

Immersion en Communauté 2013

Inde, Karnataka, Bangalore

Etude de la prévention dans le système de santé à Bangalore



Adrien Mazzolari

Jonathan Deriaz

Karin Rose

Yann L'Huillier

Sommaire

Introduction	4
Histoire et géographie	5
Stage	10
Cadre	10
<i>Dr Dayaprasad G Kulkarni, alias Dr Daya</i>	10
<i>Les Associations</i>	10
<i>Déroulement du stage</i>	11
<i>Logement</i>	11
<i>Argent</i>	12
Activités	12
<i>Sankara eye hospital</i>	12
<i>Sports for SEVA</i>	13
<i>Journée anti-tabac</i>	14
<i>Visite de la clinique de la pédiatre Shubha Badami</i>	16
<i>La visite du Cloudnine hospital maternity</i>	19
<i>Conférence pédiatrique</i>	22
<i>Centre de soins à Bypanhalli</i>	27
<i>Télé médecine</i>	29
<i>Visite des bidons villes de Bypanhalli et discussion avec les linkworkers</i>	30
<i>Conférence urgences et soins intensifs</i>	33
<i>Hope Foundation</i>	35
<i>Building Blocks School</i>	37
Synthèse prévention	39
<i>Sankara eye hospital</i>	39
<i>Journée anti-tabac</i>	39
<i>Sports for SEVA</i>	39
<i>Cloudnine Hospital :</i>	40
<i>La Dre. Shubha Badami :</i>	40
<i>Conférence pédiatrique</i>	40
<i>Centre de soins de Bypanhalli</i>	40
<i>Télé médecine</i>	40
<i>Hope foundation</i>	41
<i>Conférence urgences</i>	41
<i>Visite des bidonvilles :</i>	41

<i>Building Blocks School</i>	41
Culture	41
Vie chez Daya	41
<i>Jonathan</i>	41
<i>Karin</i>	42
Expérience médecin	42
<i>Adrien</i>	42
<i>Jonathan</i>	43
<i>Karin</i>	43
Théâtre	43
Workshop danse	44
Poésie	45
Mariage	45
Géographe	46
Conclusion	48
Conclusions personnelles	49
Adrien	49
Jonathan	50
Karin	50
Yann	51
Bibliographie	53
Livres et publications	53
Liens internet	53

Introduction

L'Inde. Rien qu'à ce nom, un certain exotisme nous apparaît. Le Taj Mahal, des temples richement décorés, des habits aux couleurs vives, des plats épicés... Il s'agit d'un monde à l'opposé de celui que nous connaissons. Et nous avons souhaité nous y plonger.

Alors, pourquoi l'Inde ? Après avoir épluché divers rapports des années précédentes, 4 pays se sont distingués : Le Vietnam, l'Indonésie, Cuba et l'Inde.

Nous désirions avant tout un voyage à but humanitaire. Après avoir recherché dans ces 4 pays des associations susceptibles de nous accueillir, le Dr. Dayaprasad G. Kulkarni, président de plusieurs associations dont nous parlerons en détail plus tard, nous a acceptés.

Il s'avère que ce médecin réside à Bangalore, une grande ville dans laquelle vivent non moins de 8.5 millions d'habitants. Imaginez, la population totale de la Suisse regroupée en une seule et même ville. Pourquoi ne pas aller voir de plus près à quoi cela ressemble ?

Ayant lu les différents projets de ces associations sur leurs sites internet, les buts de notre stage prenaient forme dans nos esprits. Nous voulions en apprendre plus sur plusieurs fléaux qui frappent l'Inde, comme les MST ou la prostitution infantile. Nous étions également intéressés par les maladies infectieuses, ou encore tout simplement le système de santé indien.

Malheureusement, comme vous le verrez plus tard, nous avons vite déchanté. Au vu de ce que le Dr. Dayaprasad nous a donné à faire une fois là-bas, nous avons décidé que notre problématique serait : la prévention.

Contre quelles maladies fait-on de la prévention en Inde ? Quels sont les programmes, notamment de vaccination, mis en place ? Quels sont les obstacles à surmonter et les réussites obtenues ? Nous tâcherons de répondre à ces questions tout au long de notre rapport.

Mais ces 6 semaines en Inde ont fait bien plus que tourner autour de la prévention. Nous avons découvert une nouvelle culture, et c'est l'une des principales choses à avoir motivé notre départ. Nous voulions découvrir de nouveaux paysages, de nouvelles personnes, et apprendre comment le système indien fonctionnait.

De quoi ont été composées ces 6 semaines ? Nous pouvons vous donner un avant-goût ici : Résider chez une famille indienne, suivre divers médecins durant leur travail, visiter des hôpitaux, observer la vie dans les bidonvilles, aider divers associations, participer à des conférences et même en présenter une.

Pour en savoir plus, il faudra lire le rapport entier.

Histoire et géographie

L'importance de ce chapitre nous est apparue évidente après une simple question de Yann à notre superviseur Daya : « Comment se fait-il qu'un peuple ayant écrit le Kâmasûtra soit aujourd'hui si pudique et strict? ». Il nous a expliqué que ce livre avait été écrit dans les premiers siècles après. J.-C. où les mœurs étaient plus libres, et c'est la domination musulmane qui a rendu la société indienne beaucoup moins libertine.

Son explication nous a fait prendre conscience d'une chose : L'Inde est passée par plusieurs vagues de migrants d'origines diverses qui ont chacun laissé une trace dans le pays. C'est pourquoi, si l'on veut comprendre la culture locale, il faut connaître son histoire.

Avant de commencer, quelques mots sur un plan purement géographique. Ce pays de 3'287'590¹ km² couvre la majeure partie du sous-continent indien en Asie du sud. Il a des frontières avec le Pakistan, la Chine, le Népal, le Bhoutan, le Bangladesh et le Myanmar (Ex-Birmanie) et est séparé du Sri Lanka par le détroit de Palk.²

L'Inde est un état fédéral regroupant 28 états, 7 territoires fédéraux dont le territoire national de Delhi où se trouve le capitale New Delhi.

C'est le 2^{ème} pays le plus peuplé au monde avec près de 1,237 milliard³ d'habitants dont 68% vivent en zone rurale.⁴

Par sa taille, ce pays possède une très grande variété d'environnements : les chaînes himalayennes au nord, la plaine Indo-Gangétique et les Ghâts occidentaux et orientaux. Ces chaînes de montagnes délimitent le plateau du Deccan, les côtes maritimes et même le désert du Thar à l'est.



¹ Le Grand Atlas, Edition Mondo 1999

² D'après le gouvernement indien, la frontière d'une partie du Jammu-et-Cachemire a une frontière avec l'Afghanistan. Cette partie du Cachemire revendiquée par l'Inde, est administrée par le Pakistan et est appelée l'Azad Cachemire.

³ <http://donnees.banquemondiale.org/pays/inde>

⁴ <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.RUR.TOTL.ZS>

Notre stage s'est passé à Bangalore dans l'état du Karnataka (dont les frontières sont en vert sur la carte de la page 5). Appelée officiellement Bengaluru, elle se situe sur le plateau du Deccan et est la capitale du Karnataka. Bien que cette ville ait 8'425'970⁵ d'âmes pour environs 741 km², nous n'avons pas trop « senti » cette forte population, à part dans certains quartiers.

On a peu de renseignements fiables sur le peuplement de l'Inde⁶, mais les premiers habitants de ce qu'on appelle aujourd'hui l'Inde semblent avoir été les *Négritos*. Petit à petit, ils ont été remplacés par les populations dravidiennes. De fait, on ne trouve plus de Négritos que dans les îles Andaman.

À partir de 2000 av. J.-C., il y eut la migration des Indo-aryens arrivant du nord-ouest. Une des théories est que celle-ci se fit de manière progressive et non-organisée⁷ bien que cela reste sujet à controverse. Ces peuples amenèrent avec eux leurs croyances : les Vedas. Le système des castes est issu de ces traditions.

Le système de caste se divise en quatre *varnas*, tous issus du corps de Brahma selon Daya. La caste la plus élevée est le brahmane, issue de la bouche du dieu. C'est lui qui détient le savoir. Les enseignants, les sages en font partie. Les guerriers et les administrateurs ont été formés des bras, ce sont les ksatriyas. Les vaisyas « ont des aptitudes pour la culture de la terre, au soin du bétail et au négoce »⁸. Les marchands et paysans font partie de ce varna originaire des cuisses de Brahma. La caste la plus basse issue des pieds, celle des sùdras est formée par les serviteurs. Les hors-castes, appelés intouchables ou dalits sont considérés comme impurs par les membres des varnas.

Les Vedas sont les premiers textes saints de l'hindouisme. D'autres religions se feront une place en Inde : par exemple le bouddhisme aux environs du VI-V^e siècle avec Siddhârta Gautama. À la même époque, le jaïnisme, une religion établie depuis longtemps déjà, connut un renouveau avec Mahâvîra⁹. Une autre influence fut celle des hellènes, avec les conquêtes d'Alexandre le Grand au environ de 330 av. J.-C. qui laissa des royaumes indo-grecs. Ceux-ci « seront les intermédiaires culturels entre l'Inde et la Méditerranée. »¹⁰

Durant toute cette période, l'Inde était divisée en petits royaumes. Il fallut attendre le règne de Maurya Ashoka (273-232 av. J.-C.) et ses conquêtes pour que la première unification se fasse. L'empereur après sa conversion, promeut « le bouddhisme qui devient grâce à lui une religion mondiale. »¹¹ À la mort d'Ashoka, l'empire éclatera à cause des luttes pour prendre le pouvoir. Vers 183 av. J.-C., un général du dernier empereur Maurya prend le pouvoir. Il s'agit d'un Brahmane orthodoxe qui rétablit les rites védiques. Durant les premiers siècles après J.-C., divers royaumes se partagent et se succèdent sur le sous-continent.

La domination musulmane commence avec la prise de Karachi en 711 puis la région du Sind. Le reste du nord est régulièrement pillé, dont Delhi en 1018. Delhi est définitivement prise par les turcs et en 1206, le sultanat de Delhi est proclamé. Le sultan contrôle toute l'Inde du

⁵ <http://www.census2011.co.in/census/city/448-bangalore.html>

⁶ Dans ce chapitre, le nom *Inde* englobera toutes les régions du sous-continent jusqu'à l'indépendance.

⁷ P.33, Histoire de l'Inde et des Indiens, Louis Frédéric, Critérion, Paris, 1996

⁸ P. 338, La Bhagdava-Gîtâ telle qu'elle est, Éditions Bhaktivedanta, 1986 Paris

⁹ P.2, Jainism: The World of Conquerors, Volume 1, Natubhai Shah, Sussex academic press, 1998

¹⁰ P.36, Histoire de l'Inde, Jacques Dupuis, Payot, Paris, 1963

¹¹ P.33, Histoire de l'Inde, Michel Boivin, Ed Que sais-je, 4^{ème} édition, avril 2011

nord, de Ghazna à l'Assam. Après le massacre des habitants de Delhi par Tamerlan, le sultanat perd son contrôle sur une partie de ses régions. En 1526, la chute du sultanat marque le début de l'empire Moghol et son emprise sur le sous-continent. Cette domination perdure jusqu'au XVIII^e siècle où il sera remplacé par l'empire Marathe.

L'Inde du sud a une histoire quelque peu différente. Dans un premier temps, l'islamisation s'est faite de manière pacifique contrairement au nord grâce aux marchands arabes et persans. Deuxièmement, il y a eu une vague d'immigrations, principalement effectuées par des musulmans, après le passage de Tamerlan à Delhi. En règle général, ils se sont bien intégrés grâce à l'ajustement de l'Islam aux coutumes locales et au fait qu'ils préféraient faire commerce que faire la guerre.¹² Durant plus de deux siècles (~1336-1565), un puissant empire hindou contrôle l'Inde du sud, le royaume de Vijayanagar.

Le début de l'histoire entre les Européens et l'Inde commence à Kappad, lorsque Vasco da Gama et son équipage débarque sur cette plage proche de Calicut. Progressivement, les portugais établissent des comptoirs le long des côtes comme Goa. Les autres puissances maritimes que sont les Hollandais et les Anglais font de même. Les Français fondent Pondichéry en 1674 et augmentent petit à petit leur influence. À tel point que la Compagnie Anglaise des Indes orientales leur déclare une première fois la guerre en 1744, mais sans succès. La deuxième fois en 1756 aura elle une meilleure issue pour la compagnie, puisque Pondichéry tombe en 1761. Après les batailles de Plassey¹³ et de Buxar¹⁴, la British East India Company s'impose définitivement comme une puissance régionale.

Le puissant royaume du Mysore contrôle une bonne partie du Deccan et tente de repousser les Britanniques. En 1799, la compagnie décide d'éliminer ce royaume et attaque la capitale. Victorieuse, elle annexe une partie des territoires et forme des états vassaux pour administrer le reste. Ainsi, en 1801, la British East India Company contrôle l'Inde du sud.

Une des dates importantes dans l'histoire de l'indépendance indienne est celles de la révolte des *shipâhî* (cipayes)¹⁵ en 1857. Nous avons pu voir une exposition à ce sujet au musée du fort St. George à Chennai. Ce n'est pas la première mutinerie parmi les unités des *shipâhî*, mais l'importance du soulèvement et ses conséquences en font un événement majeur. C'est pourquoi, pour beaucoup, celle-ci marque le début d'une prise de conscience pour l'indépendance¹⁶. Les causes principales sont les rumeurs de christianisation forcée. Ces rumeurs sont étayées par l'arrivée de nouveaux fusils. En effet, les soldats devaient utiliser leurs dents pour ouvrir les boîtes de cartouches ce qui les mettaient en contact avec de la graisse de porc ou de vache.¹⁷ Cela était donc impensable autant pour les hindous que les musulmans.

Le 10 mai 1857, la révolte commence à Meerut. Certains soldats sont emprisonnés pour avoir refusé d'utiliser les cartouches mentionnées plus haut. Cette action met le feu aux poudres

¹² P. 625, L'Inde contemporaine, De 1950 à nos jours, Christophe Jaffrelot, Fayard CERI, 2006

¹³ En 1759, la bataille de Plassey oppose le Nabab du Bengale allié aux français aux anglais. La bataille, gagnée par ces derniers, marque le point de départ de leur expansion en Inde.

¹⁴ En 1764, la Compagnie Britannique des Indes Orientales bat l'armée du Nabab du Bengale allié au Grand Mogol. Cette bataille leur permet de s'installer définitivement en Inde.

¹⁵ « Nom donné aux soldats indiens engagés au service des Français, des Portugais et des Britanniques, aux XVIII^e et XIX^e s », Larousse

¹⁶ P.271, Histoire de l'Inde, Jacques Dupuis, Payot, paris, 1963

¹⁷ P.617, Histoire de l'Inde et des indiens, Louis Frédéric, Critérion, paris, 1996

et des *shipâhî* de l'armée du Bengale massacrent les soldats anglais de la garnison et libèrent les prisonniers. Ils partent pour Delhi pour demander au Sultan de prendre la tête de la rébellion, chose qu'il refusera. Delhi tombera en main rebelle lorsque les *shipâhî* en cantonnement dans la ville massacreront à leur tour les Britanniques.

La révolte se concentre surtout au nord-ouest, au Rohilkhand (Uttar Pradesh), en Inde centrale et au Bihâr.¹⁸ Dans ces régions, la population est du côté des insurgés. Bien qu'inférieur en nombre, grâce à leur discipline et à l'arrivée de nouvelles troupes, les forces anglaises prennent le dessus. Dehli est reprise et pillée en août et la rébellion écrasée courant 1858. Les Anglais exécutent des milliers de personnes soupçonnées d'avoir aidé la révolte.¹⁹ Les massacres qui ont eu lieu des deux côtés marquent une cassure entre les Britanniques et les Indiens. Conséquences supplémentaire, la Compagnie des Indes orientales est supprimée et la couronne récupère via l'India Office puis l'Indian Civil Service la gestion des Indes avant qu'en 1878, la reine Victoria soit couronnée impératrice des Indes.

A la fin du XIX^e siècle, des aspirations indépendantistes commencent à devenir de plus en plus fortes. Des organisations se forment comme l'Indian National Congress ou la ligue musulmane panindienne. En 1919, le Rowlatts Act²⁰ entraîne une grève générale. À Amritsar, l'armée ouvre le feu sur la foule ce qui entraîne des émeutes dans tout le pays. Suite à cela, Gandhi appelle à la non-coopération²¹ avec succès durant les deux années du mouvement. En 1930, il relance un mouvement de désobéissance civile, la marche du sel²². Il obtient un autre succès mais cette fois la communauté musulmane ne participe que très peu. Les dissensions entre hindous et musulmans se font sentir avec des émeutes intercommunautaires.

Il y avait plusieurs courants chez les musulmans, ceux qui voulaient garder un état uni et les séparatistes. Dans ce dernier groupe, il y avait ceux qui, comme Ali Jinnah, préféraient un état laïc. D'autres de ce même groupe voulaient un état islamique. Les nationalistes hindouistes avaient aussi leurs extrémistes. Comme par exemple Rashtriya swtamsevak sangh, une association dont la branche armée a participé activement aux massacres lors de la partition. C'est un ancien membre de ce groupe qui assassinera Gandhi le 30 janvier 1948. Le mouvement Quit India²³ est lancé durant la deuxième guerre mondiale et atteint son objectif ultime : Le 15 août 1947, l'Inde est indépendante.

La victoire est amère pour Gandhi puisqu'au même moment le Pakistan fait sécession. Les migrations entraînent des émeutes et des massacres dans les deux communautés. Au même moment est déclenchée une guerre pour le contrôle du Cachemire qui durera jusqu'en 1948. Ce fut la première entre les deux pays mais pas la dernière. La deuxième et la quatrième eurent lieu toujours au Cachemire respectivement en 1965 et 1999. La troisième fut la guerre d'indépendance du Pakistan oriental qui deviendra le Bangladesh en 1971.

¹⁸ P. 606, A Dictionary of Modern Indian History 1707-1947, Parshotam Mehra, Oxford university press 1985

¹⁹ P.63, Histoire de l'Inde, Michel Boivin, Ed Que sais-je, 4^{ème} édition, 2011 avril

²⁰ Le Rowlatts Act est une loi permettant entre autres d'emprisonner quiconque soupçonné d'activités « subversives » sans procès.

²¹ Mouvement de boycottage des institutions (comme les tribunaux, les écoles...) et des produits britanniques.

²² Marche de 360 km jusqu'au bord de l'océan où en prenant de l'eau, il incite ses compatriotes à récolter eux-mêmes le sel au mépris de la loi et de ne plus payer l'impôt sur celui-ci.

²³ Mouvement de désobéissance civile sur ordre du Congrès commençant le 8 août 1942 suite au refus du Royaume-Uni de donner l'indépendance. Il consista à demander aux Indiens d'arrêter l'effort de guerre.

Au début de l'indépendance, les frontières des 27 états indiens restent issues de l'empire britannique et les ethnies et groupes linguistiques se trouvent souvent dispersés. La question de réarrangement territorial se pose en 1953, lorsque des manifestations ont lieu pour former un état télougou qui aboutira à l'Andhra Pradesh. Ainsi, en 1956, l'état fédéral indien est formé de 14 états et 6 territoires suivant un découpage linguistique.

En 1950, la constitution indienne est présentée par le premier ministre Nehru. Cette figure de l'indépendance démarrera l'industrialisation de son pays. Il en fera également une des têtes de file du mouvement des pays non-alignés.

Politiquement, le parti du Congrès va dominer la vie politique au niveau fédéral jusqu'à la fin des années 80, avec entre autres Indira Gandhi, fille de Nehru. L'extrémisme hindou va aussi se faire une place avec comme événement marquant la destruction de la mosquée d'Ayodha le 6 décembre 1992, qui entraîna des affrontements entre hindous et musulmans. Le Bharatiya Janata Party (BJP), un parti proche des extrémistes, remporte même les élections en 1996. Il est actuellement l'un des principaux partis indiens.

L'histoire de du sous-continent indien est extrêmement riche. Les nombreuses conquêtes ont amené autant d'influences qui se retrouvent aujourd'hui. Malgré son immensité et sa diversité de cultures et de confessions, l'Inde est un pays dont l'économie est en plein essor avec le 10^{ème} plus grand PIB nominal²⁴. Les problèmes majeurs que nous avons pu observer à Bangalore ou en discutant avec les habitants sont la corruption endémique et l'énorme gouffre entre la population la plus riche et la moins aisée.

²⁴ <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.CD/countries/1W?display=default>

Stage

Cadre

Comme dit plus haut, nous avons essayé de contacter plusieurs associations. Deux nous ont répondu : Doctors for SEVA et Jagruthi. Étonnement, c'est la même personne qui nous a répondu, le Dr Dayaprasad G Kulkarni. En effet, celui-ci gère les stagiaires bénévoles dans les deux organisations.

Nous avons donc décidé de diviser notre stage en deux. Ainsi nous passerions 2 semaines avec Doctors for SEVA, puis 2 semaines avec Jagruthi. En réalité, nous n'avons été que des stagiaires de la Madhyama foundation, une association créée par le Dr Daya, et nous n'avons participé à aucune activité avec Jagruthi.

Dr Dayaprasad G Kulkarni, alias Dr Daya

Le Dr Daya est un jeune médecin travaillant depuis bientôt dix ans dans la santé publique. Il agit notamment auprès de la population des milieux défavorisés tels que les bidonvilles, les travailleurs du sexe, et les milieux ruraux. Son but est de diminuer l'écart qui existe entre les riches et les pauvres. Pour ce faire, il informe les personnes de l'importance de la santé et de l'hygiène, ainsi que de leur droit. Il est le président de plusieurs associations dont Doctors for SEVA et Madhyama Foundation. Il travaille également comme enseignant à l'université d'Hawaï, aux États-Unis. Sa politique est de ne jamais accepter d'argent pour les services qu'il rend, que ce soit pour les cours à l'université ou pour ses projets de soins communautaires en Inde.

Les Associations

Doctors for SEVA :

Elle réunit des bénévoles : médecins, para médicaux, non médecins. Son but est de fournir des soins de qualité pour tous en proposant des projets ciblant la communauté et en interagissant avec celle-ci. Doctors for SEVA est une branche de l'association Youth for SEVA, qui encourage les jeunes motivés à devenir bénévoles et propose des projets pour ceux-ci.

Jagruthi :

Cette association propose de l'aide, des soins et un abri aux enfants touchés directement ou indirectement par les maladies sexuellement transmissibles. Ainsi, elle s'occupe des enfants sexuellement exploités, des travailleurs du sexe et de ceux qui ont des parents dans ce milieu. Jagruthi promeut l'intégration de ces personnes dans la société, car jusqu'à présent elles ont été mises à l'écart.

Madhyama Foundation :

La Madhyama Foundation est une ONG dont le but est de diminuer les écarts de statuts dans la société et de permettre d'avoir une société autonome. Les différents domaines dans lesquels elle agit sont : la recherche, la formation, la communication, et les médias. Nous n'avons pas beaucoup d'information au sujet de cette association bien qu'officiellement nous étions stagiaires chez elle.

Déroulement du stage

Arrivés sur place, le Dr Daya nous explique le déroulement du stage. Au premier abord, le Dr Daya nous apparaît comme quelqu'un de très organisé. Il nous présente le calendrier de nos activités, et nous avons déjà l'impression de crouler sous le travail. Le déroulement du stage était exposé ainsi : nous avons un *major project* et un *minor project*. Le *major project* était la journée sportive pour SPORTS FOR SEVA. Quant au *minor project*, nous avons plusieurs activités proposées : suivre un médecin spécialiste ou généraliste, organiser une fête sans alcool pour les bénévoles du Dr Daya, créer une plate-forme pour une future association des étudiants en médecine de Bangalore, etc. Enfin, à la fin de notre stage, nous devons faire une présentation résumant toutes nos activités.

Une grande partie de notre stage sera consacrée à la rédaction de texte. Chacun de nous a comme tâche d'écrire 3 textes sur différentes thématiques qui nous intéressent, et une petite présentation de soi-même. Il nous demande également de créer un blog où nous ferons le récit de nos journées.

En dehors de nos activités liées au stage, il nous propose différents moyens pour nous plonger dans la culture indienne (théâtre, visite de temple, restaurant, etc.). Le Dr Daya ne veut pas que nous restions étrangers à la culture indienne.

A la fin de notre premier entretien avec le Dr Daya, nous étions impatient de participer aux tâches proposées. Mais notre enthousiasme a vite diminué quand nous avons remarqué à quel point le Dr Daya était mal organisé. Il nous est arrivé plusieurs fois d'avoir rendez-vous avec une personne qui n'était pas à Bangalore à l'heure du rendez-vous ou qui n'était même pas au courant que nous venions dans son cabinet. Heureusement, les médecins de Bangalore sont très ouverts et nous accueillaient avec gentillesse même lorsqu'ils n'étaient pas prévenus à l'avance. Ils prenaient la peine de répondre à nos questions et de nous éclairer lorsque nous ne comprenions pas. Nous avons vite compris qu'il fallait toujours vérifier l'heure et le lieu du rendez-vous. Et le plus important, vérifier si la personne était bien à Bangalore à ce moment-là.

Nous verrons pendant notre stage que l'organisation initiale du stage ne sera pas respectée. En effet, nous ne recevons notre planning de la journée qu'en début de matinée ou la veille le plus souvent.

Logement

En ce qui concerne les logements, nous avons eu des difficultés à en trouver. Quelques mois avant notre stage, nous avons échangé plusieurs emails avec le Dr Daya à ce propos. Il était convenu que nous habiterions dans une famille d'accueil. Le Dr Daya confirme qu'il s'occupera de nous trouver une famille, et que tout sera prêt à notre arrivée. Une semaine avant d'arriver à Bangalore, nous n'avions toujours pas de nouvel du Dr Daya. Nous avons donc décidé de dormir à l'hôtel pendant une semaine, puis de voir avec lui sur place. Après notre première rencontre, il nous promet une famille d'accueil à la fin de notre séjour à l'hôtel. Au final, nous sommes les quatre allés dormir dans la famille du Dr Daya en attendant de trouver une solution. Puis, la solution ne se présentant pas, Adrien et Yann ont décidé de retourner vivre à l'hôtel car nous manquions tous d'espace dans ce petit appartement. Jonathan et Karin ont continué à vivre chez le Dr Daya jusqu'à la fin du stage.

Argent

Le Dr Daya n'a jamais été vraiment clair en ce qui concerne l'argent. Il affirme ne jamais avoir demandé de l'argent pour soigner ses patients. Il ne reçoit pas de salaire, et a même refusé d'être payé par l'université où il donne des cours. Nous trouvons tout d'abord cela remarquable puis suspect. En effet, avant de commencer notre stage, le Dr Daya nous a demandé 100 USD chacun pour régler les frais administratifs. Puis à notre arrivée, nous apprenons qu'il faut 200 CHF supplémentaire pour les frais de transports pendant le stage. Cependant, nous avons payé nous-même les trajets pendant le stage. Nous ne savons toujours pas à quoi cet argent à servi.

Activités

Sankara eye hospital

Le 24 mai, nous avons visité l'hôpital de Sankara, une clinique spécialisée dans les soins oculaires. Ce jour marquait la célébration de la 1'000'000ème chirurgie gratuite de l'œil.

L'hôpital a été fondé en 2008 et fait partie de la *Sankara Eye Care Institution* qui comprend 11 hôpitaux répartis à travers l'Inde. L'établissement a été imaginé par le Dr. R.V.Ramani et sa femme, la Dre Radhamani, en 1977.



L'hôpital de l'œil de Sankara

La clinique est divisée en deux parties : une payante, et une gratuite. Les patients paient donc selon leurs moyens, et les plus pauvres recevront des soins gratuitement. L'argent reçu des personnes pouvant payer, soit 20% des patients, sert à payer l'intégralité des soins prodigués dans cette clinique.

Au début, c'était un centre de soin tout à fait commun. Puis il a grandi et s'est peu à peu spécialisé dans les soins oculaires. Le Dr. Ramani est également le créateur de la 1^{ère} banque de l'œil dans le sud de l'Inde.

Il existe de plus un programme pour les familles habitant en zone rurale et n'ayant pas facilement accès à ces soins. Une équipe patrouille donc dans ces zones aux alentours de

Bangalore. Une fois sur place, ils effectuent un dépistage des problèmes oculaires dans la population, et ceux qui ont besoin de soins sont ramené à l'hôpital.

Dans ce dernier, ils sont nourris, logés et soignés. Les patients nécessitant une chirurgie doivent être testés avant tout : il faut être sûr que leur corps et leurs yeux supporteront l'intervention. Si tout se passe bien, ils resteront encore un jour ou deux à l'hôpital avant de retourner dans leur village. Une équipe de l'hôpital est ensuite envoyée un mois après pour faire un check-up.

Concernant les enfants, il existe 3 programmes d'intervention en zone rurale les ciblant: Swagatham, Maithri et Rainbow.

Swagatham s'occupe du dépistage des nouveau-nés étant venu au monde en hôpital. Maithri cible les enfants de 3 à 6 ans n'allant pas encore à l'école. Et pour ceux allant à l'école, c'est le programme Rainbow qui s'en occupe.

Ce dernier se déroule en trois étapes : Tout d'abord, des professeurs volontaires sont entraînés à reconnaître des problèmes oculaires. Puis ils appellent les professionnels du *Sankara Eye Hospital*, qui viendront vérifier ces problèmes. Enfin, les enfants qui le nécessitent seront envoyés à l'hôpital et soignés.

Sports for SEVA

Le 1er et le 2 juin a eu lieu *Sport for SEVA*. Cet événement organisé par *Youth for SEVA* avait pour but de lever des fonds pour acheter du matériel scolaire. Les participants devaient s'acquitter de frais d'inscription pour participer. Ces derniers sont des employés d'entreprise, des propriétaires ou encore des membres d'associations de quartier. Il y avait beaucoup de sports proposés comme le volley-ball, le *throwball*, les échecs, le basket et la discipline reine, le cricket. Les bénéfices s'élèvent cette année à 25'000 roupies et permettront à plus de 30'000 enfants issus de milieux défavorisés d'avoir du matériel pour l'année à venir.

Dans ce projet, nous avons deux rôles. Le premier était de faire de la prévention pour l'activité physique. Le second, qui nous a pris un peu au dépourvu vu nos compétences, était de dispenser les premiers soins en cas de blessure. Heureusement tout s'est bien passé et il n'y eu rien hormis quelques égratignures. Concernant, la prévention nous avons décidé de faire une pseudo-étude. Ainsi, les jours précédents la manifestation, nous avons préparé les deux posters que le Dr. Daya nous a demandés, fait le questionnaire, les *flyers* et récupérés les pansements et autres matériels pour les premiers soins.

Le jour venu nous avons installé notre stand. Pour notre étude, nous nous sommes partagés les rôles : un ou deux d'entre nous allaient vers les gens pour remplir le questionnaire, un autre prenait la taille, le poids et calculait le BMI, et un dernier s'occupait de la tension de la personne interrogée. Pour finir, nous lui donnions notre flyer qui contient une pyramide végétarienne et quelques conseils. Notre semblant d'étude portait sur 33 participants dont 25 hommes et 8 femmes. Presque 30% des hommes étaient en surpoids ou obèse alors que 7 femmes sur les 9 l'étaient. Pour la tension artérielle, moins de 20% des participants avaient une hypertension. De plus, nous n'avons pas vu de différences entre les végétariens et les non-végétariens. Une analyse des résultats concernant l'activité physique moyenne des participants et leur pression artérielle est disponible dans l'annexe 1.



À notre stand, en plein travail

seuls le basket (malheureusement il n'y eu pas d'équipe féminine inscrite) et le *throwball* étaient ouverts aux femmes, le reste était réservé aux hommes. Cette différence illustre bien le rôle très traditionnel dans lequel les femmes sont encore cantonnées. Lorsque nous avons posé la question aux organisateurs ou à Daya, ils nous ont répondu que les femmes n'aimaient pas le sport et qu'elles préféraient rester à la maison regarder la télévision. Mais lorsque nous posons la question aux principales intéressées, la réponse est toute autre. La mère de Daya, issue d'une famille brahmane stricte, nous a dit qu'elle faisait du tennis à l'université mais qu'une fois mariée, elle a dû arrêter le sport et les études pour garder le foyer. Pour elle, il est normal que la femme s'occupe de la maison et y reste la journée, même si cela est ennuyeux. Heureusement, les filles de l'équipe de Karin lui ont dit que ça commence à changer, de plus en plus de filles font du sport. Mais il n'y a pas vraiment de structure pour elles pour le sport-loisir, sauf dans le haut-niveau.

Journée anti-tabac

Le 31 mai, nous avons participé à la journée anti-tabac. Durant cette dernière, une manifestation était organisée par la « Karnataka Cancer Society », suivie d'une conférence sur le tabac et ses risques.

Le but de cette manifestation était d'avertir la population sur les dangers du tabac. En effet, en Inde, tout comme dans les pays occidentaux, le tabac pose un très gros problème, car 6 millions de personnes par an sont affectées par les divers problèmes qu'il crée, et 1 million en meurent.

Durant cet événement, les hommes de notre groupe ont pu participer pour leur première fois à un match de cricket dans le cadre du tournoi. Malheureusement, malgré un Adrien en feu (une quinzaine de points), l'équipe a été éliminée dès le premier tour. Karin a joué au *throwball*²⁵, un sport ressemblant au volley-ball à la différence que l'on doit attraper la balle avant de la relancer à une main. Son équipe a fini brillante deuxième. Durant ces

²⁵ <http://en.wikipedia.org/wiki/Throwball>



La manifestation

A la différence qu'en Inde, il existe non seulement beaucoup de fumeurs, mais encore plus de personnes mâchent le tabac, parfois sans même le savoir! Énormément de jeunes personnes en Inde mâchent le Gutka, un cocktail carcinogène de tabac et autres additifs. Il est très bon marché et facilement accessible, même pour les enfants et adolescents. Il leur procure un effet relaxant, et coupe la faim. Il a été estimé qu'environ 5 millions d'enfants en Inde sont dépendants de ce produit. Le record du plus jeune patient à avoir été admis en cure de désintoxication en Inde a été battu en décembre 2012: Il avait 9 ans.

La population n'est pas très au courant des risques de cancer, que ce soit de la bouche et du poumon. C'est la raison pour laquelle cette journée est capitale.

Nous avons donc participé à la manifestation, et avons pu au passage apprendre comment crier « stop tabac » en kannada. Les autres participants étaient principalement des femmes, des étudiantes dentistes ou infirmières, et leur nombre total s'élevait à environ 400. Le fait est que les fumeurs sont majoritairement masculins, mais les femmes sont fortement affectées de manière passive.

Cette marche d'une trentaine de minutes s'est déroulée dans de petites rues, peut-être parce que les organisateurs voulaient cibler une classe de la population assez basse. Elle s'est terminée dans une école primaire, Thirumala Vidyanikethan, où une se tenait la conférence.

Organisateurs, partenaires, policiers et invités étaient tous réunis sur scène afin de faire passer le message suivant : « avertissez la population des méfaits du tabac ! ».



La conférence

L'un des orateurs, un chirurgien, dénonçait également les erreurs médicales : Il reste encore trop de médecins qui passent à côté d'une tumeur bénigne, qui deviendra malheureusement maligne si elle n'est pas traitée.

Une organisation anti-tabac, « Global Vision », était également présente. Elle tente non seulement de prévenir les risques de cancer liés au tabac, mais également de créer un pont entre riches et pauvres : soigner ceux qui n'en ont pas les moyens. Cette association organise des matchs de cricket pour récolter des fonds, des manifestations, et surtout des camps de dépistage du cancer pour la classe la plus pauvre de la population indienne.

Un autre orateur, un policier, encourageait la population à dénoncer les fumeurs dans les lieux publics. En effet, la fumée est interdite dans ces derniers, mais malheureusement cette interdiction est très peu respectée. Tout comme la loi interdisant la vente de tabac aux mineurs, car c'est entre 14 et 21 ans que la plupart des personnes se mettent à fumer en Inde. Il existe depuis peu de temps une loi interdisant la vente de tabac à mâcher, mais là encore, peu de personnes en font cas.

Il est vrai que la police ne peut pas être partout à la fois. Mais nous avons pu observer durant notre stage que la corruption est omniprésente au sein de la police de Bangalore, et peut-être est-ce là un facteur non négligeable.

Il existe également dans ce pays de forts lobbys du tabac, qui peuvent facilement faire pencher la balance en leur faveur. Beaucoup de tournois de crickets, le sport le plus prisé en Inde, sont par exemple sponsorisés par des marques de tabac.

Visite de la clinique de la pédiatre Shubha Badami

Nous sommes allés dans la clinique privée où travaille la doctoresse Shubha Badami, une pédiatre exerçant depuis 25 ans. La doctoresse est aussi la présidente de la conférence pédiatrique.

Nous commencerons par décrire la clinique et son fonctionnement. Puis nous aborderons le déroulement d'une consultation et les motifs poussant les patients à venir au cabinet. Enfin, nous nous intéresserons à des thématiques plus générales concernant les problèmes de santé chez les enfants et adolescents.

La clinique a ouvert ses portes en 1996. Elle regroupe les cabinets de plusieurs médecins. Celui de la doctoresse se compose de trois salles : une salle de consultation, une salle pour prendre les mesures des enfants (taille et poids), et une troisième salle avec un bureau et un lit. Nous ne savons pas exactement quelle est l'utilité de la troisième salle. Il y a également une salle d'attente, où se trouve la réception. Les analyses de laboratoire telles que les examens d'urines, de selles ou de sang peuvent être faits sur place. Les résultats sont donnés aux patients le jour même si possible. Ainsi, dès la réception des résultats, le patient retourne immédiatement voir la pédiatre.

Le personnel se compose d'une réceptionniste et d'une assistante qui s'occupe de servir le thé et d'autres tâches. Les deux n'ont cependant aucune formation médicale ou paramédicale.

Les consultations commencent à partir de 8 :00 et se terminent à 16 :00. Dans une journée, la Dre Shubha Badami voit entre 40 et 50 patients. Les patients sont plus nombreux en hiver qu'en été. La durée d'une consultation est de 5 à 10 minutes et chaque consultation coûte 200

roupies ce qui équivaut environ à 3 CHF. La somme est remise à la pédiatre à la fin de la consultation. Lorsque les parents n'ont pas les moyens de payer, la consultation leur est offerte. Les patients venant consulter au cabinet appartiennent à la classe moyenne-basse de la population.

Lorsqu'un enfant vient consulter, il est le plus souvent accompagné par deux adultes au minimum. Ce ne sont pas toujours ses deux parents (père et mère), mais parfois un parent accompagné par un ami ou une autre personne de la famille. Nous avons même rencontré un enfant accompagné par sa mère et ses grands-parents.

Le dossier médical est gardé par les parents car il n'y pas assez de place au cabinet. Il s'agit d'un cahier, comme un cahier d'école, où chaque médecin note ce qu'il a vu et fait pendant la consultation. Les ordonnances pour les médicaments peuvent aussi être notées dans le carnet ou sur une feuille d'ordonnance donnée aux parents.

Nous avons été surpris par le déroulement de la consultation. Comme nous l'avions remarqué dans les autres consultations indiennes, il n'y pas de phases bien distinctes. Il y a une très brève anamnèse suivie de l'examen physique, où le médecin continue de poser des questions. L'examen physique peut nécessiter l'aide d'un parent pour maintenir l'enfant. Lorsque celui-ci est trop agité pour être allongé sur la table d'examen, la pédiatre fera l'examen de l'enfant dans les bras du parent. La pédiatre prend le poids et la taille de l'enfant puis elle termine la consultation en donnant l'ordonnance aux parents si nécessaire.

Nous avons remarqué le manque de matériel dans le cabinet. Il n'y a pas de d'otoscope, ni de strepto test. Lorsque la pédiatre suspecte une angine à streptocoque, elle donne de l'amoxicilline et demande au parent d'observer s'il y a une amélioration. Dans le cas contraire, elle prescrira un autre traitement. Les abaisse-langues sont réutilisable après avoir été traités. Pour prendre la température de l'enfant, la doctoresse n'utilise pas de thermomètre, mais l'estime avec sa main. Nous ne savons pas si le thermomètre est absent ou si elle préfère ne pas l'utiliser et se fier à son expérience.

Elle n'utilise pas de solution hydro alcoolique. Elle se contente de se laver les mains avec du savon, lorsqu'elle le juge nécessaire par exemple après avoir examiné un patient atteint de conjonctivite infectieuse.

En ce qui concerne la confidentialité et l'intimité du patient, elle n'est pas toujours respectée. Pendant plusieurs consultations, nous avons pu voir les patients précédents rentrer par l'autre porte donnant sur la salle de consultation. L'assistante et la réceptionniste pouvaient faire de même, et tout cela sans même frapper à la porte.

Les principaux motifs de consultation sont les infections digestives dues aux virus (diarrhée, vomissement), les infections des voies respiratoires hautes et de la sphère ORL, et la fièvre. Selon la pédiatre, beaucoup de ces pathologies sont le résultat d'un manque d'hygiène, d'une mauvaise couverture vaccinale, de la malnutrition, et de mauvaises conditions sanitaires. Malheureusement, avant de venir consulter, la plupart des parents attendent que l'état de leur enfant soit grave ou que la maladie ait empiré. Nous avons été autorisés à interroger quelques parents dans la salle d'attente. Certains préfèrent essayer la médecine traditionnelle, l'homéopathie ou la médecine ayurvédique pour soigner les maux de leur enfant. Si ces

méthodes ne montrent aucun succès, ils viendront consulter. D'autres au contraire, ne font confiance qu'à la médecine allopathique.

La première préoccupation des parents est de savoir de quoi souffre leur enfant. Certains comprennent que les médicaments ne sont pas utiles pour toutes les pathologies, mais la plupart veulent repartir avec une ordonnance. Lorsqu'ils sont interrogés, les parents avouent ne pas suivre à la lettre les prescriptions du médecin pour les médicaments. Dès que l'état de l'enfant s'améliore, ils décident de diminuer ou cesser le traitement. Une mère que nous avons interrogée partage cette pratique. Cependant, pour les antibiotiques, elle respecte les indications du pédiatre. Selon la Dre Shubha Badami, la compliance des patients serait de 50%.

La pédiatre est active dans la prévention. Elle participe à des programmes de prévention pour les parents ciblant la manière de prendre soins de son enfant. Ces programmes ont lieu dans les hôpitaux mais pas à son cabinet. Dans ses consultations cependant, elle donne des conseils aux parents. Par exemple, elle encourage vivement les mères à allaiter. Les parents se fient au pédiatre, mais ils écoutent aussi les conseils de leur entourage pour les aider à s'occuper de leur enfant.

Lors des consultations, il arrive qu'elle rencontre des parents déprimés. La survenue d'un enfant non désiré dans un couple avec un revenu déjà limité représente une charge supplémentaire pour le foyer. Les parents entrent alors en dépression. Le rôle du pédiatre est de discuter avec ces parents pour essayer de les sortir de cette représentation de la vie de famille.

Elle sensibilise aussi les parents au programme de vaccination. La population générale est bien informée au sujet de la vaccination. La majorité des parents accepte volontiers de faire vacciner leur enfant, et seule une minorité est contre cette idée. Le problème est d'ordre financier puisque seuls quelques vaccins sont offerts gratuitement dans les institutions publiques, les autres devant être payés par les parents. C'est pourquoi il y a une faible couverture vaccinale. La pédiatre nous a parlé d'un programme national de vaccination contre la polio, *pulse polio*. Nous aborderons ce programme plus tard dans notre travail.

L'un des problèmes de santé majeur en Inde est l'obésité et le diabète. Selon la Dre Shubha Badami, 10 à 20% des adolescents indiens sont en surpoids. Parallèlement à ça, la prévalence du diabète est élevée chez les adolescents. La doctoresse nous a donné deux raisons à cela. La première concerne le poids de naissance. Lorsqu'un enfant naît avec un bas poids de naissance, il aura un plus grand risque de devenir diabétique à l'âge adulte. Les parents voyant un enfant trop petit le nourrissent en excès. Cet enfant prendra du poids trop rapidement, ce qui est apparemment un facteur de risque pour le diabète. Ainsi, il est important de surveiller les bébés avec un bas poids de naissance, surtout lorsqu'ils atteignent l'âge de 9-10 ans. La deuxième raison est un gène que les Indiens possèdent. Celui-ci augmente l'accumulation de graisse viscérale et par conséquent le risque de diabète. Nous n'avons malheureusement pas eu d'explication à ce sujet.

Pour les carences alimentaires, la pédiatre donne des suppléments de vitamines, de fer, ou de calcium.

Source : <http://www.cadiresearch.org/topic/obesity/abdominal-obesity/asian-indian-phenotype>

La visite du Cloudnine hospital maternity

Le Cloudnine est un groupe médical privé comportant 3 hôpitaux à Bangalore. Deux maternités proposant des soins en gynécologie et obstétrique, et le troisième spécialisé en pédiatrie. Ce groupe a été fondé par le Dr R Kishore Kumar, un médecin spécialiste en néonatalogie. L'idée du Dr Kumar est de mettre en place des soins de qualité en Inde. Il souhaite que ces hôpitaux soient aux standards occidentaux. En effet, la maternité du Cloudnine *hospital* se rapproche beaucoup des hôpitaux que nous pouvons voir en Suisse. C'est pourquoi la population venant y consulter appartient à la classe aisée de Bangalore.

Pendant notre stage nous avons pu discuter avec une microbiologiste et une pédiatre travaillant à la maternité. Nous avons aussi eu droit à une brève visite de la maternité. Dans cet article, nous commencerons par notre entretien avec la microbiologiste, puis celui avec la pédiatre, et enfin nous nous intéresserons à des problématiques plus générales concernant la grossesse et l'accouchement.

Lors de notre entretien avec la microbiologiste, nous avons été informés sur les mesures de prévention et la prise en charge des infections nosocomiales à la maternité. Dans cet hôpital, les infections nosocomiales telles que les septicémies sont surtout causées par des bâtonnets gram négatif ou par un staphylocoque. Contrairement à la Suisse, il y a peu d'infection au RSV. La fréquence des infections nosocomiales est d'un cas tous les trois à quatre mois. Lorsqu'une septicémie est détectée, on fait une culture de sang puis on traite directement les patients avant même d'avoir les résultats de la culture. Le traitement consiste en une antibiothérapie. D'après la microbiologiste, 50 % des hôpitaux, surtout les hôpitaux privés, possèdent une politique concernant les antibiotiques. Cependant, nous ne savons pas en quoi elle consiste.

Pour éviter les infections nosocomiales après l'accouchement, la maternité possède deux types de prévention: la prévention active et la prévention passive. Lorsqu'une femme accouche par césarienne, elle peut rentrer chez elle après quarante-huit heures ou rester à la maternité. Dans le premier cas, le suivi de l'état de la femme est fait par un clinicien. Celui-ci donnera un feedback à la microbiologiste. Ils appellent cela la prévention passive, c'est-à-dire que la microbiologiste n'intervient pas directement auprès de la patiente, mais avec l'aide d'un intermédiaire. Dans le second cas, la femme reste à la maternité, le suivi de son état se fait directement par la microbiologiste.

De plus, nous avons aussi appris qu'il n'existe pas de recommandations nationales sur le lavage et la désinfection des mains. Chaque hôpital a ses propres règles à ce sujet.

Avec la pédiatre, nous avons abordés la prise en charge d'une grossesse dans cette maternité et les différences avec les hôpitaux publics.

Le taux de mortalité maternelle et de survie infantile dans cet hôpital est respectivement de 0 % et 99.72 %. Comment la maternité du Cloudnine *hospital* arrive à atteindre des chiffres pareils ? Cela est possible car les femmes enceintes qui décident d'accoucher au Cloudnine *hospital* bénéficient d'un encadrement exceptionnel par rapport celui d'un hôpital public. Dans cet hôpital, toutes les dépenses sont à la charge de la patiente. Cependant, si elle le souhaite, elle peut contracter une assurance qui paiera une partie ou la totalité des frais. Le coût d'un accouchement par voie basse est de 60'000 à 70'000 roupies. Pour une césarienne, il faut compter un supplément de 20'000 roupies. Dans les hôpitaux publics en revanche, les soins et l'accouchement sont gratuits, mais nous verrons plus tard que l'encadrement est moins bon.

Il existe deux sortes de césarienne. La césarienne d'urgence qui, comme son nom l'indique est pratiquée lorsque la mère ou l'enfant est en danger. La deuxième forme de césarienne est appelée césarienne électorive. Celle-ci est faite pour améliorer le confort de la mère pendant l'accouchement ou à la demande des parents pour des questions de croyances. En effet, certains parents pensent que le destin de leur enfant dépend de sa date et de son heure de naissance. Grâce à la césarienne électorive, ils peuvent fixer exactement l'heure et la date d'arrivée de leur enfant.

Comment se déroule le suivi d'une grossesse au Cloudnine ? Il se divise en 3 parties : les soins anténataux, l'accouchement, et les soins postnataux. Nous aborderons ces trois parties séparément.

Les soins anténataux se composent de plusieurs choses : les échographies, les tests de dépistage, la mesure de la tension artérielle, ainsi que les vaccinations si besoin.

Il y a en tout 5 échographies. La première échographie est à la 7ème ou 8ème semaine, elle permet de détecter et dater la grossesse. A la 12ème ou 13ème semaine, l'échographie sert à détecter les anomalies chromosomiques (on regarde la clarté nucale et l'os nasal). La troisième échographie a lieu entre la 18ème et 22ème semaine. Entre la 30ème et 32ème semaine, l'échographie pour les anomalies de croissance interne a lieu. Enfin, la dernière échographie arrive après la 36ème semaine. Elle est utile pour connaître le profil biophysique de l'enfant.

Les tests sérologiques pour le dépistage du HIV, de l'hépatite B et de la rubéole sont proposés aux futures mères. Il y a aussi un test de dépistage pour la chlamydia. Les femmes peuvent également se faire vacciner contre le tétanos, les oreillons, la rougeole, et la rubéole. En plus de ces différents tests, on fait un suivi régulier de la tension artérielle et de la glycémie. Si la grossesse est à risque, par exemple lors d'un diabète gestationnel, les contrôles seront plus fréquents et on surveillera plus attentivement la patiente.

Lors de l'accouchement, comme nous l'avons déjà mentionné, la femme a le choix de faire une césarienne ou non. À la naissance, le bébé subit différents tests et reçoit une injection de vitamine K. On lui fait un test de Guthrie, une audiométrie, et on détermine son groupe sanguin. S'il existe des risques pour le nouveau-né, on lui fera aussi subir d'autres tests, par exemple pour le dépistage du VIH.

En ce qui concerne la prévention au sujet de l'alcool et du tabac pendant la grossesse, le pédiatre nous dit que les femmes sont bien informées. La grossesse étant désirée par le couple, la plupart des femmes savent qu'elles doivent éviter ces substances pour ne pas nuire à leur futur enfant.

Après la naissance de l'enfant, plusieurs activités sont mises en place pour assurer une bonne santé de l'enfant et de la mère, mais également pour faciliter la vie de la nouvelle famille. En effet, l'enfant reçoit une visite journalière du pédiatre. La mère reçoit des conseils sur la manière de prendre soins de son enfant et sur la nutrition. Grâce à cela, elle peut allaiter correctement et revenir à un poids sain après l'accouchement. Ces conseils concernent non seulement l'alimentation de la mère, mais aussi celle de l'enfant, par exemple au moment du sevrage. Les parents ont par ailleurs la possibilité de participer à des *workshops*. Ceux-ci ont lieu dans la période anténatale et postnatal. Elle permet aux parents d'être mieux informés sur

différentes thématiques (grossesse, vaccination, anatomie, soins des nouveau-nés, etc.). De cette manière, ils sauront mieux gérer les situations futures.

A présent intéressons-nous à la prise en charge de la grossesse dans les hôpitaux publics qui ne sont fréquentés que par population pauvre de Bangalore. Nous aborderons également les problèmes rencontrés par cette population au sujet de la grossesse et de ce qui l'entoure. Certes l'accouchement est gratuit, mais les différences de qualité des soins mis à disposition sont énormes. Chez les femmes pauvres, il arrive qu'elles ne fassent pas de checkup anténatal. Ceci est dû à une absence de structure, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de centre proposant de faire le checkup. Une autre raison est un manque d'information et d'éducation auprès des femmes ; les structures existent, mais les femmes ne le savent pas ou n'ont pas envie d'aller faire le checkup car elles ne comprennent pas son importance. Enfin, il arrive que la femme ne soit même pas au courant de sa grossesse et n'aille donc pas faire de suivi anténatal. Afin d'éviter ces situations, des travailleurs sociaux vont faire du porte à porte chez les pauvres pour les sensibiliser à l'importance du checkup anténatal. Ils encouragent les femmes à aller faire des contrôles une fois leur grossesse connue.

Un autre problème qui existe pour cette classe de la population est la difficulté à accoucher dans un centre équipé pour cela. Certaines femmes accouchent à domicile, de nouveau à cause du manque de structures pouvant les accueillir ou alors l'impossibilité d'accéder aux structures existantes. Il n'y pas d'ambulance spécialisée dans le transport des femmes enceintes. Pour une femme pauvre, payer le trajet en *rickshaw* de chez elle à l'hôpital peut représenter une énorme somme. C'est pourquoi elle préfère accoucher à la maison. Afin de diminuer la mortalité des accouchements à domicile, la première idée était d'introduire des sages-femmes dans ces zones pauvres de Bangalore. De cette manière, elles aideraient les femmes à accoucher dans leurs maisons. Malheureusement cela n'a pas marché, car la communauté ne connaissant pas ces sages-femmes, elle ne leur a pas fait confiance. En réalité, dans ces endroits, il existe déjà des femmes qui remplissent le rôle d'accoucheuse. La communauté leur fait confiance, et c'est à elles que l'on s'adresse lorsqu'une femme est sur le point d'accoucher à domicile. Cependant, ces « accoucheuses » n'avaient pas de vraie formation de sage-femme. Les ONG ont alors décidé de former ces femmes à devenir de vraies sages-femmes compétentes. Cela a fonctionné correctement et permis de diminuer les taux de mortalité des accouchements à la maison.

Si une femme arrive tout de même à faire un checkup et accoucher à l'hôpital public, elle verra que les tests anténataux proposés sont peu nombreux. Ils ne font que les tests de dépistage du HIV et de l'hépatite B. De plus, seule la tension artérielle est contrôlée ; ils ne se soucient pas de la glycémie. À la naissance, l'enfant ne bénéficie pas de test de Guthrie. Ils ne font pas de test audiométrique à moins qu'il existe un risque pour l'enfant. Selon la pédiatre, le taux de mortalité maternelle et infantile serait respectivement de 0.15% et 0.058% en Inde

Nous allons aborder le sujet du sexe de l'enfant. En Suisse, il est courant de connaître le sexe de l'enfant avant sa naissance. Certains parents préfèrent attendre le moment de la naissance pour avoir la surprise. En Inde, la loi interdit aux médecins de révéler le sexe de l'enfant avant sa naissance. Cette loi a été introduite suite aux nombreux avortements des fœtus femelle. Toutefois, il existe des cliniques qui proposent des échographies pour déterminer le sexe de l'enfant de manière illégale. Étonnamment ce sont les parents provenant de la classe aisée de la population qui ont le plus souvent recours aux services de ces cliniques. En Inde, les parents redoutent l'idée d'avoir une fille pour plusieurs raisons : les filles sont censées être

dépensières, il faut leur trouver une dote de mariage, et enfin elles iront vivre dans leur belle-famille et ne s'occuperont plus de leur parents. Les garçons en revanche seront toujours présents pour aider leurs parents et leurs donner un soutien financier quand ils seront âgés.

L'Inde est le 2^{ème} pays le plus peuplé au monde. Le gouvernement indien a beaucoup investi dans des moyens pour freiner l'expansion de sa population, tels que la contraception, les interruptions de grossesse, etc. L'avortement est légal jusqu'à la 20^{ème} semaine de grossesse, mais si il y a un risque léthal pour la mère ou l'enfant, il peut avoir lieu au-delà de cette date. Cette intervention est gratuite dans les hôpitaux publics et ne nécessite que le consentement de la mère. L'interruption de grossesse est demandé par les mères célibataires, les couples ne désirants pas avoir d'enfants, ou les couples ne voulant pas d'enfant handicapé. Les mères célibataires qui décident d'avoir un enfant sont rejetées par leur famille et par la société. Même dans les grandes villes du pays, il est mal vu d'avoir un enfant sans être mariée. En Inde, les personnes qui naissent avec un handicap et la famille de ces personnes sont mises en marge de la société. La société ne leur apporte aucune aide financière ou psychologique. Il n'existe pas d'aide financière comme l'assurance invalidité en Suisse par exemple. Ceci explique le nombre élevé d'avortement.

A la fin de la visite de la maternité, nous avons compris le grand écart qu'il existe entre les riches et les pauvres d'Inde. Une personne avec de l'argent a la chance de bénéficier des meilleurs soins possibles alors que le pauvre doit se contenter du strict minimum.

Conférence pédiatrique

Cette conférence est organisée principalement par la Dre. Shubha Badami, pédiatre que nous avons suivi pendant une journée. Elle s'étend sur deux jours, du 8 au 9 juin 2013. De nombreux pédiatres sont conviés à s'inscrire pour ces deux journées dont le but principal est la mise à jour de leurs connaissances dans leur domaine.

Le prix d'entrée coûte néanmoins 800 roupies, soit l'équivalent de deux repas pour quatre dans des restaurants corrects de la ville. Cela confirme une nouvelle fois que le public attendu



La salle de conférence

est un auditoire de médecins, pouvant aisément se permettre ce genre de dépenses.

Les informations indiquées ici sont issues du contenu des présentations faites par les intervenants.

Premier jour de conférence

Pneumocoques

Dr. Sanjay. S

Il s'agit de la quatrième cause de mortalité infantile en Inde. Selon l'OMS, le vaccin PCV (*Pneumococcal conjugate vaccine*) est donné à partir de 50 morts pour 100'000 personnes, ou 50'000 morts annuels. Ce seuil a été dépassé en Inde, et différents types de vaccins PCV sont distribués.

Deux catégories différentes sont utilisées. Le premier vaccin est le 23 valent non-conjugué (PS23) pouvant être distribué chez les enfants à partir 2 ans. Il ne nécessite pas d'injection répétée et stimule les lymphocytes B à faire des IgM. Les autres sont les vaccins 7, 10 et 13 valent conjugués (PCV7, PCV10 et PCV13) plus efficaces, pouvant être distribués dès 6 mois. Ils permettent la stimulation des lymphocytes T entraînant la production des IgG. 28% des enfants peuvent éviter cette maladie grâce aux vaccins.

Plusieurs sérotypes différents existent pour cette maladie. Plusieurs facteurs déterminent les personnes atteintes, dont la géographie et l'âge des personnes. Le pneumocoque touche 60% des enfants en âge préscolaire en Inde, et 30% du reste de la population.

Kangaroo mother care

Dr. Sunil Bhat

Il s'agit d'une technique utilisée pour les enfants naissant avec un poids faible. Il suffit que l'enfant soit attaché par des bandes près du torse de sa mère ou de son père. Le contact direct peau contre peau est très important.

Peu coûteuse, elle a de nombreux avantages d'après la Dre. N.S. Mahanta Shetty. Très bénéfique pour l'enfant, elle lui permet entre autres d'avoir un QI plus élevé que si cette technique n'était pas appliquée. Elle a également des avantages psychiques sur l'enfant, qui est tenu proche de sa mère et peut donc s'imprégner de son odeur, ce qui renforce la relation mère-enfant.

L'inconvénient est que cette technique n'est pas reconnue par bon nombre de médecins, par les familles et la communauté en général.

Cette technique n'étant pas très répandue en Inde elle ne possède pas assez de données pour confirmer son efficacité locale et ses avantages ne sont donc pas à prendre pour acquis.

Sources :

- http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/
- World Health Organization and Reproductive Health and Research, Kangaroo mother care a practical guide. (Geneva: Dept. of Reproductive Health and Research, World Health Organization, 2003)

Obésité

Dr. Sonia Karnitkar

La prévalence de l'obésité en Inde se situe entre 7 et 19% chez la population adulte. Elle a doublé chez les enfants et triplé chez les adolescents en 30 ans.

Les adolescents se rendent de plus en plus chez les médecins par inquiétude afin de vérifier leur poids. Ils y vont le plus souvent sans avertir leurs parents, qui risqueraient d'être alarmés.

L'historique du patient est étudié. Ses activités physiques, la rapidité de la variation de son poids, ses habitudes, et son style de vie entre autres.

Des tests sont effectués afin de chercher les causes d'une éventuelle obésité. Les problèmes sociaux, psychologiques, environnementaux, d'activité physique, l'influence des médias ainsi que le comportement familial sont étudiés. Les conséquences de cette obésité sont également explorées, afin de détecter par exemple un taux de cholestérol trop élevé.

L'anthropométrie est importante pour le diagnostic. L'Indice de Masse Corporelle seul, calculé à partir de la taille et du poids, ne suffit pas. D'autres informations sont à prendre en compte. Le poids, la taille, la circonférence de la taille, la localisation de la graisse, l'âge et le sexe sont ainsi utilisés. Si le diagnostic de surpoids ou d'obésité est posé, un screening de la famille est également réalisé.

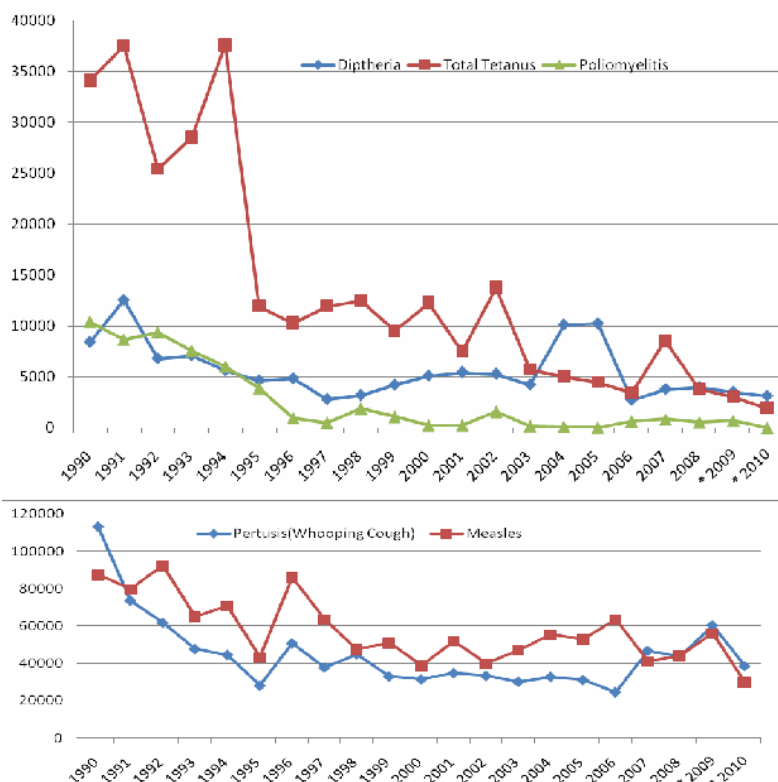
Les guidelines utilisées pour les *screening* proviennent de l'académie des pédiatres états-uniens et de l'académie des pédiatres indiens. Malheureusement, seuls les cabinets possédant un équipement récent peuvent effectuer ces *screening* de façon optimale. La majorité des centres en sont donc incapables.

Deuxième jour de conférence

Programme d'immunisation universel

Dr. L. H. Bidari

Ce programme a été importé pour la première fois en 1985 et officiellement appliqué dans tout le pays entre 1989 et 1990. Depuis 1992, la couverture vaccinale est passée de 35.5% de la population à 61% en 2009, ce qui représente une grande avancée. Il faut s'avoir qu'avant l'introduction de ce programme, dans les années 80, moins de 20% de la population était vaccinée. La couverture est donc trois fois meilleure. Les graphiques à droite illustrent le déclin des



maladies grâce à ces vaccins (source : *Central Bureau of Health Intelligence*).

Les cas de pertussis paraissent augmentés car il s'agit des cas signalés. Leur détection s'est nettement améliorée, ce qui explique cet effet de résurgence faussé. Il peut également s'expliquer par le fait que certaines régions ont une couverture nettement plus mauvaise que d'autres. La couverture est par exemple au-dessus de 80% pour le Karnataka, mais en dessous de 41% pour le Bihar. Plusieurs autres facteurs influencent également cet effet de résurgence.

On peut toutefois observer une différence de couverture selon les vaccins. Par exemple, 71% de la population a reçu sa troisième dose du vaccin diphtérie/pertussis/tétanos (DPT), contre 58.9% pour l'hépatite B. La population a une très bonne couverture contre plusieurs autres antigènes individuels, comme à 86.9% contre celui du vaccin BCG (tuberculose), 70.4% contre celui de l'OPV (poliomyélite), 71.5% contre celui de la DTP3 et 74.1 contre celui de la première dose de la rougeole.

Il faut savoir que les vaccins ne sont pas uniquement administrés selon un plan fixe, comme le vaccin OPV donné à intervalles fixes à certaines périodes de la vie. Ils sont également proposés gratuitement par les centres médicaux gouvernementaux selon certains événements, comme le vaccin contre le tétanos proposé pendant la grossesse.

La catégorie de personnes chez qui la vaccination est la plus efficace est les enfants. Sur un objectif de 25.54 millions d'enfants visé, le succès est de 99% en 2009-10. Si l'on regarde plus précisément les statistiques régionales, elles sont plusieurs à dépasser les 100%, comme le Mizoram qui atteint 134.2%.

98.6% des enfants reçurent leur troisième dose d'OPV en 2009-2010. L'OMS a elle-même déclaré début 2013 le pays « polio free », ne conseillant alors plus la vaccination des migrants vers ce pays, avant de revenir sur ses mots quelques mois plus tard suite à l'apparition de nouveaux cas.

La couverture du BCG chez les enfants est également très bonne, avec le meilleur pourcentage d'immunisation pour Pondichéry qui dépasse au niveau local les 179% de la planification en 2010-2011 visant 23.88 millions d'enfants vaccinés. La couverture de la rougeole chez les enfants est également très bonne. Cette maladie étant en résurgence, il faut toutefois intensifier les efforts de vaccinations.

L'utilisation du booster est fortement conseillée, par exemple pour le vaccin DPT. Utilisé chez l'enfant entre 9 et 23 mois, il permet de multiplier par 24 la concentration d'anticorps contre ces pathogènes. Le booster permet également d'éviter le déclin rapide des défenses spécifiques après la troisième dose. 10% des enfants perdent leur immunité un an après la troisième dose. Plus de la moitié l'auront perdue entre 3 et 13 ans après.

Les cas de mauvaise couverture peuvent s'expliquer par des raisons culturelles et politiques entre autres. Plus d'un quart des Indiens ne sentent pas le besoin d'être vaccinés ou ne savent pas pourquoi le faire. Plus de 10% ne savent même pas où aller pour se faire vacciner.

Durant notre séjour, nous avons vécu ce dernier point en constatant qu'il nous a été très difficile de trouver le centre gouvernemental de soins gratuit du bidonville. Nous avons demandé notre chemin à de nombreux Indiens habitants à 50 mètres de ce centre, et aucun d'entre eux ne connaissait son existence. Le manque d'informations, aussi bien au niveau de

l'accès au soin que sur les soins eux-mêmes se fait ainsi ressentir dans les bidonvilles. La falsification de certains chiffres de vaccination est également présente.

Afin que la couverture soit meilleure, il faudrait que des efforts logistiques soient mis en place afin d'orchestrer au mieux ces campagnes. Le Dr. L. H. Bidari nous expose plusieurs suggestions. Il propose par exemple de créer une loi afin de rendre obligatoire l'immunisation afin d'être admissible dans une école.

Suite à cette conférence, nous avons été amenés plusieurs fois à discuter des vaccins avec différents intervenants durant nos stages. Nous avons par exemple appris par la Dre. Badami que les vaccins contre la tuberculose, l'hépatite B, la diphtérie/pertussis/tétanos, la poliomyélite et la rougeole sont administrés gratuitement dans les centres de soins gouvernementaux.

Elle nous a également indiqué que les plans de vaccination sont gérés au niveau régional. Par exemple, la vaccination contre les souches A et C du méningocoque est faite dans les dispensaires de Dehli et pas de Bangalore.

Nous nous sommes également posé la question de la compliance des patients, concernant leur retour pour les vaccins nécessitant plusieurs doses. La Dre. Badami nous a indiqué que dans sa clinique pédiatrique privée la quasi-totalité de ses patients reviennent pour les doses suivantes. Lorsque nous sommes allés observer le généraliste d'un centre médical gouvernemental dans un bidonville, il nous a également indiqué que la grande majorité de ses patients reviennent. Le problème de couverture concerne donc principalement les patients qui ne viennent pas aux dispensaires et ne sont donc pas au courant des procédures.

Afin d'accroître la couverture dans les bidonvilles, des visites médicales dans les différentes écoles sont organisées, ce qui assure une très bonne protection des enfants.

Méningocoques

Dr. Rashna

Seuls 4 sérotypes de méningocoques sont responsables de plus de 90% des méningites en Inde. Le type A est le plus prévalent, tant au niveau épidémique qu'endémique. Ces maladies sont difficiles à contrôler car 10% de la population est porteuse saine. La détection de ces bactéries pose également problème, leur culture étant difficile et leur transport nécessitant des conditions spécifiques.

Pour éviter les épidémies, tous les cas de maladie à méningocoques doivent être reportés à la centrale de surveillance des infections de l'état. Ces maladies restent préoccupantes car leur taux de mortalité atteint 8% en Inde, et ne cesse d'augmenter. Les personnes les plus touchées ont entre 10 et 18 ans. Ces adolescents font partie des personnes les plus à risque avec les enfants de moins de 5 ans.

Trois cas de figures sont observés en cas de maladie à méningocoque: Le premier cas est une simple maladie type "rhume", avec probable bactériémie, mais faible. Le deuxième est déjà plus préoccupant: une tempête de cytokine, due à la bactériémie. Et lorsque la bactérie atteint les méninges, le patient développe une méningite, qui est le troisième cas de figure. Dans tous les cas, le temps est un facteur crucial pour la survie du patient.

Pour contrer ces maladies, un vaccin tétravalent conjugué a été introduit en 2006. Avec une forte promotion notamment en 2009, le nombre de cas a pu baisser, la population prenant conscience de ce problème. Il reste malgré tout en Inde des problèmes dans la surveillance et l'identification des méningocoques.

Rotavirus: Vaccins

Dr. Bhaskar Raju, présentation sponsorisée par GSK Vaccines

Il existe plusieurs vaccins disponibles en Inde pour le rotavirus. L'un, fabriqué à partir d'un virus bovin, nécessite 3 doses pour être suffisamment actif. L'autre, fabriqué à partir du virus humain, nécessite seulement 2 doses, et semble de surcroît être plus efficace. De plus, la première dose de ce vaccin procure déjà une très bonne immunité.

Ce vaccin est nécessaire car 50% des nouveau-nés seront infectés par le rotavirus avant d'atteindre l'âge de 6 mois. Et sans vaccin, 3 infections sont nécessaires pour devenir immunocompétent contre ce virus.

Le conférencier insiste également sur le fait que deux caractéristiques sont importantes pour l'efficacité du vaccin. La première est une meilleure résistance à un stockage du produit à des températures élevées. La seconde est une très bonne efficacité dès la première dose, qui permet d'obtenir directement une protection satisfaisante au cas où le patient ne reviendrait pas. Le vaccin à virus humain du rotavirus est un exemple de la deuxième condition.

VIH chez la jeune mère

Dans le cas d'une mère porteuse du VIH, il faut absolument éviter qu'elle le transmette au nouveau-né. En Inde, plusieurs précautions sont prises:

Durant l'allaitement, la mère doit prendre une thérapie antirétrovirale, qui est gratuite. L'enfant reçoit quant à lui une dose de névirapine par jour en prophylaxie. Si la mère ne peut pas recevoir de thérapie, il sera toujours possible de traiter le lait maternel en le chauffant.

On pourrait préférer de remplacer totalement l'alimentation de l'enfant, mais des études en Inde ont montré que cela augmentait la mortalité et la morbidité des nouveau-nés. Pour détecter le moindre problème, un check-up de l'enfant est effectué à 6, 9, 12, 15 et 18 mois.

Centre de soins à Bypanhalli

Le centre

Bypanhalli est une région de Bangalore abritant l'un des très nombreux bidonvilles de la ville, celui-ci comprenant environ 1000 habitants. Nous nous sommes rendus dans le centre de soin gouvernemental de cette région, et avons assisté aux consultations du Dr. Ramdev, le seul médecin de cette petite clinique.

Le centre, ouvert en 1996, comprend une salle d'attente, une salle d'urgence, une salle d'immunisation et un bureau. Outre le Dr. Ramdev, divers assistants sont là, ayant une formation médicale ou non.

Pour permettre l'accès aux soins de tous les patients du bidonville, la semaine de consultation ne coûte que 5 roupies. Une fois cette somme déboursée, la personne pourra revenir voir le médecin autant de fois que nécessaire durant toute une semaine.

Les médicaments sont fournis gratuitement, et plusieurs vaccinations de base le sont également: DTP, HBV, BCG et rougeole.



Nous et les linkworkers

Les consultations

Le centre est ouvert tous les jours de 9h à 16h, et le docteur Ramdev utilise ce laps de temps pour voir un nombre impressionnant de patients, entre 20 et 50 par jour.

Nous avons assisté à ses consultations, et remarqué les différences entre les pratiques médicales en Suisse et en Inde. Le docteur ne prend jamais plus de 5-10 minutes par patient, et après une anamnèse extrêmement brève, la pression sanguine est mesurée, et le traitement adéquat fourni.

Nous n'avons pas vu de réel examen physique, ce qui peut paraître étrange pour nous mais est tout à fait normal pour la population indienne. Le fait que la confidentialité de la consultation soit inexistante y est probablement pour beaucoup. En effet, seul un mince rideau séparait la salle d'attente de la salle de consultation, et la plupart des patients l'écartaient pour voir ce qu'il se passait à l'intérieur.

Concernant les soins, nous avons observé quelques pratiques dangereuses avec les seringues : l'assistante la rebouchait, ou la jetait l'aiguille à l'air dans une poubelle tout à fait commune. Il n'y avait également aucune désinfection des mains durant les injections. Mais il est bien entendu qu'ils font avec ce qu'ils ont ce qu'ils ont, c'est-à-dire pas grand-chose, et pour cela ils méritent notre respect.

Le planning de la semaine

Durant la semaine, certains jours sont dévolus à des activités bien spécifiques.

Ainsi, le check-up anténatal des femmes enceintes s'effectue le lundi et le vendredi. Le docteur vérifie que la grossesse se passe bien, fait attention à tout signe d'anémie ou d'hypertension, pèse la femme, et donne les vaccins nécessaires, le plus souvent contre le tétanos.

Le gouvernement fournit 1000 roupies par grossesse à chaque femme enceinte pour qu'elle bénéficie de tous les soins nécessaires, et encourage les femmes à accoucher à l'hôpital. Si tous les accouchements se passaient à l'hôpital, les mortalités infantile et maternelle se verraient grandement diminuées.* Un autre bon point : un carnet est donné à la femme enceinte, expliquant comment prendre soin du futur enfant, les choses à faire avant et après la venue de l'enfant, etc.

Le jeudi est principalement dédié à la vaccination. Cette dernière est assez bien acceptée par la population, du moment qu'elle est gratuite. Parfois certaines personnes ne reviennent pas prendre la 2^{ème} dose, soit par manque d'éducation, soit parce que leur travail les porte ailleurs, mais cela reste peu fréquent. Chaque patient a une carte récapitulant ses vaccins : une partie est gardée à l'hôpital, l'autre conservée par le patient.

Le mardi, les assistantes du docteur vont faire de la prévention dans le bidonville. Elles vont voir si les femmes enceintes vont bien, parler avec les jeunes couples désirant avoir un enfant, et distribuer des fascicules mettant en garde contre la rage, la dengue et la malaria.

Télé médecine

Lors d'une rencontre, nous avons pu parler au Docteur Sanjay Sharma, responsable du projet de télé médecine. La télé médecine, comme son nom l'indique, est une consultation médicale par écran interposé avec un médecin généraliste. L'entretien se fait par webcam ce qui permet au médecin de voir le patient. Malheureusement ce n'est pas de la haute définition alors l'inspection n'est pas aussi bonne que si le médecin était sur place. Pour le reste de l'examen, le médecin dicte aux personnels locaux les actes à effectuer tel que la tension artérielle. Ces personnes qui ont déjà des liens de confiance avec la communauté sont formées spécialement pour ce genre de consultation. C'est préférable à la venue de personnes connaissant le programme mais venant de l'extérieur. La population locale n'ayant pas confiance, ils iraient moins volontiers consulter. Ces consultations se passent à la clinique du village. La durée moyenne est d'environ 10 minutes. Les échantillons sont pris sur place, envoyés au laboratoire qui transmet les résultats par e-mail au médecin. Si le patient a besoin de voir un spécialiste ou d'une opération, il est envoyé en ville. La consultation est payante, mais les personnes ne pouvant pas se le permettre reçoivent des subsides de l'état. Pour l'installation des infrastructures dans les villages, cela est soit directement payé par l'état soit par le secteur privé mais avec un remboursement de l'état.

Le système de santé a 3 degrés. Le premier est les soins pouvant être prodigués au village. Le second est ce qu'on appelle chez nous la médecine de premier recours. Ce sont les *health center* gouvernementaux et autres généralistes. Ceux-ci se trouvent souvent loin de beaucoup de villages ce qui incite peu les gens à y aller avant d'avoir quelque chose de vraiment grave. C'est

ce second degré que la télémédecine veut faire évoluer. Le dernier degré est représenté par les spécialistes qu'on trouve principalement dans les grandes villes.

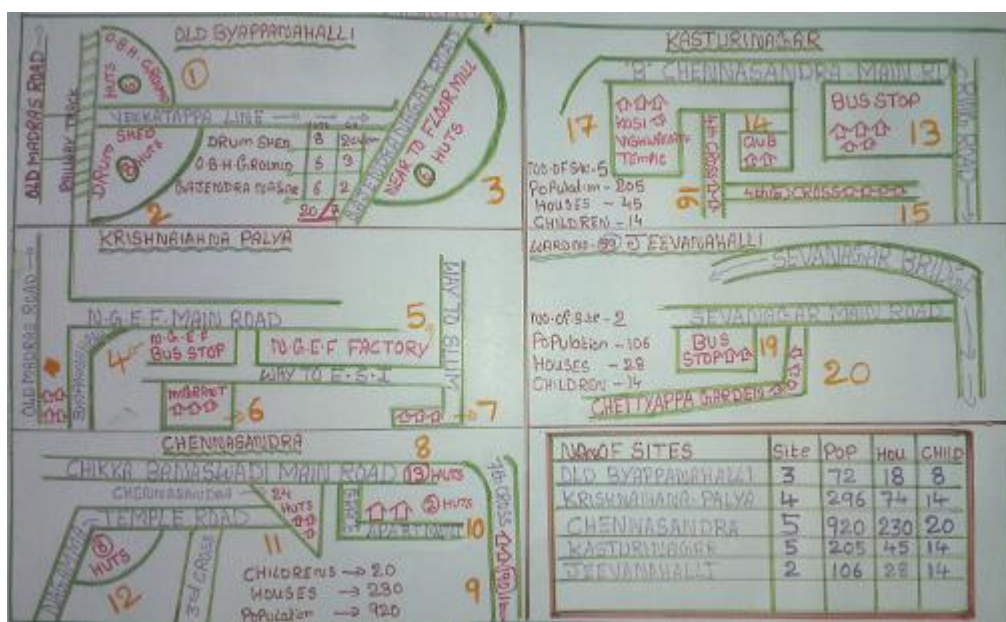
La télémédecine a été créée après deux constatations : Le manque d'accès à la médecine dans les zones rurales et le manque de logistique. Ainsi il fallait trouver un moyen simple de pratiquer la médecine de base. S'inspirant de ce qui se fait aux USA, le projet est lancé en 2005 dans les marchés locaux. Ses instigateurs pensent ainsi toucher un maximum de monde. Cela ne marche malheureusement pas, les gens n'ayant pas envie de montrer qu'ils sont malades, surtout les femmes et les enfants, principaux bénéficiaires du projet. C'est pourquoi en 2007, le programme est relancé dans l'état du Tamil Nadu mais dans les cliniques de villages préexistantes. Cela a été un grand succès depuis lors. Aujourd'hui, il existe plus de 800 centres équipés.

Pour conclure, on peut dire que la télémédecine est un franc succès, malgré le coût. Il permet à une partie importante de la population indienne d'avoir un accès facilité à un médecin généraliste. De plus, la population y va plus volontiers puisqu'elle connaît le personnel, et tout cela se passe dans une clinique à l'abri des regards.

Visite des bidons villes de Bypanhalli et discussion avec les linkworkers

Pendant une matinée, nous avons eu l'occasion de visiter le bidonville de Bypanhalli avec les *linkworkers* travaillant avec le Dr Ramdev. Puis nous sommes allés dans le centre de soins où les *linkworkers* nous ont expliqué leur travail. Nous commencerons par décrire le rôle d'une *linkworker* et son travail. Puis nous expliquerons ce que nous avons faits avec elles dans la matinée.

Dans ce centre, il y a en tout 8 *linkworkers*, toutes des femmes. Le terme *linkworker* désigne une sorte de travailleur social, dont le rôle principal est de sensibiliser la population à plusieurs thématiques concernant leur santé. Ce travail existe depuis 15 ans. Nous décrirons plus loin les différents programmes auxquels elles participent. La *linkworker* agit directement auprès des habitants des bidonvilles. 8 d'entre elles se répartissent 8 différentes zones de Bangalore.



Pour avoir un meilleur impacte sur la population, la *linkworker* est présente non seulement au centre de soin, mais elle agit directement sur le terrain. Elle fait du porte à porte dans le bidonville, intervient dans les écoles et organise des rassemblements dans des terrains vagues (*ground*) du quartier. Ces visites de la population lui permettent aussi de remplir un registre. En effet, l'autre tâche de la *linkworker* consiste à remplir des registres concernant les familles, surtout les femmes et enfants. Elles ont aussi d'autres registres que nous aborderons plus loin. À la fin de sa journée de travail, la *linkworker* inscrit dans son agenda tout ce qu'elle a fait.

Une des *linkworker* nous a montré les plans du quartier ainsi que les différents registres qu'elles tiennent. Il y a 3 registres qu'elles appellent *book* : *OP book* pour la pilule contraceptive, *CC book* pour les préservatifs, *ANC book* pour les femmes enceintes. Ce dernier registre est très détaillé. Il contient toutes les informations sur la femme, son foyer, son niveau de vie, les opérations qu'elle ou son partenaire a subies, les vaccinations faites, etc.

Comme nous l'avons mentionné, les *linkworkers* participent à des programmes de préventions. Ces derniers sont au nombre de quatre se répartissant sur l'année. D'août à septembre, elles s'occupent de la pesée des enfants scolarisés, dans 3 degrés différents. Il y a un programme sur la vitamine A : chaque premier mardi du mois, elles vont dans les bidonvilles pour donner des gouttes de vitamines A aux enfants. De mai à juillet, pendant la période de mousson, elles sensibilisent la population aux maladies transmises par les moustiques : dengue, chikungunya, et malaria. Enfin, il y a un programme de vaccination contre la polio, le *pulse polio*. Nous ne connaissons pas exactement les dates pour ce programme, la barrière de la langue ne nous permettant pas d'être au clair. En plus de cela, les *linkworkers* s'occupent aussi de tout ce qui concerne la grossesse et le nouveau-né.

Dès qu'un nouveau couple est repéré par la *linkworker*, il reçoit des informations concernant la conception, la contraception, etc. À ce propos, les *linkworkers* distribuent des préservatifs à la population. Les préservatifs et la pilule contraceptive sont également fournis gratuitement au centre. Les *linkworkers* inscrivent les informations concernant la prise de pilule contraceptive, les stérilets, ainsi que les opérations concernant les organes génitaux (vasectomie, tubectomie) dans les registres. De cette manière, elles savent exactement quel couple utilise quel moyen de contraception. Si le couple décide d'avoir un enfant, la *linkworker* va les accompagner dans leur démarche en leur expliquant quelles sont les choses à faire et à éviter. Par exemple, pour la femme il est important d'éviter l'alcool ainsi que le tabac pendant la grossesse.

Lorsque la *linkworker* rencontre une femme enceinte pendant ses visites sur le terrain, elle lui donne un cahier et lui conseille d'aller faire un check up anténatal quand elle sera arrivée au 1^{er} trimestre. Le cahier contient toutes les informations importantes pour la future mère : quand venir consulter, comment s'occuper du nouveau-né, etc. Il est écrit dans la langue locale, le kannada. Elle devra l'apporter avec elle à chaque fois qu'elle viendra faire son check up anténatal au centre de soin puis après l'accouchement. Les *linkworkers* essaient d'encourager les mères à accoucher à l'hôpital le plus proche car cela permet de diminuer la mortalité maternelle. La *linkworker* vient régulièrement au foyer de la femme enceinte pour suivre l'évolution de la grossesse. Elle s'y rend aussi après l'accouchement afin de s'assurer que les parents s'occupent correctement de l'enfant.

Nous avons remarqué l'importance des interventions auprès des femmes enceintes et des couples. Cependant, il n'y a pas d'action au niveau des enfants, ni des adultes concernant la sexualité. Il n'y a pas d'éducation sexuelle à l'école. En interrogeant les *linkworkers*, nous avons appris que les maladies sexuellement transmissibles sont un sujet tabou auprès de la population des bidonvilles. On parle du préservatif comme moyen de contraception, mais on n'aborde pas sa capacité de protection contre les maladies sexuellement transmissibles telles que le VIH. Si les *linkworker* tentent d'aborder le sujet avec les habitants du bidonville, ces derniers s'énervent contre elles. Nous n'avons pas bien compris la cause de cet énervement, de nouveau à cause de la barrière de la langue. Une des réponses de la *linkworker* était « on ne sait pas pourquoi ils s'énervent, ce sont des gens des bidonvilles ». Il semblerait que la société, même dans les classes plus aisées, n'accepte pas l'idée des maladies sexuellement transmissibles. Nous avons pu discuter avec d'autres professionnels de la santé actifs dans ce milieu. En effet, les personnes atteintes de VIH par exemple sont très mises en marge par la société. Et ce phénomène a également lieu au sein de leur propre famille.

Nous avons été chanceux car nous sommes arrivés au même moment que la mousson. C'est à cette période que commence leur programme de prévention contre la dengue et autres maladies liées aux moustiques. On distribue des tracts d'information écrite en kanada, la langue locale. On vérifie que les habitants suivent les recommandations. A Bangalore, beaucoup de gens gardent des bassines ou tonneaux remplis d'eau, que ce soit dans les habitations modestes ou plus aisées. Cette eau sert à se laver, à laver le linge, ou en cas de panne d'eau courante. Les moustiques vecteurs de la dengue pondent leurs œufs dans les eaux stagnantes. C'est pourquoi on déconseille à la population de garder des récipients remplis d'eau, ou alors on leur conseille de la changer régulièrement. Cela ne pose pas de problème dans les maisons où l'eau courante est présente. Cependant, dans la plupart des habitations des bidonvilles il n'y a pas d'eau courante. Les habitants doivent aller chercher l'eau à un robinet commun, puis la stockent dans de grandes bassines. Le rôle des *linkworkers* est de dénicher ces endroits susceptibles d'abriter des larves de moustiques. Elles informent aussi les gens sur les symptômes de ces maladies.

BASIC DATE SHEET FOR IDENTIFICATION OF MOSQUITO BREEDING HABITATS											
Zone <u>5A4</u>		Range <u>G.V.R. nagal</u>			Ward <u>50</u>		Health Ward <u>Benniganahalli</u>				
Sl. No	House No and street	Name of the Head of the Household	Types of Breeding Habitats							Remarks	
			Flower Pots	Tyre	Plastic Drums	Open Cement Tank	Dabba	Coconut Shells	Air Cooler		Others
11	77/11	Narayamma/-	20	-	-	-	-	-	-	-	
12	11	Banya/Ramech	-	-	-	-	-	-	-	-	
13	80	Fancia	2	-	-	-	-	-	-	-	

Les *linkworkers* nous ont montré 3 jardins d'enfant dans le bidonville de Bypanhalli. Ces structures prennent en charge des enfants âgés de 3 à 6 ans. Chaque jardin d'enfant compte environ 25 élèves qui sont encadrés par une enseignante ainsi qu'une aide (*welfare*). Les élèves apprennent les bases de l'anglais et du kannada. Ils apprennent l'alphabet et les chiffres.

Les enfants sont accueillis de 9h30 à 16h et reçoivent un repas par jour à 13h. Celui-ci est fourni par le gouvernement. Dans un de ces jardins d'enfant, les élèves reçoivent aussi une boisson pour le petit-déjeuner.

À l'admission de l'enfant, puis une fois par mois, les enseignants pèsent et mesurent les enfants. Dans la classe, ils ont une charte de croissances pour les filles et les garçons. Si un élève présente un poids ou une taille trop faible, il est amené au centre pour une consultation avec le médecin. Il arrive que ce soit le médecin ou une *linkworker* qui vienne le voir sur place. L'école lui donne alors un supplément alimentaire composé de lait en poudre et d'œuf.

Les jardins d'enfants offrent également de la nourriture aux mères de leurs élèves, lorsque celles-ci attendent un nouvel enfant. Une fois par mois, elles viennent chercher leur ration. Elle se compose essentiellement de riz accompagné par un autre aliment qui nous est inconnu.

Conférence urgences et soins intensifs

Une semaine avant la fin de notre stage, nous avons été conviés au M.S. Ramaiah Medical College pour une discussion sur les urgences et les soins intensifs. Chaque groupe présent devait faire une présentation sur le thème de son système de soin local. Il y eut donc des présentations sur les systèmes suisses, états-uniens et indiens.

Notre sujet traitait des stratégies pour gagner du temps dans les urgences suisses. Nous avons choisi d'aborder ce champ car il nous permettait à la fois de leur présenter les avancées technologiques utiles, ainsi que d'aborder un thème que nous trouvions important : l'hygiène des mains. Notre objectif était de les sensibiliser à l'existence des divers points que nous avons abordés.

RUG et admissions

Nous avons commencé par exposer le Réseau d'Urgences de Genève (RUG), avec ses cinq centres participants (HUG, Hôpital de La Tour, Clinique des Grangettes, Clinique et Carouge et le groupe médical d'Onex). Nous leur avons expliqué l'utilité de ce réseau, à savoir le désengorgement des services d'urgences. Dans une ville qui a vu sa population tripler en moins de dix ans, ce genre de stratégies s'avère particulièrement utile.

Nous avons ensuite traité notre système d'admission, c'est-à-dire les techniques utilisées afin d'orienter au mieux les patients arrivant aux urgences. En Inde, le tri n'est fait que de manière superficielle par la même personne qui encaisse l'argent des patients lors de l'inscription à l'hôpital. Dans les institutions publiques possèdent un secrétariat qui trie les patients par ordre d'arrivée et par urgence. Différentes couleurs de bracelets sont utilisées en fonction de l'urgence. Nous leur avons donc expliqué l'importance des infirmières spécialisées qui s'occupent à la fois d'analyser le passé médical du patient mais également sa plainte présente afin de préparer au mieux leur dossier pour le médecin allant les prendre en charge. Les signes vitaux sont également mesurés, contrairement à l'Inde encore une fois. Cela nous a donc permis d'enchaîner sur les quatre niveaux d'urgences dans lequel les patients sont classés par l'infirmière.

Ce qui différencie le tri entre les hôpitaux suisses et indiens est donc la profondeur des investigations. Les hôpitaux suisses iront beaucoup plus loin dans leurs recherches par rapport aux hôpitaux indiens.

Bien entendu, nous avons également évoqué les faiblesses de l'organisation des RUG, comme le fait que certains patients des HUG sont amenés à Carouge puis sont retournés aux HUG, sans avoir de passe-droit pour accéder plus rapidement à un médecin.

Point Of Care Testing instruments (POCT)

Concernant les avancées technologiques permettant de gagner du temps, nous avons décidé d'aborder les POCT. Ces instruments permettent une analyse rapide au lit du patient, et donc un gain de temps précieux. Ils permettent ainsi l'amélioration du temps-prescription-résultat, permettant ainsi de meilleurs diagnostics pour les patients.

Dans une ville où la densité de population est très élevée, comme Bangalore, le gain de temps procuré par l'utilisation de ces techniques permet de s'occuper de plus de patients en une journée, en plus de leur prodiguer de meilleurs traitements. Néanmoins, le problème des POCT est leur coût très élevé, ce qui rend leur obtention et utilisation plus difficile dans un pays en développement. Même si l'Inde est le dixième pays mondial au niveau du classement des PIB, il est le cinquième plus mauvais pays au niveau des soins.

Hygiène des mains – solutions hydro-alcooliques

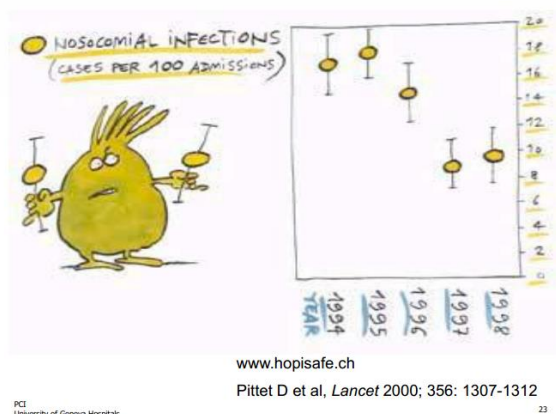
Pour cette partie de notre présentation, nous avons demandé de l'aide à VigiGerme et au Prof. Didier Pittet afin d'obtenir les informations les plus pertinentes

Au cours de nos diverses observations dans le centre médical gouvernemental ou les centres privés, nous avons constaté que la majorité des médecins ne pratiquent peu d'hygiène des mains avec le même patient, ou même entre les patients par rapport aux recommandations de VigiGerme. Afin d'inciter les médecins à se laver les mains plus souvent, nous avons décidé d'aborder l'utilisation de solutions hydro-alcooliques à travers ses trois plus gros avantages.

Le premier que nous avons abordé est le temps gagné par cette technique par rapport au lavage de mains classique avec savon. Là où ce dernier prend 1 à 1.5 minutes, la solution hydro-alcoolique ne prend qu'entre 15 et 20 secondes. Mais cette solution s'avère particulièrement utile au niveau des déplacements évités. Les médecins peuvent utiliser les solutions hydro-alcooliques sur place, alors que le lavage de mains nécessite d'aller à une salle de bain et revenir. Pour le personnel médical allant d'un patient à l'autre, il s'agit d'un gain de temps formidable. Pour cette raison, le personnel médical est nettement plus compliant dans l'utilisation de cette technique.

Le deuxième avantage majeur de l'utilisation des solutions hydro-alcooliques est la forte diminution de la transmission des maladies nosocomiales dans les services. Pour démontrer ce point, nous avons utilisé une image d'une diapositive d'un cours donné par le Prof. Pittet, elle-même tirée des informations d'une étude dans laquelle il a participé en tant que premier auteur. Il s'agit de l'image à droite. Elle montre que le taux de transmissions de maladies nosocomiales depuis l'introduction de l'Hopirub aux HUG a fortement baissé. Le

problème que nous avons eu est que le responsable des urgences de l'hôpital indien où nous effectuons notre présentation nous a soutenu que cette information n'était pas valide, car datant d'il y a trop longtemps. Malgré nos



explications, il n'a pas voulu reconnaître ce constat comme valide. L'utilisation de l'Hopirub a d'ailleurs provoqué l'étonnement chez certains des médecins présents, l'un d'entre eux nous ayant demandé si nous utilisons encore cette solution hydro-alcoolique aux HUG.

Le troisième plus gros avantage de la solution hydro-alcoolique, surtout pour un pays en développement, est sa facilité et son coût réduit de production, à partir de mélasse par exemple.

Conclusion

Nous espérons avoir fait réfléchir les auditeurs de notre présentation, sur la mise en place d'un réseau similaire aux RUG en Inde, l'éventuelle utilisation de POCT et la mise en place d'une hygiène des mains à partir de solution hydro-alcoolique plus stricte. La sensibilisation à ce troisième point nous semble avoir été réussie, principalement à cause du débat provoqué expliqué plus haut.

Hope Foundation

La Hope Foundation est une organisation non gouvernementale qui s'occupe de beaucoup de projets différents²⁶. Un des aspects importants de son engagement est l'éducation. En effet, elle possède une école à Bengaluru pour plus de 400 élèves. La fondation a aussi des programmes d'insertion pour les jeunes déscolarisés. Elle leur apprend entre autres les bases de l'informatique ou la rédaction du *Curriculum Vitae* pour leur permettre d'avoir plus de chance de trouver un emploi. L'association aide aussi les étudiants à réviser durant les périodes d'examens. Concernant la médecine, elle organise des consultations gratuites dans les villages comme nous le verrons ci-dessous. La Hope Foundation fonctionne grâce au don. Elle a plusieurs branches en Inde et fait elle-même partie d'une organisation internationale la Hope Worldwide.

Notre première visite de la branche bangalorais de la Hope Fondation nous a permis de rencontrer Augustin le responsable locale. Après avoir répondu à nos questions sur la fondation, il nous propose de participer le jeudi suivant à des consultations dans un village proche de Bangalore chose que nous nous pressons d'accepter. Ainsi le jeudi suivant, nous partons en direction du village avec les membres de la Hope Foundation. Dans la voiture, nous apprenons que cela fait 19 ans que l'organisation dispense tous les jeudis des soins. Ils avaient commencé dans un autre endroit dans la banlieue de Bangalore, avant d'aller dans le village. Il existe pourtant une clinique mais elle est payante et de ce fait, pas accessible à tous. Ainsi, le travail de la fondation est essentiel.

Arrivé sur place, nous déchargeons les médicaments des voitures et installons le « bureau » devant le temple hindou du village. Le personnel se compose de la Doctoresse Safina, de Schuchila, une des responsables qui fait l'admission et de 2 autres femmes qui s'occupent de la pharmacie.

Le parcours du patient se passe en trois étapes : Dans un premier temps, le patient arrive à l'admission où il s'enregistre. Il va ensuite vers la Doctoresse et passe la consultation. Pour finir, il prend si nécessaire des médicaments à la pharmacie. La queue pour la consultation étant assez longue, cela peut lui prendre plus d'une heure.

²⁶<http://www.hopefoundation.org.in/>

La consultation se passe très rapidement. Dans la plupart des cas, cela dure entre cinq et dix minutes. Beaucoup de patients ont un petit carnet qui leur sert de dossier médical et où le médecin note ses observations, les maladies et les traitements. Ce dernier y jette un coup d'œil tout en faisant l'anamnèse. Pour les



La Dresse Safina en pleine consultation

patients âgés ou souffrants d'une maladie chronique, la tension est prise systématiquement avec un tensiomètre automatique. L'examen physique est très restreint. Il se résume à l'inspection et quand cela est nécessaire l'auscultation et palpation. Lors de notre visite, c'est la Doctoresse Safina qui prenait les consultations. Il est intéressant de remarquer que cette médecin urgentiste est rémunérée par l'association. Une chose nous a fait plaisir : cette dernière ne donnait pas des antibiotiques à tout va comme beaucoup de médecins que nous avons vu. Les examens de laboratoires ne sont pas fait pour des raisons logistiques et /ou pécuniaires, alors les médecins prescrivent des antibiotiques pour couvrir tous risques.

Nous avons remarqué que 2 tranches de la population se détachaient. La première se compose des personnes plutôt âgées, c'est-à-dire au-dessus de 50 ans. La deuxième est formée par les élèves de l'école primaire qui se trouve derrière le temple. Ils viennent durant leur pause de midi, de ce fait ils ont la priorité et ne doivent pas faire la queue. Les enfants que nous avons vu venaient pour de la fièvre, des égratignures, des problèmes de peau ou des problèmes digestifs. Il faut noter que les enfants reçoivent dès 6 ans des vermifuges tous les six mois.

Concernant les personnes âgées, la plupart souffrent de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, mais aussi l'arthrite. Nous avons tout d'abord été surpris de la prévalence du diabète qui est très forte en Inde²⁷. La Doctoresse nous a expliqué que cela était dû stress causé par les mauvaises conditions de vie et de la mauvaise alimentation qui en découle. Ce programme de la Hope Foundation est très utile pour ces patients puisqu'il permet d'avoir un suivi. Les raisons pour lesquelles venaient les personnes de cette tranche d'âge étaient entre autres fièvre, douleurs multiples, problèmes de peau, etc.

Les plaintes des quelques personnes entre 15 et 45 ans étaient variées, allant du refroidissement, à des douleurs dues à un ancien accident, en passant par des diarrhées.

²⁷<http://www.who.int/diabetes/actionnow/en/mapdiabprev.pdf>

Un cas nous a particulièrement marqué : celui d'un ouvrier assez âgé qui s'est blessé le mollet en portant des blocs de béton. Il présentait une plaie très infectée de 5mm de diamètre, mais surtout très profonde. Nous avons pu voir des mouches aller et venir dans la blessure. (Cela nous semblait incroyable qu'une plaie puisse arriver à ce stade sans que la personne ne vienne consulter.) L'explication qui nous a été donnée est que les gens, surtout dans les milieux pauvres, attendent longtemps avant de se soigner. Cette journée a vraiment été riche en enseignement. Nous avons pu avoir un aperçu de la prise en charge des soins dans un village et de l'importance des associations dans celle-ci.



La pharmacie

Cette journée a vraiment été riche en enseignement. Nous avons pu avoir un aperçu de la prise en charge des soins dans un village et de l'importance des associations dans celle-ci.

Building Blocks School

Nous sommes allés dans l'Azalea school, l'une des six écoles Building Blocks. Ces écoles sont ouvertes pour les enfants de 3 à 6 ans des bidonvilles. Chacune est sponsorisée par une société différente, ce qui permet de rendre l'école gratuite pour les enfants. Pour l'Azalea, c'est Boeing International et ce depuis 4 ans.

L'école, ouverte il y a 6 ans, possède deux degrés : K4 pour les élèves de 3-4 ans et K5 pour les de 5-6 ans. Il y a deux classes de K4 et une de K5 ce qui fait 110 élèves en tout. Les salles de classes sont équipées d'un ordinateur, des tables et des bancs pour les élèves. Malheureusement, il n'y a pas assez de places dans les classes K4, alors certains élèves doivent s'asseoir sur le sol. Le personnel se compose d'un enseignant pour chaque classe, d'une cuisinière, d'une aide-cuisinière, d'une femme de ménage et d'une aide (souvent une mère) pour les classes K4. Les élèves vont à l'Azalea du lundi au samedi, de 9h à 12h pour les nouveaux arrivants et de 9h à 16 heures pour les autres. Les repas offerts sont le petit-déjeuner pour tous et le dîner et un goûter pour ceux qui restent jusqu'à 16h. L'école fournit pour chaque élève deux uniformes, quatre paires de chaussettes, quatre paires de chaussures.

Les enfants sont d'origine diverses et parlent plusieurs langues différentes comme le kannada, telugu ou hindi. C'est pourquoi les cours en K4 commencent dans leur langue maternelle²⁸ et en anglais. À partir de la K5, les cours sont exclusivement en anglais. Lorsque les enfants arrivent le matin, la maîtresse vérifie si leur hygiène (lavé, uniforme, coiffé...) est correcte. Si ce n'est pas le cas, l'enfant est renvoyé chez lui.

²⁸ C'est pourquoi les aides sont très utiles dans le cas où la maîtresse ne parle pas la langue de l'enfant.

À propos des cours, il est intéressant de remarquer qu'en plus de l'enseignement de base, on apprend aux élèves à se laver les mains²⁹, à se brosser les dents deux fois par jour et à bien se comporter à table. D'après les responsables de l'école, beaucoup de parents d'élèves sont illettrés. La plupart ont plusieurs enfants et vivent dans des conditions très difficiles. Cet environnement fait que l'alcoolisme est un des fléaux majeurs dans ces familles. C'est pourquoi l'école fait de la prévention en organisant des *community meetings* chaque mois, pour aborder différents thèmes tel que l'alcool, la violence ou la contraception.

Lors du premier jour, notre rôle était de faire un *screening* des enfants de l'école. Nous devons prendre le poids, mesurer la taille, le tour de tête et le tour de bras. Nous devons aussi observer l'état général de l'enfant et noter si quelque chose nous paraissait anormal, comme par exemple un sous-poids ou des problèmes de peau. Les enfants passaient les uns après les autres. Nous nous sommes partagés les rôles tel que montré sur cette vidéo faite par le manager de l'école, Paul³⁰.

Le deuxième jour, nous avons terminé le *screening* des derniers enfants. Puis Paul et Meher nous demandent de visiter l'école et de relever les points à améliorer. Nous sommes très surpris par leur demande, car le Dr Daya ne nous avait pas informés de cette tâche. Nous acceptons tout de même et partons en expédition. Nous allons dans les salles de classe, le préau sur le toit, la cuisine et même les toilettes. Paul nous montre également le menu de l'école : chaque jour les enfants reçoivent une portion de légumes, de féculents, et de légumineuses. Une fois par mois, l'école leur offre de la viande.

Après avoir visité l'école nous ne trouvons que deux points à améliorer. Premièrement, les élèves boivent tous dans la même bouteille d'eau. Nous lui conseillons de fournir une bouteille par élève pour éviter la transmission de maladies. Deuxième point, dans les toilettes, les élèves n'ont pas accès au savon car il est situé trop haut.

En ce qui concerne la santé des élèves, nous lui conseillons de faire chaque mois un *screening* des enfants pour leur taille, poids, périmètre crânien, et périmètre brachial. Nous



La salle de jeux sur le toit de l'école

²⁹ Ils n'ont pas 5 mouvements comme à l'hôpital mais 7 !

³⁰ <http://www.youtube.com/watch?v=F6QvxLi0HnM>

expliquons à Meher comment prendre ces différentes mesures. Nous leur fournissons aussi une charte de croissance (poids-âge, taille-âge). Ils pourront ainsi suivre la croissance de leurs élèves. Vu notre manque de connaissance à ce sujet, nous leur avons donné les coordonnées de la Dre Shubha, pédiatre qui nous avait accueillis dans son cabinet. Ils pourront lui poser toutes les questions auxquelles nous n'avons pas su répondre.

Notre activité dans cette école était la dernière de notre stage. Nous avons été impressionnés par l'organisation de Paul et Meher. En effet, ce sont les indiens les mieux organisés que nous ayons vu pendant le stage. Ils étaient en train de préparer un camp médical qui aurait lieu à la fin du mois de juillet dans le quartier de l'école. Pour cela, ils avaient déjà le matériel, les fonds, les locaux, les médicaments, etc. Ce camp était destiné aux élèves de l'école, à leur famille, ainsi qu'aux habitants du quartier. Les personnes voulant venir au camp (parents, élèves, etc.) étaient tenu de s'annoncer à l'école car Meher tenait un registre de chaque participants. Cela permettait d'avoir une estimation des ressources nécessaires. La seule chose qui manquait à leur camp était le personnel médical. Celui-ci devait être fournit par le Dr Daya grâce aux médecins bénévoles de Doctors for SEVA. Paul et Meher étaient inquiets à propos de ce point, car ils ont déjà constaté le manque d'organisation et les promesses non tenues par le Dr Daya. En effet, pour le screening le Dr Daya leur avait promis 10 bénévoles. Ceux-ci étaient censé apporter tout le matériel avec eux (balances, mètre, charte de croissances, etc.). Il s'avère que nous n'étions que quatre bénévoles et sans matériel. Nous leur avons donc conseillé d'appeler le Dr Daya pour être sûr qu'il n'oublie pas ses responsabilités, car Meher et Paul prévoyaient déjà 500 personnes à leur camp médical. Si les médecins ne venaient pas, il aurait fallu tout annuler.

Nous avons beaucoup apprécié travailler avec Paul et Meher car ce sont des gens engagés dans leur travail. Ils veulent ce qu'il y a de mieux pour les enfants, et sont ouvert à toutes propositions pour améliorer la vie de leurs élèves.

Synthèse prévention

Sankara eye hospital

L'hôpital de l'œil de Sankara fait de la prévention grâce à ses équipes qui patrouillent les bidonvilles à la recherche de problèmes aux yeux. C'est très efficace, si l'on prend en compte que le traitement est gratuit. Il existe même 3 programmes de prévention dévoués aux enfants de tous âges.

Journée anti-tabac

Le tabac reste un problème en Inde comme partout ailleurs dans le monde. La marche anti-tabac fait office de prévention, même s'il est dommage qu'elle n'ait pas eu lieu dans les grandes artères de la ville. Certaines organisations sont créées dans le seul but de prévenir les risques liés au tabac, comme « global vision ». Il reste malheureusement encore beaucoup à faire dans ce domaine.

Sports for SEVA

Lors de la journée Sport for SEVA, nous avons pu faire beaucoup de prévention active et passive de l'hypertension, le poids (BMI) et l'activité physique. La prévention active se faisait lorsque nous remplissions le questionnaire avec la personne, nous pouvions lui dire si tel activité suffisait ou non. Si ce n'était pas le cas, nous lui donnions quelques conseils. La prise de poids et la mesure de la taille nous permettaient de calculer l'indice de masse corporelle (BMI)

du participant. Nous pouvions ainsi lui dire s'il était dans un poids idéal ou en sur- ou sous-poids. Après la prise de la tension artérielle, nous avons un tableau (cf. annexe 2) pour montrer à la personne où il en était. Concernant la prévention passive, nous donnions les flyers (cf. annexe 3) que nous avons créés avec la pyramide nutritionnelle et quelques conseils. Cette expérience a été très gratifiante puisque c'est nous-mêmes qui avons tout fait du début à la fin.

Cloudnine Hospital :

Cette maternité pratique toutes sortes de tests anténataux, périnataux et postnataux. Les détails de ces tests ont été abordés plus haut. Elle participe donc de manière active dans la prévention des maladies chez les femmes enceintes, le fœtus et le nouveau-né. Les tests ne sont pas les seuls moyens de prévention de cet hôpital. Il propose aussi des cours pour parents concernant la prise en charge de l'enfant etc.

La Dre. Shubha Badami :

La pédiatre joue un rôle clé auprès des parents. En effet, lorsque les parents amènent leur enfant malade à une consultation, ils sont souvent inquiets et aimeraient que la doctoresse trouve le plus rapidement la cause de ce mal, et guérisse l'enfant. Si la pédiatre donne quelques conseils et recommandations sur la manière de prendre soins de l'enfant, les parents essayeront de les suivre à la lettre pour que leur enfant aille mieux. Elle donne aussi d'autres conseils concernant la manière de s'occuper de l'enfant en général, pas seulement lorsqu'il est malade. D'après la Dre. Badami, les médecins sont très respectés dans la société indienne, tout ce qu'ils disent est en général accepté par le patient. Comme nous l'avons constaté au sujet de la vaccination, les parents sont en majorité ouverts à cette idée et suivent le plan de vaccination pour leur enfant.

Conférence pédiatrique

Les conférences pédiatriques du premier jour montrent une volonté d'amélioration de la couverture vaccinale, ainsi que de la prévention de l'obésité de la part du gouvernement Indien. Cette-dernière est une voie de prévention indirecte du diabète qui sévit en Inde. Une volonté de bien-être des enfants est également mise en place par les médecins via le Kangaroo mother care.

La volonté de mettre en place des plans de vaccination contre plusieurs maladies, dont les méningocoques et les rotavirus, a également été montrée lors de la deuxième journée de conférence. Les mesures prises contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont également été mentionnées comme mesures de préventions importantes.

Centre de soins de Bypanhalli

Dans le centre de soins de Bypanhalli, la prévention est surtout présente sous la forme des vaccins et du check-up anténatal. Un jour de la semaine est entièrement consacré aux vaccinations, et celles de base (DTP, HBV, BCG et rougeole) sont heureusement fournies gratuitement. Les femmes enceintes ont quant à elles 2 jours par semaine qui leur sont dévolus, ce qui est excellent pour la prévention de problèmes durant la grossesse et l'accouchement.

Télé médecine

Le rôle principal de la télé médecine dans ce domaine, est qu'il prévient les complications dues à l'attente de soins. En effet, nous avons souvent vu que dans les milieux moins aisés, comme la population cible de la télé médecine, le malade a tendance à attendre avant de se faire soigner. C'est pourquoi il y a beaucoup de complications. La distance entre les centres de soins

est une des raisons majeures qui poussent le patient à attendre. La réduire permet au malade de venir plus rapidement se soigner et donc d'éviter d'avoir des complications. Un autre rôle que l'on pourrait aborder est celui du médecin généraliste. Comme en Suisse, il prodigue ses conseils à son patient et joue donc un rôle central dans la prévention.

Hope foundation

Nous pouvons arriver aux mêmes conclusions suite à notre journée avec la Hope foundation. Durant les consultations avec la Dre Safina, le lien de confiance entre les patients et elle est peut-être plus fort puisqu'elle est physiquement là (contrairement à la télémédecine). Ainsi, la prévention qu'elle peut faire a plus de chance d'être suivie par les soignés.

Dans les régions et les quartiers les moins favorisés, la population va moins consulter. Soit par manque de moyens (si les soins sont payants ou s'ils sont loin), ou par manque de temps (il faut s'occuper de sa famille ou travailler pour subvenir à leurs besoins).

Conférence urgences

A travers notre conférence sur les urgences, nous avons essayé de sensibiliser les médecins sur l'importance du tri des patients aux urgences, l'utilisation des Point Of Care Testing instruments ainsi que l'hygiène des mains via les solutions hydro-alcooliques.

Visite des bidonvilles :

Pendant notre visite du bidonville de Bypanhalli, nous avons remarqué que la *linkworker* est un élément clé de la prévention. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, elle est active dans plusieurs domaines : la vaccination, les soins anténataux et postnataux, les maladies transmises par les moustiques, et l'administration. Elle fait le lien entre les habitants du quartier et le centre de soin de Bypanhalli. Sans elle, la population serait moins informée au sujet des actualités concernant leur santé et l'accès aux soins. La *linkworker* connaît les habitants du quartier car elle fait des interventions régulières depuis plusieurs années. Les habitants ont confiance en elle. Ainsi, les conseils qu'elle donne seront acceptés et suivis plus facilement que ceux d'un inconnu.

Building Blocks School

L'Azalea School est active dans la prévention. Les enfants apprennent les règles d'hygiène de base, comme se laver les mains et les dents. L'école leur propose une alimentation équilibrée et organise des *meetings* pour les parents, comme nous l'avons vu dans l'article

Culture

Vie chez Daya

Jonathan

Nous avons pu vivre 4 semaines chez notre superviseur Daya dans le quartier de Subbaiypalya au nord-est de Bangalore avec sa mère et son père. Restant la plupart du temps à la maison comme le veut la tradition, nous avons pu passer beaucoup de temps avec sa mère.

Daya et sa famille sont brahmanes et ils suivent les préceptes de l'hindouisme. Tous les jours, ils faisaient leurs rituels dans une petite pièce conçue spécialement pour. Nous avons eu une relation privilégiée avec sa mère. *Aunty*, comme nous l'appelions affectueusement, cuisinait, et nous faisait des repas strictement végétariens, sans oignons ni ail. Bien que ce fût très bon, le nom est trompeur : il n'y avait pas vraiment de végétaux. Surtout des sucres lents comme des chapatis³¹ ou du riz avec du *dal*³². Elle nous a appris à manger « à l'indienne », c'est-à-dire à toucher la nourriture seulement de la main droite (pas facile au début pour déchirer des chapatis !) et boire avec la main gauche. *Aunty* nous a expliqué certaines choses sur l'hindouisme et sur la vie bangaloraise en général.



Avec *Aunty* à l'appartement

Le quartier, bien que pas très riche, était calme. Il y avait dans la rue principale un grand nombre de marchands, dont beaucoup de vendeurs de fruits. Avec les jeunes du quartier, nous nous sommes essayés une première fois au cricket ou avons joué au foot dans un terrain vague.

En conclusion, loger chez l'habitant nous a permis d'avoir un aperçu de la vie dans une famille moyenne à Bangalore, ce qui a été une expérience enrichissante. Je pense que c'est le meilleur moyen de découvrir la façon de vivre à Bangalore.

Karin

Vivre chez le Dr Daya et ses parents, à quoi cela ressemble-t-il ? Voici quelques expériences amusantes que j'ai vécues. Tendre l'oreille les premiers jours pour comprendre *Aunty* et *Uncle*. Dormir sur un matelas de 3 cm d'épaisseur à même le sol du salon pendant 3 semaines. Se réveiller à quatre heures du matin car un chat est entré dans la maison et bondit à côté de vous. Découvrir un tonneau d'eau rempli de larves de moustiques à la période de la mousson où les cas de dengue et de malaria sont en hausse. Vivre quelques heures par semaine dans le noir à cause des pannes de courant. S'habituer aux meutes de chiens errant vous aboyant dessus et ne pas penser au patient mordu par un chien dans la clinique que nous venons de visiter le matin-même. Manger les *chapatis* proposés par *Aunty* même si votre ventre est prêt à exploser. Apprendre à mettre un sari avec *Aunty*. Boire du thé au lait chaque matin.

Grâce à *Aunty* et *Uncle*, mon séjour à Bangalore a été très agréable. Ils nous ont accueillis avec sympathie dans leur appartement pourtant petit.

Expérience médecin

Adrien

Mon expérience personnelle en tant que patient dans un hôpital en Inde fût assez intéressante.

³¹ Il s'agit d'une sorte de crêpe de blé dur sans levure.

³² Plat indien à base de lentilles ou autres légumineuses.

Je me suis rendu un soir au service des urgences d'un hôpital privé car j'avais 40 de fièvre et des diarrhées. Là-bas, pas de tri selon la gravité ou l'urgence. Le secrétaire vous indique simplement la salle où sont pris en charge tous les patients, et c'est le premier arrivé qui sera le premier servi.

Une fois installé sur un lit, vous patientez jusqu'à ce qu'un médecin me demande ce qui se passe. Il ne vous écoutera pas jusqu'à la fin, puisque vous n'avez le temps de lui décrire qu'un symptôme sur deux, la fièvre. Une infirmière vient ensuite vous prendre la température et vous faire une prise de sang, en vous détruisant au passage une de vos veines.

Chose fort intéressante, Yann, qui était venu avec moi, s'est vu remettre les échantillons de mon sang. Sa mission était de trouver les laboratoires et de leur remettre mon sang pour analyse.

Heureusement on m'injecte enfin quelque chose pour faire baisser la fièvre, et je suis ensuite prié de rentrer à l'hôtel. Le lendemain a lieu une consultation avec un médecin qui semble beaucoup plus compétent. Il faudra auparavant bien sûr aller chercher soi-même les résultats de l'analyse de sang.

Selon le médecin, il s'avère que j'avais attrapé une intoxication alimentaire. On me prescrit donc des bactéries pour refaire ma flore intestinale, un anti parasitaire, et bien entendu, comme il semble de coutume en Inde, un antibiotique.

Je suis tout de même content de ce dernier médecin, qui m'a bien aidé dans la voie de la guérison. Mais je ne souhaite à aucun d'entre vous de tomber malade en Inde.

Jonathan

Mon expérience personnelle des médecins à Bangalore est due à un orgelet. Dans un premier temps, j'ai acheté un collyre contenant de l'ofloxacine dans une pharmacie du quartier où j'habitais. Puisqu'il n'y avait pas besoin d'ordonnance, je ne suis pas allé chez un médecin. Après quelques jours, mon œil enflait de plus en plus. J'ai décidé alors d'aller voir un ophtalmologue. Je suis d'abord allé dans une clinique proche de chez Daya mais on m'a dit là-bas que le médecin travaillait de 18h à 21h. J'ai décidé d'attendre le lendemain matin et je suis allé au Mallya Hospital, où l'on m'a prescrit de l'Augmentin.

Karin

J'ai eu l'occasion d'aller chez le médecin à deux reprises à Bangalore. Les deux fois le motif de consultation était une lésion à la main qui ne guérissait pas. A la première consultation, le généraliste de la clinique gratuite me prescrit une pommade de Bétadine et un antibiotique large spectre per os. Après avoir demandé conseil au Professeur Loutan, je décide de ne pas prendre l'antibiotique. Puis, aucune amélioration en vue, le Dr Daya m'amène chez un dermatologue. Pendant cette consultation, le médecin ne m'a adressé la parole qu'une minute puis s'est tourné vers le Dr Daya pour discuter d'affaires personnelles. Je reçu une ordonnance pour une pommade avec corticostéroïde et antibiotique. Grâce à cette pommade ma main a guérit.

Théâtre

Comment s'imprégner de la culture indienne sans aller au moins une fois au théâtre ? Daya nous a donc proposé d'aller voir une pièce.

La première chose qui nous a frappés, outre les habits colorés des acteurs, est la langue. Il s'avère que cette pièce était entièrement en Kanada, la langue locale. Même si certains d'entre nous ont apprécié le côté typique que cela donnait à la pièce, d'autres se sont endormis, tout simplement parce qu'ils ne comprenaient rien.

Quoi qu'il en soit, force est de constater que le théâtre indien est très différent de celui que nous connaissons. L'histoire est remplie de chants et de danses, comme si c'était une comédie musicale, ce qui fût assez divertissant. Comme mentionné plus haut, les habits des acteurs sont très colorés, et il est apparemment fréquent au théâtre que certains hommes se travestissent en femme, et vice-versa.

Paradoxalement, bien qu'elle ne se termine pas bien pour l'héroïne de l'histoire, une image assez joyeuse ressort de cette pièce, qui semblait pleine d'humour. Dommage que nous n'ayons pas pu comprendre les blagues.

Autre fait notable : la pièce de théâtre était remplie de chauve-souris. Les acteurs ne semblaient pas s'en soucier plus que de raison, mais nous avons été assez surpris.

Au final, si vous avez un jour l'occasion d'aller voir une pièce de théâtre indienne, allez-y. C'est une bonne expérience, mais allez la voir en anglais.

Workshop danse

Nous avons participé à un *workshop* sur le thème du bénévolat donné par le Dr Daya et Sangeeta Isvaaran, une danseuse.

Le travail de Sangeeta consiste à utiliser sa formation artistique pour aider les gens, notamment les femmes travailleuses du sexe. Ce jour-là le but du *workshop* était de nous apprendre à découvrir un nouvel environnement avec de nouvelles personnes, et d'interagir dans ce milieu. Durant ce *workshop* nous avons pratiqué plusieurs activités, telles que le mime, la danse, et avons aussi appris à utiliser nos sens. Il ne nous arrive que très rarement de devoir jouer à reconnaître nos collègues grâce à leur odeur ou de se rouler sur le sol pour imiter un animal. Nous avons appris quelques pas de danse indienne et avons pu observer les subtilités de cette danse. En effet, Sangeeta nous raconte ses heures passées aux côtés de son maître à travailler seulement les mouvements des yeux. De plus, nous avons eu la chance de voir Sangeeta faire une démonstration de danse.

Grâce à ce *workshop* nous avons découvert beaucoup de détails concernant le comportement des femmes indiennes. Par exemple, dans la rue, il n'y a aucune différence d'apparence entre les prostituées et les femmes se promenant simplement, elles portent toutes deux des saris. Nous nous étions déjà demandé s'il existait un quartier où les prostituées se regroupaient à Bangalore et comment les reconnaître. En fait, il n'y pas de quartier spécial ; les hommes reconnaissent une prostituée par son regard. Une femme indienne « bien élevée » ne regardera jamais un homme dans les yeux, elle se doit de marcher avec le regard baissé et les épaules rentrées. Les prostituées au contraire fixent les hommes droit dans les yeux. C'est pourquoi Sangeeta a conseillé aux filles participant au *workshop* de ne jamais regarder un homme droit dans les yeux en Inde, surtout après 22heures, sinon il aura l'impression de recevoir des avances.

Après le *workshop*, nous avons envie de voir à quoi ressemblait un spectacle de danse indienne. Le Dr Daya nous propose un spectacle d'une jeune danseuse que Jonathan et Karin s'empressent d'aller voir. Le spectacle est gratuit et la foule remplit la salle en peu de temps. La danseuse est accompagnée par un petit orchestre. Les Indiens apprécient de venir voir ces représentations, et mettent leurs plus beaux habits. Les gestes de la danseuse sont souples, mais ils semblent sans caractère. Elle manque beaucoup d'expérience. Nous sommes un peu déçu par sa prestation, surtout après avoir vu celle de Sangeeta. Néanmoins, nous sommes contents car nous avons eu la chance d'assister à un spectacle de danse indienne.

Poésie

Le Dr. Dayaprasad nous fait découvrir un restaurant dans lequel se déroulait une soirée « poésie ». Cet établissement est connu pour rendre possible cette activité culturelle plusieurs fois par mois. La plupart des poètes s'exprimaient en anglais. De l'épique au réalisme en passant par le grivois, nous avons été à la fois émus et subjugués par leur talent. La profondeur et l'intensité des textes de ces poètes, amateurs certes, mais impliqués, nous ont fait découvrir un nouveau versant de la culture indienne. De nombreux poètes, dont notre superviseur, se succédèrent des heures durant devant un public comblé. Ils venaient de tous horizons, certains revenant des Etats-Unis, d'autres provenant de milieux humbles du Bangalore. Cette activité était une manière intéressante de faire ressortir les émotions de ces poètes sans être soumis aux tabous culturels.

Mariage

Nous avons été voir un mariage hindouiste près de notre logement. Malheureusement la cérémonie était terminée mais la fête battait son plein. L'endroit où se passait le mariage se composait de 2 étages. Au premier étage, les mariés se tenaient sur une scène où les invités venaient les uns après les autres se faire photographier avec. Une partie de la cérémonie a dû se passer là vu le nombre impressionnant de chaises dans la pièce. Au rez-de-chaussée et dans la cour se trouvait le gargantuesque repas. Au fond de la salle, une dizaine de personnes cuisinaient tandis qu'une bonne vingtaine s'occupait de servir les convives. Ce banquet, d'après un des hôtes, était grand sans être gigantesque. D'après lui, il devait y avoir environ 1'500 invités alors que les plus grandes réceptions



Le mariage à Subbaiypalya

peuvent atteindre jusqu'à 5'000 personnes ! Lors de mariages indiens, on invite non seulement la famille et les amis, mais aussi le village, les voisins, les amis de la famille, les personnes non-invitées, etc. Cela démontre la différence de grandeur entre la Suisse et l'Inde.

Géographe

Nous avons rencontré le Dr. Chandrashekar Balachandran, un géographe, pour une discussion. Nous avons rendez-vous devant un café, puis nous nous sommes promenés dans les rues de Bangalore avant de dîner dans un petit restaurant de sa connaissance. Cette rencontre informelle a été très agréable et enrichissante. Au fil de notre conversation nous avons appris certains détails sur la culture locale. Il nous a expliqué, par exemple, que le « beau » par là le neuf attirait le mal. Ainsi, il fallait enlaidir la chose : les bébés avaient droit à deux points noirs (un sur la joue, un au front) et on mettait devant les bâtiments en construction des masques de démons.



Un des fameux masques de démon

Nous avons aussi parlé de politique avec lui. D'après lui l'Inde n'est pas une vraie démocratie. Les politiciens sont pour la plupart issus de la haute société. Cette classe dirigeante, quel que soit le parti, ne s'occupe pas des problèmes de la population. De plus, il nous a expliqué que pour se faire élire, les hommes politiques promettaient monts et merveilles à leurs électeurs. Il a donné l'exemple d'un homme qui promettait à chacun des électeurs une télévision écran plat s'il votait pour lui. Comme beaucoup d'autres, il trouvait que le principal problème de l'Inde était la corruption.

MTR et le temple du taureau

La première mission que Daya nous a confiée était la suivante : Trouver le MTR et y manger, puis rechercher un grand taureau.

Après avoir demandé à quelques personnes, nous avons facilement trouvé le MTR, non loin de notre hôtel. Il s'agit en fait d'une fameuse chaîne de restaurant, nommée Mavalli Tiffin Room. Celui que Daya voulait nous faire trouver était l'un des plus vieux restaurant de la ville. Malheureusement, nous l'ignorions, et sommes allés dans un petit restaurant faisant partie de la même chaîne.



Adrien, Jonathan et Karin devant le MTR

Vient ensuite le taureau. Après avoir demandé à plusieurs personnes dans la rue, qui nous envoyaient toutes dans une direction différente, nous avons fini par découvrir le nom de Bull Temple sur la carte, et enfin quelqu'un a su nous orienter sur les bus à prendre.

Nous avons donc trouvé le fameux temple du taureau, qui est magnifique. À l'intérieur se trouve une énorme statue de taureau sculptée d'un seul bloc de granite. Cet animal sacré, appelé Nandi dans la religion hindou, est la monture de Shiva, l'un des plus importants dieux hindous.



Le temple du taureau

Conclusion

Ainsi, nous avons abordé la prévention sous la forme de vaccination, *screening*, conférences diverses et suivi de médecins entre autres. C'était donc une approche à la fois théorique et pratique qui nous a permis d'avoir une vision globale du système de santé à Bangalore.

Nous avons constaté le fossé creusé entre riches et pauvres. Ces deux classes se partagent la ville, en peuplant des quartiers parfois uniquement séparés par quelques rues. La corruption est également omniprésente dans cette ville, comme nous l'avons remarqué à plusieurs reprises. A l'évènement Sports for SEVA, il a fallu payer les policiers pour afin d'obtenir l'autorisation d'organiser l'évènement sur un terrain publique. Les chiffres de l'immunisation de la population sont faussés par le gouvernement afin de pouvoir se vanter d'une fausse couverture totale de la population. Les gardes d'un monument de Hampi nous faisaient également des réductions pour qu'on les remercie en pourboires.

Nous avons pu être confrontés à des domaines multiples. La rencontre de médecins, d'un géographe, et d'un spécialiste des droits de l'Homme nous a permis d'élargir nos horizons et de mieux comprendre le contexte socio-culturel indien. Le logement chez notre superviseur, nos participations à des évènements culturels comme l'observation d'une pièce de théâtre et les workshops nous ont permis une très bonne immersion dans la communauté locale.

Ce qui nous a le plus marqué reste malgré tout la puissance phénoménale de la désorganisation indienne par rapport à l'organisation suisse. Contrairement à la Suisse où il faut prendre rendez-vous avec un médecin pour le suivre, notre superviseur nous envoyait suivre un médecin sans le prévenir ou même vérifier s'il était bien présent ce jour-là. Nous déconseillons aux futurs étudiants partant en IMC de faire un stage au Bangalore sous la supervision du Dr. Dayaprasad. Malgré tout, la ville elle-même s'adapte parfaitement à un stage IMC et présente un énorme potentiel dans ce domaine.

Il serait intéressant d'examiner l'évolution de ces domaines à Bangalore dans les prochaines décennies.

Conclusions personnelles

Adrien

L'Inde m'est apparue comme un pays totalement à l'opposé du notre.

La culture indienne m'a apporté l'exotisme que j'en attendais : il était très beau de voir tous ces habits colorés des femmes indiennes. Les temples sont tout aussi colorés et leur toit déborde des statues des nombreux dieux hindous. Les temples en ruine que nous avons pu visiter à Hampi étaient de toute beauté, recouverts par la jungle, abandonnés depuis des siècles. Si j'ai un endroit à vous conseiller en Inde, c'est là-bas.

J'ai trouvé extrêmement intéressant de voir que la religion est omniprésente en Inde. Chaque caste vénère ses propres dieux, et chacun a ses rituels à effectuer. Si vous vous rendez dans un temple hindou, impossible de retenir tous les gestes rituels des croyants, tant ils sont diversifiés.

La première chose qui m'a choqué est la circulation routière, durant le trajet en taxi depuis l'aéroport. Il m'a semblé que l'on avait donné une voiture à tous les Indiens, mais sans rien leur dire à propos du code de la route. Les appels de phares et les klaxons sont ce qui donne la priorité là-bas. Pour traverser la route en tant que piéton, il ne faut pas avoir froid aux yeux, et s'élancer au milieu de la circulation où les voitures vous passent devant et derrière sans sourciller. Mais après une semaine je dois avouer qu'on s'y habitue, malgré un pénible bruit de klaxon perpétuel.

La nourriture : que dire ? Même si elle m'a paru sympathique durant les premiers jours, je m'en suis assez vite lassé. Tout est pimenté, même le petit déjeuner. Un manque cruel de viande, sauf le poulet, n'arrange rien. Une diarrhée interminable m'a poursuivi tout au long du stage, ce qui ne fût pas des plus plaisant. Et pour couronner le tout, une intoxication intestinale m'a cloué au lit et aux toilettes pour une semaine. Je me suis donc fait une raison : la nourriture indienne, plus jamais.

Parlons maintenant du point le plus important : le stage. Autant être clair, j'ai trouvé qu'il manquait cruellement d'organisation. Nous ne savions pas du tout à l'avance ce que nous allions faire durant la journée, tout nous parvenait le matin même. Et tout ce que Daya nous proposait semblait être une idée sortie de nulle part. Je l'admets, nous sommes habitués à l'organisation suisse, il faut donc se montrer tolérant. Mais devoir rencontrer quelqu'un qui ne sait même pas qui vous êtes et ce que vous venez faire, ou encore visiter un hôpital sans personne pour vous guider, rend tout simplement le stage médiocre.

Il faut laisser une chose à Daya tout de même : Il a un large réseau de contacts. Heureusement, il a pu nous orienter vers divers médecins et associations, qui nous ont beaucoup appris. À la fin du stage, nous prenions nous même contact avec les personnes et associations intéressées à travailler avec nous, et cela se passait beaucoup mieux.

Je reste tout de même déçu du peu de médecine que nous avons pu voir et pratiquer en 6 semaines. Cette expérience est néanmoins inoubliable côté culturel, et je suis heureux d'avoir pu découvrir une autre partie du monde.

Jonathan

Mon immersion en communauté a été une très bonne expérience. Cela m'a permis de découvrir un pays que je ne connaissais pas. Avant de partir, je ne savais pas à quoi m'attendre. Je suis parti sans vraiment d'aprioris, sauf sur le système des castes. Peut-être est-ce dû à la courte durée de mon séjour, mais, heureusement, je n'ai pas senti de discrimination.

Bangalore est une ville très ambivalente. La différence entre la partie de la population la plus riche et celle la moins aisée est immense. Même si il existe bien sûr des quartiers avec que des luxueuses maisons, j'ai été surpris par le nombre de quartiers où se mélange bidonvilles et belles villas. Je m'attendais plutôt à une ville toujours grouillante avec ses millions d'habitants. Mais le rythme de la ville est aussi très variable : la journée, la mégapole est très vivante, par contre, à partir de 21-22h, la ville s'endort pour ne se réveiller que relativement tard le lendemain matin. Concernant les habitants, j'ai rarement rencontré des personnes plus accueillantes. Ils parlent très volontiers et nous aide avec bonne volonté. Plusieurs fois lorsqu'on a demandé notre chemin à quelqu'un et qu'il ne savait pas, il appelait avec son téléphone pour avoir les renseignements. Le réseau de bus qui est très développé. C'était très pratique et pas cher. Les rickshaws, quant à eux, étaient relativement fiable à part quelques fois où on a visité la ville alors qu'il n'y avait pas besoin.

J'ai eu la chance de vivre dans une famille indienne. Ça m'a permis d'apprendre beaucoup sur la culture à Bangalore grâce aux discussions avec Aunty. J'ai vu que le poids des traditions est encore bien présent, l'exemple le plus frappant : quand elle m'a dit qu'elle se devait de rester à la maison alors qu'elle s'ennuyait beaucoup et ce, parce que par tradition, les femmes doivent rester à la maison. Elle m'a fait découvrir la cuisine traditionnelle que j'ai bien aimée, même si au bout de 6 semaines je n'aurais pas refusé un bon plat de pâtes ou une entrecôte.

Le stage s'est mieux passé que je m'y serai attendu au début. L'organisation était le point faible de ce stage. On savait la plupart du temps ce qu'on allait faire le soir d'avant. Il est même arrivé que nous n'étions pas attendus à certaines visites. Heureusement, malgré ces petits désagréments, nous avons pu voir énormément. C'est le point fort de ce stage, je ne m'attendais pas à faire autant de choses. Et c'est ce qui va rester. Ce qui m'a le plus intéressé, ce sont les différents programmes (publics ou privés) mis en place dans les bidonvilles. Ainsi, j'ai particulièrement apprécié de faire les consultations avec la Hope Foundation, le screening à l'Azalea school ou encore suivre les *linkworkers* à Bypanhalli.

Finalement, cette immersion en communauté m'a permis bien plus que de simplement connaître un autre système de santé. Il m'a fait découvrir un autre mode vie et rencontrer des personnes enrichissantes. Cela m'a beaucoup apporté.

Karin

Après avoir passé six semaines en Inde nous avons dû nous adapter à la culture locale. Par exemple, manger avec la main droite, traverser les routes, ce qui pouvait parfois prendre 5 minutes car les voitures ne s'arrêtent pas pour laisser passer les piétons, boire à la bouteille comme les indiens, etc. Et nous avons eu la chance d'être totalement immergé dans la culture en habitant chez notre superviseur. J'ai apprécié cet aspect du stage : devoir m'intégrer à la vie sur place.

Étant la seule fille du groupe, j'étais choquée par la séparation entre les sexes. L'Inde est un pays en plein changement, et pourtant elle reste encore très traditionnelle. La mère de notre superviseur chez qui nous vivions me disait : « si tu veux être une bonne femme pour ton mari plus tard, il faut que tu saches cuisiner, et faire les autres tâches ménagères ». J'étais outrée qu'à notre époque et surtout dans une ville aussi moderne que Bangalore, les femmes elles-mêmes puissent encore penser comme ça.

Je remarquai bien lors de notre voyage à la fin du stage que les gens ne s'adressaient qu'à Jonathan et Adrien. Pour les hommes, je n'existais pas. Pourtant les garçons faisaient un effort pour m'intégrer dans la conversation avec nos interlocuteurs. Parfois quand ils étaient jeunes, ils s'adressaient à moi, mais lorsqu'il s'agissait de père de famille ou d'hommes âgés, la conversation n'avait lieu qu'entre hommes. En revanche, les femmes et les jeunes filles m'adressaient volontiers la parole.

À part cette séparation des sexes, j'ai beaucoup apprécié les habitants de Bangalore. Ils sont tous prêts à aider. Lorsque nous étions perdus, les passants prenaient le temps de nous indiquer le chemin, et s'ils ne le connaissaient pas, ils allaient demander à d'autres passants ou carrément, ils appelaient au téléphone un de leurs amis.

Toutes ces expériences m'ont appris plusieurs choses : il faut savoir être patients, s'adapter, relativiser et faire avec les moyens présents. Comme nous l'a dit Dr Daya à la fin de notre stage : « maintenant que vous avez su vous adapter à l'organisation indienne, ce sera facile pour vous de travailler n'importe où ».

Yann

Le Bangalore était un grand dépaysement, aussi bien au niveau culturel que social. La ville en elle-même montre un grand écart par rapport aux conditions de vie, comparé à Genève. Ce qui est assez impressionnant est la cohabitation entre pauvres et riches. Ce qui montre un grand écart par rapport à la Suisse est l'utilisation omniprésente des pauvres par les Cartels pour s'enrichir. Les rues sont remplies de femmes louant des bébés pour se faire donner de l'argent ou faisant semblant de boiter avec une canne, alors qu'elles se remettent à marcher tout à fait normalement quelques mètres plus loin. Les enfants sont également utilisés pour mendier, ce qui est rare à Genève. Le plus scandaleux est l'utilisation des estropiés par ces Cartels : au lieu de procurer des soins aux personnes en ayant besoin, ils paient leur familles pour qu'ils leur fassent faire des tours dans les rues pour demander de l'argent. Nous avons croisé à plusieurs reprises une femme âgée presque aveuglée par des kystes et autres problèmes au niveau de ses yeux. Elle était trainée dans les rues sur un chariot par un homme qui demandait de l'argent aux passants. En sachant qu'il existe des cliniques gratuites pour soigner les yeux, la situation est déplorable aussi bien de la part des Cartels, qui exploitent ces gens, des familles qui profitent des estropiés mais également des gouvernements qui n'agissent pas assez pour régler ces problèmes.

La corruption et l'appât du gain omniprésents est également assez impressionnante. On nous conseille de prendre sur nous une copie du passeport et non le passeport lui-même lors des trajets en ville, pour éviter qu'un policier ne le prenne et demande une somme pour sa restitution. Le gouvernement est lui aussi corrompu de manière flagrante.

Il est également dommage que cette ville se soit trop inspirée du modèle occidental pour croître en prenant tous les mauvais côtés et très peu des bons. Les rues bondées de voitures roulant totalement aléatoirement en sont un bon exemple.

En revanche, l'avantage de l'occidentalisation est la présence de plusieurs chaînes de restauration occidentales, permettant de changer de la nourriture locale. Autant cette nourriture locale est sympathique les premiers jours, autant elle devient rapidement insupportable par la suite. Le problème pour moi était le manque de viande, mais également le fait que les légumes soient servis de bouillie informe. Je me suis d'ailleurs longtemps demandé comment des gens ne mangeant que des légumes pouvaient réussir à avoir un poids aussi imposant. Il s'est avéré que certains mangent du riz accompagné de pain et de pommes de terre, avec une cuillerée seulement de légumes.

Le Bangalore regorgeait également de bonnes surprises, comme l'amabilité et l'altruisme des habitants. A plusieurs reprises, des Indiens ont appelé leurs amis par téléphone pour nous renseigner sur une direction lorsque nous étions perdus dans la ville. Bien entendu, les chauffeurs de Rickshaw sont une exception à cette règle. La grande majorité des chauffeurs que nous avons rencontrés étaient des hommes véreux et cupides, ne présentant même pas une once d'humanité et de sympathie. Par exemple, un chauffeur nous a chargés cinq fois le tarif d'une course pour aller à l'hôpital, alors qu'il était flagrant que nous n'allions pas bien. Évidemment, certains chauffeurs étaient honnêtes et sympathiques, mais ils étaient malheureusement trop rares.

La rencontre avec le monde médical était très intéressante. Si les médecins (sont) paraissent plus désorganisés, ils sont tout de même très efficaces. Certains médecins arrivent à enchaîner les patients très rapidement sans pour autant les négliger. Même s'ils n'ont pas reçu de formation pour les relations médecin-malade, un grand nombre montrent un grand talent dans ce domaine. Il y a également une grande différence au niveau des patients par rapport à la Suisse. Les patients Indiens, du moins ceux issus des classes humbles, sont très compliants et écoutent leurs médecins. Une docteure nous a même dit en parlant des médecins : « They are gods », ce qui montre l'estime de la population pour eux.

Notre superviseur était également une grande surprise. Il nous a fait remplir un grand nombre de documents pour participer au stage et s'est présenté de façon très professionnelle le premier jour. Nous nous attendions à beaucoup mais il a rapidement montré ses talents légendaires de désorganisation. Le planning était donné chaque semaine, mais changeait chaque jour, ce qui faisait que notre stage était très ésotérique, rajoutant un suspense prenant au quotidien.

Pour conclure, j'ai trouvé ce stage très intéressant au niveau découverte d'un nouveau système. J'ai apprécié le choc des cultures, changer mon quotidien par rapport à la Suisse. L'observation d'une société et d'un système médical très différents de la Suisse était très inspirante. Je sais néanmoins que je n'irai pas m'installer là-bas.

Bibliographie

Livres et publications

Le Grand Atlas, Edition Mondo 1999

Histoire de l'Inde et des indiens, Louis Frédéric, Critérion, Paris, 1996

La Bhagava-Gîta telle qu'elle est, Éditions Bhaktivedanta, 1986 Paris

Jainism: The World of Conquerors, Volume 1, Natubhai Shah, Sussex academic press, 1998

Histoire de l'Inde, Jacques Dupuis, Payot, Paris, 1963

Histoire de l'Inde, Michel Boivin, Éd. Que sais-je, 4ème édition, 2011 avril

L'Inde contemporaine, De 1950 à nos jours, Christophe Jaffrelot, Fayard CERI, 2006

A Dictionary of Modern Indian History 1707-1947, Parshotam Mehra, Oxford university press, 1985

Liens internet

<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.CD/countries/1W?display=default>

<http://en.wikipedia.org/wiki/Throwball>

<http://www.hopefoundation.org.in/>

<http://www.who.int/diabetes/actionnow/en/mapdiabprev.pdf>

<http://donnees.banquemondiale.org/pays/inde>

<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.RUR.TOTL.ZS>

<http://www.census2011.co.in/census/city/448-bangalore.html>

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/

<http://www.cadiresearch.org/topic/obesity/abdominal-obesity/asian-indian-phenotype>

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/

<http://chamilo.unige.ch>