la langue du Karnataka. Ces familles se retrouvent de plus en plus isolées du système et donc de l'accès à la santé.

### **Accès à l'information**

Dans le bidonville de Doddigunta, l'école M.E.G. possède un dispensaire où un médecin est là quelques heures par jours et offre des consultations gratuites. Les problèmes physiques et économiques de l'accès aux soins sont donc réglés. Pourtant, lorsque nous avons visité le *slum* accompagnés d'une indienne nommée Sumathi qui tenait lieu d'interprète, nous avons rencontré un nombre conséquent de femmes souffrant de pertes vaginales dues probablement à des maladies sexuellement transmissibles mais qui ne consultaient pas. Souvent la raison était la honte de la maladie mais également le manque d'information. Ces femmes ne savaient pas qu'elles pouvaient aller se faire examiner gratuitement très près de chez elles, car l'information ne leur est jamais parvenue.

Le manque d'éducation et la méconnaissance du corps aggravent malheureusement la situation car ils accentuent la honte et la peur de la maladie, et empêchent les habitants du bidonville d'avoir accès aux informations et aux possibilités de consultation gratuites.

Sumathi avait justement pour rôle de se rendre dans les rues du *slum* et de s'assurer que les personnes malades aient le meilleur accès aux soins possible.

### **c) Possibilités d'amélioration du système de santé indien**

Depuis l'indépendance, un certain nombre de réformes ont été entreprises concernant l'amélioration du système de santé. Déjà en 1946, le " Health Survey and Development Committee Report " prévoyait de fournir à la population une couverture de santé universelle et équitable à travers un service de santé dirigé par le gouvernement (Sen, 2011 ; Balarajan & Selvaraj & Subramanian, 2011). Malheureusement, et notamment en ce qui concerne l'équité, les progrès sont encore peu visibles (Sen, 2011).

En 2009, le programme gouvernemental " Bill " a été mis sur pieds pour fournir des services, médicaments et conditions équitables pour tous, surtout les plus démunis, ainsi qu'un accès égal à l'eau, à la nourriture, au logement et à l'hygiène (Sen, 2011). Nous ne pouvons pas encore établir si ce programme portera ses fruits.

Les améliorations possibles pour le futur de la part du gouvernement seraient par exemple une décentralisation des infrastructures de soins, afin de permettre aux milieux ruraux d'avoir un bon accès aux hôpitaux et aux médecins, ainsi qu'une promotion de l'assurance maladie pour tous (Balarajan & Selvaraj & Subramanian, 2011 ; Ramani & Mavalankar, 2005). Ces changements permettraient de réduire les inégalités économiques, physiques et sociales dans l'accès aux soins et constitueraient une grande avancée pour le système de santé indien. Ce système est pour l'instant une infrastructure à deux vitesses où les plus riches peuvent se permettre un tourisme médical florissant et où les plus pauvres ne peuvent même pas se payer un accès minimal à la santé (Sen, 2011).

## **IV. Bidonvilles**

### **a) Définitions**

Selon le *Petit Robert*, un bidonville ou *slum* en anglais est une “ agglomération d’abris de fortune, de baraques sans hygiène où vit la population misérable (souvent à la périphérie des grandes villes) “.

Avant de partir en Inde pour notre stage, l’image du bidonville se présentait à notre esprit comme un terrain vague parsemé d’abris en tôles, sans murs, sans eau et sans électricité ; comme des centaines de cabanes construites rapidement avec les moyens du bord. Après avoir vécu un certain temps au cœur du bidonville, il nous apparaît différent ; il s’agit plutôt d’une zone très densément construite et habitée que la ville a laissée de côté. En effet, les déchets s’accumulent dans un coin du bidonville, des dizaines de chiens errent à la recherche de nourriture, les familles se partagent des puits ouverts, les égouts s’écoulent dans les rues et l’électricité, quand il n’y a pas de panne, permet d’éclairer uniquement l’extérieur des habitations. Néanmoins, nous étions très étonnées de voir que toutes les maisons sont construites avec des murs en plots et sont donc solides.

Les familles qui comptent en moyenne plus de 5 membres vivent dans une seule pièce qui comprend la chambre et la cuisine. L’espace de vie est donc très limité. Nous avons même vu de jeunes garçons dormir la nuit dehors à même le sol alors qu’une tempête de vent et de pluie s’annonçait.

Après ces observations, la définition du bidonville donnée par l’OMS paraît plus réaliste et moins réductionniste que celle donnée par le *Petit Robert* ; elle caractérise le bidonville comme un lieu “ de surpeuplement, de logements informels ou de piètre qualité, d’accès insuffisant à de l’eau saine, de manque d’hygiène, et d’insécurité quant à la conservation de la jouissance du domicile “.



*Vue du bidonville de Doddigunta depuis l'école*

## **b) Les bidonvilles dans le monde et en Inde**

La majorité des grandes villes ont connu des bidonvilles dans leur périphérie ; on connaît les *Ghettos* américains, les *Favelas* du Brésil et les bidonvilles de la Grande-Bretagne ou encore de l'Asie. Les États-Unis se sont débarrassés de leurs bidonvilles grâce à une croissance économique remarquable entre les deux guerres mondiales et la Grande Bretagne, par l'augmentation importante de ses industries (Sud, 2006).

En Inde, après l'indépendance en 1947, il y a une grande nécessité de travailleurs bon marché en ville, ce qui explique la migration d'un grand nombre de personnes depuis le milieu rural. Les migrants ne peuvent pas se permettre d'acheter des maisons et vont donc vivre dans des logements de fortune. La famille rejoint le père qui a migré, puis les cousins, les voisins...etc. Ainsi, le bidonville s'élargit et compte de plus en plus d'habitants (Sud, 2006).

La fermeture d'industries textiles entre 1850 et 1870 dans le Bengale est aussi un événement qui a favorisé la création de bidonvilles puisqu'elle a provoqué la perte d'emplois d'un bon nombre d'Indiens et leur migration dans d'autres grandes villes comme Calcutta (Sud, 2006).

Il semblerait qu'à l'heure actuelle, plus de 200'000 bidonvilles existent, comprenant plus de 921 millions d'habitants, c'est à dire plus d'un tiers de la population urbaine mondiale. Dans certaines villes, comme en Éthiopie, le pourcentage d'individus vivant dans le bidonville de la ville est de 99.4 %.

Les villes qui comptent le plus grand nombre d'habitants dans leurs bidonvilles sont Bombay avec 12 millions d'individus, puis Mexico et Dacca avec 10 et 9 millions respectivement. (Davis, 2007).

Selon l'article intitulé " Slum Population in India " le nombre d'individus vivants dans un bidonville en Inde s'élève de 62 millions alors que d'après Mike Davis, il seraient 150 millions ; le gouvernement indien se contente de dire qu'à l'heure actuelle, la population des bidonvilles a excédé la population de la Grande-Bretagne (Page, 2007).

Aujourd'hui, environ 30 % de la population urbaine indienne vit dans un bidonville et les prévisions pour 2011 annonçaient que cette population représenterait 7.75 % de la population totale en Inde (IANS, 2010).

Par exemple, dans la ville de Calcutta, il existe 5'500 bidonville répartis sur 7 % du territoire de la ville et comprenant 1.5 millions de la population de la ville, soit 35 % des habitants (Gosh, 2012).

### **c) Difficultés dans le bidonville**

#### **a. Assainissement, hygiène et maladies**

D'après une étude de Marimuthu (2009), la prévalence de la morbidité dans les bidonvilles de Delhi est de 15.4%.

Le problème de santé majeur concerne le système respiratoire, mais il y a également beaucoup de handicaps mentaux et physiques, des problèmes dermatologiques, ophtalmologiques, de thyroïde et des diarrhées. La malnutrition et les problèmes dentaires sont également des maladies à forte prévalence dans les bidonvilles (Yardley, 2011 ; Marimuthu, 2009).

Les facteurs de risque sont multiples. Premièrement, la morbidité est plus importante dans la catégorie des individus illettrés ; il existe une forte corrélation entre la prévalence d'une maladie donnée et le faible niveau d'éducation (Marimuthu, 2009).

Deuxièmement, l'utilisation de toilettes avec chasse d'eau diminue la prévalence de morbidités (Marimuthu, 2009). Lors de nos visites dans le bidonville, nous avons pu constater que les évacuations d'égouts sont ouvertes dans les ruelles du bidonville ; l'eau y stagne et sent horriblement mauvais. De plus ces eaux usées sont à moins d'un mètre de la porte d'entrée des maisons et on pourrait y glisser facilement.

Un autre élément est déterminant dans la prévalence des morbidités : il s'agit de l'habitation. Si la famille vit dans une maison avec des vrais murs et un vrai toit, elle aura moins de problèmes de santé qu'une famille qui vit dans une maison avec toit et mur végétaux. Dans la plupart des maisons on ne trouvera qu'une seule pièce qui comprend la chambre à coucher et la cuisine ; il semblerait qu'une cuisine séparée évite un bon nombre de maladies, notamment respiratoires (Marimuthu, 2009)). Lors d'un congrès pédiatrique auquel nous avons eu la chance de participer, un orateur a fait une présentation sur les problèmes d'asthme. En Inde, il existe de plus en plus d'asthmatiques

et en particulier dans les bidonvilles où la cuisine n'est pas séparée du reste du lieu de vie et ne permet pas l'évacuation des gaz qui restent dans la pièce.

Percentage of morbidity prevalence in the households based on socio-economic variables		
Characteristics	Illness reported from households	P
Sources of water		$P = 0.099$
Tap water	41.2	
Ground water	56.1	
Other sources	50.8	
Toilet facility		$P = 0.047^*$
Flush toilet	51.6	
Public toilet	55.2	
Pit/latrine/Open defecation	56.1	
SLI		$P = 0.024^*$
Low	66.7	
Medium	56.7	
High	49.3	
Fuel used for cooking		$P = 0.042^*$
LPG/ Bio-gas	50.0	
Wood/Coal/Others	57.3	
Separate kitchen		$P = 0.016^*$
Available	12.8	
Not available	18.2	

Tableau tiré du livre *“Le pire des mondes possibles: de l’explosion urbaine au bidonville global”*, Mike Davis Paris : La Découverte, 2007.

L'eau est un problème important dans les bidonvilles indiens car l'apport est faible et les familles sont souvent obligées de se partager un point d'eau. De plus, dans certains bidonvilles, l'eau n'est accessible que quelques heures par jour et les habitants doivent faire des réserves. L'eau souterraine est souvent source de maladies dans le bidonville (Marimuthu, 2009). Nous avons aussi eu l'occasion de voir des arrivées d'eau ouvertes dans la rue, la rendant totalement impropre à la consommation. Un travail d'assainissement important doit être fait par le gouvernement afin d'évacuer les égouts et fournir à chaque foyer un apport en eau potable.

Les troubles digestifs sont également un problème important en Inde et on recense huit cas de diarrhées par enfant par année. 55 % des enfants de 6 à 42 mois malnutris ont connu un épisode récent de diarrhée ; ce problème reste lié à la qualité de l'eau et de ses évacuations (Marimuthu, 2009).

De gros efforts sont encore à fournir dans les bidonvilles pour améliorer les conditions sanitaires. Ce sujet est très important car la stagnation des eaux usées et les déchets constituent des réservoirs de maladies qui se transmettent d'autant plus facilement dans des zones où la population est dense. Nous qui avons l'habitude de boire l'eau au robinet, de marcher dans une flaque d'eau sans avoir peur d'être contaminés et de ne pas être dérangée par l'odeur des égouts, il est difficile de comprendre comment il est encore possible à l'heure actuelle que le traitement de l'eau ne soit pas une priorité pour une ville.

### **b. Accès aux soins et information**

Au cours de notre stage, nous avons eu l'occasion de visiter le bidonville. Le but de cette visite, qui est effectuée quotidiennement par un membre "sentinelle" de l'association, est de repérer les habitants malades et les informer des structures de soin à leur disposition afin de se traiter. Au cours d'une de ces visites nous avons rencontré une jeune fille qui nous a expliqué qu'elle avait dû renoncer à l'école, trop fatiguée pour suivre les cours à cause d'une communication interventriculaire. Suite à une consultation chez un cardiologue, elle a dû refuser l'intervention proposée car le coût était au-dessus de ses moyens. Le jour où nous l'avons rencontrée, elle nous a confié qu'elle était également atteinte de la poliomyélite et ne pouvait donc ni travailler ni étudier. Nous avons informé le docteur Dayaprasad de sa situation et il fit le nécessaire pour organiser une opération totalement prise en charge par l'hôpital gouvernemental. Nous fûmes très étonnées d'apprendre qu'elle pouvait être traitée complètement gratuitement. Le médecin expliqua alors que les soins sont totalement pris en charge si la personne est traitée dans un hôpital gouvernemental et que seule une faible partie de la population le sait. Cependant, nous n'avons trouvé aucune information confirmant ces propos.

En effet, une grande partie de la population indienne est illettrée (33 %) et tous les foyers du bidonville ne possèdent pas de télévision ou de radio (UNICEF, 2000) ; ces deux éléments limitent l'accès à l'information et une grande partie des habitants du bidonville n'ont pas connaissance de leurs droits.

De nombreuses associations, comme *Médecins du monde*, font un travail important pour renseigner la population défavorisée en Inde sur ses droits, sur les structures d'accueil à leur disposition ainsi que le suivi des grossesses. Il y a aussi un travail important à faire pour sensibiliser les professionnels de la santé et diminuer la stigmatisation qui règne autour de cette population.

Dans une étude réalisée par Wadgave en 2011, et intitulée “ Knowledge of HIV/AIDS transmission among the adolescent girls in slum areas “, les adolescentes de plusieurs bidonvilles d’Inde ont été interrogées sur la transmission du virus du HIV et les résultats sont inquiétants. 2.4 millions d’Indiens sont infectés par le HIV et la plupart ont été contaminés à la suite de rapports non protégés. Or, seulement 15.75 % des adolescentes ont connaissance de ce risque. La population des bidonvilles est donc d’autant plus vulnérable face à cette maladie par son accès limité à l’éducation et par la pauvreté.

Route of HIV/AIDS transmission	Number	Percentage
Unsafe sex	63	15.75
Contaminated blood transfusion	94	23.5
Mother to child transmission during pregnancy or birth	19	4.75
Through breast feeding	48	12
Sharing of contaminated needles/ syringes	24	6
Don't know	217	54.25

\* Multiple responses

*Knowledge of HIV/AIDS transmission among adolescent girls (N=400), Wadgave, 2011*

En plus du manque d’informations concernant les structures de santé et leurs droits, une limitation importante aux soins reste le coût. Il s’agit d’un cercle vicieux dont il est difficile de sortir. Les classes aisées ont des dépenses élevées pour les soins (Patil, 2009), mais dans les foyers où le revenu suffit à peine à payer la nourriture, une dépense supplémentaire et imprévue pousse la famille dans le gouffre. La prise en charge d’un membre de la famille représente également des coûts cachés comme le transport, la perte de gain ou encore l’achat des médicaments, coûts qui ne sont pas négligeables pour une famille pauvre. (Patil, 2009)

Percentage of total out of pocket health care spending on child's illness out of total income of households

Socio-economic class of households	Number of households studied	Total income of households (A) (mean ± SD)	Total household expenditure on child health care (B) (mean ± SD)	Percentage of B out of A (%)
I	12	187500 (15625 ± 10394)	33680 (2086 ± 5333)	17.9
II	31	203050 (6550 ± 3200)	19065 (615 ± 1509)	9.3
III	55	237000 (4309 ± 1749)	13275 (241 ± 462)	5.6
IV	76	197850 (2603 ± 1154)	9817 (129 ± 142)	4.96
V	16	19725 (1232 ± 426)	1975 (125 ± 81)	10.0

*A Study to Assess Catastrophic Household Expenditure on Childhood Illness in an Urban Slum in Bijaipur, Patil, 2009*

N.B : Dans ce tableau, la classe I représente une classe socio-économique riche alors que la classe V représente la classe socio-économique la plus pauvre.

Sur le terrain, la réalité nous a semblé très différente de la théorie que nous exposait le médecin sur le système de santé. En effet, malgré la soi-disant gratuité des soins et l'accès équitable à chacun qu'il nous a affirmé, nous avons réalisé que ce n'est pas complètement correct. Les habitants du bidonville consultent rarement car ils n'ont pas connaissance des infrastructures mises à leur disposition et la maladie est souvent considérée comme une honte, parce qu'elle implique une somme importante d'argent pour les soins ; soit directement car la prise en charge d'un patient à l'hôpital a tout de même un coût, soit indirectement, par la perte de gain pour la famille, mais également parce qu'elle compromet les chances de mariages. De plus, un ouvrier indien travaille souvent de 8h à 23h, laissant peu de temps pour aller consulter quand il s'agit de problèmes mineurs.

Ces "sentinelles" qui se rendent dans le bidonville pour "tirer" les malades vers un médecin sont bien la preuve que l'accès aux soins est difficile, mal connu des populations pauvres et à faible niveau d'éducation, et qu'une grande partie de la population indienne est stigmatisée et mise de côté puisque l'État ne prend pas la peine de les informer sur les structures à disposition.

### **c. Violence et Alcool**

Lors de notre visite, Sumathi, notre guide, nous a expliqué que la situation des femmes dans les bidonvilles était misérable. Ces femmes doivent s'occuper de leurs enfants et travailler toute la journée ; souvent, leurs maris ne travaillent pas. A la fin de leur journée, elles sont dans l'obligation de donner la moitié de leur salaire à leur mari qui le dépense quasiment automatiquement dans l'alcool. Elles retrouvent leurs maris ivres et violents à la nuit tombée et recommencent ce cycle infernal quotidiennement.

D'après l'étude de Ghosh et al, intitulée " Patterns of alcohol consumption among male adults at a slum in Kolkata, India ", 65.8 % des hommes interrogés avaient consommé de l'alcool dans l'année précédente et 14 % étaient dépendants à l'alcool. Parmi les hommes dépendants à l'alcool, 71.4 % buvaient sur des lieux publics ou sur leur lieu de travail. Ainsi 90 % des consommateurs préfèrent boire en dehors de leur lieu d'habitation.

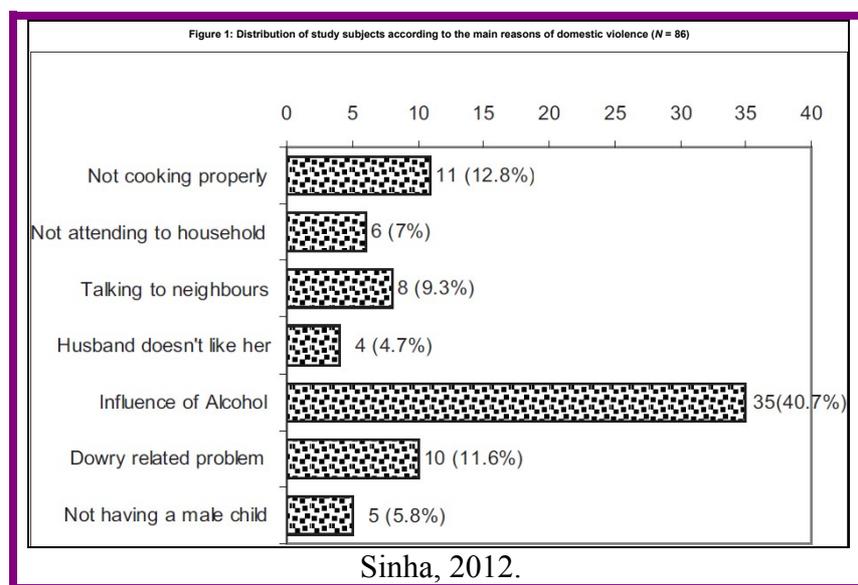
Les auteurs de cette étude s'inquiètent sur le nombre croissant de dépendants à l'alcool, ainsi que l'âge d'initiation à l'alcool toujours plus précoce. Ils proposent des stratégies préventives comme l'imposition d'un âge légal pour consommer de l'alcool, diminuer l'accès à l'alcool par la fermeture des magasins à une heure précise et interdire la consommation d'alcool dans les lieux publics.

Cette consommation d'alcool répandue dans les bidonvilles n'est pas sans conséquences sur la vie de famille des buveurs. Elle est d'ailleurs la cause principale de violences exercées à l'encontre des femmes dans les bidonvilles (Sinha, 2012).

La violence est physique et psychologique et touche 37.2 % des indiennes après le mariage ; la prévalence dans les bidonvilles est plus élevée que dans la population

générale. A Bangalore, 50 % des femmes du bidonville subissent des violences (Sinha, 2012).

Les violences conjugales sont inversement corrélées au niveau d'éducation de la femme et de son mari. Il semblerait que les femmes propriétaires, ayant un soutien social important et un bon emploi subissent moins de violences (Sinha, 2012).



#### **d) Solutions ?**

Après avoir étudié les bidonvilles et y avoir vécu un mois, ce qui paraît le plus frappant et la cause majeure de problèmes dans ce lieu de vie est le manque d'éducation. La consommation d'alcool est plus importante quand le couple est illettré, les maladies dans la famille sont plus nombreuses et fréquentes quand le niveau scolaire de la famille est faible, la violence touche principalement les couples avec un faible niveau d'éducation et l'accès aux soins semble réservé à une classe de la population ayant connaissance de ses droits. Selon les études consultées, tous ces problèmes seraient intimement corrélés au manque d'éducation.

A Bangalore, nous avons rencontré José Remacle, professeur à l'Université de Namur et de Bangalore et il nous a exposé son point de vue à propos des différents problèmes dans les zones défavorisées des grandes villes indiennes. Il pense que l'éducation est la clé pour une amélioration des conditions de vie des habitants du bidonville.

Il faut une réelle prise de conscience dès l'enfance des problèmes qui existent dans leur lieu d'habitation : apprendre à traiter les déchets, réaliser que l'eau est un bien précieux et qu'il peut considérablement améliorer leurs conditions de vie, mais aussi apprendre à respecter leur conjoint et éviter d'utiliser la violence pour s'exprimer.

Mais avant de changer les mentalités, croyances et manière de vivre des habitants, quelles solutions ont été adoptées pour transformer et limiter l'expansion des bidonvilles ?

Dans le bidonville où nous avons résidé, une partie des abris ont été détruits pour construire des immeubles ; cependant, ces immeubles paraissent tout autant délabrés que les habitations faisant partie du bidonville à proprement parler. Notre guide dans le bidonville a expliqué que le type d'habitation de cette population avait changé mais que leurs habitudes étaient restées identiques ; le sol était jonché d'ordures, les ruelles étaient sales et impraticables et les murs perdaient la couleur. Sumathi expliqua que ces bâtiments étaient les mêmes que dans d'autres parties de la ville et qu'ils auraient pu changer l'environnement visuel de ce quartier s'ils avaient été entretenus. Cependant, les habitants n'ayant pas changé leurs modes de vie, le quartier semblait tout autant misérable que le reste du bidonville.

Il semblerait donc que le changement d'habitat ne modifie pas l'impression d'être au cœur d'un bidonville. C'est comme si le bidonville était une philosophie de vie finalement.

En Chine, le problème des bidonvilles est résolu par l'administration de permis pour pouvoir résider dans un milieu urbain. Les migrants doivent se munir d'une preuve de domicile et de travail dans la ville (Sud, 2006). Cette restriction est néanmoins peu efficace puisque la Chine est parmi les pays comprenant le plus grand nombre d'individus résidant dans les bidonvilles (Davis, 2007).

Un article de Yardley (2011) semble affirmer que les bidonvilles disparaîtront si il y a création d'emplois ; cependant, la majorité des habitants du bidonville ont un emploi. La solution viendrait donc forcément d'une hausse de leurs salaires.

Une autre proposition de Yardley est de rendre le bidonville moins attractif par l'imposition de taxes et l'achat de terrains à prix élevés. Cette proposition n'est pas une solution puisque ces gens qui n'ont pas l'argent pour se payer un logement, ne pourront pas payer ces taxes et se verront dans l'obligation de vivre dans les rues, aggravant le problème du logement.

La vision de Hari Sud est que seule une croissance économique rapide sera à même d'éliminer ces bidonvilles. Avec une bonne économie, la pauvreté serait éliminée et les bidonvilles avec.

L'Inde est un pays si vaste que nous avons du mal à imaginer que ce problème puisse être résolu par l'État. Nous pensons que les bidonvilles sont des problèmes qui doivent être traités par la ville. Il doit y avoir un effort important sur la question de l'eau et sur le traitement des ordures ; si ces deux éléments étaient pris en charge, la santé du bidonville en serait améliorée rapidement. Ensuite, nous avons le sentiment que l'Inde est encore plus complexe qu'on ne l'imagine et plus complexe que l'Europe car il y a des contraintes hiérarchiques et de castes qui empêchent une croissance équitable de tout le pays dans son ensemble. Il faudra donc attendre longtemps avant que chaque indien ait les mêmes égalités de chance et qu'il n'existe plus de très riches et de très pauvres. Néanmoins, nous avons la conviction que la situation changera. Pas aussi vite qu'on l'imagine, mais elle changera et il n'y aura plus de bidonvilles.

## V. Les associations

Lors de notre stage dans la ville de Bangalore, nous étions sous la responsabilité du Dr. Dayaprasad G. Kulkarni. Grâce à ses différentes activités dans le domaine de la santé publique, nous avons eu la chance d'approcher quatre associations étroitement liées entre elles, notamment par leur population cible.

### a) SEVA

Notre premier contact faisant le lien entre la Suisse et Bangalore fut l'association SEVA, basée au Grand-Saconnex. Fondée en 2001 sous l'impulsion de Vasanthi Dufour-Janakiram, une Indienne ayant grandi à Bangalore, cette association a pour but de scolariser des enfants du bidonville de Doddigunta. L'association est suisse et apporte une aide financière essentiellement ; la partie de l'éducation est déléguée aux Indiens. Au début, l'aide apportée était sous forme de parrainage pour l'écolage. Puis, suite à la fermeture de l'école par son propriétaire, l'armée, les membres de SEVA ont été confrontés à la nécessité de retrouver un lieu pour les études des nombreux enfants du bidonville. La solution finale fut de construire une nouvelle école, M.E.G School, achevée en 2009.

Actuellement, SEVA soutient encore les diverses finitions et les projets d'autonomisation de l'école, avec le but de lui laisser son indépendance financière d'ici quelques années.

En Inde, l'école M.E.G. est en partie une institution gouvernementale, et à ce titre, elle ne peut pas appartenir à une association étrangère. C'est pourquoi le Trust SEVA-SACHIN a été créé à Bangalore afin d'organiser l'administration de la M.E.G School.

#### a. M.E.G School

L'école, située dans le quartier de Cox Town tout proche du centre de Bangalore, peut accueillir environ 400 enfants. Les classes sont données jusqu'au dixième degré, correspondant à la fin du collège à Genève. Au total, entre 300 et 350 enfants sont inscrits à l'école. Tous habitent dans ce quartier défavorisé de Bangalore, et beaucoup ont besoin d'une bourse pour pouvoir s'inscrire à l'école.

Durant la semaine, les classes ont lieu du lundi au samedi, de 9h30 à 15h30. Les enfants commencent toujours par un rassemblement dans la cour de l'école, puis une première

période de cours a lieu, juste avant le petit-déjeuner. Le dîner est aussi servi à l'école, assurant au moins un repas aux enfants.

Au moment de la construction de l'école, les membres de SEVA ont désiré y intégrer une crèche pour les petits, permettant aux parents d'aller travailler sans devoir laisser les enfants livrés à eux-mêmes. Cette crèche est ouverte pendant toute l'année, y compris pendant les vacances scolaires.

En plus de la crèche, un dispensaire a été aménagé au rez-de-chaussée de l'école. Il accueille les élèves ainsi que les habitants de Doddigunta. Il est prévu qu'un médecin vienne tous les jours pendant environ deux heures de temps mais en pratique, le médecin ne vient pas toujours, les patients étant rares. Par contre, cet espace est utilisé par deux conseillers qui organisent des discussions de groupe avec les élèves, dans le but de les soutenir psychologiquement. Les problèmes d'alcoolisme et de maltraitance de la part des parents sont fréquents dans le bidonville et ce soutien psychologique a été réclamé pour aider les enfants et leur permettre d'étudier dans de meilleures conditions.

#### **b. Notre expérience**

Nous étions logées à l'école même, au milieu de Doddigunta, ce qui nous a permis d'observer le fonctionnement de M.E.G. School. Dans le but de nous familiariser avec les enfants, nous avons suivi quelques classes, surtout celles d'anglais, les autres étant dans la langue de l'état du Karnataka.

Puis, nous nous sommes installées dans l'auditoire à grand renfort de formulaires, tensiomètres, balance, thermomètres et autres instruments afin de commencer l'évaluation de la santé des élèves, dans le cadre du projet "doctors at school" de l'association Doctors for Seva, décrit plus bas. Nous avons eu la chance d'être aidées par les conseillers car malgré leurs cours d'anglais, il était souvent difficile de pouvoir communiquer comme nous l'aurions souhaité avec les enfants.

#### **b) Jagruthi**

Indienne cette fois, l'association Jagruthi a été fondée en 1993. Son but est de venir en aide principalement aux enfants affectés par le HIV – soit orphelins, soit infectés par le virus – et à ceux touchés par le travail du sexe – eux-mêmes travailleurs ou enfants de prostituées. A travers divers projets, les enfants sont pris en charge et reçoivent une éducation et des soins.

### **a. “ Homecare center “**

Pour accueillir et réhabiliter les enfants, l'association a créé ce centre. Des bébés aux jeunes adultes, les habitant du “ Homecare center “ vivent tous ensemble, avec un cadre précis et des règles de vie.

Les premières étapes nécessaires quand un jeune arrive au centre sont de prendre soin de sa santé physique et de son état psychologique. Petit à petit, il sera réintégré à un parcours scolaire dans la mesure du possible, c'est-à-dire soit dans une école normale, soit avec des cours donnés au “Homecare center “.

L'association se charge aussi de donner les traitements aux enfants infectés par le HIV et de les amener à l'hôpital pour le suivi médical.

La journée commence tous les jours vers 4h du matin avec du yoga et est ensuite rythmée par différentes activités, toutes avec un horaire précis. Les enfants vont à l'école pendant la journée et, de retour au centre, ils ont des attributions par groupe pour participer à la vie de la maison. Si tant d'importance est donnée à un cadre strict, c'est pour redonner des repères à des enfants qui n'en ont plus après un séjour plus ou moins prolongé dans la rue, livrés à eux-mêmes.

Lors de notre visite au centre, nous avons été accueillies par une foule d'enfants, tous curieux de voir qui venait leur rendre visite. La journée a commencé par des jeux en groupe, l'occasion de faire connaissance. Après le repas de midi, une étudiante américaine bénévole au “ Homecare center “ avait organisé une activité pour enseigner l'anglais aux enfants. Séparés en petits groupes, nous leur avons lu des histoires, posé des questions et fait résumer ce qu'ils avaient compris. Comme les groupes comprenaient des enfants de tous les âges, les plus grands traduisaient aux plus petits, parfois avec l'aide d'un éducateur. A force de vivre toujours ensemble, on remarque une grande solidarité, les grands s'occupant des petits, même quand la mère de ce dernier est elle aussi une pensionnaire du centre.

### **b. Jagruthi et M.E.G. School**

C'est Jagruthi qui gère le dispensaire et la crèche à M.E.G School. Elle en profite pour pouvoir approcher la population du bidonville et organiser des ateliers d'information sur la santé et sur la prévention. Avec les petits enfants, les éducateurs se chargent de les stimuler et de leur donner une nourriture soutenant leur croissance.

Au dispensaire, les conseillers chargés d'aider les élèves sont employés par Jagruthi et ce sont les mêmes conseillers qui se rendent au “Homecare center “. Ils ont une relation particulière avec ces enfants, paternelle et bienveillante, et il est évident que les enfants les apprécient énormément. Ils font aussi un travail de prévention avec les élèves, leur parlant de la santé sexuelle ou encore de l'hygiène menstruelle pour les filles.

### **c. Sur le terrain**

Des travailleurs sociaux comme Sumathi sont employés par l'association dans le but d'aller à la rencontre des populations défavorisées vivant dans les bidonvilles de Bangalore. Toutes les semaines, ils vont à leur rencontre, s'adressant surtout aux femmes, pour les rendre attentives à leur santé. Ils sont formés pour pouvoir poser des questions précises révélant la présence d'infections sexuellement transmissibles par exemple. Les personnes présentant des problèmes de santé sont encouragées à se rendre chez le médecin et dirigées vers les structures appropriées pour traiter leur affection. Souvent, les gens ignorent qu'il existe de nombreuses ressources pour leur venir en aide : certains hôpitaux peuvent pratiquer des chirurgies gratuitement. Pour les plus pauvres, il existe des cliniques gratuites et des médicaments sont disponibles. Le rôle des collaborateurs de Jagruthi est donc de les informer et parfois aussi de les accompagner à leurs consultations à l'hôpital, pour les soutenir moralement.

Nous avons accompagné Sumathi, qui travaille depuis maintenant plus de dix ans dans le bidonville de Doddigunta. Plusieurs jours par semaine, elle prend le temps d'aller discuter avec les femmes du quartier, pour prendre de leurs nouvelles et s'enquérir de leur état de santé. On voit qu'après tant de temps consacré à aller à leur rencontre, une relation de confiance a pu s'établir et que les femmes peuvent parler de leurs problèmes ouvertement, sans avoir peur d'être jugées. Cependant, même après avoir entendu plusieurs fois que le dispensaire à proximité est gratuit et ouvert à tout le monde, elles ont encore de la peine à faire le pas d'y aller pour voir le médecin.

### **c) Doctors for SEVA**

L'association a été créée tout récemment, en 2010, par Youth for Seva, une association de Bangalore qui veut venir en aide aux plus défavorisés en créant un réseau de citoyens volontaires. La branche DFS s'occupe de former un réseau principalement avec des professionnels de santé et des hôpitaux afin d'apporter des soins de qualité aux plus démunis. Le principe repose sur une base bénévole uniquement, en essayant d'amener les professionnels à offrir une partie de leur temps à une population défavorisée à proximité de leur lieu de travail.

#### **a. “ Doctors at school “**

Un des programmes principaux de l'association se concentre sur la santé des enfants. Dans les écoles indiennes, les autorités souhaitent faire un “ screening “ de tous les élèves, afin d'avoir une estimation de l'état de santé des enfants. Le programme doit être effectué par un médecin désigné pour plusieurs écoles. Cependant, vu l'ampleur de la tâche – deux mois pour une seule école, et cela chaque année – ce travail est rarement réalisé et

le médecin désigné fournit des chiffres et des informations erronées. DFS a donc décidé d'effectuer elle-même ce travail, avec l'aide de volontaires ayant ou non une formation médicale.

La première étape consiste en une évaluation de base, avec calcul de l'indice de masse corporel, prise des signes vitaux, mesure des circonférences de la taille ainsi que du crâne. Dans un deuxième temps, les enfants qui nécessitent une attention médicale sont examinés par un médecin et, s'ils en ont besoin, redirigés vers un hôpital où ils pourront recevoir les soins adéquats. Un bénévole de DFS peut accompagner l'enfant à l'hôpital si les parents n'en ont pas la possibilité à cause de leur travail.

En plus du " screening ", l'association veut former des volontaires pour animer des ateliers à propos de la santé dans les classes sur les thèmes de la nutrition, du sexe ou encore de l'hygiène menstruelle ; en effet, cette dernière est une préoccupation qui revient fréquemment car elle est responsable d'une grande partie de l'absentéisme des jeunes filles.

Pour le futur, DFS souhaiterait aussi pouvoir effectuer des évaluations ophtalmologiques et ORL, dans un souci d'effectuer un screening le plus complet possible.

Comme évoqué plus haut, nous avons participé à la première étape de ce programme. Avec les instruments mis à disposition par le dispensaire de M.E.G. School, nous avons organisé plusieurs stations afin de pouvoir accueillir les élèves les uns après les autres. En calculant leur IMC, nous avons observé plusieurs cas à la limite de l'insuffisance pondérale. Dans d'autres situations, nous avons pu transmettre au médecin de l'école quels étaient les enfants ayant besoin de plus d'attention médicale à cause d'une légère fièvre, une déformation du thorax suite à une chute ou encore une boiterie.

Les autres projets de Doctors for Seva consistent à faire des campagnes de santé pour les adultes afin de détecter les personnes nécessitant une attention médicale.

Une clinique gratuite dans la ville de Bangalore, fonctionnant grâce aux nombreux médecins bénévoles que l'association a pu recruter, est aussi à disposition des personnes ne pouvant pas payer leurs soins médicaux.

A ceci s'ajoutent l'accompagnement et l'accueil des patients à l'hôpital, lieu où ils peuvent facilement se sentir perdus et renoncer à aller consulter.

Dans le milieu rural, un manque de médecins se fait sentir, malgré des infrastructures modernes mises en place. Ainsi, un grand hôpital entièrement équipé reste sans médecins spécialistes, car personne ne désire s'établir loin du milieu urbain. L'association a réussi à convaincre quelques médecins d'y aller quelques jours par mois, pour que la population ait accès à des soins spécialisés sans devoir se déplacer sur des kilomètres.

## **d) Association of people with disability (APD)**

Initialement, cette association mettait à disposition un atelier de couture pour donner du travail aux personnes avec un handicap physique. Puis, APD s'est développée au cours de ses 53 ans d'existence pour être maintenant une grande association abordant plusieurs aspects du handicap. Au cours de son développement, l'association a créé des liens avec plusieurs entreprises et ONGs, ce qui lui a permis d'avancer et d'agrandir son champ d'action.

### **a. Éducation**

A Bangalore, une école pouvant accueillir environ 150 élèves a été construite, avec de la place pour les différents besoins d'une approche multidisciplinaire. La majorité des enfants ont un handicap, que ce soit un retard mental, un handicap physique ou un déficit de l'audition. Cependant, dans un souci d'intégration, l'association scolarise aussi des enfants sans handicap, qui représentent 20 % des élèves.

Différentes classes sont organisées, certaines ayant le même niveau que dans les écoles gouvernementales, d'autres s'adressant aux enfants avec un retard mental et donc plus adaptées. La présence des parents est encouragée dans ces classes pour les enfants avec de plus lourds handicaps.

Chaque élève participe à 20 minutes de physiothérapie par jour, parfois en compagnie de leurs camarades sans handicap, sur des trampolines ou dans la piscine de l'école. Quand il s'agit des massages et de la mobilisation, les enfants semblent beaucoup moins apprécier leur séance.

Au niveau rural, l'association essaie d'intégrer ces enfants avec handicap dans les écoles publiques, en proposant des formations pour les encadrer au mieux.

### **b. Santé**

Les enfants avec une incapacité physique ont souvent besoin de prothèses, chaises roulantes ou autres aides pour se déplacer. L'association possède un atelier où sont fabriquées ces prothèses sur mesure. Souvent, ce sont des anciens élèves qui ont suivi une formation professionnelle pour les fabriquer. Environ 5000 prothèses sont confectionnées chaque année dans ces ateliers. Concernant les prothèses auditives, trop compliquées pour être fabriquées dans ces ateliers, l'association a des partenariats avec des entreprises spécialisées dans leur fabrication.

Pour qu'une fois de retour à la maison les élèves gardent la même autonomie que pendant la journée à l'école, des membres d'APD visitent leurs maisons afin de trouver comment les adapter au mieux pour que les enfants avec un handicap puissent s'y déplacer et attraper différents objets dont ils pourraient avoir besoin.

La population cible d'APD vient majoritairement de familles défavorisées et souvent les enfants souffrent de malnutrition. Un régime spécial est donc élaboré pour combler ce déficit. Les enfants nécessitant des soins spéciaux sont aussi référés à des hôpitaux.

Du côté des adultes, APD prend en charge les soins et la réadaptation après des lésions de la moelle épinière, en majorité dues à des chutes depuis des arbres. A part la réadaptation physique, les patients reçoivent un soutien psychologique et une formation professionnelle pour se réinsérer malgré leur nouvelle condition.

De plus, il existe aussi des programmes pour les maladies psychiques et des formations pour détecter au plus tôt les enfants avec des retards mentaux.

### **c. Après l'éducation, l'emploi**

Avant d'être pris en charge par APD, les enfants avec handicap restaient souvent enfermés chez eux, ou étaient envoyés dans la rue pour mendier. La scolarité est déjà un pas en avant, mais il est souvent difficile de trouver un emploi par la suite. Au centre APD de Bangalore, il existe plusieurs formations professionnelles dans le but d'insérer les jeunes sortant de l'école sur le marché du travail. Ainsi, ils ne sont plus une charge pour leur famille et peuvent trouver une indépendance financière et une dignité.

Une des formations principales est l'apprentissage de l'horticulture. Par la suite, les jeunes restent soit au centre pour entretenir les jardins et prendre soin des plantes qui seront vendues, soit ils sont employés par d'autres entreprises ayant un accord avec APD. Pour les autres formations, dans le domaine de l'électronique, de l'informatique ou de la couture, l'association a aussi créé des liens avec différentes entreprises afin de placer les jeunes formés dans un environnement préparé à les accueillir.

### **d. Réseaux**

En plus des différents partenariats pour placer les personnes formées professionnellement, APD en a aussi avec des associations soutenant les mêmes causes qu'elle. Ainsi, l'association apporte souvent son aide au niveau logistique, matériel d'apprentissage ou partage de son expérience.

Des regroupements entre personnes affectées par le même handicap sont encouragés afin de leur donner plus de facilité à revendiquer leurs droits et faire connaître leur condition.

## **VI. Journal de bord**

### **a) Première semaine (du 04/06/12 au 10/06/12)**

Après deux semaines de voyage dans le sud de l'Inde qui nous ont permises de nous acclimater à ce pays, nous commençons notre stage à Bangalore. Le médecin qui nous supervise s'appelle Daya et nous avons rendez-vous avec lui ce lundi matin pour qu'il nous explique ce que nous allons faire durant ce mois. Il nous propose le programme suivant : les trois premiers jours seront consacrés à notre intégration dans l'école et avec les responsables de celle-ci, puis pendant une semaine et demi nous ferons un "screening" des enfants de l'école dans laquelle nous logeons ainsi que dans d'autres écoles des bidonvilles de Bangalore. Le "screening" consiste à réaliser un dossier médical sommaire de chaque enfant en notant des informations comme le poids, la taille, la pression sanguine, etc. Le but est de détecter des problèmes de croissance liés à la malnutrition ainsi que des problèmes médicaux "visibles" avec des moyens restreints. Nous donnons aussi l'occasion aux enfants de nous dire s'ils ont une douleur et de faire un peu de prévention. Le médecin nous explique que son but est que tous les enfants soient suivis sur le long-terme et que leur école détienne leur dossier médical. Nous allons nous occuper des enfants à partir de dix ans car avant, ils ne parlent pas assez bien l'anglais pour pouvoir communiquer avec nous. Nous sommes très enthousiastes à l'idée de faire quelque chose de concret et d'essentiel et surtout de commencer un projet qui en est à ses débuts.

La troisième semaine, nous aurons des activités hors de l'école où nous irons visiter les bidonvilles avec des volontaires de l'association Jagruthi, un centre pour les enfants handicapés, un "Homecare center" pour les enfants atteints du VIH ou dont les parents ont cette maladie ainsi qu'un hôpital gouvernemental. Nous aurons donc une vue complète de la réalité de l'accès aux soins en Inde.

Durant la quatrième semaine nous aurons un "action day" ce qui signifie que nous devons réaliser un projet personnel de notre choix pendant cette journée. Le médecin insiste pour que nous le fassions seule. Nous comprenons alors que le médecin perçoit ce stage autant comme un lieu d'apprentissage que comme un moyen de se réaliser personnellement. Nous participerons aussi à un forum sur les systèmes de santé suisse, américain et indien. Subsidièrement, nous devrions réaliser une interview d'une personne de notre choix à Bangalore et rendre des textes sur nos impressions et des articles pour un blog.

Le programme nous paraît chargé et nous sommes ravies de la tournure que prennent les événements car nous ne savions pas du tout à quoi nous attendre à notre arrivée. En effet nous redoutions de devoir faire du "baby-sitting" ou de simplement donner des cours d'anglais pendant un mois.

Les deux jours suivants se passent bien mais nous avons finalement peu d'activités; le médecin nous a demandé de faire chacune une présentation personnelle qui aura lieu le mercredi devant les responsables de l'école et les volontaires de l'association "doctors

for SEVA “. Les enfants de l’école s’accoutument à notre présence et nous tissons des liens avec la principale de l’école, la cuisinière qui nous fait à manger le midi et le garde qui est très sympathique. Nous sortons également chaque jour du bidonville pour faire des courses et nous nous immergeons avec joie dans la circulation de Bangalore en tuk-tuk.

Le mercredi, la présentation se passe bien et nous rencontrons beaucoup de jeunes indiens bénévoles pour DFS. Nous sommes impatientes de commencer le “screening“ des enfants et de nous sentir utiles. Le médecin nous propose beaucoup d’activités en dehors du stage comme d’aller au théâtre ou voir de la danse traditionnelle et nous propose de participer à un colloque de pédiatrie à Bangalore le weekend suivant.

Malheureusement, Daya nous transmet que nous ne pourrons pas commencer le screening ce jeudi car l’organisation n’est pas encore en place et cela reporte très certainement le projet au lundi suivant. Nous sommes déçues car nous avons l’impression que la charge de travail est très grande, qu’il y a beaucoup d’enfants sur plusieurs écoles, mais que pour des raisons logistiques inconnues nous sommes entravées dans nos démarches. Nous allons vite nous rendre compte qu’il ne faudra plus appliquer notre sens très européen de l’efficacité ou du rendement car beaucoup d’Indiens ne s’encombrent pas de délais à tenir. L’association “doctors for SEVA“ n’entend pas rentabiliser notre présence pour faire avancer ses projets et nous devons au contraire nous adapter au mode de fonctionnement local qui nous paraît très lent et compliqué.

Nous apprenons alors que nous allons représenter DFS lors du colloque de pédiatrie ce weekend en collaboration avec une indienne nommée Hema. Le but de l’opération sera de promouvoir l’association et de collecter des promesses de participation de la part des pédiatres de Bangalore.

Nous continuons donc à nous informer sur les traditions et les coutumes indiennes ; Daya nous fait un cours sur le système de santé indien et nous explique les enjeux sociaux qui entravent l’accès aux soins. En effet, il faut avoir une connaissance poussée du terrain sur lequel on veut opérer pour venir correctement en aide aux personnes dans le besoin. Nous apprenons qu’il faut faire une recherche active des malades dans le bidonville et que d’ouvrir une clinique avec des soins gratuits n’est pas suffisant. En effet, la honte d’être malade et la méconnaissance du corps sont des facteurs qui entravent la demande de soin.

Le weekend nous allons au colloque de pédiatrie qui a lieu dans un très grand hôpital de Bangalore. A notre arrivée, nous sommes étonnées de ne voir personne de l’association. Nous participons donc aux conférences du matin et allons manger au buffet a midi, en présence d’une centaine de pédiatres. La nourriture est extrêmement épicée, et c’est la bouche en feu que nous voyons un représentant de DFS arriver à notre rencontre. Il nous explique que Hema ne viendra pas et nous demande d’aller aborder les médecins pendant les pauses et de leur parler de l’association. Il ne sait pas si une présentation “power point“ sera diffusée pour présenter l’association et nous donne seulement un dizaine de brochure à distribuer. A ce stade, nous lui expliquons que nous ne connaissons l’association que depuis quelques jours et que nous ne pourrons pas répondre aux éventuelles questions ; de plus, nous avons besoin d’un stand pour les inscriptions, de matériel ainsi que de quelqu’un qui nous supervise. Nous ne ferons donc pas de promotion. C’est la deuxième fois que nous sommes confrontées à une organisation défectueuse alors qu’il aurait été judicieux de faire de la publicité à cet endroit précisément. Mis à part cela, le colloque est intéressant et nous nous rendons compte que le savoir qui nous est enseigné à l’université de Genève est universel ; en effet, nous

pouvons parfaitement suivre des cours assez pointu sur les vaccins et l'immunité par exemple. De plus, nous apprenons quelles sont les maladies les plus prévalentes et quels sont les enjeux de santé majeurs.



*Cour de l'école à la fin du déjeuner*

### **b) Deuxième semaine (du 11/06/12 au 17/06/12)**

Nous commençons le “ screening “ des enfants de la M.E.G. School, l'école où nous résidons. Daya nous laisse le choix quant à l'organisation de cette opération ; nous devons nous débrouiller pour trouver une salle disponible dans l'école et pour réunir le matériel nécessaire. Nous allons nous présenter dans les classes et expliquons aux enfants ce que nous allons faire avant de les accueillir par petit groupe. Le but est de remplir un petit fichier avec les informations basiques des enfants comme le nom, le nom des parents, l'adresse, etc. Puis, nous prenons quelques données “ médicales “ comme le poids, la taille, la pression artérielle, les circonférence de la tête et de la taille ainsi que la température. Nous faisons des postes et les enfants se déplacent entre chaque station. Nous nous rendons assez vite compte que ce que nous croyions être très simple, comme de connaître le nom des parents, se révèle en réalité être un défi. En effet, la plupart des enfants n'ont pas de nom de famille, ont perdu un de leurs parents ou les deux, ou vivent avec leur grand-mère. En outre, d'autres ne comprennent pas ce qu'on leur demande. Nous devons également demander le métier des parents et sommes confrontées à une

réalité assez dure : en effet, ils nous répondent souvent que leur mère est femme de ménage et leur père chauffeur de tuk-tuk. Le contraste est alors saisissant entre les enfants qui sautillent en uniforme dans la cour d'école et la dureté de leur situation. Cependant, nous réussissons à récolter les informations et trouvons toujours un élève pour traduire aux autres si nécessaire.



*Screening des filles d'une classe de 8<sup>ème</sup>.*

Les enfants sont très intimidés et répondent “ Yes Ma’am “ à tout ce que nous leur demandons. Nous remarquons qu’ils ne comprennent pas vraiment ce qui leur arrive mais ils coopèrent généralement avec enthousiasme. La situation est un peu gênante car nous savons qu’ils ont un peu peur et qu’ils n’oseraient absolument pas nous dire si quelque chose les mettait mal à l’aise. Ils ont intégré qu’ils devaient toujours être courageux et faire bonne figure devant les adultes et nous ne pouvons pas les amener sur un terrain qui leur permettrait de nous confier leurs problèmes. Cet aspect est assez regrettable car la communication est l’essence même de ce que nous faisons et nous nous retrouvons en face d’enfants qui veulent faire juste et faire bien. Cependant, nous avons un bon contact, fait de sourires et de gestes, et les enfants sont curieux ; ils montent pour la première fois sur une balance et rient aux éclats lorsqu’on leur met un thermomètre sous le bras.

Les jours suivants, nous continuons le “ screening “ et réalisons en tout une soixantaine de dossiers malgré quelques nouveaux soucis d’organisation. L’école nous met à disposition deux conseillers qui peuvent traduire et nous aider à remplir les questionnaires. Nous n’irons pas dans d’autres écoles comme prévu au départ. Parmi les dossiers remplis, nous montrons au médecin de l’école que nous rencontrons pour la première fois ceux dont les résultats nous paraissent anormaux ou inquiétants. Les

données qui nous inquiètent sont souvent un IMC trop bas ainsi qu'une tension artérielle insuffisante, parfois même indétectable avec les instruments mis à disposition.

Parallèlement à nos activités, le médecin nous demande de rendre des textes sur des sujets de notre choix et sur nos découvertes. Nous devons également trouver chacune une personne à interviewer. Lors d'une sortie au supermarché, deux d'entre nous rencontrent un monsieur belge d'une soixantaine d'années qui vit six mois par année à Bangalore. Il s'appelle José et nous invite pour le goûter chez lui afin que nous puissions parler de l'Inde et de ses projets. En effet, il est biochimiste de formation et, bien qu'il soit à la retraite, il continue de travailler dans des labos, notamment sur une forme particulière du cancer du sein chez les Indiennes. Nous voulons donc l'interviewer.

Nous nous rendons donc chez lui quelques jours après notre rencontre et il nous montre son appartement d'un standing européen ; c'est très agréable et intéressant de voir qu'une certaine classe d'Indiens vit dans de tels appartements et cela nous change du bidonville. José a épousé une femme indienne il y a une trentaine d'années et ils ont eu plusieurs enfants ensemble. Sa femme a des terres dans le sud de l'Inde et ils produisent du curcuma et du café, entre autres. José est très intéressant et il nous donne beaucoup de clés pour comprendre la culture indienne. Il a un enthousiasme communicatif et nous raconte des histoires sur ce pays. Nous arrivons avec lui à mettre des mots sur des impressions ressenties lors de notre voyage mais que nous n'arrivons pas forcément à expliquer. Il parle par exemple de la notion d'individualisme chez les Indiens qui nous a frappée à plusieurs reprises. En effet, venant d'un pays imprégné par le christianisme, nous avons emmagasiné à notre insu des habitudes et une éthique altruiste qui nous semblent normales ; elles ne le sont pas du tout pour les Indiens. En effet, l'Indien ne possède pas de sens de la culpabilité. Il fait ce qu'il veut et ne pense pas forcément aux conséquences pour les autres. Cela explique le vacarme constant qu'il y a en Inde ou encore les tonnes de déchets déversés dans les rues. Nous avons également pu expérimenter ce trait de caractère lors de notre voyage en train depuis le sud de l'Inde jusqu'à Bangalore. En effet, les gens se précipitent pour entrer les premiers, vieux et jeunes se bousculent et tout le monde doit se pousser.

José nous fait aussi remarquer que l'Inde est un pays où chacun peut trouver ce qu'il est venu chercher. En effet, ici tous les extrêmes trouvent une place et se côtoient. Cela apporte un mélange de cultures et de gens incroyable et tout le monde est obligé d'être tolérant.

Nous rentrons à l'école revigorées par cette discussion et plus aptes à appréhender les jours suivants.

Un soir, Daya nous emmène voir de la danse traditionnelle indienne dans une grande salle de spectacle. Les danseuses et la musique font un effet saisissant ; tout le charme indien et la joie de vivre sont réunis. La soirée est assez protocolaire durant les intermèdes car le premier ministre de l'état du Karnataka est présent dans la salle. Il est constamment suivi par un groupe de dix personnes qui lui font révérences et courbettes. C'est très drôle pour nous qui ne savons pas du tout qui il est de voir tant d'admiration extériorisée de la part du peuple. Nous avons également remarqué lors du colloque de pédiatrie que les Indiens aiment beaucoup les protocoles et les honneurs.

Pendant le weekend, nous faisons une excursion à Mysore, petite ville qui se situe à l'ouest de Bangalore. Après trois heures de train et de féroces négociations pour les tuk-tuks, nous arrivons à notre hôtel. Cela fait maintenant un mois que nous sommes en Inde et nous commençons à être rodées ; tout semble plus facile lorsque l'on a une bonne idée

des prix ou quand on arrive à lire une carte dans un restaurant. Nous visitons le palais de Mysore et nous perdons dans le marché couvert où jonchent côte-à-côte fleurs et pigments.



*Devant le palais de Mysore*

### **c) Troisième semaine (du 18/06/12 au 24/06/12)**

La troisième semaine de notre stage est particulière dans le sens où nous allons faire des visites dans différents centres de soin et nous rendre compte de la situation sur le terrain.

#### **Lundi**

Nous sommes sensées aller visiter un hôpital gouvernemental aujourd'hui mais le projet est repoussé à cause d'un problème d'organisation. Nous sommes assez déçues car nous nous réjouissions beaucoup de cette semaine et elle commence par un non-lieu. Cependant, nous avons quand même du travail à fournir ; en effet, nous devons réaliser un " power point " sur le système de santé suisse en vue de la présentation de la semaine suivante. Nous avons également d'autres textes personnels à écrire et plus pragmatiquement, des courses à faire. En effet, nous avons décidé en début de stage d'avoir recours à une cuisinière pour le repas de midi uniquement. Nous devons donc régulièrement aller faire les courses et cela n'est pas une mince affaire ; il faut compter en général la demi-journée pour cela car tout prend du temps : sortir du bidonville, négocier avec des conducteurs de tuk-tuks têtus, acheter des denrées au supermarché et sur les

étalages des rues et tout refaire au retour. Nous nous répartissons les tâches par petits groupes afin d'être plus efficaces.

## **Mardi**

Aujourd'hui nous visitons le bidonville avec deux volontaires de l'association Jagruthi. Nous avons rendez-vous à 9h du matin dans le bureau du médecin Daya afin de les rencontrer. Mery et Sumathi seront nos guides pour la journée et nous faisons deux groupes pour visiter deux bidonvilles différents. Bien que nous vivions au cœur d'un bidonville, nous ne voyons pas à quoi ressemble la vie des gens car nous ne nous aventurons pas dans les petites ruelles. Les volontaires sillonnent les bidonvilles trois fois par semaine afin de créer un contact régulier avec les habitants. Leur but est de discuter de façon informelle avec les gens pour, au hasard d'une conversation, détecter un problème de santé. Les gens savent que Mery et Sumathi sont reliées à une association et à un médecin et cette présence les encourage à sortir du silence. Elle font également de la prévention et parlent des problèmes gynécologiques que les femmes peuvent avoir. Elles sont donc le premier intermédiaire de la démarche d'une demande de soin et, à ce titre, leur présence est primordiale. Ce que nous comprenons alors est que pour aider cette tranche de la population, il est obligatoire de faire une recherche active et intelligente des patients. Les gens ne vont pas se présenter " au guichet ". Le travail des bénévoles est de convaincre les habitants des bidonvilles de se faire soigner, ce qui nous paraît assez étrange. Nous remarquons également qu'une partie du bidonville est fait de maisons en béton et qu'une autre est faite de tôle et de matériaux de récupération. L'ensemble est cependant très sale et non entretenu. Ici, le problème est presque plus de l'ordre de l'éducation que de celui des moyens. Nous voyons beaucoup d'enfants qui ne sont pas à l'école et également beaucoup de très jeunes femmes enceintes. Sumathi et Mery connaissent bien les pudeurs et les hontes des gens et elles ne leur forcent jamais la main.

Un des deux groupes rencontre un enfant handicapé suite à un accident et sa mère. Leur situation est terrible car la mère est seule pour subvenir à leurs besoins. L'enfant aurait besoin d'une prise en charge toute la journée et par des professionnels car sinon, son sort pourrait bien ressembler à celui de la plupart des enfants handicapés des bidonvilles ; en effet, la honte qui pèse sur la famille est tellement grande que les parents préfèrent souvent " enfermer " leur enfant à l'intérieur et ne pas trop le montrer. Le médecin Daya connaît déjà cette famille et essaie de leur trouver une solution. L'autre groupe rencontre une fille de dix-huit ans qui a du arrêter l'école il y a deux ans à cause d'un problème cardiaque. Elle allait à la M.E.G. School et ne pouvait plus se concentrer, avait des vertiges et était faible. Elle a vraisemblablement une communication interventriculaire persistante et aurait besoin d'une chirurgie cardiaque. Nous parlons avec sa famille un moment et rapportons ensuite le cas à Daya. Voici comment se passe l'accès aux soins dans le bidonville. D'un côté, les patients ne savent pas qu'ils ont la possibilité d'être soignés gratuitement et de l'autre, les médecins ne voient pas arriver les patients des bidonvilles s'ils ne vont pas à leur rencontre.



*Rencontre avec les habitants du bidonville. Notre guide Sumathi est à gauche.*

### **Mercredi**

Nous échangeons les groupes et visitons un autre bidonville avec les mêmes volontaires.

Nous nous rendons vraiment compte que les conditions de vie sont extrêmes et que les gens vivent avec rien mais l'atmosphère est très vivante et les gens sont souriants. On apprend qu'au-delà des problèmes pécuniaires, la misère sociale est très importante. En effet, beaucoup d'hommes des bidonvilles sont alcooliques et ils battent femmes et enfants. De plus, Daya nous explique que le problème est que les hommes ramènent de l'argent à la maison grâce à leur travail mais que souvent, ils le dépensent pour des choses qui ne font pas évoluer leur famille. En effet, ils achètent de l'alcool ou des cigarettes plutôt que d'envoyer leurs enfants à l'école. On comprend donc le rôle fondamental que l'éducation a à jouer.

Nous rencontrons également des volontaires américains lors d'une soirée au théâtre dont l'une d'entre elle habite au " Homecare center " que nous allons visiter ce dimanche.

### **Jeudi**

Aujourd'hui nous avons une mission à accomplir : nous allons dans un hôpital gouvernemental pour essayer de voir un accouchement. Nous n'avons aucun contact particulier mais le médecin nous assure que cela devrait être possible en tant qu'étudiantes en médecine. Sumathi nous accompagne au cas où nous aurions un problème de communication.

Nous arrivons dans un très grand hôpital que nous visitons un peu puis allons en direction du service de gynécologie-obstétrique. Là, nous attendons pendant environ une heure pour rencontrer un médecin-chef qui ne vient pas. Des infirmières nous redirigent donc dans un autre bâtiment où ont lieu les consultations gynécologiques. Nous nous mettons alors dans la file d'attente pour décrocher une entrevue avec une des deux gynécologues. L'ambiance est saisissante ; un couloir rempli de femmes de tout âge qui attendent pendant des heures et donnent de l'argent aux infirmières afin de rester dans la file. Nous n'en croyons pas nos yeux. Les consultations se résument à une plainte et une prescription immédiate pour la plupart des femmes ; le tout dure environ cinq minutes et toutes les consultations ont lieu dans la même pièce. Nous attendons encore une petite heure dans ce couloir et essayons d'expliquer notre présence aux infirmières dubitatives. Nos yeux bleus et notre air occidental auront raison de la cupidité ambiante. La cheffe médecin ne pourra pas nous recevoir avant son repas donc nous partons nous restaurer dans un petit bistrot du coin. Le ventre bien rempli nous repartons direction l'hôpital ; nous attendons encore une heure puis apercevons furtivement la médecin en question par l'entrebâillement d'une porte et celle-ci dit à Sumathi qu'elle ne peut pas encore nous recevoir car elle n'a pas fini de manger. Nous ressentons alors ce que la plupart des Indiens vivent constamment lorsqu'ils s'adressent à quelqu'un au-dessus d'eux dans la hiérarchie : la condescendance. En effet, lorsque l'on est dominant hiérarchiquement en Inde, on ne se prive pas de le montrer ; le ton de la voix, la lenteur pour accéder à une requête et l'air de supériorité sont monnaie courante. On doit comprendre à quel point c'est un honneur de pouvoir lui parler et elle n'entend pas nous aider parce que nous sommes étudiantes en médecine. Nous allons finalement dans son bureau vers les trois heures de l'après-midi et comprenons que nous ne pourrons pas voir un accouchement aujourd'hui. Il nous faut faire une demande écrite avec une attestation de notre université et ensuite recevoir une autorisation... Nous décidons de ne pas poursuivre notre but mais nous avons finalement atteint un autre objectif : expérimenter l'accès à la santé en Inde.

### *Vendredi*

Nous avons un jour de libre et le passons à faire notre présentation " power point ". Nous allons au cinéma le soir et sommes très surprises de voir tout le monde se lever au début de la séance ; des images d'entraînement militaire apparaissent à l'écran, des hélicoptères et des tanks au son de l'hymne national indien... Chaque expérience de la vie quotidienne est en fait une découverte et nous nous amusons de voir tous ces Indiens se lever dans la salle pour voir un film américain...

### *Samedi*

Aujourd'hui nous visitons un centre pour personnes handicapées. Le directeur nous fait une longue visite guidée et nous voyons les salles de classe, de rééducation et l'atelier de construction de prothèses. Les enfants handicapés, qui viennent chaque jour avec un bus spécial, sont souvent restés plusieurs années sans aucun moyen de locomotion. Ici, des chaises roulantes, des cannes et des prothèses sont mises à disposition et ils peuvent suivre l'école. Les classes sont mixtes : certains enfants sont sourds, d'autres sont handicapés physiquement et 20 % n'ont aucun « problème ». Ils apprennent donc tous le langage des signes et sont très tolérants... Tout le monde peut jouer au basket ou faire de la musique.

Le centre est très accueillant, à l'image du directeur qui prend beaucoup de temps pour nous. Il veut que nous essayions de marcher un peu avec une canne et un bandeau sur les yeux et nous devons également reconnaître des billets et des pièces de monnaie. Les plus téméraires feront également un petit tour en chaise roulante.



*Marie et Elise tentent l'expérience*

Le reste de la visite se déroule dans les salles de classe où nous suivons un cours. En fin de matinée, nous voyons un grand car débarquer dans la cour ; une vingtaine de jeunes Indiens descendent et vont jouer avec les enfants dans le petit parc. Il s'agit en fait d'une sortie de travail d'un groupe de jeunes économistes et employés en "marketing" qui font des journées de bénévolat. Leur entreprise leur demande de faire cela et ils s'y plient avec plaisir. Nous avons trouvé très intéressant ce mélange de deux réalités complètement différentes. Mélanger les gens donne une énergie palpable et les enfants étaient ravis de voir de nouvelles têtes.



*Centre APD avec le groupe de jeunes économistes*

Finalement, cette visite que certaines d'entre nous redoutions a été très positive et instructive. Nous avons vu les efforts de certains Indiens pour offrir des solutions concrètes aux personnes handicapées et cela sans esprit de charité mais plutôt dans un élan de convictions personnelles et collectives.

### *Dimanche*

La visite du " Homecare center " a enfin lieu. Nous nous y rendons avec Rebecca, l'Américaine qui dort là-bas. Elle a annoncé notre venue aux enfants et nous dit qu'ils sont très excités de nous rencontrer. La tension monte quand nous passons le pas de la porte et nous nous retrouvons vite dans une salle commune où tous les Habitants du " Homecare center " sont réunis pour nous accueillir. Le médecin et d'autres personnes de la M.E.G. School sont présents. Nous sommes très intimidées car nous sentons que les enfants attendent que nous nous présentions et que nous leur parlions mais nous ne savons pas quoi dire et ignorons s'ils comprennent bien l'anglais. Finalement, une petite fille propose de faire un jeu qui va détendre l'atmosphère. Les enfants forment rapidement un cercle auquel nous prenons part et nous voilà entraînées dans la danse. Ils chantent une ritournelle très rythmique et chacun doit improviser un pas de danse que tout le monde imite aussitôt ; la glace est brisée et nous nous mettons à imiter les jeunes filles et à inventer des chorégraphies sous les yeux rieurs des enfants. C'est un souvenir magnifique!



*Une partie des résidents du "Homecare center "*

Par la suite, nous visitons le centre et sommes un peu choquées de voir leurs conditions de vie. Les chambres n'ont pas de lit et les filles déplient un petit matelas chaque soir, il n'y a pas d'eau et cela sent mauvais. Cependant, le centre présente plusieurs qualités : les enfants ne payent rien, ils sont nourris et peuvent rester tant qu'ils veulent.

L'après-midi nous faisons des activités par petits groupes et nous leur lisons des histoires en anglais. Ensuite, les enfants doivent soit dessiner, soit résumer ce qu'ils ont compris de l'histoire et nous changeons de groupe. Rebecca a organisé cette activité et cela fonctionne bien. Les enfants n'ont pas un très bon niveau d'anglais mais nous avons

des traducteurs qui nous aident. A la fin de la journée nous prenons beaucoup de photos avec les enfants et ils se montrent très affectueux ; ils nous demandent si nous reviendront le dimanche prochain et nous sommes désolées de devoir leur dire non... Cette visite était émotionnellement chargée et nous avons passé un super moment.



*Enfants du "Homecare center" pendant l'activité*

#### **d) Quatrième semaine (du 25/06/12 au 01/07/12)**

Durant cette dernière semaine, nous devons faire notre " action day ". Le but est d'essayer de réaliser une de nos envies et de le faire de manière autonome. Un groupe veut aller dans une clinique Âyurveda pour apprendre les bases de cette médecine alternative, un autre veut aller voir un accouchement et la dernière voudrait voir une chirurgie. Cependant, la réalité va à nouveau nous faire changer de projet. La maternité à laquelle un groupe se rend ne peut pas les accueillir et la situation est identique pour la chirurgie. Nous avons déjà essayé de nous rendre à l'hôpital sans rendez-vous préalable et ne désirons pas vraiment retenter l'expérience. Finalement, un groupe ira visiter la partie moderne de la ville de Bangalore et un autre groupe ira dans la clinique Âyurveda. L' " action day " est l'occasion de prendre du temps pour assouvir une envie et c'est un concept qui nous plaît. Il faut cependant rester réaliste quant aux possibilités offertes et à la réalisation de ce projet.

Le temps de la présentation des différents systèmes de santé est enfin arrivé. Nous nous rendons dans une université et prenons place dans une salle où se trouvent une trentaine de personnes. La Suisse sera le premier pays à présenter son système de santé et deux d'entre nous acceptent de faire la présentation orale pour le groupe. Nous parlons du système d'étude, des hôpitaux, des assurances, des cabinets, du nombre de consultation

par jour et des tarifs. Les Indiens et les Américains trouvent incroyable que n'importe quel étudiant détenant une maturité puisse s'inscrire en première année de médecine. Le concept de la franchise de l'assurance obligatoire n'est pas facile à faire passer mais notre auditoire est très attentif. Par la suite, les Américains font leur présentation et c'est très intéressant car leur système vient justement de changer. Puis enfin, une étudiante indienne fait sa présentation en expliquant de façon politiquement correcte le système de santé indien. Le directeur de la faculté de médecine communautaire s'insurge alors en disant qu'elle explique n'importe quoi et que le système de santé ne fonctionne pas du tout grâce au gouvernement mais grâce au système privé. Nous sommes stupéfaites d'être témoins d'une interruption aussi véhémente et comprenons qu'il doit être difficile d'entendre un discours démagogique lorsqu'on connaît les dérives du gouvernement. La pauvre étudiante finit sa présentation puis, nous faisons une table ronde pour discuter des présentations et poser des questions aux représentants de chaque pays.

L'expérience est très enrichissante et le fait de mélanger tous les horizons, les âges et les pays est très intéressant.

Nous finissons l'après-midi en nous rendant à un festival indo-germanique à Bangalore. Le lendemain, nous faisons notre présentation finale du stage et, c'est en petit comité que nous parlons franchement de nos impressions avec le médecin. Nous sommes globalement émuës et satisfaites mais nous lui faisons également part de nos agacements liés au manque d'organisation. Le médecin nous fait également un feed-back personnel et nous encourage pour la suite.

En fin de semaine, nous allons rencontrer une dame nommée Popet qui est un contact que nous avons depuis la Suisse. Elle nous accueille chez elle et nous fait chaleureusement visiter son jardin d'enfants qui est le deuxième meilleur de Bangalore. Popet possède également un restaurant, un spa et des chevaux pour ses deux enfants qui ont notre âge. Nous rencontrons le plus jeune de ses enfants qui nous invite à faire du cheval dans son manège et nous nous retrouvons sur le dos d'un canasson avant d'avoir eu le temps de dire ouf.

De retour à la garderie, nous pouvons comparer les différents "standing" des écoles et c'est instructif. En effet, dans cette garderie destinée aux enfants plus riches, les cours sont en anglais dès le début, ils appliquent une méthode très pédagogique et individualisée sans demander aux enfants de faire uniquement du par cœur. Nous avons remarqué les compétences pédagogiques d'une maîtresse et avons été très bien reçue dans les classes.

Les derniers jours sont consacrés aux cadeaux et aux rassemblements avec les Américains et le médecin Daya. Nous sommes ravies et pleines d'expériences positives pour la suite.



*Elise, Marie M., Michelle, Marie O., Marion et Dayaprassad*

## VII. Notre Vécu

### Michelle

J'ai pris beaucoup de plaisir à découvrir ce pays, en apprenant à le connaître à travers son essence, les gens de l'Inde. Chaque interaction, que ce soit en voyage ou pendant le stage en lui-même, m'a permis de mieux connaître les mœurs locaux, les coutumes qui peuvent sembler surprenantes au premier abord, et de m'ajuster gentiment à leur façon de penser. Il y a certaines règles de conduite qui ne nous sont pas données dans les guides touristiques, tel l'appui que cette société a sur la hiérarchie. Cela peut sembler surprenant et déstabilisant au début, surtout quand on ne s'est pas encore familiarisé aux règles du jeu. Et pourtant, c'est quand on se sent le plus perdu qu'on trouve de nouveaux chemins, qu'on apprend que la vie peut fonctionner différemment qu'on ne l'ait connu jusqu'alors. Mon immersion en communauté m'a non seulement permis de voir le fonctionnement d'un système de santé différent du nôtre, mais m'a aussi ouvert les yeux sur le ressenti qu'une communauté peut avoir au sujet de son système de soins.

En effet, c'est surtout quand les situations ne sont pas optimales que l'on voit ce qui est nécessaire pour faire tourner les roues d'un tel système. Le système de santé suisse est très rigide dans sa conception, rien ne semble pouvoir changer sans un vote majoritaire de la population. En revanche, en Inde, le système est si labile et encore dans la phase de développement que les choses peuvent réellement changer. Cela m'a inspirée et m'a permis de réaliser que rien n'est fixe, et que dans chaque système, il existe non seulement le potentiel de changement, mais aussi des problèmes qui peuvent et doivent être traités. Le plus dangereux pour un système de santé serait de stagner et de se croire supérieur à l'amélioration.

L'Inde a encore beaucoup de chemin à parcourir avant que son système de ne puisse subvenir aux besoins de son peuple. Il est intéressant de voir qu'une société qui est tellement structurée au niveau social ait un système de santé si instable, si jeune encore dans son développement. Il y a beaucoup de moyens de passer entre les lois, entre les filets de l'éthique et de la justice. La corruption omniprésente dans ce pays n'épargne bien sûr pas le système de santé. Et pourtant, la même flexibilité de ce système permet à des organisations de changer la vie de certains patients, notamment en permettant à des médecins d'opérer gratuitement des patients, qui ne pourraient se payer les frais autrement. Ce pays m'a beaucoup impressionnée.

### Marie Ongaro

Mon stage en Inde était un projet que j'attendais depuis longtemps pour plusieurs raisons. Premièrement, je savais que ce stage serait une expérience unique puisqu'il me permettrait d'étudier un problème de santé dans toutes ses dimensions et pas uniquement dans une dimension purement scientifique ou médicale. En effet, nous allons bientôt commencer nos stages et nous n'aurons pas l'occasion de rencontrer des travailleurs sociaux, ni des habitants d'une communauté spécifique ou encore des bénévoles pour une communauté défavorisée ; nous allons avoir des patients en milieu hospitalier et il ne sera

pas possible de connaître leur entourage, leur lieu de vie et les facteurs les ayant poussé dans leur problème de santé.

Deuxièmement, j'étais impatiente de travailler avec des individus d'une autre culture que la mienne. Ceci s'est révélé très enrichissant. J'ai toutefois rencontré des difficultés à comprendre le fonctionnement des indiens, leurs habitudes et le système hiérarchique qui est fortement ancré dans leurs esprits et fonctionnements.

J'ai beaucoup aimé travailler dans le bidonville et pouvoir l'étudier dans plusieurs dimensions. Nous avons eu la chance d'être encadrées par un médecin qui nous a beaucoup apporté et nous a organisé des visites de manière à ce que nous nous fassions une opinion personnelle de l'organisation et des problèmes qui règnent dans le système de santé indien.

Nous avons eu beaucoup de chance pour ce stage car même si nous vivions dans un bidonville, nous avons des conditions de vie excellentes, nous avons très bien été accueillies et toujours respectées.

Le seul point négatif de ce stage reste les longues heures que nous avons passé à attendre des autorisations, des informations ou encore des formulaires ; pour nous qui sommes toujours très pressés et ponctuels, attendre pendant des heures à ne rien faire a été difficile.

Je pense que j'ai beaucoup appris avec ce stage et je suis heureuse d'avoir pu côtoyer la population des bidonvilles, car sans ce stage, je n'aurais pu le faire et je suis contente d'y avoir été confrontée.

### Marion

Avant de partir pour l'Inde, je ne voulais pas trop y penser, pour n'avoir aucun préjugé à l'arrivée. Nos contacts avec le médecin avaient été intéressants quoique plutôt vagues en ce qui concernait notre stage sur place. J'ai du coup été très surprise et ravie de découvrir notre programme. Bien que le temps passé sur place fût très court, ça m'a donné un bel aperçu de l'Inde et de sa culture si différente de celle que je connais. J'ai toujours aimé voyager et découvrir des pays différents, avec tout leur bagage culturel, mais cette fois-ci, le dépaysement était total. Une des choses marquantes a été la rencontre des gens, de nature très discrète au premier abord, puis beaucoup plus curieuse une fois la conversation engagée.

Le stage lui-même nous a amenées à faire de belles découvertes et surtout à mieux comprendre comment était organisée cette société indienne. Je pense que l'éducation est primordiale pour avoir accès à la santé et les associations qui nous ont accueillies travaillaient toutes sur ce principe. Par diverses approches, elles donnaient toutes accès aux soins à ces populations trop souvent laissées de côté dans un milieu urbain.

Ce qui m'a frappée à Bangalore ce sont aussi les multiples possibilités de créer un projet pour soutenir une cause à laquelle on croit. En Suisse, j'ai trop souvent l'impression que tout a déjà été fait et que seuls des professionnels ultra qualifiés peuvent se permettre d'émettre des propositions pour un problème social ou sanitaire. Du coup, il était intéressant de voir les ressources et la créativité déployées par les associations afin d'effectuer leur travail. Et surtout de se rendre compte qu'un temps d'adaptation est nécessaire si on veut pouvoir travailler de façon efficace dans un milieu inconnu.

### Elise

Ce stage a largement dépassé mes attentes et mes envies. En effet, je suis partie sans aucune idée de ce que j'allais trouver sur place et l'Inde n'était pas ma destination de prédilection. J'ai été vraiment très agréablement surprise de me sentir bien là-bas et je me suis souvenue d'atmosphères connues lors de précédents voyages en Asie. J'ai préféré le stage au voyage de deux semaines que nous avons fait à notre arrivée car durant celui-là, nous avons eu l'occasion de rencontrer les locaux et avons pu tisser de vrais liens. Je reste absolument étonnée d'avoir été accueillie avec autant de gentillesse et de chaleur. Le médecin qui était notre personne de référence m'a beaucoup impressionnée par son engagement, sa force de caractère et son intelligence. Il m'a transmis des idées et des convictions que je ne parvenais pas à trouver à Genève et grâce à ce voyage, j'ai réussi à comprendre ce qui me déplaisait dans la médecine actuelle dans notre pays. Pour lui, et je partage son avis, l'accès à la médecine est un droit et sa pratique ne doit pas être un "business". J'ai retrouvé la simplicité des choses, les partages vrais et des relations humaines riches ; cette quête de l'essentiel ne se fait pas sans un certain dépouillement mais elle est vitale. Je ramène avec moi du courage, de l'optimisme et un peu d'idéalisme. J'ai également beaucoup apprécié la musique et la danse indienne.

Partir à cinq était un défi et nous nous sommes très bien entendues. J'ai beaucoup aimé connaître mes amies dans un autre cadre que le travail et l'université. Je pense que nous partageons des souvenirs très forts et parfois très drôles. En quelques mots : ce voyage était magnifique !

### Marie Maulini

Le jour de notre visite au Home Care Center n'aurait pas pu être un meilleur exemple d'immersion en communauté pour moi.

Immersion, comme lors d'un plongeon dans un océan sombre et profond, sans aucun repère que les abysses de l'étrange et de l'inconnu.

En pénétrant dans le Home Care Center, ce sont pourtant une trentaine d'enfants qui m'ont pourtant submergé de leurs sourires dès la première seconde. L'inconnu était toujours là, mais de moins en moins intimidant. Il prenait la forme de chaque visage, illuminé par notre venue en ce dimanche après-midi.

Jagruthi's Home Care Center représente bien ce qu'on pourrait appeler vie en communauté. De manière surprenante, la tragédie de ces enfants touchés de près ou de loin par le VIH ne se reflétait pas sur leurs visages, et dès le premier contact chaleureux, la distance qui séparait leur existence de la mienne disparu.

Ces enfants étaient vraiment comme une grande famille. Les filles les plus âgées s'occupaient affectueusement des plus petits comme de leurs propres enfants.

Dès les premières minutes, je n'avais plus envie de m'en aller. L'inconnu avait disparu et l'immersion était pour moi totale. Je me suis rendue compte à quel point il était facile et ironiquement dur à la fois de s'attacher à un enfant.

Lorsque nous avons dû partir, j'étais émue de quitter ces visages adorables. Cette immersion en communauté était pour moi si profonde qu'il était dur d'en sortir, et ce jour restera de loin la meilleure expérience de mon stage en Inde.

## **VIII. Conclusion**

Notre stage en Inde s'est très bien déroulé et nous avons pu appréhender le système de santé indien. De façon générale, l'Inde nous a semblé être un pays haut en couleurs, d'une grande diversité et avec un passé très riche. Les extrêmes se côtoient, du plus riche au plus pauvre et les religions ainsi que les langues cohabitent. Les couleurs et les odeurs impriment les sens des voyageurs et nous avons beaucoup aimé déambuler dans ce joyeux capharnaüm.

Après ces quatre semaines de stage, nous avons une vision d'ensemble du système de santé en Inde. Nous avons pu constater que la théorie de l'accès aux soins pour tous et la pratique sont deux choses très différentes. En effet, les Indiens qui possèdent une assurance sont minoritaires, peu d'entre eux connaissent leurs droits et les malades sont stigmatisés dans la société et par le corps médical. Les patients représentent donc une population doublement vulnérable puisqu'ils sont malades et rejetés socialement. Cela entraîne plusieurs conséquences comme un retard dans la demande de soin, une honte de la maladie et souvent l'absence de prise en charge.

D'un autre côté, nous avons eu l'occasion de rencontrer plusieurs Indiens qui se battent pour un meilleur accès aux soins et notamment dans les populations les plus démunies. Comme l'état ne remplit pas son devoir et ne met pas en place des programmes efficaces de soins, certains particuliers mettent à disposition des centres de soins et organise une réponse à la demande de soins. En outre, ils vont même jusqu'à aller activement à la recherche des patients car ils connaissent les difficultés d'une demande de soin en Inde. Cette solidarité provient de convictions profondes et elle s'appuie sur une jeunesse motivée et convaincue.

Les solutions proposées sont des soins gratuits pour les enfants des bidonvilles et leurs parents, des opérations chirurgicales gratuites, un suivi annuel des enfants dans les écoles, une permanence assurée par un médecin ainsi qu'un groupe de volontaires formés qui sillonnent les bidonvilles à la recherche des personnes malades. La prévention est encore pratiquée à petite échelle bien que les volontaires aient tourné des films sur les abus sexuels.

Nous avons donc constaté un grand problème dans l'accès aux soins pour les habitants des bidonvilles mais en contrepartie, certains Indiens remplacent en quelque sorte le rôle de l'état et travaillent sur le long-terme en invitant les médecins locaux à donner de leur temps et à soigner gratuitement. Cependant, il serait quand même préférable et envisageable pour le futur de rémunérer les médecins qui maintiennent les soins pour ces populations car l'état débourse beaucoup d'argent dans la santé mais il n'arrive pas en bas de l'échelle pour ceux qui en ont besoin. Notre vœux serait donc que la politique réussissent un tour de force en faisant la guerre à la corruption et en s'inspirant des programmes bénévoles qui marchent pour que la santé reste une préoccupation étatique.

Mais l'Inde est un très grand éléphant et il faut être patient...

## **IX. Remerciements**

Nous souhaitons remercier particulièrement le docteur Dayaprasad qui nous a chapeauté pendant notre stage. Il s'est montré très accueillant et nous a donné l'occasion d'avoir une vision approfondie de la situation sur le système de santé dans les bidonvilles. Il nous a aussi permis de découvrir la danse et la musique indienne, ce qui a été très intéressant pour nous.

Nous remercions également Vassanthi et Etienne Dufour qui ont été nos contacts à Genève et qui ont fait en sorte que notre stage soit bien organisé et qu'il déroule bien.

Le personnel de l'école a aussi été d'une grande aide pour nous ; ils nous accueillent, ont toujours été présents et nous ont toujours aidé. Merci à Kiren, Kannan, Delip et Suresh.

Sans Sumathi, Mery et Rebecca, il n'aurait pas été possible d'aller à la rencontre des habitants du bidonville donc nous les remercions vivement de nous avoir ouvert les portes de cette communauté.

Les conseillers de l'école nous ont beaucoup aidé pour le screening à l'école ; sans eux, nous n'aurions pas pu récolter toutes les informations nécessaires à l'établissement des dossiers médicaux des enfants. Nous les remercions de leur aide et de leur gentillesse.

Nous remercions également José pour sa bonne humeur belge et la bouffée d'air européenne qu'il nous a apporté.

Un dernier remerciement ; il s'adresse à Renu Appachu, la directrice de Jagruthi. Elle nous a ouvert les portes de son association et a mis à disposition bon nombre de son personnel pour nous faire découvrir les différents projets qu'elle mène ; un grand merci à elle.



## X. Bibliographie

### Articles et livres :

- Ahmad, N. (2010), Female feticide in India. *Issues Law Med*, 26(1):13-29.
- Balarajan, Y. & Selvaraj, S. & Subramanian, S.V. (2011). Health care and equity in India. *The Lancet*.
- Barker, M. D. & Dwight. (2010). The effect of reservations on caste persistence in India.
- Celermajer, DS. & Chow, CK. & Marijon, E. & Anstey, NM. & Woo, KS. (2012). Cardiovascular Disease in the Developing World: Prevalences, Patterns, and the Potential of Early Disease Detection. *J Am Coll Cardiol*.
- Cole, WO. & Sabmbhi, PS. (2005). A popular Dictionary of Sikhism. *Taylor & Francis e-Library*.
- Davis, M. (2007). *Le pire des mondes possibles : de l'explosion urbaine au bidonville global*. Paris : La Découverte.
- Deshpande, A. (2000). Does Caste still define Disparity ? : A look at Inequality in Kerala. *The American Economic Review*, Vol. 90, No. 2, *Papers and Proceedings of the One Hundred Twelfth Annual Meeting of the American Economic Association*. pp. 322-325.
- Diamond-Smith, N. & Luke, N & McGarvey, S. (2008). 'Too many girls, too much dowry': son preference and daughter aversion in rural Tamil Nadu, India. *Cult Health Sex*, 10(7):697-708.
- Ghosh, S. & Samanta, A, & Mukherje. (2012). Patterns of alcohol consumption among male adults at a slum in Kolkata, India. *J Health Popul Nutr.*, 30(1):73-81.
- Horton, R. & Das, P. (2011). Indian health: the path from crisis to progress. *The Lancet*.
- Jaffrelot, C. & Kumar, S. (2009). Rise of the Plebeians ? : The changing face of Indian Legislative Assemblies. *Routledge*.
- Kapoor, SS. & Kapoor, MK. (2008). The last Rites in Sikhism. *Hemkunt Publishers*.
- Kumar, D. (2012). Genomics and Health in the Developing World : Oxford monographs on medical genetics. *Oxford University Press*.
- Marimuthu, P. & Hemanta Meitei, M. & Sharma, BBL. (2009). General Morbidity Prevalence in the Delhi Slums. *Indian J Community Med.*, 34(4): 338–342.
- Neale, M. (2012). Great Soul: Mahatma Gandhi and his Struggle with India and The Cambridge Companion to Gandhi and An Intellectual History for India. *Asian affairs*, Volume 43, Issue 2.
- Nelson, D. (2009). India makes education compulsory and free under landmark law. *The telegraph*. URL : <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/asia/india/5879160/India-makes-education-compulsory-and-free-under-landmark-law.html>

- Pandey, G. (2011). An English Goddess for India's down-trodden. URL : <http://www.bbc.co.uk/mews/world-south-asia-12355740>
- Patil, SS. & Berad, AS. & Angadi, MM. (2009). A Study to Assess Catastrophic Household Expenditure on Childhood Illness in an Urban Slum in Bijapur. *Indian J Community Med.*, 34(4): 335–337.
- Raj, A. (2011). Gender equity and universal health coverage in India. *The Lancet*.
- Ramachandra Guha. (2011). The next superpower ? : will India become a superpower ? In Kitchen, N. (ed). *IDEAS reports – special reports. London : London School of Economics and political Science*.
- Ramani, KV. & Mavalankar, D. Health care system in India : opportunities and challenges for improvements. *Indian Institute of Managment*.
- Sahni, M. & Verma, N. & Narula, D. & Varghese, RM. & Sreenivas, V. & Puliyeel, JM. (2008). Missing girls in India: infanticide, feticide and made-to-order pregnancies? Insights from hospital-based sex-ratio-at-birth over the last century. *PLoS One* May, 21;3(5):e2224.
- Sahni, M. & Verma, N. & Narula, D. & Varghese, RM. & Sreenivas, V. & Puliyeel, JM. (2008). Missing girls in India: infanticide, feticide and made-to-order pregnancies? Insights from hospital-based sex-ratio-at-birth over the last century. *PLoS One*, 3(5):e2224.
- Sarkin, J. & Koenig, M. (2010). Ending Caste Discrimination in India: Human Rights and the Responsibility to protect (R2P) Individuals and Groups from discrimination at the domestic and international levels. *The George Washington International Law Review*, 41(3).
- Sen, B. (2011). Securing the right to health for all India. *The Lancet*.
- Singh, JP. (2010). Socio-cultural aspects of the high masculinity ratio in India. *J Asian Afr Stud*, 45(6):628-44.
- Sinha, A. & Mallik, S. & Sanya, D. & Dasgupta, S. & Pal, D. & Mukherjee, A. (2012). Domestic violence among ever married women of reproductive age group in a slum area of Kolkata. *Indian J Public Health*, 56:31-36
- Subaiya, L. & Bansod, DW. (2011). Demographics of People Ageing in India : Trends and Differentials. *BKPAI Working Paper No.1, United Nations Population Fund (UNFPA)*.
- Sud, H. (2006.), Poverty and slums in India – Impact of changing economic landscape. *South Asia Analysis Group*
- Sumner, MM. (2009). The unknown genocide: how one country's culture is destroying the girl child. *Int J Nurs Pract.*, 15(2):65-8.
- Taylor, RP. (2000). Death and the Afterlife : A cultural encyclopedia. *ABC-CLIO*.
- Udwadia, Z.F. (2012). MDR, XDR, TDR tuberculosis: ominous progression. *Thorax*, 67:286-288.
- Unnikrishnan et al. (2012). Preventing obesity in India: Weighing the options. *Indian J Endocrinol Metab*. 2012 Jan-Feb; 16(1): 4–6.
- Wadgave, H.V. (2011). Knowledge of HIV/AIDS transmission among the adolescent girls in slum areas. *Indian J Sex Transm Dis.*, 32(2): 139–141.

Wilkinson, H. (2011). Saving Mothers' Lives : Reviewing maternal deaths to make motherhood safer : 2006-2008. *Trustees and Medical Advisers, BJOG, 118(11):1402-3.*

Wirsing, RG. (1998). India, Pakistan & the Kashmir Dispute : On regional conflict and its resolution. *St. Martin's Press.*

Yardley, J. (2011). In one slum, Misery, Work, Politics and Hope. *The New York Times.*

### **Sites internet :**

Amnesty International. URL : [www.amnesty.org](http://www.amnesty.org)

APD. URL : <http://www.apd-india.org>

Bidonville. URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Bidonville>

CIA - the world factbook. CIA. Updated weekly. URL : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/in.html>

Doctors for seva. URL : <http://www.doctorsforseva.youthforseva.org>

IANS : India's slum population to be over 93 million in 2011. URL : <http://www.indiavision.com/news/article/national/98404/>

Inde, Une presence quasi quotidienne dans les bidonvilles de Jaipur. URL : <http://www.medecinsdumonde.org/A-l-international/Inde>

Indian journal of public health. URL : <http://www.ijph.in/>

Jagruthi. URL : <http://jagruthi.org>

Organisation Mondiale de la santé. URL : <http://www.who.int/countries/ind/fr/>

SEVA. URL : <http://www.seva-legrandsaconnex.ch>

UNICEF. URL : [www.unicef.org](http://www.unicef.org)

Slum Population in India. URL : <http://www.indiaonlinepages.com/population/slum-population-in-india.html>

South Asia Analysis Group. URL : <http://www.southasiaanalysis.org/%5Cpapers18%5Cpaper1769.html>

The New-york times. URL : <http://www.nytimes.com/2011/12/29/world/asia/in-indian-slum-misery-work-politics-and-hope.html?pagewanted=all>

The Times of India, 2012. URL : [http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-03-06/india/31127057\\_1\\_health-ministry-nchrh-bill-human-resources](http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-03-06/india/31127057_1_health-ministry-nchrh-bill-human-resources)

WHO – India: Health profile. Mai 2012. World Health Organisation. URL : <http://www.who.int/gho/countries/ind.pdf>