

Eileen Benz, Julie R  rat, Rebecca Hertzog, Caroline Schuler

Comment l'institut pour mères et enfants indiens contribue-t- il à la réalisation des objectifs du millénaire ?

Rapport de stage « Immersion en communauté »

Genève, Août 2012



Professeurs responsables : Messieurs Chastonay et Kabengele. Université de Genève

Table des matières

I. Introduction.....	3
II. Présentation du pays.....	5
III. Présentation de l'organisation.....	10
IV. Participation de l'IIMC aux OMD.....	14
a. Description des OMD.....	14
b. OMD 1 : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim.....	14
c. OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous.....	19
d. OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.....	23
e. OMD 4 : Réduire la mortalité infantile.....	30
f. OMD 5 : Améliorer la santé maternelle.....	37
g. OMD 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies graves.....	44
h. OMD 7 : Assurer un environnement durable.....	50
i. OMD 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.....	58
j. Conclusions.....	61
VI. Conclusions personnelles.....	62
VII. Remerciements.....	63
VIII. Sources.....	63

I. Introduction

Pourquoi partir en Inde?

Après trois ans d'études de médecine comprenant des heures infinies de lecture, de grands stress avant les examens et de nombreux sacrifices au niveau des contacts sociaux, nous avons eu envie de faire une coupure avec notre quotidien et de nous immerger dans une culture foncièrement différente de la nôtre.

L'Inde présentait un attrait particulier pour chacune de nous. Sur les images, ce pays semblait si coloré, chaotique mais souriant. Un contraste flagrant avec notre vie ici à Genève...

De surcroît, nous ressentions le besoin d'agir et de bouger. Notre quotidien d'étudiantes en bachelor nous force quand même à rester assises devant nos livres afin d'acquérir les connaissances biomédicales. La « vraie » médecine, celle qui nous a incitées à choisir cette profession, celle qui est proche de l'humain, c'est celle-là que nous avons hâte de découvrir. Nous souhaitions rencontrer des patients (non-standardisés) et pouvoir soulager leurs souffrances et cela, dans un pays où l'accès aux soins n'est pas encore possible pour beaucoup.

C'est ce besoin profond de découvrir une nouvelle culture, un nouveau type de médecine et l'envie d'agir qui nous a réunies les quatre. La prochaine question qui se posa fut :

Comment trouver un projet ?

Eileen avait assisté à une conférence donnée au CMU : c'était le Dr Sujit, médecin et fondateur de l'Institut Indien pour Mère et Enfant (IIMC, Institute for Indian Mother and Child) venu depuis Calcutta jusqu'à Genève pour présenter son projet. Nous avons ensuite effectué des recherches sur l'IIMC et ce projet nous a toutes enthousiasmées. De plus, nous savions que depuis quelques années déjà ; des étudiants de Genève avaient fait leur stage d'immersion en communauté dans cette organisation. Afin d'avoir plus d'informations, nous avons contacté Bénédicte, une étudiante de la volée précédente, ayant fait son stage IMC dans cet institut. Cet entretien nous a beaucoup appris sur ce projet et particulièrement le fait de pouvoir faire quelque chose avec nos mains et notre savoir tout à la fois nous a confortées dans notre idée d'aller à Calcutta.

Après quelques mails formels, nous avons reçu la confirmation du Dr Sujit que nous pouvions venir au mois de mai/juin à Calcutta afin d'œuvrer dans son projet. C'est alors que les préparations ont commencé. Peu après, nous tenions nos billets d'avion dans la main. La série de vaccins et les questionnaires interminables liés à l'obtention de notre Visa n'ont pas réussi à tarir notre joie de partir. Les guides et les reportages sur l'Inde ont fait forte concurrence à nos lectures d'immunologie et d'infectiologie...

Quelles étaient nos attentes ?

Le Dr Sujit nous a affirmé le premier jour :

« Ici, vous devez avoir zéro attente. Oubliez tout ce que vous avez vu chez vous. Ici, on fait de la médecine indienne. »

Nous avions quand même quelques attentes. Comme déjà mentionné auparavant, nous voulions participer activement au programme médical et non seulement observer. Nous souhaitions également mieux connaître tout ce qui gravite autour du programme purement médical, car l'IIMC comprend divers programmes dans d'autres domaines (éducation, économie, autonomisation de la femme etc.). C'est pour ça que nous avons choisi le thème :

La contribution de l'IIMC à la réalisation des Objectifs du Millénaire.

II. Présentation du pays : l'Inde¹

L'Inde fit longtemps partie de l'Empire britannique... avant d'obtenir son indépendance en 1947. Ce pays du Sud de l'Asie, dont la capitale est New Delhi, est le deuxième pays le plus peuplé du monde (après la Chine), avec 1 210 193 422 habitants en 2011 (dont 31 % ont moins de 15 ans). La population urbaine représente environ 30 % de la population indienne. La superficie du pays est de 3 287 590 km² et la densité de population y est très importante : 382 habitants/km². Le Pakistan, le Tibet, le Népal, le Bhoutan, le Bangladesh et le Myanmar partagent des frontières avec l'Inde. 28 Etats et les 7 territoires de l'Union forment la République fédérale indienne.

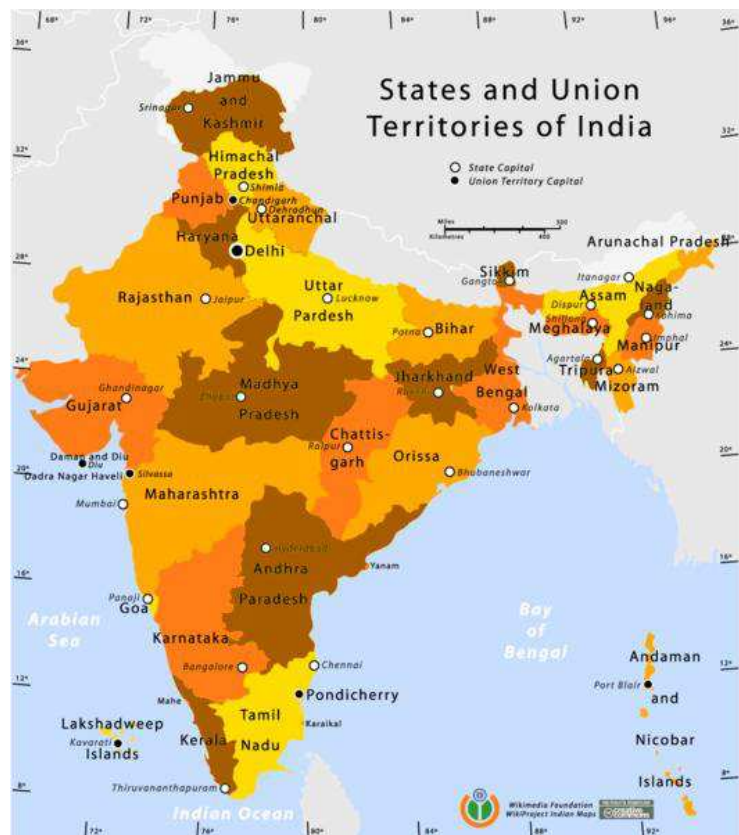
Plusieurs grandes religions sont pratiquées dans ce seul sous-continent :



- l'hindouisme (80,5 %)
- islamisme (13,4 %)
- chrétiens (2,3 %)
- sikhisme (1,9 %)
- bouddhisme (0,8 %)
- jaïnisme (0,4 %).

L'Inde héberge de nombreuses civilisations. Vingt-trois langues officielles y sont reconnues, dont l'anglais, l'hindi, le tamoul, le bengali... Il existe deux grandes familles de langues : les langues indo-aryennes (parlées surtout au Nord) et les langues dravidiennes (parlées principalement au Sud et à l'Est). Tous les documents officiels sont écrits en anglais et dans la langue régionale.

La monnaie est la roupie, et le revenu moyen par mois et par habitant est d'environ 3173 roupies, soit 48 euros. Plus de 25 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, l'espérance de vie est de 69 ans et le taux d'alphabétisation était de 70 % en 2011.



¹ Source : Wikipédia et Le guide du routard 2012 (Inde du Nord)

En Inde, l'indice de développement humain (qui prend en compte l'espérance de vie, l'éducation et le niveau de vie) est de 0,519 : l'Inde se trouve au 119^{ème} rang mondial. Pour comparaison, l'indice de développement humain de la Suisse est de 0,903 (11^{ème} rang mondial).

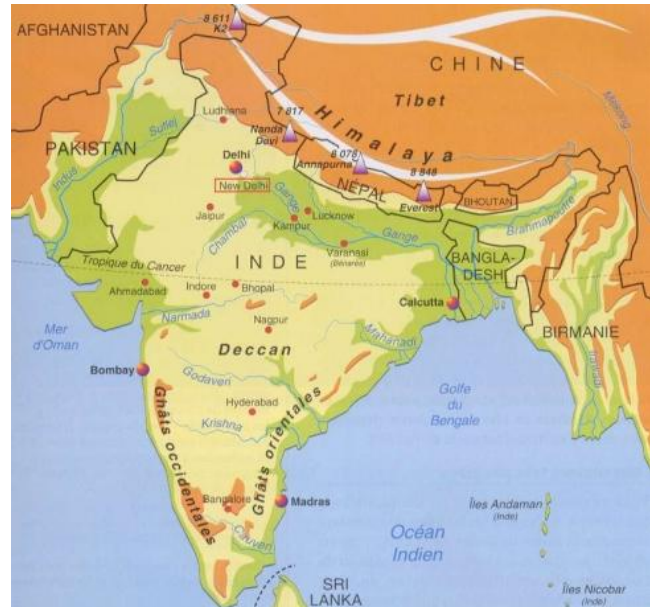
On distingue 4 grandes zones géographiques sur le territoire indien.

- . L'Himalaya est une énorme chaîne de montagne ininterrompue sur 2400 km, avec une largeur qui varie de 240 à 320 km. Elle marque la frontière avec la Chine et le Népal.

- . La plaine du Gange est la région où la densité de la population est la plus élevée du monde. Elle s'étend de l'Inde à l'ouest au Brahmapoutre à l'est en passant par le Gange au centre. Les inondations y sont nombreuses pendant la mousson, à cause du relief relativement plat. Le Gange est le réseau fluvial principal du nord de l'Inde : il irrigue un quart de la surface totale du pays.

- . La zone désertique comprend Rann de Kutch et le Rajasthan à l'ouest.

- . Le plateau péninsulaire est séparé du bassin du Gange par plusieurs chaînes de montagnes d'altitude moyenne, et bordé par des chaînes côtières.



Les climats diffèrent grandement selon les régions, mais en général, on parvient à distinguer 4 saisons. En hiver, de janvier à février, la température moyenne est d'environ 10-15°C au nord ouest, et augmente si on se déplace vers le sud-est. En été, de mars à mai, les températures moyennes se situent autour de 32 à 40°C. La saison des pluies, ou mousson, s'étend de juin à septembre ; tandis que l'automne, ou période post-mousson s'étend d'octobre à décembre.

En Inde, l'atmosphère est très polluée, notamment à cause de la circulation automobile, qui devient de plus en plus importante, mais aussi à cause des rejets d'usines qui échappent généralement à tout contrôle.

Après cette brève présentation du pays, il nous paraît important de dire quelques mots sur le système des castes, sur le système de santé indien et sur la ville de Calcutta, avant de montrer les actions de l'IIMC dans la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement.

Le système des castes²

Le terme « caste » qui signifie catégorie pure, non mélangée, fut introduit en Inde au 16^{ème} siècle. Le mot « varna » est parfois employé : il signifie « couleur » et englobe les quatre grands groupes sociaux :

- les Brahmanes : prêtres, enseignants et professeurs
- le Kshatriya : roi, princes, administrateurs et soldats
- les Vaishya : artisans, commerçants, hommes d'affaires, agriculteurs
- les Sudra : serviteurs.

L'appartenance d'un homme à une varna donnée est définie à sa naissance : un fils de Brahmane naît Brahmane. L'accumulation de bons karmas au cours de la vie présente permet à un homme né dans une basse caste, d'améliorer son statut lors d'une incarnation future.

Au cours de l'histoire de l'Inde est apparue l'intouchabilité. En effet, les personnes qui manipulaient des substances susceptibles de propager des maladies, celles qui avaient des professions répugnantes, et celles qui avaient commis des délits graves, étaient rejetées définitivement par la société. Ce phénomène de l'intouchabilité s'est développé au cours des siècles pour atteindre aujourd'hui un pourcentage significatif de la société (160 millions de personnes actuellement) : l'intouchabilité est elle aussi une donnée héréditaire. Les Intouchables sont des hors castes : les non-hindous sont donc également considérés comme des Intouchables.

Seule, la croyance en la pluralité des vies permet aux intouchables d'espérer un jour pouvoir changer de statut.

La constitution de l'Inde indépendante (1950) abolit normalement le fait d'appartenir à une caste ainsi que les discriminations liées à l'intouchabilité. Cependant, les Intouchables sont subissés encore des persécutions et des mauvais traitements...

Malgré leur situation souvent misérable, la plupart des Intouchables ne se révoltent pas contre le système des castes puisque celui-ci résulte de l'ordre naturel des choses. En outre, les Intouchables créent entre eux des catégories qui se comportent entre elles comme des castes... Ceci est preuve de l'extrême solidité du système.

Le système de santé indien³

Avec seulement 1,5 lit d'hôpital pour 1000 personnes, l'Inde est loin de la moyenne mondiale qui est de 3 à 4 lits pour 1000 habitants dans les pays en développement. De plus, l'Inde possède seulement 0,6 médecin pour 1000 personnes, alors que la moyenne mondiale est de 1,2 médecin pour 1000 habitants.

² Source : <http://ganapati.free.fr/voyage/castes.html>

³ Source : <http://www.expatriation.com/le-systeme-de-sante-indien.html>
<http://pro.news-assurances.com/blog/les-defis-du-systeme-de-sante-de-linde/016918175>

L'Inde ne possède pas de système de sécurité sociale, et propose des soins gratuits pour les plus démunis dans des hôpitaux gouvernementaux bas de gamme, tandis que les plus riches peuvent opter pour un système privé, payant et souvent de meilleure qualité.

Il existe aussi des disparités en matière de soins de santé selon les zones géographiques : les spécialistes et les équipements ne sont pas toujours présents dans les endroits les plus reculés du pays.

Le système de santé de l'Inde est l'un des systèmes les plus privatisés au monde : près de la moitié de tous les habitants de l'Inde devant être hospitalisés se tournent maintenant vers les cliniques de santé privées. Une large partie des services du secteur privé doivent être payés au moment où le service est reçu, ce qui explique que plus de 40 % des indiens hospitalisés doivent emprunter de l'argent ou vendre leurs biens pour couvrir leurs frais médicaux.

Les frais d'hospitalisation en Inde ne sont la plupart du temps pas remboursés par l'assurance maladie. Les médicaments sont donnés gratuitement à l'hôpital mais en quantité limitée. Ensuite, il existe un véritable marché noir.

Calcutta

Les anglais créèrent Calcutta en 1690 au bord de la rivière Hooghly, un bras du Gange. Calcutta est par la suite devenue la capitale de l'Inde britannique. Aujourd'hui, elle est la capitale de l'Etat du Bengale occidental.

Aujourd'hui, à Calcutta, il est possible de se déplacer en bus, en métro, en voiture et en auto-rickshaws. Le métro de Calcutta, construit en 1972 et 1995, fut le premier d'Inde. Il ne comporte qu'une seule ligne, qui traverse la ville dans le sens de la longueur.



Marché aux fleurs à Calcutta

La densité de population à Calcutta est la plus forte du pays : 904 habitants/km². La population est de 5 millions d'habitant au cœur de la ville ; tandis que l'agglomération entière compterait environ 15 millions d'habitants. Le contraste entre les très riches et les très pauvres est impressionnant et à la vue de tous : la nuit, dans certains quartiers, 1 à 2 millions de personnes s'endorment dans la rue sous des chiffons sales.

Le trafic y est très dense, les poubelles sont rares et l'atmosphère extrêmement polluée... Le patrimoine culturel est important mais peu entretenu... On pense notamment au Victoria mémorial en marbre blanc, construit de 1906 à 1921 en hommage à la reine Victoria, impératrice de l'Empire des Indes.

Calcutta est aussi la ville des organisations d'aide aux plus pauvres : nous pouvons citer notamment le Nirmal Hriday ou mouvoir de Mère Teresa, qui est un hospice gratuit pour les plus démunis ; mais aussi l'IIMC (institut for indian mother and child) fondé par le docteur Sujit.



Victoria Memorial Hall

III. Présentation de l'organisation :

L'institut pour les mères et enfants indiens (IIMC)

Une brève présentation de l'institut pour les femmes et enfants indiens (IIMC) dans lequel nous avons fait notre stage nous semble essentielle pour comprendre comment cette organisation peut agir dans la réalisation des OMD.

Cette organisation non gouvernementale a été créée par le Dr Sujit Kumar Brahmocharry en 1989. Le but était d'apporter un soutien médical aux pauvres dans l'état du Bengale occidental. A l'heure actuelle, l'IIMC a étendu ses activités à la promotion de la santé, à l'éducation et à des programmes de développement rural comme le programme d'agriculture et l'autonomisation des femmes grâce aux microcrédits. Leur mission est donc d'améliorer la situation des pauvres, de promouvoir la santé maternelle et infantile, l'alphabétisation, le développement économique et d'instaurer la paix et la solidarité dans la société.

Le site principal de l'IIMC se trouve dans le sud de Kolkata et comprend un hôpital pour enfant, un centre de maternité, un centre d'éducation, une unité coopérative de femmes et une banque avec des micros financements pour les femmes.

Le programme médical

Programme de soins de base

Au commencement, le but était d'apporter des soins aux personnes dans les villages alentours.

Maintenant, ce programme s'est agrandi et comprend un « Indoor Center » avec 20 lits, un « Outdoor » ouvert deux fois par semaine et six autres centres dans les villages éloignés.

Ces centres prodiguent non seulement des soins de médecine de base mais aussi des services d'immunisation, des radios et ultrasons, des soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques.

En plus des soins de base, l'IIMC apporte, dans son programme médical, une attention particulière à l'enseignement de la santé et à sa promotion.

Le programme d'éducation de la santé et de promotion de la santé

L'objectif est de soutenir l'éducation de la santé générale et reproductive dans les villages éloignés avec l'espoir que ces femmes et ces hommes seront capables d'améliorer leur santé par eux mêmes. Beaucoup de personnes ont des idées préconçues sur la santé et certaines d'entre-elles peuvent leur être nuisibles. L'IIMC essaye de dissiper ces croyances et de prévenir les tabous dangereux.

Cet enseignement cible principalement les femmes dans les villages, qui ont un rôle important à prendre dans la société. L'IIMC leur enseigne les problèmes de discrimination envers les petites filles, les droits d'égalité ainsi que la violence conjugale. De plus, ces femmes apprennent les bases de l'hygiène, de la nutrition, de la contraception et les effets négatifs des idées reçues.

Programme de réseaux

L'IIMC travaille avec plus de 40 petites ONG dans le Bengale occidental. L'objectif ici est de répandre l'éducation et la promotion de la santé sur une plus grande surface en organisant des séminaires, des formations, des ateliers et des campagnes de sensibilisation afin d'informer une plus grande population et de travailler avec un plus grand nombre de personne.

Dhaki, centre de maternité et projet de l'île Sundarban

Auparavant, dans la région de Dhaki dans le sud du Bengale occidental, les gens n'avaient aucun accès aux soins médicaux. L'IIMC a construit une clinique ouverte deux jours par semaine dans cet endroit afin de prodiguer un soutien médical aux villageois.

Le travail des volontaires internationaux

A l'indoor, nous passons chaque matin voir tous les patients pour prendre leurs signes vitaux : température, pression sanguine, fréquence respiratoire et fréquence cardiaque. Après avoir récolté les informations, nous mettons à jour leur dossier médical. L'après-midi nous faisons la tournée des patients avec le médecin. Le docteur nous demandait de pratiquer un examen un peu plus approfondi sur chaque patient. Nous regardions si le patient



était anémique, nous palpions son abdomen, nous écoutions son cœur et ses poumons, et nous inspectons sa peau. Pendant la tournée, les docteurs Hallok et Dipali prenaient le temps de nous expliquer les pathologies de tous les enfants.

Entre midi et deux heures, certains volontaires pouvaient aider à la préparation des paquets de compléments alimentaires (Nutritional Diet).

Quand nous arrivions aux cliniques outdoors, après une longue route, nous aidions les infirmières à préparer la salle de soins. Ensuite, nous nous répartissions les tâches à faire.

L'une d'entre nous prenait la tension de tous les patients, une autre faisait des injections intramusculaires, et une dernière s'occupait des divers problèmes de peau. Trois substances différentes étaient injectées dans la fesse : de la vitamine B, de la vitamine D et du diclofénac. Concernant les soins de peau, nous nettoyions la zone affectée avec du savon, nous la désinfectons avec de la Bétadine, et finalement nous appliquions la crème adéquate qui consistait en une crème antibiotique ou crème antifongique.

Parfois, le docteur Sujit nous demandait de préparer des cours de prévention sur des thèmes qu'il avait choisis. Par exemple, nous avons une fois, expliqué l'anatomie humaine à une trentaine de femmes, pendant une petite heure.

Nous avions aussi la possibilité de visiter les villages dans lesquels l'IIMC avait des projets : école, microcrédit, women peace council, networks.



Programme d'éducation (Cf : OMD 2)

Ce programme a pour but de promouvoir l'éducation afin que les patients aient plus de connaissances générales et puissent mieux comprendre leur maladie. Ceci leur permet de mieux se soigner en connaissance de cause.

Pour promouvoir l'éducation, l'IIMC a construit de nombreuses écoles dans les villages reculés du Bengale occidental et propose à la population des pays riches de sponsoriser un enfant indien.

Garderie et centre pour handicapés

Beaucoup d'enfants doivent travailler avec leurs parents et n'ont donc pas accès à l'éducation. L'IIMC a mis en place une garderie afin de permettre aux femmes de travailler tout en sachant que leur enfant est pris en charge pendant la journée.

Programme de développement économique et indépendance

Le programme d'autonomisation des femmes

La condition des femmes en Inde est misérable. Elles sont souvent victimes de maltraitances, de discriminations et d'injustices. Plusieurs programmes ont été mis en place par l'IIMC pour favoriser leur situation. La sensibilisation des femmes à leurs conditions, l'éducation des jeunes filles, l'indépendance financière de la femme grâce aux microcrédits, la formation professionnelle, l'aide socio-légale et le conseil social sont tous des projets instaurés par

l'IIMC pour améliorer la condition féminine en Inde et plus spécifiquement dans le Bengale occidental.

Autonomisation économique de la femme

Matree Udyog : programme pour les mères d'enfant sponsorisé

Ce programme incite les femmes en contact avec l'IIMC qui n'ont pas la motivation ou le courage d'aller au près de l'association pour demander de l'aide, à participer au projet de microcrédit. Ceci leur permet d'avoir un peu d'argent pour entreprendre quelque chose par elles-mêmes et ainsi d'encourager leur indépendance financière et personnelle.

Mahila Udyog (banque Grameen) : autonomisation économique des femmes rurales. Les femmes qui participent à ce projet peuvent déposer régulièrement une somme d'argent dans la banque Grameen et par la suite retirer un montant ne dépassant pas 10 000 Rs. Le but est d'aider des femmes à avoir un peu d'argent qu'elles remboursent à un taux d'intérêt très bas. Ce bien va leur permettre de démarrer une petite entreprise, un commerce par exemple, pour gagner elles-mêmes de l'argent et devenir indépendantes. Cette autonomie les aide à s'émanciper et à sortir de leur condition difficile de mère de famille. De plus, le programme de formation professionnelle pour certaines femmes leur permet d'apprendre à coudre ou à tricoter, afin de produire des sacs et des uniformes pour les enfants sponsorisés. Les femmes formées apprennent donc à être autosuffisantes et l'IIMC peut faire un peu de profits en vendant les produits fabriqués.

Conseil de paix des femmes (women peace council)

Ce programme est nouveau pour l'IIMC. Il a pour objectif d'autonomiser les femmes et d'amener une atmosphère de paix au sein du village. Le peace council consiste en un groupe de villageoises qui se réunissent régulièrement pour parler de sujets comme l'actualité, jouer, chanter et discuter de problèmes locaux. Elles deviennent le conseil du village donnant la possibilité aux gens de venir vers elles au besoin. Leur but est de répandre la paix dans leur environnement parvenant ainsi au bon développement d'une société saine. Ceci permet d'avoir une confiance en soi et un respect amenant à une meilleure condition des femmes rurales.

Programme d'agriculture

Trois sous projets font partie de ce programme : Dukherpole, Purjata et Dhaki.

Le but de ce programme est de cultiver les champs mis en place par l'IIMC, d'apporter de l'eau aux fermiers en creusant des pompes superficielles et d'installer des étangs pour la pisciculture.

Toutes ces infrastructures agricoles permettent aux villageois de subvenir à leurs besoins de manière indépendante et de créer des fonds pour l'IIMC.

IV. Participation de l'IIMC à la réalisation des OMD

a. Les objectifs du millénaire pour le développement⁴

Les pays membres de l'ONU ont définis huit objectifs du Millénaires pour le Développement (OMD), qui ont été adoptés pendant le Sommet du Millénaire, en septembre 2000 au siège des Nations Unies à NewYork. Les OMD sont les premiers objectifs de développement globaux que la communauté internationale se fait un devoir de réaliser dans un calendrier concret : entre 1990 et 2015, réduire de moitié la faim et la pauvreté, garantir l'accès pour tous à l'éducation primaire, imposer l'égalité de traitement entre hommes et femmes, abaisser respectivement de 2/3 et de ¼ les mortalités maternelle et infantile, endiguer la propagation du VIH/SIDA, du paludisme et d'autres maladies, assurer le développement écologiques durable et établir un partenariat mondial pour le développement.

Après ces quelques mots sur l'Inde, sur l'IIMC et sur les OMD, nous allons voir comment l'IIMC contribue à la réalisation de chaque objectif du millénaire.

b. OMD 1 : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim

Définition de l'objectif⁵

Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la part de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour.

Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif.

Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim.

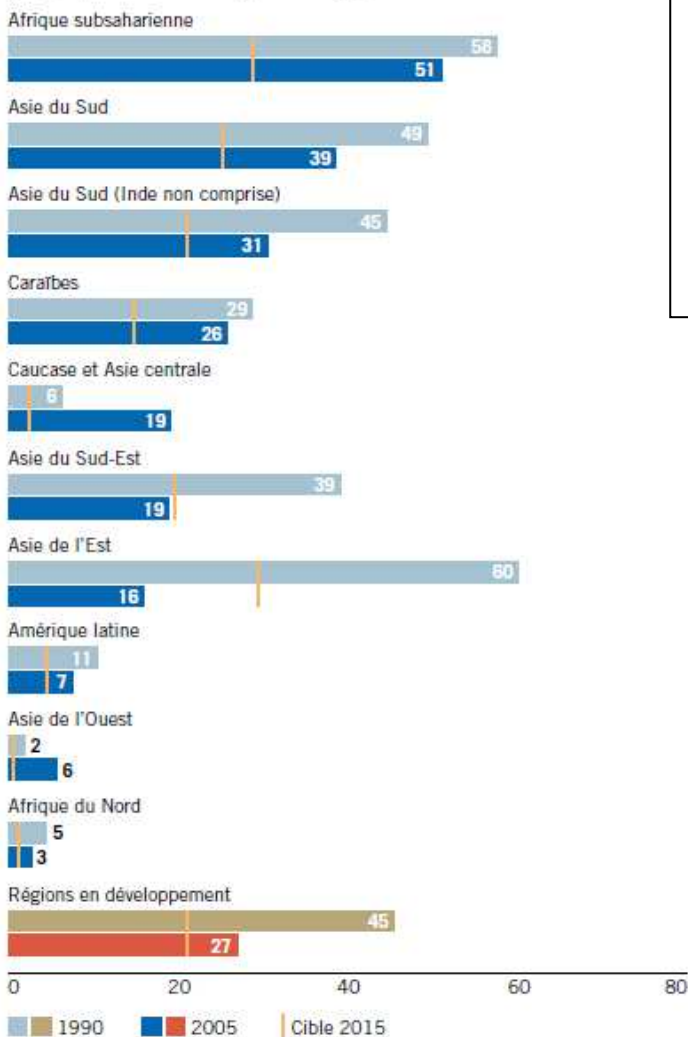
La pauvreté peut se manifester de différentes façons : le manque d'argent pour assurer une alimentation correcte et un approvisionnement suffisant en médicaments, la mortalité infantile élevée, l'impossibilité d'accès au pouvoir et à l'influence, la peur de l'avenir...

La banque mondiale fixe la limite de la pauvreté internationale à 1,25 dollar par jour. D'après ce seuil, en 2005, 1,4 milliard de personnes vivaient dans l'extrême pauvreté. Et plus d'un individu sur 6 est victime de la faim... La majorité de ces personnes appartiennent à des petites familles d'agriculteurs et vivent dans des zones rurales reculées. Mais les pauvres des villes et les mères qui élèvent seules leurs enfants font aussi souvent partie des plus démunis.

⁴ **Source** : brochure du DFAE : OMD rapport intermédiaire de la Suisse 2010

⁵ **Source** : brochure du DFAE : OMD rapport intermédiaire de la Suisse 2010 et site des OMD

Proportion de la population disposant de moins de 1,25 dollar par jour, 1990 et 2005 (pourcentage)

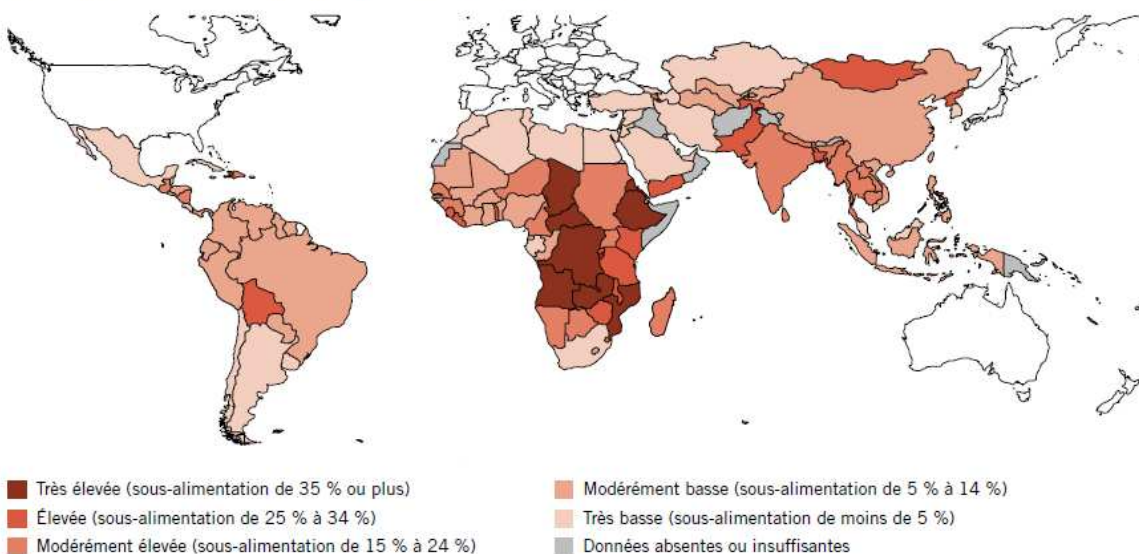


On observe une large diminution de la proportion de la population disposant de moins de 1,25 dollar par jour entre 1990 et 2005, en Asie du Sud et de l'Est : ces régions sont en bonnes voie pour atteindre la cible en 2015... L'Asie du Sud-Est et l'Asie de l'Est ont déjà réussi à réduire de moitié la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1,25 dollar par jour.

Graphique tiré du rapport de 2011 : OMD

Il est évident que cet OMD 1 n'est pas perçu de la même manière par les pays riches et les pays pauvres. Les pays riches vont surtout apporter leur aide pour diminuer la faim et l'extrême pauvreté des pays les plus pauvres. La Suisse, par exemple, soutient les mesures visant à consolider les engagements en faveur de la sécurité alimentaire ainsi que la gouvernance et la coordination internationale, notamment au travers d'un Partenariat mondial pour l'agriculture, la sécurité alimentaire et la nutrition. La Suisse intervient aussi via ses actions humanitaires, principalement dans les zones en crise.

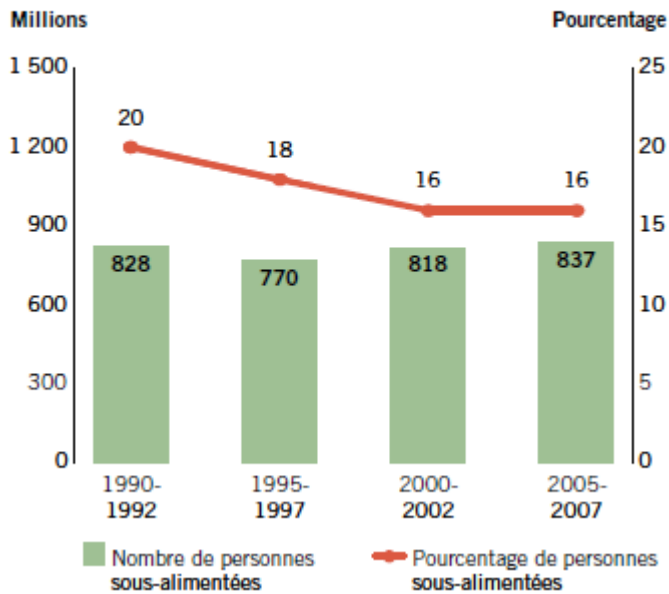
Proportion de la population sous-alimentée, 2005-2007 (pourcentage)



L'Inde fait partie des pays où la proportion de la population sous-alimentée est modérément élevée, soit entre 15 et 24 %.

Carte tirée du rapport de 2011 : OMD

Nombre et proportion de personnes sous-alimentées dans les régions en développement, 1990-1992, 1995-1997, 2000-2002 et 2005-2007



Alors que, sur le graphique précédent, nous avons vu que la pauvreté diminue franchement, nous pouvons voir ici que la proportion de la population souffrant de la faim stagne à 16 %.

Graphique tiré du rapport de 2011 : OMD

En revanche, les pays les plus pauvres, pour contribuer à la réalisation de l'OMD1, doivent se concentrer sur leur propre situation. Par exemple, l'Inde pourrait aider financièrement les petits agriculteurs et instaurer des lois pour la distribution équitable de la production alimentaire, encourager les plus jeunes à aller à l'école et les aider ensuite à trouver un emploi stable, abolir définitivement ce système de castes, et rendre les soins médicaux accessibles pour tous.

La pauvreté en Inde

30 à 40 % de la population indienne mangent moins de deux repas par jour. L'Inde a défini un seuil de pauvreté exprimé en calories par référence à la quantité requise pour assurer la subsistance d'une personne adulte : 2400 calories par jour en zone rurale et 2100 calories par jour en ville. 50 % de la population rurale vit en dessous du seuil de pauvreté ; la proportion de la population citadine située en dessous du seuil de pauvreté est moins importante.

D'après le docteur Sujit, les deux explications principales de la pauvreté en Inde sont les suivantes : la classification de la population avec le système de castes et l'extrême densité de population du pays.

En effet, 17 à 20 % de la population vit dans la caste la plus basse. Ces personnes seront toujours mises à l'écart de la société et ont une chance minime d'accéder à l'éducation, aux soins, et à la nourriture.

L'Inde est un pays très peuplé et la distribution de la nourriture est très inégale. Les plus riches peuvent se permettre d'acheter tout ce dont ils ont besoin et envie, et il ne reste pas assez pour les plus pauvres... De plus, la communication de la population rurale avec le reste du pays n'est pas toujours correctement assurée, donc parfois la production alimentaire ne parvient pas jusqu'aux villages reculés de l'Inde...

Contribution de l'IIMC à la réalisation de l'objectif

Premièrement, l'IIMC est une organisation qui donne du travail à de nombreuses personnes, et qui paye honnêtement tous les « employés ». En effet, environ 700 « volontaires » travaillent pour l'IIMC : 350 pour le programme d'éducation, 150 pour le programme médical, 120 pour le programme économique et 80 pour l'administration de l'organisation. Ils sont tous volontaires mais reçoivent malgré tout de l'argent en échange de leur service. Le « salaire » moyen à l'IIMC est d'environ 3000 roupies par mois.

Le docteur Sujit affirme que les dons aux plus pauvres ne sont pas une solution idéale. C'est pour cette raison que l'IIMC a plutôt choisi de prêter de l'argent aux femmes des villages : ces microcrédits permettent aux femmes de monter leur commerce, leur organisation... puis de rembourser l'IIMC par la suite.

L'IIMC fait des dons seulement dans des cas extrêmes : si un patient devient gravement malade et qu'il ne parvient pas à payer son traitement, on lui donne des médicaments ou de l'argent pour lui permettre de se soigner. Parfois, de la nourriture ou des vêtements pour enfants sont donnés également.

Ensuite, l'IIMC permet même aux plus pauvres d'accéder au traitement de base lorsqu'ils sont malades. Les soins médicaux à l'indoor et dans les outdoors sont pratiquement gratuits. Les patients apportent une faible contribution symbolique : à l'outdoor, on leur demande 6 roupies pour la consultation et la prise en charge. A l'indoor, les mères et leurs enfants payent 30 roupies pour une semaine : ils sont logés, nourris et soignés.

Finalement, l'IIMC possède un nutritional program ou ICP (Intensive Care Program). Dans ce programme de nutrition, les volontaires sont chargés de composer une poudre nutritive destinée aux patients mal nourris, anémiques, à ceux qui ont une pression basse, aux tuberculeux et aux femmes enceintes. Cette poudre est composée de farine, de cacahuètes, de maïs... Il suffit de cuire deux petites cuillères de poudre dans du lait ou de l'eau pour avoir un repas relativement complet ; repas à prendre 2 fois par jour.

L'IIMC produit 2000 paquets ND de 250 g, par mois. Les paquets sont distribués dans les outdoors, à l'indoor et dans les networks : 15 000 paquets partent dans les networks et les outdoors chaque année. Une petite contribution de 5 roupies par paquet est demandée aux patients. Mais si une personne n'est pas capable de payer le paquet, l'IIMC accepte de lui donner gratuitement.



Il existe quatre régimes alimentaires différents : le ND1, le ND2, le ND3 et le NDS. Le ND2 n'est plus produit à l'IIMC car il contenait du poisson et n'était pas apprécié par les patients. Les bébés sont allaités par leur maman jusqu'au 6^{ème} mois. Du 4^{ème} au 6^{ème} mois, on leur donne le NDS. Le ND1 est prévu pour les enfants de 10 mois à 1 an ; à partir de 1 an et demi, ils peuvent manger le ND3. Le ND3 est aussi donné aux adultes.



Conclusion

Finalement, l'IIMC est une organisation qui contribue franchement à la réalisation de l'OMD 1 dans le Bengale occidental. En effet, elle fournit un emploi à 700 volontaires, et aide financièrement les familles les plus pauvres pour la scolarisation des jeunes enfants (Cf : OMD 2). L'IIMC permet à tous l'accès aux soins pour un prix symbolique et raisonnable, ou gratuitement si nécessaire. L'IIMC prête de l'argent aux femmes des villages (Cf : microcrédit), leur donnant ainsi des responsabilités économiques et la possibilité de monter un commerce qui leur permettra d'avoir un revenu convenable et stable. Enfin, le programme de nutrition assure une alimentation équilibrée pour les patients des outdoors et de l'indoor. Mais même si grâce à ces régimes alimentaires, la malnutrition infantile est souvent évitée, cette poudre nutritive est réservée aux nouveau-nés et à certains patients malades, donc à une proportion minime de la population totale qui souffre de la faim dans le Bengale occidental...

c. OMD 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous

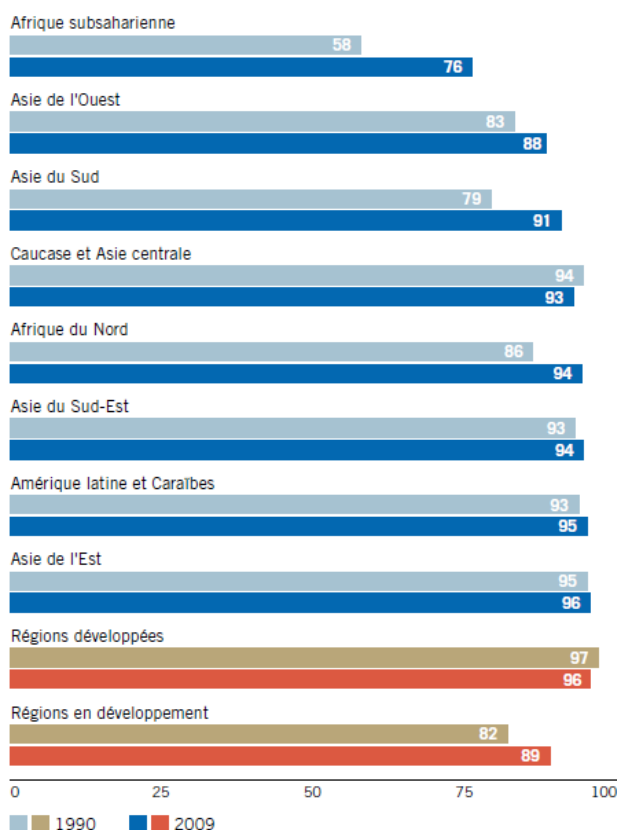
Définition de l'objectif⁶

D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.

Dans les pays en développement, la scolarisation de tous les enfants relève en premier lieu de l'Etat. La pauvreté est le principal obstacle à l'éducation des jeunes enfants, cet OMD est donc directement lié au précédent. En effet, certaines familles très pauvres refusent d'envoyer leurs enfants à l'école car elles ont besoin d'eux pour le travail agricole... Mais il existe aussi des barrières sociales et culturelles : par exemple, dans certains pays en développement, les petites filles n'ont pas accès à l'éducation scolaire comme les petits garçons. Aussi, dans certaines régions, on accorde moins de valeur à la scolarisation des enfants handicapés par rapport à la scolarisation des enfants sains.

Pour arriver à l'éducation primaire universelle, il faut que tous les enfants du monde terminent le cycle primaire. Pour ce faire, il faudrait que la scolarisation soit abordable financièrement pour tous, même pour les plus pauvres. Ici, la scolarisation comprend l'inscription à l'école, mais aussi les fournitures scolaires, la nourriture pour les jours d'école, les uniformes et le trajet pour aller en classe depuis le domicile familial. Des écoles pourraient être construites dans les zones rurales reculées pour permettre à tous les enfants d'avoir une école pas trop loin de leur habitation. Si plus d'école sont construites, et si plus d'enfants sont scolarisés, il faudrait alors former plus d'enseignants.

Taux net ajusté de scolarisation dans le cycle primaire*, 1998/1999 et 2008/2009 (pourcentage)



* Défini comme le nombre d'élèves du groupe d'âge scolaire théorique pour l'école primaire scolarisés soit dans l'enseignement primaire soit dans l'enseignement secondaire, exprimé en pourcentage de la population totale de ce groupe d'âge.

Note : Il n'y a pas de données disponibles pour l'Océanie.

Même si l'on constate une augmentation du taux de scolarisation dans le cycle primaire dans la plupart des régions en développement, malheureusement, les progrès actuels sont trop lents pour atteindre la cible en 2015...

Graphique tiré du rapport de 2011 : OMD

⁶ Source : brochure du DFAE : OMD rapport intermédiaire de la Suisse 2010 et site des OMD

Contribution de l'IIMC à la réalisation de l'objectif

Programme d'éducation de l'IIMC⁷

Le programme d'éducation de l'IIMC est divisé en deux grandes parties. Tout d'abord l'IIMC a construit, dans les villages reculés du Sud 24 Parganas, huit écoles pré-primaires, dix écoles primaires et quatre écoles secondaires. Ces écoles accueillent environ 5000 enfants. Les parents de ces élèves assurent le financement de leur scolarité.

Avant, les enfants devaient parfois marcher de très longues distances pour aller à l'école. Grâce aux écoles construites par l'IIMC, qui sont toutes situées dans des zones rurales, les distances à parcourir pour se rendre à l'école sont moins longues pour les enfants des villages. 5 à 10 % des enfants un peu plus âgés utilisent le vélo.

Puis il y a le programme de sponsoring des élèves : certains parents ne sont pas capables de payer les livres, ni même les vêtements pour que leurs enfants aillent à l'école... Des familles ont l'opportunité de faire sponsoriser leurs enfants grâce à l'IIMC, et ainsi d'envoyer leurs enfants à l'école. L'IIMC compte aujourd'hui 3000 enfants sponsorisés.

Au total, l'IIMC permet donc la scolarisation de 8000 enfants dans le Bengale occidental... En Inde, il existe des écoles privées et publiques. Mais toutes les écoles appartenant à l'IIMC sont des écoles privées.

Les écoles de l'IIMC suivent le calendrier officiel planifié par le gouvernement : les périodes de vacances et les horaires sont respectés de façon stricte, même s'ils peuvent être différents suivant les écoles, et modifiés en fonction des aléas du climat (mousson, trop fortes chaleurs...).

On distingue trois grades à l'école : l'école pré-primaire qui accueille les enfants de 3 à 6 ans, les enfants de 6 à 10 ans se rendent à l'école primaire, et finalement l'école secondaire (high school) prend en charge les enfants de 10 à 18 ans. Toutes les matières sont enseignées : bengali, anglais, histoire, géographie, mathématiques, arts, musique...

En Inde, l'école n'est pas obligatoire. L'IIMC ne peut pas forcer les familles à envoyer leurs enfants à l'école, mais essaye de les motiver, de les convaincre que l'éducation est une chose primordiale pour les enfants.

Le docteur Sujit nous a expliqué qu'il y a 10 ans, il aurait été difficile de convaincre les familles d'envoyer leurs enfants à l'école... Mais aujourd'hui, dans la zone d'action de l'IIMC, il pense que 95 % des mères sont motivées et d'accord de scolariser leurs enfants. Si les livres, les uniformes et le nécessaire pour l'école était gratuit, toutes les mères voudraient voir leurs enfants apprendre à lire et à écrire...

⁷ Source : Brochure : short introduction of IIMC mission et interview du docteur Sujit

L'IIMC n'aide pas les enfants qui désirent aller à l'université. Mais ce nombre d'élève ambitieux est minime : sur 100 enfants qui sont admis à l'école primaire, environ 60-70 % iront à l'école secondaire, et seulement 30-40 % iront à l'université. Donc un large pourcentage d'enfants abandonne après l'école primaire.

Les enfants handicapés reçoivent l'éducation normale, ils sont avec les autres enfants dans la même école. A côté de l'indoor de l'IIMC, un centre accueille quelques enfants physiquement handicapés, parce que leurs parents ne sont plus capables d'assurer leur éducation ou parce qu'ils sont orphelins. Ces enfants sont pris en charge dans ce centre après l'école et pendant les vacances.



Enfants du centre pour handicapés
(à l'IIMC)

Programme de sponsoring des élèves

Le but de ce programme est de scolariser au moins un enfant par famille afin qu'il apprenne à lire et à écrire. Ce programme de sponsoring a débuté en juillet 1994 : 10 enfants avaient la chance d'être sponsorisés. Au cours des années, ce programme a gagné de l'importance au sein de l'IIMC : en 2009, on comptait 2500 enfants sponsorisés.

L'équipe d'éducation de l'IIMC est chargée de choisir les enfants qui pourront être sponsorisés. Ces enfants sont en général issus de familles très pauvres. Les élèves sponsorisés continuent à vivre chez leurs parents et viennent une à deux fois par mois à l'IIMC pour récupérer ce dont ils ont besoin. L'IIMC leur fournit le matériel d'étude, les habits pour l'hiver, les uniformes, les sacs, les livres, la nourriture pour le midi et paye les frais de scolarité.

Quand un enfant est sponsorisé, il est traité gratuitement, s'il tombe malade, dans les cliniques de l'IIMC, ou à l'hôpital universitaire si le problème de santé s'avère être grave. Leur famille peut aussi être traitée gratuitement dans les cliniques de l'IIMC. Les mamans des enfants sponsorisés peuvent bénéficier d'un support financier, via les microcrédits. Enfin, l'IIMC est très présent et donne des conseils lorsque les familles d'enfants sponsorisés se trouvent en difficulté.

Le sponsoring s'arrête généralement à la fin de l'école secondaire (classe 12, à l'âge de 18



Sac d'écolier fabriqué par la
coopérative de l'IIMC

ans). Cependant, le sponsoring peut se prolonger jusqu'à 21 ans pour certains enfants bons élèves et motivés pour entrer à l'université.

Les personnes qui sponsorisent les enfants sont appelées familles d'accueil. Un seul enfant peut être sponsorisé par deux ou trois amis. Les familles d'accueil viennent du monde entier : Italie, Belgique, Espagne, Angleterre, Japon, Autriche, Suisse, Hollande, Danemark, Suède, Finlande, Canada, USA, Australie, Slovaquie, Allemagne, Norvège. La famille d'accueil envoie 20 euros par mois à l'IIMC. En retour, l'IIMC est chargé d'envoyer à chaque famille le dossier de l'enfant avec l'histoire de la famille, les conditions de vie de l'enfant et une photo de ce dernier. La famille d'accueil reçoit aussi un rapport des progrès de l'élève une fois par an après l'examen annuel, des lettres de l'enfant plusieurs fois par année et des rapports concernant l'IIMC.

Conclusion

L'IIMC dépense beaucoup d'énergie pour la réalisation de l'OMD 2 et grâce à cette organisation de nombreux enfants du Bengale occidental ont la chance d'apprendre l'anglais, les mathématiques et la géographie... Mais il ne faut pas oublier que, dans une famille très pauvre, seul un enfant a la possibilité d'être sponsorisé ; que d'autres familles n'ont même pas conscience de ce projet de sponsoring des élèves ; et qu'il manque encore des écoles pour permettre aux enfants de tous les villages très reculés, d'avoir accès à la scolarisation. Donc, en Inde, il y a encore de nombreux enfants qui n'ont pas l'opportunité d'apprendre à lire et à écrire...

Nous avons demandé au docteur Sujit, quels sont les enfants qui n'ont encore pas accès à l'éducation et pour quelle raison. Il nous a répondu que dans les villages, des enfants ne sont encore pas scolarisés, pour deux raisons principales : tout d'abord parce qu'il n'y a pas d'école assez près des maisons de certaines familles, mais aussi parce que les familles sont si pauvres que les parents sont obligés de garder leurs enfants pour le travail, la récolte et les tâches ménagères...

d. OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Définition de l'objectif

Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

L'égalité des sexes est une situation essentielle que toute société devrait atteindre, lui permettant ainsi d'être saine. C'est de cette manière que la faim, la pauvreté et la maladie pourront être traitées. En effet, les femmes comptent pour plus de 50% de la population et ont donc un grand poids dans la société. Si ce pourcentage est discriminé et maltraité, il est difficile d'atteindre d'autres objectifs. Il est impossible d'éradiquer des problèmes mondiaux si une grande partie de la population se trouve dans une situation pénible et ne possède pas le savoir nécessaire pour obtenir de bonnes conditions de vie. Pour se faire, il est important de donner aux femmes une autonomie non seulement financière mais aussi sociale. Il est essentiel qu'elles aient le même poids que les hommes au sein d'une communauté pour ainsi prétendre à un libre arbitre.

Ceci commence chez les petites filles en leur donnant une bonne éducation et en leur donnant l'opportunité de quitter le foyer familial où elles sont souvent exploitées. En plus, il est indispensable qu'elles puissent être indépendantes aussi financièrement. Dans les pays en voie de développement, c'est généralement l'homme seul qui obtient un salaire et donc qui subvient aux besoins de la famille. Si la femme se retrouve à l'écart - du fait qu'elle soit veuve ou divorcée - l'opportunité de réussir seule sa vie sera presque impossible. Elle devra forcément dépendre de sa famille ou d'autres personnes pour s'en sortir. En conséquence, on constate que la pauvreté touche en majorité les femmes :

« Pourtant, à ce jour la plupart des personnes vivant dans la pauvreté au niveau mondial sont des femmes. Selon les Nations unies plus de 70% des femmes sont touchées. Les effets de cette réalité sur le monde entier sont sous-estimés tout comme le rôle essentiel des femmes dans la réussite économique d'un pays et leur rôle en tant que vecteurs de progrès social et d'avancées en matière de droits humains pour tous. La pauvreté ne se réfère pas uniquement au manque de salaire, mais aussi au manque de sécurité, de prise de parole, de vote et de choix »⁸

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'éducation des filles est primordiale pour atteindre une égalité et une autonomie. Des progrès très nets sont déjà observés dans les pays développés: en 2005, environ 50% de filles fréquentent les écoles primaires et secondaires.

⁸ **Source** : Article paru dans le Luxemburger Wort le 13 septembre 2010

Il n'en va malheureusement pas de même pour les pays en voie de développement où l'accès à l'éducation est encore difficile et souvent inégal. Parmi les 800 millions d'adultes illettrés, les deux tiers sont des femmes. Les filles sont désavantagées et n'obtiennent ni l'éducation, ni la nutrition, ni la sécurité qu'elles devraient avoir. Elles ont beaucoup plus de risques d'être marginalisées et d'attraper le VIH. Les possibilités d'accéder à un travail sont plus difficiles. Ces femmes sont dès lors menacées d'exploitation.

De plus, leur potentielle influence politique est quasi inexistante et de nombreux obstacles se mettent en travers de leur chemin vers l'autonomie. En effet, les femmes ne gagnent qu'un dixième du revenu mondial et détiennent moins d'un pour cent des biens selon ONU.

Au niveau mondial, le pourcentage de femmes employées dans les secteurs non agricoles est passé de 35 % en 1990 à environ 40 % en 2010. Malgré cette légère amélioration, la proportion de femmes qui ne travaillent pas dans le secteur rural est encore très faible. Une constatation qu'il est important de changer grâce à l'éducation qui permettrait aux femmes d'élargir leurs champs professionnels.

Malheureusement, de larges fossés subsistent encore dans l'accès des femmes à des emplois et ceci dans au moins la moitié des régions du monde. De plus, le salaire n'est toujours pas identique entre les deux sexes dans les secteurs privés. Leur sécurité financière est en conséquence moindre que les hommes ainsi que leurs avantages sociaux.

Cette inégalité est surtout due à la pauvreté. Les jeunes filles sont obligées d'aider la famille pour les tâches quotidiennes les empêchant d'étudier et de suivre correctement leur scolarité. On les force à se marier très tôt et souvent la famille ne les autorise pas à prendre la contraception. L'inévitable arrive, elles tombent enceinte souvent précocement et sont donc contraintes d'abandonner leurs études pour s'occuper de leurs enfants.

Constatant le problème, l'UNICEF a mis en place plusieurs programmes afin de diminuer cette inégalité.

Une collaboration a été mise en place avec ONU pour diminuer le taux de mutilations génitales féminines dans le monde ainsi que la violence envers les femmes en général. Plusieurs projets s'occupent d'augmenter la participation des femmes dans la politique leur donnant ainsi plus de pouvoir.

L'UNICEF essaye aussi avec UNESCO d'augmenter la scolarité chez les petites filles et promeut l'enseignement de l'égalité des sexes dans les écoles primaires et secondaires afin de sensibiliser les enfants à ce problème.

UNICEF aide aussi les jeunes filles à poursuivre leur cursus scolaire jusqu'à la fin de leurs études pour pouvoir prétendre à des emplois de qualité.

Il est aussi important d'améliorer la santé maternelle afin que les enfants grandissent dans un cadre serein les mettant moins à risque de maltraitance.

Et pour finir, UNICEF promeut la protection de l'enfance et l'importance de grandir dans un lieu adéquat pour un bon départ dans la vie.

En 2005 des progrès ont été faits quant à la parité dans l'enseignement primaire mais au niveau du secondaire de grandes améliorations restent à faire.

En conclusion, la disparité dans l'éducation a diminué mais il reste encore beaucoup de travail à faire au niveau universitaire, professionnel, principalement dans les régions en développement.

Contribution de l'IIMC à la réalisation de l'objectif

En regardant déjà son nom, on imagine que les femmes ont une importance toute particulière dans ce projet. En effet, l'IIMC consacre beaucoup d'énergie à apporter aux femmes une autonomie et une bonne situation. Concernant l'importance des femmes aux yeux de l'IIMC, voici les propos du docteur Sujit :

« La mission et les efforts de l'IIMC sont dédiés à l'amélioration de la situation de la femme économiquement, culturellement et socialement. »

Les objectifs de l'association sont clairs, mais comment fait-elle pour y arriver ?

Tout d'abord, l'IIMC a mis en place plusieurs projets consacrés à l'amélioration de la condition de la femme. Citons par exemple les microcrédits et le women peace council. En outre, l'IIMC s'efforce de changer les idées culturelles et sociales concernant les femmes et leur situation, en construisant un bon partenariat avec la population locale.

Le programme médical

Ce programme est celui dans lequel nous sommes les plus impliquées, en tant qu'étudiantes en médecine. Pendant notre stage de quatre semaines, nous avons pu constater que l'IIMC fournit un travail important pour apporter les soins médicaux de base aux plus pauvres. Le programme médical est le programme principal de l'association.

Il est agréable et très rassurant d'observer que dans les cliniques de l'IIMC, tout le monde est soigné de la même manière que le patient soit un homme ou une femme. Ceci constitue déjà un progrès remarquable, par rapport à d'autres endroits où cette parité entre homme et femme n'a pas lieu.

Au sein du programme médical, on distingue plusieurs unités consacrées aux femmes. Tout d'abord, nous pouvons citer le programme de nutrition (Cf : OMD 1) : le « nutritional diet » apporte aux femmes et aux enfants malnutris les compléments alimentaires nécessaires.

Le deuxième projet comprend la prévention de grossesse qui est encore très difficile à mettre en place car la contraception est toujours très mal vue dans le milieu rural. C'est pourquoi l'IIMC donne des cours sur la santé reproductive, les risques encourus lors d'une

grossesse et l'implication d'être parents. Grâce à ces cours et ces discussions les jeunes filles prennent conscience des dangers et des répercussions de devenir enceintes et d'être mère. Le but n'est évidemment pas d'interdire une maternité mais simplement de prévenir celles non voulues. Ces grossesses non désirées sont un frein à l'éducation et les empêchent d'être plus indépendantes. Comme dans les pays développés, la grossesse devrait être un choix et non une obligation.

Une autre chose que nous avons vue dans le cadre de cette association est l'interdiction de faire connaître le sexe de l'enfant aux parents avant la naissance. Cette démarche est essentielle sinon de nombreuses mères pratiqueraient avorteraient lorsqu'elles seraient enceintes d'une fille. Elles mettent non seulement en péril leur santé mais aussi celle de leur enfant.

Il est de notoriété publique que beaucoup de meurtres infantiles sont pratiqués sur les enfants de sexe féminin. Cette pratique s'explique par le fait que les filles coûtent cher à la famille dû à la dote qu'elles requièrent. De plus, elles partiront une fois mariées dans la famille de leur conjoint ne pouvant plus apporter leur aide dans la maison parentale.

Il est très important de prévenir ces infanticides et le fait de ne pas connaître le sexe de l'enfant aide déjà beaucoup. En plus de ça, il est important de faire comprendre aux familles que le rôle d'une fille n'est pas seulement de se marier mais aussi d'aller à l'école et de travailler lui donnant donc une autre place plus prestigieuse au sein du foyer familial .

Microcrédit

Le microcrédit est un projet qui permet aux villageoises de devenir plus indépendantes financièrement. Elles peuvent s'autogérer grâce au montant, emprunté à l'IIMC, qui leur donne accès à plusieurs possibilités. Elles obtiennent l'opportunité d'ouvrir un petit magasin et de vivre du revenu gagné. Elles peuvent aussi apprendre à coudre ou tricoter et ainsi vendre leurs produits par la suite.

Le microcrédit n'est pas qu'une histoire d'argent mais permet aussi à ces femmes de devenir plus responsables et autonomes. Le contrôle permanent du mari ou de la famille les en empêchait.

Il nous semble nécessaire de souligner que le microcrédit n'est pas un don. Cet argent devient ainsi beaucoup plus gratifiant. Comme le Dr Sujit nous l'a dit, la charité ne rend pas service. Bien au contraire, elle rend l'autre redevable et dépendant, incapable de s'autogérer. C'est effectivement dénigrer l'autre que de le traiter comme un mendiant. A l'inverse, si ces femmes doivent rembourser à des taux d'intérêts bas (le but n'étant pas de faire de l'argent) elles sont beaucoup plus responsables d'elles mêmes et ont la possibilité de faire aussi bien que les hommes. Elles acquièrent donc une indépendance non seulement financière mais mentale !

Pourquoi les microcrédits ne sont-ils accordés qu'aux femmes ? Parce que justement il est important de les rendre autonomes. L'IIMC est persuadé que si cet argent était octroyé aux hommes, il serait utilisé malheureusement à mauvais escient. Leurs femmes resteraient toujours dans une mauvaise situation, inférieure à l'homme. A l'opposé, si on donne à ces femmes cette opportunité, elles auront plus de pouvoir économique au sein de la famille et seront indépendantes financièrement.

Ce n'est pas tout de prêter de l'argent à ces mères de familles ; il est très important de leur enseigner comment utiliser et gérer cette somme. Pour ce faire, l'IIMC entre régulièrement en contact avec elles afin qu'elles ne soient pas totalement livrées à elles-mêmes. Ce soutien leur permet d'élaborer un projet, de prendre des responsabilités et de manier efficacement cette somme d'argent. Il existe aussi des cours de couture, de tricot qui leur apprennent de nouveaux métiers et leur permettent de vendre - par la suite - le fruit de leur travail.



Scolarité des petite filles

Une jeune fille qui parvient à la fin de sa scolarité secondaire, se voit ouvrir des portes pour trouver un travail. Cependant, peu d'entre elles achèvent leur cycle secondaire. En effet, les parents pensent que scolariser une fille après dix-huit ans coûte trop cher et que leur présence est nécessaire au domicile familial ou dans les champs. De toute façon, après le mariage, elles partent dans la famille du mari. Ces croyances culturelles et sociales les empêchent d'acquérir des connaissances et les laissent en dehors de la vie professionnelle, réservée aux hommes.

L'IIMC essaye de changer ces idées reçues en instaurant une relation de confiance avec les familles des villages, qui sont en contact avec l'institut, via les microcrédits, le sponsoring des élèves ou d'autres projets. Par cette relation privilégiée, l'IIMC cherche à motiver les familles et à les convaincre d'envoyer leurs filles à l'école. Grâce au programme d'éducation (construction d'école et sponsoring des enfants) de l'IIMC, dans le Bengale occidental, les filles ont les mêmes chances que les petits garçons de s'instruire.

Dans les écoles maternelles, primaires et secondaires construites par l'IIMC, on insiste sur l'égalité des sexes. Tous les élèves ont les mêmes droits et les mêmes privilèges, quel que soit leur genre.

Women peace council

Le women peace council est le programme de l'IIMC le plus récent, son objectif est toujours d'apporter aux femmes une autre forme d'indépendance. Ce projet permet de développer l'autonomie intellectuelle, culturelle et sociale des femmes.

Ce programme donne aux villageoises, choisies par l'IIMC, l'opportunité de faire partie d'un groupe de décision dans la communauté. Cette assemblée leur permet d'être les meneuses dans le village. Elles deviennent impliquées dans les décisions locales et la politique de la région les autorisant à avoir plus de pouvoir d'initiative et de pensée. Elles acquièrent une confiance en elles grâce à l'importance qui leur est octroyée dans le village.

En plus, elles peuvent se soutenir mutuellement et il arrive que des femmes analphabètes apprennent à lire et à écrire grâce au soutien et à l'aide des autres membres du groupe. Elles se réunissent régulièrement pour parler de sujet de leur choix (santé, éducation, actualité...etc) et apprennent énormément en échangeant des idées. C'est de cette manière que ces femmes développent une indépendance intellectuelle et obtiennent un rôle valorisant et défini dans le village améliorant nettement leur situation.

Nous avons eu la chance d'assister à un women peace council dans un petit village à quelques kilomètres de Calcutta. Les femmes ont dansé et chanté pour nous, et nous avons, en retour, chanté pour elles. L'ambiance était joyeuse et nous avons passé un moment très agréable malgré le fait que nous ne comprenions pas le bengali.

Education

Le microcrédit, le women peace council et les autres programmes n'auraient qu'un impact faible, si les femmes et surtout les hommes des villages ne pouvaient pas acquérir des connaissances suffisantes pour se faire une opinion et pour modifier une situation donnée. En effet, il s'avère très important de sensibiliser les hommes à ces projets car sans leur aval, rien ne pourrait se faire. L'éducation et l'enseignement sont essentiels pour obtenir une égalité entre les hommes et les femmes. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est important que les femmes apprennent à gérer l'argent des microcrédits, ou qu'on leur explique en quoi la culture et la religion donnent souvent des informations erronées sur la santé.

L'IIMC s'évertue à établir un bon contact et une relation de confiance avec les populations des différents villages. Ils permettent à l'IIMC d'agir avec plus de facilité auprès des villageois. L'IIMC enseigne des sujets relativement variés, mais insiste tout particulièrement sur la santé. On leur apprend l'hygiène basique (se laver les mains régulièrement, ne pas boire l'eau des étangs...), mais aussi les points essentiels de l'alimentation, de la reproduction et de la vie en communauté. Le chapitre sur la reproduction est primordial car les jeunes filles se marient tôt et se retrouvent désarmées lorsque le mariage doit être consommé. De plus, les risques de complications sont accrus lors de grossesses précoces. Il s'avère donc important de les informer.

Après le mariage, de nombreuses femmes se retrouvent parfois dans des situations difficiles, loin de leur famille, sans repère. Ne trouvant pas d'issue à leur détresse, elles en viennent

parfois au suicide, laissant leurs enfants orphelins.

Grâce aux structures mises en place par l'IIMC, l'éducation et l'enseignement, encouragent les femmes à faire leurs propres choix de vie et permettent d'éviter des histoires désastreuses. C'est pour cette raison que l'IIMC dépense beaucoup d'énergie dans le programme d'éducation des enfants (Cf : OMD 2) mais aussi dans l'éducation des femmes adultes.

Dans l'institut

Il nous semble aussi important de noter qu'au sein de l'IIMC, sur 700 volontaires, il y a environ 500 femmes et seulement 200 hommes. Tous sont traités de la même manière qu'ils soient homme ou femme. Ces dernières se différencient des femmes de leur village car elles travaillent, rencontrent des gens et ont des possibilités similaires aux hommes. Le fait qu'elles aient un emploi – comme leurs collègues masculins – a indéniablement une bonne influence pour la population locale. Rien ne vaut l'expérience pour changer les mentalités.

Conclusion

Comme nous pouvons le constater, l'OMD 3 qui consiste à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes est clairement rempli par l'IIMC. Les femmes impliquées dans les projets de l'IIMC sont mises en valeur et très bien prises en compte. Leur situation est une préoccupation principale dans l'institut qui s'est donné comme mission de l'améliorer.

Il est aussi important de noter que – pour l'IIMC - l'autonomie n'est pas seulement un problème financier mais va plus loin. Il ne s'arrête pas à une autosuffisance monétaire mais comprend aussi la grande influence que les femmes peuvent avoir dans les décisions et l'importance du pouvoir intellectuel, culturel et social qui doit leur être accordé.

L'impacte qu'a l'institut pour mères et enfants indiens dans la région du sud du Bengale occidental est donc positif.

L'institut s'efforce de renvoyer une image qui promeut les femmes comme l'égale de l'homme. Cette représentation très positive leur permet de prétendre à de meilleures conditions pour avoir une situation similaire à l'homme. Leurs avis et compétences doivent être considérés de la même manière que ceux leurs partenaires. Il est essentiel qu'elles aient droit au même savoir indispensable à une bonne économie et situation sociale.

Il est évident que tout n'est pas acquis. Il reste encore énormément de travail à faire sur le sujet de l'égalité des femmes. Beaucoup sont encore maltraitées et de fausses croyances culturelles sont toujours fortement ancrées en Inde et dans le monde. Il faudra encore de longs efforts pour que les femmes arrivent à obtenir une parité avec l'homme et de bonnes conditions de vie. Mais restons positifs et grâce à ce genre d'association des petits progrès sont réalisés pour aller vers le chemin d'une égalité.

e. OBJECTIF 4 : Réduire la mortalité infantile et post-infantile

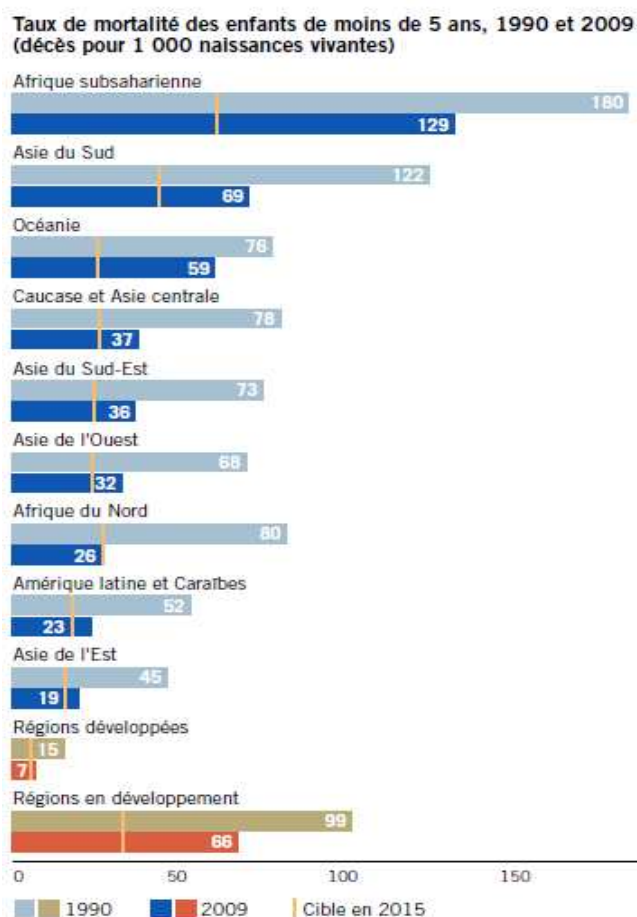
Définition de l'objectif ⁹

Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Voici un graphique¹⁰ qui illustre le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en 1990 et la diminution qui fut déjà possible jusqu'en 2009. L'objectif pour 2015 est indiqué par une barre jaune.

On constate que le taux de mortalité des enfants baisse progressivement. L'ONU annonce qu'au niveau mondial, le taux a baissé d'un tiers. Concrètement -de 1990 à 2009- le taux a chuté de 89 décès sur 1000 naissances à 60 décès sur 1000 naissances.

Malgré la croissance de la population mondiale, le nombre total mondial de décès chez les moins de 5 ans a chuté de 12,4 millions en 1990 à 8,1 millions en 2009. Cela signifie que -chaque jour- 12'000 enfants meurent en moins.



L'ONU complète l'objectif par les commentaires suivants :

« La réalisation de l'objectif visant à la survie des enfants dépend d'efforts concentrés sur les causes principales de décès. »

Dans un document additionnel sur le site de l'ONU, on apprend qu'en Afrique subsaharienne, ce sont surtout la diarrhée, le paludisme et la pneumonie qui causent les décès des enfants de moins de 5 ans. En Asie du Sud, ce sont surtout les décès postnatals. Le problème permanent dans toutes les régions est la malnutrition.

« Les risques de décès sont plus élevés chez les enfants des zones rurales, même dans les régions où la mortalité des enfants est basse. »

⁹ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/childhealth.shtml> et http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report2011_goal4.pdf

¹⁰ Source : http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/report2011_goal4.pdf

« Les enfants des ménages les plus pauvres ont deux à trois fois plus de risques de mourir avant leur cinquième anniversaire que ceux des ménages les plus riches. »

Les enfants grandissant dans des conditions de pauvreté sont donc clairement désavantagés et ont moins de chances de survie que ceux qui grandissent dans un environnement privilégié. Quantitativement, on peut dire que les enfants des 20% des plus pauvres ont deux fois plus de risque de mourir avant cinq ans que ceux qui se comptent parmi les 20% des plus riches! En Asie du Sud, ce risque frise même le risque triple de mourir en comparant les deux extrêmes « pauvre » et « riche ».

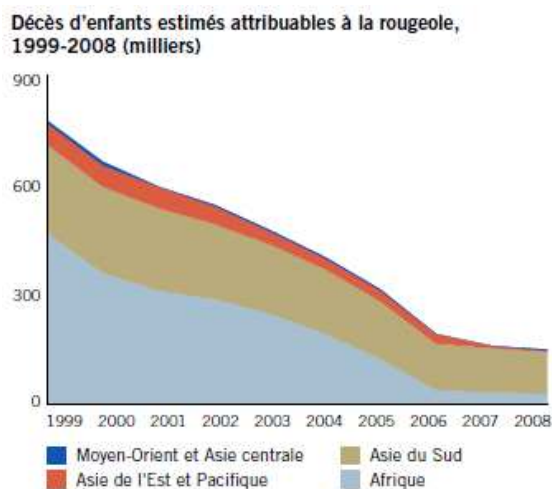
« Le niveau d'éducation de la mère est un puissant déterminant de la survie de l'enfant. »

Le niveau d'éducation de la mère a une influence notable sur la mortalité infantile. Une mère instruite représente donc un facteur protecteur et plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus ce facteur protecteur prend de l'ampleur.

« Les enfants pauvres et les plus difficiles à joindre n'ont toujours pas accès au vaccin salvateur contre la rougeole. »

Des progrès ont été atteints au niveau de la couverture vaccinale. En 2009, 80% des enfants dans les régions en voie de développement ont obtenu une dose de vaccin. Cependant, 20% en sont toujours privés. Ce manque touche surtout les enfants les plus pauvres dans des endroits difficiles d'accès et, ceci, surtout en Afrique Subsaharienne et en Asie du Sud. Il est urgent de combler cette lacune car la couverture vaccinale antirougeoleuse est un indicateur important pour la survie de l'enfant.

« Les décès d'enfants dus à la rougeole sont en nette régression, mais des progrès durables risquent de pâtir d'une insuffisance de fonds. »



On constate une nette baisse des décès attribuables à la rougeole. D'après l'ONU, ces décès représentent un quart de la baisse de mortalité toutes causes pour les enfants de moins de 5 ans ! La crainte actuelle est, qu'avec la baisse des fonds destinés aux campagnes de vaccination, le nombre de décès va augmenter. On a déjà pu observer un nombre croissant d'épidémies sur tous les continents.

Dans le rapport annuel des OMD 2012, on lit qu'il y a eu une réduction de 74% dans la mortalité globale due à la rougeole. En 2000, on comptait encore plus de 500'000 décès. En 2010, ce chiffre avait diminué à environ 140'000 !

Quel succès a-t-on pu obtenir jusqu'à présent ?

Voici le succès que l'ONU a annoncé :

« Au plan mondial, le taux de mortalité des moins de 5 ans a diminué d'un tiers et est passé de 89 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 60 en 2009. Des efforts particuliers pour combattre la pneumonie, la diarrhée et le paludisme, tout en améliorant la nutrition, pourraient sauver des millions d'enfants. »

Voici quelques faits énoncés dans la fiche d'information sur l'objectif 4 lors du sommet des Nations Unies en 2010¹¹ :

- *Près de 9 millions d'enfants meurent encore chaque année avant d'atteindre leur cinquième anniversaire.*
- *Les taux de mortalité infantile les plus élevés se trouvent encore en Afrique subsaharienne où, en 2008, un enfant sur sept mourait avant son cinquième anniversaire.*
- *Seulement dix des 67 pays définis comme ayant un taux de mortalité infantile élevé sont sur la bonne voie pour atteindre la cible OMD.*

Les décès infantiles diminuent, mais pas assez vite. Même si beaucoup de pays ont fait des progrès considérables, les prévisions quant à l'aboutissement de cet objectif sont plutôt pessimistes. Il faudrait investir davantage d'énergie et de fonds pour atteindre cet objectif, c'est-à-dire pour éliminer les causes principales de décès chez les enfants.

Qu'en est-il de la situation en Inde et en particulier dans l'État du Bengale-Occidental?

Voici quelques chiffres¹² :

La mortalité infantile en-dessous de 5 ans

En 2009, 64 enfants sur 1000 -en moyenne- décédaient avant leur cinquième anniversaire. Il y a cependant une grande différence entre les milieux ruraux et urbains (71/1000 en campagne et 41/1000 en ville). D'après les pronostics, le chiffre moyen devrait diminuer jusqu'à 54/1000 en 2015. Le chiffre visé pour atteindre l'objectif numéro 4 est encore plus bas : 42/1000. Dans l'État du Bengale-Occidental, ce chiffre s'élevait en 2009 à 40/1000 et d'après les pronostics, il devrait chuter à 32/1000 jusqu'en 2015, ce qui serait même au-delà des espérances de l'objectif 4.

¹¹ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal4.pdf>

¹² Source : http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/India/MDG_India_2011.pdf

Enfants d'un an immunisés contre la rougeole

Les chiffres montrent que -sur ce point- d'énormes progrès ont été obtenus. En 1993, 42.2% des enfants en Inde avaient été vaccinés. En 2009, ce pourcentage s'élevait à 72.4% en Inde et dans l'État du Bengale-Occidental à 79.2%. D'après les calculs, l'Inde devrait atteindre une couverture de 88% en 2015. 12% manquent donc pour atteindre les 100% envisagés par l'objectif 4...

Il est à noter, qu'au niveau des chiffres en Inde, il y a une différence significative entre ceux des garçons et ceux des filles. La mortalité infantile des filles est malheureusement toujours encore plus haute que celle des garçons et la couverture vaccinale des filles inférieure à celle des garçons.

Contribution de l'IIMC à la réalisation de l'objectif

Les trois principaux dangers pour la santé des enfants qui sont décrits par l'ONU sont le paludisme, la rougeole et la malnutrition. Le docteur Sujit nous a dit que l'IIMC devait surtout faire face aux problèmes de la malnutrition des enfants et de la prématurité. Un autre problème est celui de la malnutrition maternelle qui entraîne un poids de naissance trop bas pour les enfants.

Le problème de la malnutrition est capital, car 40% des enfants en souffrent ! Les autres maladies présentes à haute prévalence chez les petits patients à l'IIMC sont les maladies liées à la pauvreté, au manque d'hygiène et d'eau propre : ce sont la diarrhée et les parasites intestinaux. A cette liste se greffent les infections des voies respiratoires, la pneumonie et la tuberculose. La malaria ne semble pas être un problème au sud de Calcutta d'après le docteur Sujit.



Lors de notre travail à l'IIMC, nous avons observé que les enfants hospitalisés dans la clinique « indoor » souffraient principalement de dermatites bactériennes et/ou fongiques dues aux conditions climatiques associées au manque d'hygiène. Nous avons observé sur nous-mêmes que le fait d'être exposées à des températures très élevées favorisant une transpiration excessive peut provoquer des dermatites avec de fortes démangeaisons. Nous avons l'opportunité de pouvoir prendre des douches et d'avoir des connaissances d'hygiène de base. Pour des personnes qui n'ont pas cette chance, en particulier les enfants, il n'est pas étonnant que, par le grattage, des surinfections se produisent.

Certains enfants souffraient de brûlures. Celles-ci étaient surtout dues à l'inadvertance des parents... Étant donné que les pauvres n'ont pas accès à l'électricité, ils doivent utiliser des bougies et cuisiner sur le feu. Shabir, un petit garçon attachant, d'une dizaine d'années, a passé plusieurs semaines dans la clinique de l'IIMC : sa moustiquaire avait pris feu à cause d'une bougie, provoquant de grosses brûlures sur son dos et son bras. Souvent, les brûlures arrivent lorsque les enfants jouent avec le feu. Nous avons même entendu parler du cas d'un enfant qui s'était caché dans un four et qui a ainsi été victime de graves brûlures.

Depuis les campagnes de vaccination, la rougeole est sous contrôle. Il existe également des campagnes de vaccination pour six autres maladies tueuses : la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la tuberculose et l'hépatite.

Il y a 20 ans, quand l'IIMC n'existait pas encore, seuls 20% des enfants pouvaient bénéficier d'un vaccin. Maintenant que l'IIMC a fait prendre conscience de l'importance des vaccins et les propose gratuitement lors de ses campagnes de vaccination, le nombre d'enfants vaccinés a nettement augmenté. Actuellement, 80 à 90% des enfants sont vaccinés dans la région où l'IIMC agit - d'après les estimations du Dr. Sujit. Les vaccins sont dispensés gratuitement. L'IIMC les reçoit du gouvernement qui participe au programme EPI (expanded program for immunization) de l'UNICEF et de l'OMS.



Journée de vaccination des
nourrissons, à l'IIMC

Lorsque nous demandons au docteur Sujit quelle est la solution au problème de la mortalité infantile, il nous répond: « Nous ne sommes pas la solution pour tout le pays, mais on peut essayer d'améliorer la situation localement. Nous ne donnons jamais uniquement un traitement mais nous essayons de cerner le problème et de trouver des solutions adéquates. »

C'est pour cela qu'ils ont mis en place un programme de prise de conscience de l'importance de l'hygiène en donnant des cours sur les règles d'hygiène de base aux mères et aux villageois. Afin de lutter contre la malnutrition, un programme de nutrition a été développé (cf. OMD 1). Ces boîtes de complément alimentaire sont distribuées à toutes les femmes et à tous les enfants qui arrivent à l'IIMC.

Nous avons aussi constaté qu'en Inde une des croyances est de penser que les petits enfants ne peuvent pas digérer la nourriture. C'est pourquoi les mères nourrissent leurs enfants seulement d'eau sucrée. Il est évident que cette pratique est dangereuse et beaucoup d'enfants sont sous alimentés. Grâce à ce projet d'approvisionnement en suppléments

essentiels, IIMC enseigne aux femmes les règles de base de la nutrition et apporte aux enfants malnutris les compléments alimentaires nécessaires à leur croissance.

Pour s'attaquer à la source du problème de nombreuses maladies, l'IIMC donne également des cours sur l'hygiène et sur la santé, dans leurs écoles. Ainsi ils espèrent améliorer la prévention des maladies infantiles.

S'il est trop tard pour la prévention, ils proposent un traitement médical et une hospitalisation dans la clinique « indoor », le bâtiment principal de l'IIMC. Il y a 20 lits pour les enfants.

Pour les adultes, essentiellement pour les mères, ils disposent de 20 lits dans un bâtiment en périphérie. Avant que l'IIMC n'existe, 10% des femmes mourraient soit durant la grossesse soit lors de l'accouchement. Aujourd'hui, pour les femmes qui bénéficient d'un suivi de grossesse à l'IIMC, la mortalité a chuté à presque zéro. Les femmes enceintes reçoivent également un supplément alimentaire pour assurer que le bébé n'ait aucune carence. Le programme d'aide soutient la femme avant, pendant et après l'accouchement qui a lieu soit à la maison, soit à l'hôpital.

Au total, environ 300'000 familles par année recourent aux soins proposés par l'IIMC dans les cliniques indoor et outdoor. Dans la clinique outdoor, chaque personne est acceptée. Pour l'indoor, une sélection est nécessaire compte tenu du nombre réduit de places disponibles. Il faut préciser que la clinique indoor permet d'hospitaliser environ 2000 enfants par année.

Le docteur Sujit nous a annoncé avec fierté : « Nous avons du succès. Dans notre région, les problèmes régressent. Peu à peu, nous avons un impact sur la mortalité infantile. »

Conclusion

En résumé, trop d'enfants sont morts et meurent encore de maladies connues et facilement traitables si le diagnostic est posé assez tôt. Mais pourquoi cela est-il si difficile ? Manque-t-il une volonté politique, des fonds, des infrastructures, l'accès aux soins ? Les parents ne prennent-ils pas la souffrance de leurs enfants assez au sérieux ? Est-il possible pour un enfant pauvre d'une mère sans instruction, vivant en milieu rural, d'avoir accès aux soins ?

Ce sont beaucoup de questions... Y répondre n'est pas tâche facile.

L'IIMC a-t-il trouvé une bonne solution ? Nous pensons que oui, car l'approche à ce problème est globale. D'abord, le problème est analysé, puis une réponse pluristratifiée est élaborée.

Il y a un grand travail en matière de prévention : Les campagnes de vaccination et l'éducation à l'hygiène. Le fait d'éduquer les mères et de leur donner un supplément

alimentaire lors de la grossesse permet d'éviter de nombreux décès. Dans les écoles de l'IIMC, des cours de sensibilisation à l'hygiène et à la santé sont également dispensés.

Puis, pour les cas qui ont échappé à la prévention, l'IIMC propose un traitement et un programme de nutrition pour les enfants présentant des carences. Tout ceci à des prix bas, « symboliques » -comme le dit le Dr Sujit- ou même gratuitement pour les plus pauvres.

Cependant, il y a une chose qui nous a étonnées! Nous avons constaté qu'à la clinique indoor, il y avait seulement des patients souffrant de dermatites et de brûlures. Ce fait éclaire peut-être la remarque du Dr Sujit: « Durant les dix dernières années, nous n'avons pas eu de morts dans notre hôpital. » On ne peut s'empêcher de penser qu'il existe des enfants souffrant de maladies plus graves et dont l'état nécessiterait d'autant plus une hospitalisation... Mais, vraisemblablement, ceux-ci sont traités dans les cliniques outdoor mieux équipées où -par exemple- nous avons rencontré le cas grave d'un enfant hydrocéphale. On pourrait aussi supposer qu'ils ne sont pas pris en charge, faute de moyens.

Il est louable que l'IIMC s'occupe surtout d'enfants venant du milieu rural, car ceux-ci sont les plus défavorisés. Pour réaliser l'objectif numéro 4, il faudrait, -au niveau mondial également- se consacrer plus aux enfants de la campagne.

En analysant les chiffres de la mortalité infantile en Inde, on peut constater qu'il y a une différence assez grande entre les garçons et les filles... Ceci s'explique par la culture indienne où il est connu qu'une fille cause plus de dépenses pour la famille. Un phénomène culturel ne devrait néanmoins jamais être une excuse pour une inégalité, surtout si la vie d'enfants est en jeu. L'IIMC, par son programme d'autonomisation et d'égalisation des femmes aide à faire changer la mentalité des gens et ainsi à réduire ce fossé entre la mortalité infantile des garçons et des filles.

Il reste encore d'autres domaines dans lesquels on pourrait travailler afin d'améliorer la situation des enfants. Au niveau de l'assainissement des conditions de vie, il reste beaucoup à faire. Les familles pauvres du milieu rural au Bengale-Occidental vivent dans des huttes de terre sans accès à l'électricité et à l'eau courante. Il n'y a pas non plus



de système de canalisation et de déchetterie. Les pompes sont le seul moyen d'accéder à de l'eau, mais parfois les puits sont vides. Lorsque ceci arrive, nous avons pu observer que les villageois étaient condamnés à puiser de l'eau dans des gouilles verdâtres afin de se désaltérer.

L'IIMC fait beaucoup pour réduire la mortalité des enfants. Cependant un programme concret manque encore pour diminuer la mortalité postnatale. Une campagne pour promouvoir l'allaitement pourrait apporter d'énormes bénéfices.

Même si la malaria ne semblait -d'après le Dr Sujit- ne pas être un problème majeur, l'Inde reste quand même un pays avec un risque moyen du paludisme. En 2010, on comptait quand même environ 1'600'000¹³ cas de malaria en Inde et le nombre de décès chez les enfants en dessous de 5 ans s'élevait à 7700! D'ailleurs, tous les volontaires, à part ceux de Genève, prenaient un traitement prophylactique. La distribution de moustiquaires pour les enfants pourrait être un point d'amélioration.

En conclusion, on peut affirmer que l'IIMC contribue à la réalisation de l'objectif 4 en permettant aux enfants les plus défavorisés d'avoir accès aux soins. Il améliore aussi la situation en éduquant et autonomisant les femmes. Cependant, il y a encore des points susceptibles d'être améliorés, comme -par exemple- la distribution de moustiquaires et l'assainissement des conditions de vie.

f. OMD 5 : Améliorer la santé maternelle

« Les mères sont le cœur de la société indienne » (Docteur Sujit).

Et comme le nom de son institution l'indique, le fondateur de l'*Institute for Mother and Child* s'est donné comme priorité de s'occuper de ces êtres si vulnérables. D'ailleurs, il n'est pas le seul à penser de cette manière, car la santé maternelle, c'est-à-dire la santé des femmes pendant la grossesse et l'accouchement, figure aussi parmi les Objectifs du Millénaire, formulés par la communauté internationale en 2000. Aujourd'hui, la date limite approchant (l'année 2015), quels progrès ont été faits ? Les jolies phrases théoriques se sont-elles réalisées sur le terrain, dans les bidonvilles de Kolkata et sur les îles des Sundarbans ?

Définition de l'objectif

Réduire de ¾, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle¹⁴.

Etre mère ce n'est pas sans dangers puisque chaque année dans le monde, entre 350'000 et 500'000 femmes¹⁵ meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, laissant plus d'1 million d'enfants orphelins ; la plupart de ces décès (87%) se produisent en Afrique Subsaharienne et en Asie du Sud (notamment en Inde). Globalement, le taux de mortalité maternelle est passé de 440 décès maternels pour 100'000 naissances vivantes (en 1990) à 290 décès (en 2008), ce qui correspond à une baisse de seulement 34% - beaucoup

¹³ **Source des chiffres** : <http://apps.who.int/ghodata/?vid=10400&theme=country#>

¹⁴ **Source** : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml>

¹⁵ **Source** : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml>

trop faible pour atteindre la cible de cet Objectif du Millénaire, pour laquelle une baisse annuelle de 5.5% aurait été nécessaire...

Pourtant, une analyse plus détaillée nous apporte une lueur d'espoir : alors qu'en Afrique Subsaharienne le taux de mortalité maternelle a baissé de 26% uniquement depuis l'année 1990, on a noté une réduction de 53% en Asie du Sud et une véritable chute de 66% en Inde pendant la même période de temps !

Contribution de l'IIMC à la réalisation de l'objectif

Toutes les cinq minutes, en Inde rurale, une femme meurt en accouchant ou pendant sa grossesse. Ce n'est pas un message de bonheur, d'autant moins quand on apprend que la plupart de ces décès pourraient être évités. Le mot magique ici, est PRÉVENTION : un suivi de grossesse adéquat permet par exemple de détecter un stade précoce de pré-éclampsie, d'éviter la survenue d'une septicémie suite à une infection, et de mieux contrôler l'état d'une femme atteinte du VIH ou de la malaria (considérées comme des causes indirectes de décès maternel).

Une autre grande problématique est l'avortement, une pratique encore largement répandue en Inde, et souvent pratiquée dans des conditions peu sûres. Surtout parmi les plus pauvres, vivant dans les bidonvilles, il n'est pas rare de « vendre » son enfant à la recherche avant même qu'il soit né : ces avortements clandestins sont souvent pratiqués à des stades très tardifs dans la grossesse (jusqu'au 8^{ième} mois) puisque plus un fœtus est développé plus il est précieux pour les acheteurs qui ont des connexions avec des entreprises de recherche... Une autre cause d'avortements, plus fréquente que la première, mais pas forcément moins choquante, est la sélection selon le sexe de l'enfant.

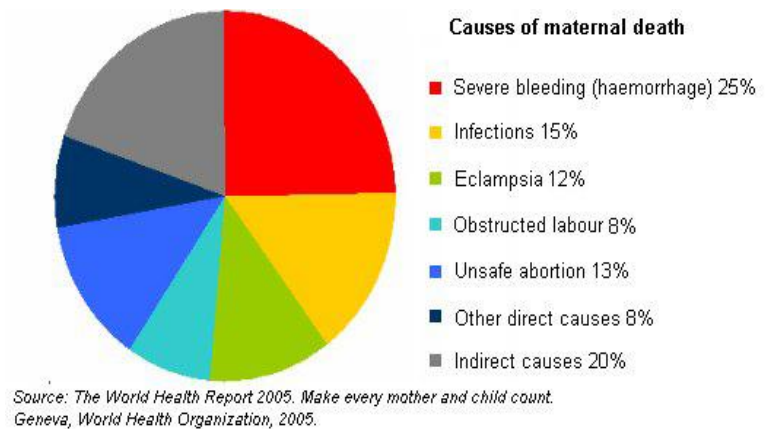
Pour gérer les hémorragies pendant la naissance – la cause principale des décès maternels – la présence de personnel soignant qualifié pendant l'accouchement est essentielle. Des progrès ont été réalisés aussi bien au niveau mondial (55% des accouchements en présence de personnel en 1990 vs. 65% en 2009) qu'en Asie du Sud (32% en 1990 vs. 50% en 2009), mais ils restent insuffisants. En plus, dans les milieux ruraux, les accouchements à la maison sont encore beaucoup plus fréquents que ce que ces chiffres indiquent.

Afin de palier cemanque, en 2008 l'IIMC a construit une maternité à Dhaki, un village très isolé dans le Delta du Gange. Cependant, le gouvernement indien – ayant récemment changé ses guidelines quant à ce sujet – a obligé l'IIMC à fermer temporairement les portes



de cet établissement, parce qu'il n'y a pas de médecin résident (c'est-à-dire un médecin présent 24h/24h) à Dhaki. La formation de sages-femmes locales est en cours.

Les saignements, les septicémies, l'éclampsie... sont les causes visibles et mesurables des décès maternels. En revanche, les « vraies » causes sont, parmi d'autres, la pauvreté, la malnutrition et les mauvaises conditions d'hygiène : ce sont ces causes qu'il faut combattre pour atteindre un succès à long terme...



Définition de l'objectif

Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015¹⁶

En 2005 la communauté internationale s'est rendu compte qu'améliorer la santé maternelle n'était pas simplement réduire la mortalité maternelle, mais qu'il fallait une approche plus globale mettant l'accent sur les soins prénataux et le planning familial.

Contribution de l'IIMC à la réalisation de l'objectif

Accès aux soins prénataux

De nouveau, les chiffres¹⁷ indiquent à quel point il faut se dépêcher pour atteindre la cible de cet objectif en 2015. Concernant le pourcentage de femmes de 15-49 ans examinées au moins une fois au cours de leur grossesse par un professionnel de santé qualifié (médecin, infirmière ou sage-femme), des progrès ont été réalisés au niveau mondial (de 64% en 1990 à 81% en 2009) ; en Inde et dans d'autres pays de l'Asie du Sud, le pourcentage est passé de 51% à 70% (ces pourcentages restent franchement en dessous de la moyenne mondiale). Le même scénario se présente à propos du pourcentage de femmes ayant eu au moins quatre visites prénatales (considéré comme un suivi prénatal suffisant) : l'Asie du Sud (10% en 1990 à 26% en 2009) est considérablement en retard par rapport à la moyenne des pays en voie de développement (35% en 1990 à 51% en 2009).

Deux fois par semaine, à Tegharia (la clinique la mieux équipée de tous les Outdoors de l'IIMC), la doctoresse Dipali reçoit en consultation les femmes enceintes pour leur contrôle de routine – tous les deux mois ou dès qu'il y a un problème quelconque – et d'autres qui se présentent avec des soucis gynécologiques divers : MST, infections vaginales de type fongique, troubles du cycle (ménorragies, métrorragies, aménorrhées). Les aménorrhées

¹⁶ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml>

¹⁷ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml>

sont le plus souvent causées par la malnutrition. Aussi, pour détecter les cancers du col de l'utérus causés par le virus HPV chez les femmes dès l'âge de 40 ans, la gynécologue propose des PAP-tests, non seulement sur place à Tegharia, mais aussi dans les villages éloignées où elle se rend à l'occasion de ces *screening camps*.

Fiche de suivi d'une femme

Institute For Indian Mother & Child
 VII - Tegharia, Post - Sonarpur, South 24 Parganas, Kolkata - 700 150
ANTENATAL CARD

Regd No. 8670
 Name: Bela Sarder Age: 29y Address: Taldi Religion: H
 LMP: 10th Nov EDD: 13th Aug/12 Para. Obst. History: Parity: 1
 No. of Living Children: 1 Male: 1 Female: 0 LCB: ✓

INVESTIGATION
 Urine: 1st 2nd 3rd 4th 5th 6th 7th 8th 9th 10th 11th 12th
 Blood Grouping & Rh Factor: B+ (-ve)
 V.D.R.L. NR
 Blood Sugar 78 mg/dl
 PP/IF/R 78 mg/dl
 Others: HbsAg (-ve) TSH - 0.46 / uIU/ml

Date of Visit	Complaints	Weight	BP	Oedema	Anaemia	Heart & Lungs	Height of Fundus	Presentation	F.M. F.H.S.	Advice & Treatment	Signature of M.O. & HW	Date of Next Visit
15.3.12		47kg	110/80									17.5.12
7.6.12		47kg	88/60									9.8.12

Les soins prénataux

Tout commence par l'analyse d'un test de grossesse au sein du laboratoire de l'IIMC. S'il s'avère positif, la femme se rend alors régulièrement chez la gynécologue. Lors de ces visites, il y a un contrôle systématique de la prise de poids (la norme est entre 1 et 1.5 kilos par mois) et de la tension artérielle suivi d'une anamnèse afin de repérer des plaintes éventuelles. Par exemple, des hémorragies douloureuses sont souvent le résultat de la violence conjugale, qui est en lien avec la consommation d'alcool par les hommes dans les régions rurales. L'examen physique (que nous pratiquons parfois seules, sous le regard de la gynécologue) a pour but de détecter d'éventuels signes d'anémie et de prééclampsie (notamment des œdèmes), d'écouter les bruits cardiaques du bébé (= F.H.S.) et les bruits de la circulation placentaire, puis de déterminer le siège, la position de la tête et le stade de la grossesse à l'aide de la palpation du ventre. La doctoresse Dipali nous a confié qu'« il n'est pas rare qu'une femme ne se souvienne plus de la date de ses dernières règles ce qui complique la datation – en effet, comment savoir alors si la taille du ventre est physiologique (i.e. correspondant au terme) ou pathologique (excès de liquide amniotique etc.) ? » Contrairement à nos attentes, il n'y a pas d'examen vaginal lors de ces check-ups. Les examens échographiques, par contre, sont pratiqués chez toutes les femmes enceintes, deux fois pendant leur suivi : lors du 1^{er} trimestre (quand le risque de grossesse ectopique est le plus élevé) et lors du 3^{ème} trimestre (menace de placenta praevia).

Les femmes reçoivent également un rappel du vaccin contre le tétanos et des suppléments en fer et en acide folique. Les soins prénataux sont complétés par une batterie d'analyses au laboratoire de l'IIMC : dosage du taux d'hémoglobine, de sucre et de TSH, screening de l'hépatite B (HbsAg) et de la syphilis (V.D.R.L.) et détermination du groupe sanguin et du facteur Rhésus (si la femme est Rh⁻ elle recevra des anticorps à la naissance pour prévenir une allo-immunisation). A noter que l'IIMC ne prend pas en charge les patientes séropositives ; celles-ci sont automatiquement référées à l'hôpital universitaire où elles bénéficieront d'un suivi mieux adapté pour éviter la transmission du virus HIV à leur bébé.

En plus de ces consultations régulières, les futures mamans sont encouragées à suivre des cours prénataux, où elles apprennent à reconnaître les signes avant-coureurs d'une éventuelle complication de leur grossesse. En plus, elles reçoivent des conseils pour une alimentation équilibrée et un allaitement prolongé. Nous avons vu en consultation avec la doctoresse Dipali, de nombreuses femmes enceintes pesant à peine 40 kilos : alors nous nous sommes vraiment rendu compte de l'impact de la malnutrition. Afin d'en prévenir les effets néfastes comme les infections, l'anémie, l'immunodépression et le retard de croissance intra-utérine, l'unité *HE&HP (Health Education & Health Promotion)* de l'IIMC offre un soutien additionnel aux plus vulnérables parmi les femmes enceintes : deux fois par mois elles reçoivent un paquet de nourriture contenant 2 kilos de riz, 500 grammes de lentilles, 1 kilos de pommes de terre et des compléments alimentaires en forme de poudre (NDIII Nutritional Diet).

La clinique *Indoor* essaie aussi de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des mères : en effet, lorsqu'un enfant est admis dans cette clinique *Indoor* sa mère peut l'accompagner et reçoit automatiquement trois repas équilibrés chaque jour, tout au long du séjour, qui peut durer plusieurs semaines.

Le planning familial

Des moyens de contraception efficaces, peu coûteux et correctement appliqués ont un grand impact sur la santé maternelle, puisqu'ils permettent non seulement d'empêcher les grossesses non désirées ou trop rapprochées, mais aussi de rendre les femmes plus indépendantes. Dans les pays en voie de développement, en moyenne, le taux de prévalence de la contraception parmi les femmes de 15-49 ans en union, a fortement augmenté entre 1990 et 2000, puis – malheureusement – a atteint un plateau d'environ 60% en 2009¹⁸. Parmi les nombreux défis, on peut noter le fait que l'aide publique au planning familial a constamment baissé ces dernières années : en 2000 elle représentait encore 8.2% de l'aide totale à la santé alors qu'en 2009 elle n'était que de 2.6%. Dans un pays comme l'Inde où la population croît de 1.4% par année et où, par conséquent, le nombre de femmes en âge de procréer a augmenté de presque 50% depuis 1990, il est difficile d'être optimiste pour le futur...

En Inde, le gouvernement s'est chargé du planning familial et a fait preuve de créativité : dans plusieurs états, des ligatures des trompes sont proposées gratuitement (des vasectomies aussi, mais elles ne semblent pas vraiment « *à la mode* »...), et toutes les femmes ayant profité de cet offre peuvent participer à une grande tombola avec des prix majeurs à gagner, notamment des voitures de la marque TATA...

À Kolkata, pas de tombola en vue, mais le gouvernement met à disposition plusieurs moyens de contraception comme la pilule et le préservatif, gratuits évidemment. Malgré ceci, les

¹⁸ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml>

statisticiens ont récemment noté que « *plus de 25% des femmes fécondes et sexuellement actives ont des besoins de planification familiale non couverts, c'est à dire qu'elles souhaitent retarder ou éviter une grossesse, mais qu'elles n'utilisent aucune méthode contraceptive* »¹⁹. Paradoxe ?

Pas vraiment. En effet, la gynécologue de l'IIMC nous explique : « Ici en Bengale Occidentale, environ 40% des femmes mariées prennent la pilule, mais souvent elles n'ont pas appris comment l'utiliser correctement ; personne ne leur a expliqué ; ainsi elles la prennent d'une manière irrégulière, par exemple seulement pendant les saignements. Fréquemment, ce sont les maris qui interdisent aux femmes d'avoir recours à la contraception, et les menacent avec le divorce... Il y a aussi les tabous religieux, notamment parmi la population musulmane où il n'est pas rare d'avoir une dizaine d'enfants. Et parmi les Hindous - et surtout ceux qui vivent dans les villages éloignées – beaucoup refusent la pilule en raison de croyances populaires, selon lesquelles la prise de la pilule peut provoquer des tumeurs par exemple... »



Des étudiantes de l'Université de Kolkata donnent un cours sur la violence conjugale

C'est pourquoi l'IIMC, en matière de planning familial, ne se limite pas à la distribution de la pilule/du préservatif et à la pose du stérilet. L'unité *HE&HP* (*Health Education & Health Promotion*), à travers son *Mother Awareness Programme* organise des réunions afin de transmettre – souvent à l'aide d'un jeu de rôle ou d'une chanson – certains concepts concernant l'hygiène de base, la nutrition et la contraception.

De plus, ces réunions sont une bonne

occasion de discuter des droits de la femme et de la violence conjugale, ceci parfois même en collaboration avec des étudiants de l'Université de Kolkata.

L'IIMC organise aussi des *Puberty Health Camps* ayant comme objectif d'informer les adolescents sur les changements qui ont lieu à la puberté, et aussi sur les moyens de contraception. En regardant les chiffres, on se rend compte qu'en Inde, seulement 13% des femmes âgées de 15 à 19 ans utilisent un moyen de contraception et que le taux de natalité est à 45 naissances/1000 adolescentes, un des plus élevés du monde. Ceci reflète une tendance générale, dans tous les pays en voie de développement : dans les années 1990, de grandes avancées ont été faites pour réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes, mais à partir de 2000, on a observé une stagnation voir un recul.

¹⁹ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml>

Ceci est particulièrement révoltant si l'on considère le fait que plus une grossesse est précoce plus elle comporte des risques pour la mère et pour l'enfant : alors que les adolescentes sont responsables de 10% de toutes les naissances, elles contribuent à presque 25% de la morbidité due à la grossesse et à l'accouchement (aussi connue sous le nom de DALY disability-adjusted life years) : notamment l'anémie, le VIH, les hémorragies et la dépression en postpartum. D'ailleurs, la mortalité et la morbidité (i.e. prématurité, retard de croissance, asphyxie à la naissance) parmi les enfants nés d'une mère adolescente sont 50% plus élevées que parmi ceux nés d'une mère plus âgée.

Pourquoi y a-t-il autant de grossesses parmi les adolescentes en Inde ? Certainement à cause du nombre élevé de mariages « illégaux », c'est à dire lorsque la fille n'a pas encore atteint l'âge de 18 ans comme la loi l'exige. Cette pratique est encore largement répandue, notamment dans les milieux ruraux. Sur une île des Sundarbans on a assisté à un mariage de ce type-là ; d'abord surprises par les larmes dans les yeux de tout le monde – on a vite compris le destin tragique de cette jeune mariée : quitter sa famille et son village sans savoir quand elle aura la permission (de la part de son mari et de sa belle-famille) de leur rendre visite, vivre avec un homme qu'elle ne connaît probablement pas, rester à la maison au lieu d'aller à l'école...Changer une tradition, c'est un long chemin, mais nous restons optimistes...

Conclusion

Pour conclure, bien que des avancées aient été faites, la cible de l'Objectif du Millénaire 5, ne sera sûrement pas atteinte d'ici à 2015. Malgré tout, les organisations locales comme l'IIMC à Kolkata sont sur le bon chemin, puisque ce sont elles qui sont le plus capables de reconnaître les besoins et les problèmes de la communauté locale, et d'y répondre d'une manière efficace en offrant des solutions concrètes.

g. OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

Définition de l'objectif

D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida.

D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle.

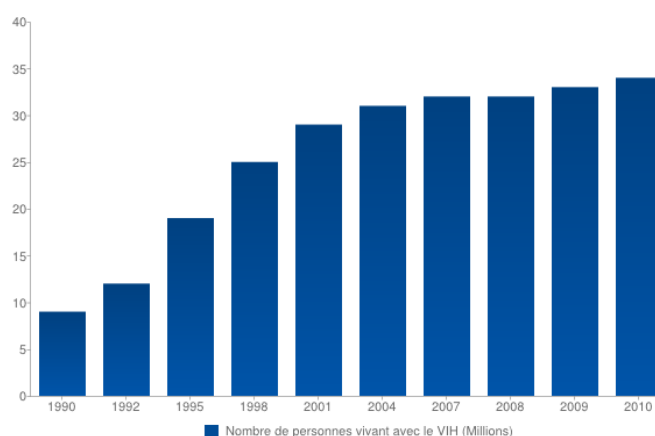
Pour commencer, quelques chiffres donnés par l'ONU :

- En 2009, on dénombre 2,6 millions de nouvelles infections au VIH ce qui représente une baisse de 21% depuis 1997.
- Au plan mondial, les décès dus au paludisme ont diminué de quelques 20% grâce à une augmentation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, à l'instauration de traitements adéquats et à bonne stratégie de diagnostic.
- De 1995 à 2009, 41 millions de tuberculeux ont été soignés avec succès. Cependant, beaucoup de tuberculeux séropositifs ignorent leur statut VIH et n'ont donc pas encore accès à une thérapie antirétrovirale.
- Le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter à cause des traitements antiviraux qui prolongent la vie. En effet, le risque de propagation de la maladie augmente car les gens ignorent les pratiques adéquates de préventions : l'utilisation des préservatifs pour prévenir le VIH reste dangereusement faible dans beaucoup de pays en développement.

Les nouvelles infections au VIH

« Les nouvelles infections au VIH sont en baisse dans les régions les plus touchées.

Chaque jour, près de 7 500 personnes sont infectées par le VIH et 5 500 personnes meurent du sida parce qu'elles n'ont pas eu accès à des services de prévention et de traitement du VIH.



Derrière ces chiffres renversants se cachent cependant quelques initiatives encourageantes qui ont permis de remporter de petites victoires dans la guerre contre le sida. »²⁰

²⁰ Source : Graphique et texte publié par le PNUD

Le but principal de l'OMD 6 est d'éradiquer ou au moins de contrôler le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies graves comme la tuberculose.

Pour ce faire il faut déjà mettre en place des traitements efficaces et à la portée de tous. Le prix des médicaments ne doit donc pas être excessif et leur utilisation simple. Ceci permet aux médecins de facilement les prescrire afin de diminuer la propagation de la maladie et les risques de mortalité encourus.

Cependant, il ne suffit pas de donner des traitements pour soigner. Comme dit le proverbe : « Mieux vaut prévenir que guérir ». La prévention prend donc une place essentielle dans cet objectif du millénaire. Il est très important d'enseigner à la population les gestes simples à faire pour éviter d'attraper ces infections et pour diminuer le taux de contamination.

Pour atteindre ce but, que la population – et souvent les médecins locaux - comprennent le mécanisme de la maladie, savoir comment elle se transmet et quels sont les gestes à effectuer pour éviter la transmission. Il faut aussi leur apprendre à la soigner si besoin.

Savoir quels médicaments prendre et comment les prendre. Finalement, les patients malades doivent se sentir soutenus et avoir à disposition des personnes dignes de confiance pour les aider à vivre avec leur maladie.

Si un vaccin est mis en place, il est important de faire comprendre à la population les bénéfices d'une immunisation et de casser les idées reçues qui pourraient entraver à une couverture vaccinale complète. Celle-ci permet parfois l'éradication complète de la maladie. L'enseignement et la communication sont des armes essentielles dans le combat contre ces pandémies.

Afin de comprendre les enjeux de l'IIMC dans ce domaine, il nous semble important de parler brièvement des trois maladies principales concernées par l'OMD 6 : le VIH/SIDA, le paludisme (malaria) et la tuberculose

VIH/SIDA²¹

Le virus d'immunodéficience humain (VIH) est un rétrovirus qui se transmet par les liquides corporels. Le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), causé par le VIH, est la maladie sexuellement transmissible la plus connue. Le VIH se transmet non seulement pendant les rapports sexuels, mais aussi lors de contact avec du sang contaminé. Dans les autres fluides corporels, comme la salive ou les urines, le taux de virus n'est pas suffisant pour causer une réelle infection.

Les traitements consistent en une association d'antiviraux, généralement trois qui rendent la thérapie très lourde à suivre pour les patients. De plus, elle a de nombreux effets secondaires handicapants qui deviennent des obstacles à la bonne compliance du patient. Rajouté à ça, cette trithérapie, bien qu'efficace, est très onéreuse. Ceci la rend donc difficile à prescrire dans les pays en voie de développement, là où elle s'avère le plus nécessaire.

²¹ Source : Wikipédia

La prévention est donc essentielle en ce qui concerne le VIH et la protection que cette maladie requiert. Cependant, c'est encore un sujet tabou et il est difficile aujourd'hui d'en parler librement. En effet, le port du préservatif est encore très faible à l'heure actuelle et les compréhensions des causes de cette infection sont minimales. Cela est dû à un manque de connaissances et à de fausses croyances d'ordre culturelles. Il est donc important que toutes les populations comprennent l'enjeu mis en cause face à cette maladie mortelle. C'est en apprenant des gestes simples que la contamination pourra être prévenue.

Les personnes les plus touchées sont les femmes vivant dans des pays pauvres. Cette situation s'explique par le fait qu'elles sont souvent dans des situations financières très difficiles et n'ont d'autre choix que de se prostituer pour vivre. Face à un homme plus fort et la plupart du temps plus âgé, ce n'est pas évident pour elles d'imposer le port du préservatif. Le risque d'attraper la maladie et de la transmettre aux autres partenaires est dès lors très important.

De plus, ces mêmes femmes tombent souvent enceintes. Or, le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant pendant l'accouchement. Ceci augmente donc le nombre de personnes contaminées. Le suivi des femmes enceintes séropositives est primordial, afin d'éviter toute transmission du VIH à l'enfant.

Cette maladie, mortelle si non traitée, a aussi un impact très négatif sur la vie sociale des individus atteints. Les personnes séropositives sont souvent rejetées et abandonnées par leur entourage, se retrouvant seules à gérer leur maladie. Il est donc nécessaire de leur apporter un soutien moral et de les aider à conserver leur dignité et leur place dans la société. Des groupes de parole ont été mis en place pour que les patients atteints du VIH puissent se retrouver, discuter de leur maladie et s'entraider.

Cette assistance leur permet de mieux combattre leur infection, d'acquérir un savoir face à ce qui leur arrive et permet une meilleure prévention. Si nous commençons à briser le silence autour de cette maladie des améliorations pourront être faites.

Tuberculose²²

La tuberculose est une maladie infectieuse qui touche principalement les poumons. Elle est due à une bactérie appelée *Mycobacterium tuberculosis*.

Cette bactérie se transmet par gouttelettes (postillons) et aérosols (particules dans l'air), ce qui explique son tropisme pour les voies aériennes. Il existe plusieurs types d'infection ; mais les plus ravageuses sont la tuberculose pulmonaire, la tuberculose miliaire (diffuse) et la tuberculose méningée, qui tuent – d'après l'OMS - plus de 2 millions de personnes chaque année dans le monde.

Des rapports ont montré que depuis 2004, les infections de tuberculose sont en augmentation. Ceci est dû à l'apparition d'une souche multirésistante (bactérie qui résiste à tous les antibiotiques).

²² Source : Wikipédia

Les individus à risque sont les personnes malnutries, immunodéprimées (en effet beaucoup de personnes atteintes de tuberculose le sont aussi par le VIH/SIDA), toxicomanes, sans domicile fixe, et celles en contact direct - comme le personnel de soin - avec d'autres personnes infectées.

La tuberculose est une maladie très contagieuse, c'est pourquoi il est important de la diagnostiquer au plus vite afin de prévenir de nouvelles infections. Le problème pour déceler rapidement les personnes atteintes de tuberculose est que cette bactérie prend, au début de l'infection, une forme latente puis, au fil des années, « se réveille » et donne les symptômes typiques de la tuberculose : toux avec crachats hémoptoïques, fièvre et sudations.

Le test de Mantoux permet de savoir si un patient est porteur de la maladie. Avec ce test, on observe si le patient fait une réaction à un composant qui ressemble à la bactérie, la tuberculine. Si le test est positif, c'est-à-dire qu'il y a une réaction chez le patient, celui-ci est porteur de la maladie et devra être traité. Avant d'entreprendre le traitement, il est toutefois nécessaire de confirmer le test par une radiographie des poumons et une analyse des expectorations.

Le traitement est une association de quatre antibiotiques, une quadrithérapie. On associe plusieurs antituberculeux pour éviter l'apparition de souches résistantes au traitement. Il existe aussi un vaccin peu efficace, utilisé principalement chez les enfants, qui permet toutefois d'atténuer l'infection. Cependant, ce vaccin n'empêche pas la transmission de la maladie et ne permet pas de guérir de la tuberculose.

Comment peut-on prévenir la tuberculose ? En premier lieu, même si le vaccin n'est que peu efficace, il est essentiel de le donner aux enfants dits « à risque ». Bien que les résultats ne soient pas spectaculaires, cette population jeune pourra toutefois être protégée grâce à une bonne couverture vaccinale. Deuxièmement, il est aussi important d'isoler les nouveaux cas symptomatiques ainsi que d'instaurer des règles d'hygiène auprès du personnel soignant pour éviter de nouvelles contaminations.

Finalement, l'enseignement se montre indispensable. Il faut, pour commencer, apprendre au personnel soignant quels sont les signes cliniques de la tuberculose et comment faire pour la diagnostiquer. Le test de Mantoux devrait être mis à disposition facilement et souvent utilisé en cas de suspicion d'un nouveau cas. Il est également primordial que le personnel soignant pratique l'isolement, le port du masque et des gants avec chaque personne nouvellement infectée.

De plus, les connaissances susceptibles d'éviter une contamination doivent impérativement être connues de la population à risque.

Il est évident que cette pratique ne s'arrête pas à la tuberculose et est indispensable pour toutes les maladies infectieuses contagieuses.

Le paludisme (malaria)²³

La malaria est une maladie infectieuse due à un parasite. Ce parasite se transmet à l'homme par la piqûre d'un moustique femelle de type anophèle, qui se nourrit de sang principalement la nuit. Cette maladie est l'infection parasitaire la plus importante et touche surtout les enfants et les femmes enceintes. Le paludisme cause plus de 400 à 900 millions de cas de fièvre, et entre un et trois millions de morts par an, soit en moyenne un mort toutes les 30 secondes !

Le paludisme se manifeste par les symptômes suivants : une fatigue généralisée, une perte d'appétit, des vertiges, des céphalées, des troubles digestifs et des myalgies. On distingue aussi des signes cliniques particuliers : une forte fièvre avec des tremblements, des signes d'anémie causée par l'hémolyse, des convulsions et un ictère.

Les antiparasitaires, comme la malarone, sont utilisés en prophylaxie ou en traitement. Les moustiquaires imbibées d'insecticides sont aussi très utiles pour prévenir les piqûres de moustique pendant la nuit.

Comme pour la tuberculose ou le VIH/SIDA, il est important de connaître les gestes nécessaires pour prévenir les infections et savoir comment traiter une personne atteinte du paludisme. Les traitements comme la malarone devraient être accessibles à tous, que ce soit sous forme de prophylaxie ou à titre curatif. Il est évident que ces médicaments coûtent encore très cher à l'heure actuelle et qu'il est donc difficile pour les pays en voie de développement de les obtenir.

Contribution de l'IIMC à la réalisation de l'objectif

Nous avons observé que l'IIMC ne contribue pas réellement à l'éradication de ces différentes maladies. Le problème a été soulevé dans l'interview que nous avons faite au Dr Sujit. Il nous a affirmé que la malaria n'était pas un grand problème et que le VIH était pris en charge par d'autres instituts.

Pour répondre aux préoccupations de l'IIMC face à la tuberculose, des campagnes de prévention sont régulièrement lancées (vaccin, prise de conscience) et des traitements adaptés prodigués aux malades. Il existe même une clinique spécialisée dans un des « outdoor » de l'institut qui facilite le diagnostic.

Nous avons malheureusement constaté que le port du masque et le lavage régulier des mains en cas de contact avec des patients tuberculeux ne sont pas respectés. L'isolement de chaque nouveau cas infectieux, nécessaire pour prévenir la contamination d'autres personnes, n'est également pas instauré dans les cliniques de l'IIMC. Il y a donc un risque important que la maladie se transmette surtout parmi le personnel soignant qui est le plus à risque.

La tuberculose est une maladie qui fait peur et qui est très mal vue par la communauté. La population connaît mal cette maladie infectieuse et ignore peut être les risques de contamination.

²³ Source : Wikipédia

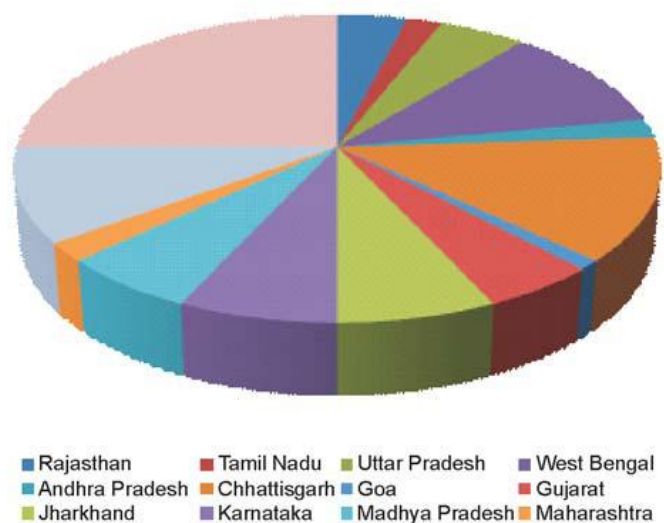
De plus, les personnes infectées sont rejetées de la société, mises à l'écart. Ceci dissuade les malades de parler de leurs symptômes, parce qu'ils en ont honte. Pour cette raison le diagnostic est trop souvent manqué, l'infection est inconnue des médecins et donc le patient n'est pas pris en charge comme il le devrait. Cette situation est dangereuse, non seulement pour le patient, mais aussi pour la famille et les proches du patient.

L'IIMC tente d'effacer ces idées négatives sur la maladie en éduquant la population sur la tuberculose. Mais l'organisation parvient difficilement à ses fins et l'amélioration de la situation se révèle très difficile. La tuberculose cause encore de nombreux morts chaque année. En Inde, plus de 1000 personnes en meurent chaque jour.

Le SIDA est la maladie taboue. Elle touche une large proportion de la population indienne mais le VIH ne semble pas exister, on n'en parle pas. Parfois, les médecins n'osent même pas révéler le diagnostic lorsqu'ils se trouvent en face d'un patient séropositif. L'IIMC se charge uniquement de faire un pré-diagnostic avant de transmettre le patient à un hôpital. Aujourd'hui, l'objectif primordial est d'abolir les préjugés, afin de pouvoir parler librement des gestes de prévention, des traitements et de la prise en charge du SIDA. Le port du préservatif est un geste simple, qui permettrait de ralentir franchement la propagation de la pandémie du SIDA. Le gouvernement indien et les autorités religieuses sont-ils prêts à vanter publiquement l'utilisation du préservatif ?

Pour la malaria c'est une autre histoire. Elle n'a pas le même impact que les deux maladies précédentes. On ne stigmatise pas socialement les individus atteints. L'IIMC ne la considère pas comme un souci majeur dont on doit s'occuper. En Inde, cette maladie touche pourtant une proportion importante de la population.

Voici un graphique²⁴ montrant les différentes contributions de plusieurs états d'Inde à la malaria. L'index utilisé est l'API (annual parasite incident) : cas de malaria par millier d'habitants.



Le Bengale occidental n'est pas en reste face à cette maladie qui est très présente malgré les affirmations du Dr Sujit.

La prévention de la malaria, pourtant simple, n'est pas pratiquée à l'IIMC. Il suffirait de prévenir les piqûres de

moustiques en installant des moustiquaires sur les lits des hôpitaux. Il est aussi conseillé de dormir avec des pantalons et des t-shirts à manches.

²⁴ Source : Article Estimation of true malaria burden in India

De plus, le traitement, bien qu'onéreux, est facile à prescrire aux personnes malades. Malgré toutes ces évidences l'IIMC considère cette maladie comme secondaire et ne met pas les efforts nécessaires pour la traiter.

Conclusion

Nous pouvons conclure que l'IIMC ne contribue pas, ou très peu, à l'éradication des maladies graves, comme le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Il ne participe donc pas à la réalisation de l'OMD 6.

L'institut a toutefois le mérite d'essayer de prendre en charge la tuberculose. En revanche, il est vraiment regrettable que la malaria soit ainsi négligée. L'IIMC pourrait aussi s'évertuer à instruire davantage la population sur le SIDA afin de combattre les habituels préjugés sur cette maladie sexuellement transmissible. Il est aussi nécessaire que les médecins de l'IIMC instaurent des relations de confiance avec leurs patients. Ces derniers pourront alors parler librement de leurs symptômes et de leurs inquiétudes et être enfin pris en compte.

h. OMD 7 : Assurer un environnement durable

Pourquoi une grande partie de la population dans les pays en voie de développement souffre-t-elle de la faim ? Parce que la récolte ne suffit pas à nourrir tous, surtout lorsque les terres ont été détruites par un cyclone ou une sécheresse extrême...

Pourquoi de nombreux filles et garçons n'ont pas la possibilité d'aller à l'école ? Parce qu'ils sont obligés de travailler sur les champs pour aider leurs parents...

Pourquoi la mortalité parmi les plus vulnérables, c'est-à-dire les enfants et les femmes, reste-t-elle scandaleusement élevée dans ces mêmes pays ? Parce qu'ils souffrent de maladies le plus souvent causées par la malnutrition et la mauvaise qualité de l'eau...

Et alors, pourquoi parler de l'environnement dans le contexte des Objectifs du Millénaire ? Eh bien, parce qu'on pourrait dire qu'il s'agit de la racine de la plupart des autres défis - et aussi d'un point clé en ce qui concerne leur résolution ! Une autre particularité de l'OMD 7, est qu'il n'est pas uniquement orienté vers les pays en voie de développement, mais qu'il s'adresse directement aux pays riches, en soulignant leur responsabilité en ce qui concerne, par exemple, le changement climatique et le déclin des ressources naturelles.

Définition de l'objectif

Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales²⁵

²⁵ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/environment.shtml>

« C'est la pire sécheresse que j'ai vue dans ma vie », nous raconte Joy, professeur dans une école sur une île des Sundarbans, « je crains que cette année, nous n'ayons pas de mousson... ». Le manque d'eau n'est pas la seule menace pour la survie de la population rurale : des cyclones ravagent le Bengale occidental de plus en plus fréquemment.



Le Protocole de Montréal en 1987 a été un succès²⁶ : cette coopération internationale a permis d'éliminer, jusqu'en 2008, 98% des substances qui détruisent la couche d'ozone et qui sont des puissants gaz à effet de serre, contribuant au changement climatique.

Juin 2012 : sécheresse sur l'île de Debipur, dans la région du Delta du Ganges. Les étangs sont vides.

Malheureusement, pas tous les accords n'ont eu autant de succès : les émissions de dioxyde de carbone (CO₂) sont toujours en hausse (+1.7% au niveau mondial selon les données les plus récentes) en dépit du ralentissement de l'activité économique suite à la crise en 2008. Les principaux responsables sont évidemment les pays développés.

Mais il est évident que l'Inde n'est pas un paradis en ce qui concerne la pollution de l'environnement : lors du désastre de Bhopal, en 1984, 40 tonnes de gaz hautement toxique se sont échappées, causant une des pires catastrophes industrielles du monde²⁷.

Saviez-vous que la façade du Taj Mahal, à Agra, doit être entièrement rénovée, puisque le marbre blanc avait été sévèrement décoloré par des pluies devenues acides à cause du dioxyde de soufre contenu dans l'air ?

Et la championne de la pollution atmosphérique ? Bienvenue à Kolkata, troisième ville la plus polluée du monde, avec sa concentration en particules fines qui est presque 30 fois plus élevée que la limite recommandée par l'OMS. *En théorie*, les bus y roulent tous au gaz naturel comprimé, et les émissions des taxis et des autorickshaws sont strictement contrôlées...

D'ailleurs, à la périphérie de cette ville, les nombreuses briqueteries ne passent pas inaperçues, avec leurs fours traditionnels qui émettent des polluants ayant un impact non négligeable sur la santé des ouvriers – en bonne partie des enfants et des femmes enceintes – et sur la qualité des produits agricoles avoisinants.

Et les déchets ? Nous n'avons pas compté le nombre de bouteilles d'eau que nous avons achetées pendant notre séjour à Kolkata... À noter que les initiatives gouvernementales

²⁶ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/environment.shtml>

²⁷ Source : www.lonelyplanet.com/India

promouvant le recyclage du plastique n'ont pas eu de succès jusqu'à présent ; mais heureusement, au niveau local, on a pu constater quelques progrès comme par exemple l'idée de remplacer tous les sachets en plastique par des sacs en tissu dans plusieurs villes touristiques du Rajasthan, ou – en ce qui concerne l'IIMC – de ramasser toutes les bouteilles vides des *foreign volunteers* pour les distribuer aux enfants dans les écoles ! Ils les utilisent ensuite pour ramener l'eau de la pompe jusqu'à leur maison.

Néanmoins, les efforts du gouvernement indien ne sont pas tous en vain ; lors de notre visite de Debipur – la plus grande parmi les îles des Sundarbans, et qui est entièrement dépourvue d'électricité – nous avons pu constater la présence de panneaux solaires sur la majorité des maisons.

Contribution de l'IIMC à la réalisation de l'objectif

Sur l'île de Debipur, et autour des villages de Dhaki, Dukerpole, Purbajata et Hogolkuria, où se trouve le point capital du *Rural Development Project* de l'IIMC, l'organisation établit des étangs pour la pêche et des champs dotés d'un système d'irrigation élaboré – crucial dans une région où une grande partie des terres est affectée par les sécheresses récurrentes et l'eau salée de la mer.

L'IIMC encourage les paysans à cultiver non seulement du riz, mais aussi du tournesol, des légumes (aubergines et concombres), des fruits (bananes) et du miel, afin de promouvoir la diversité biologique dans l'agriculture et de contribuer ainsi à une alimentation plus équilibrée.



Pisciculture sur une île des Sundarbans

En ce qui concerne le commerce équitable, un *cooperative shop* a été récemment ouvert à Dhaki. Ceci a été possible grâce à l'*Unité de Microcrédit* (Cf : OMD 3).

Un autre exemple d'une coopérative de travail établie par l'IIMC est la production de mozzarella : une cinquantaine de femmes impliquées dans le projet du *Microcrédit* vendent du lait (à un prix de 20 Roupies/litre, plus élevé que le prix du marché qui est à 15 Roupies/litre) à la fromagerie de l'IIMC qui approvisionne, à son tour, la Pizzeria Fire&Ice, une des meilleures de Kolkata. Molto bene !

Définition de l'objectif

*Réduire la perte de la biodiversité et atteindre, d'ici à 2010, une diminution significative du taux de perte*²⁸

Les forêts – véritables poumons verts de notre planète – absorbent des grandes quantités de carbone contenues dans l'atmosphère. Ce qu'on oublie souvent, c'est qu'ils en relâchent autant lorsque le bois brûle ou se décompose; en effet environ un sixième de toutes les émissions de gaz à effet de serre résultent de la déforestation. Celle-ci se produit à un rythme toujours trop élevé, notamment dans les régions qui connaissent la plus grande diversité biologique, c'est-à-dire l'Amérique du Sud et l'Afrique. Pourtant, au niveau mondial, la perte nette des forêts s'est élevée à 5.2 millions d'hectares par an pendant la période 2000-2010, ce qui représente une amélioration par rapport à la décennie précédente (8.3 millions d'hectares par an entre 1990-2000) – ceci surtout grâce à des programmes de reboisement et à l'expansion naturelle des forêts, principalement en Asie²⁹. Lors de la Convention des Nations Unies sur les changements climatiques en 2010, le mécanisme REDD-plus a été créé, avec le but de récompenser les pays en voie de développement qui réduisent leurs émissions de carbone dues au déboisement. Une autre tendance positive à relever est la création accrue d'écosystèmes protégés : actuellement, ceux-ci représentent 13% de la surface terrestre et 7% des eaux côtières. Quant aux ressources marines, elles connaissent malheureusement un déclin continu, illustré par le fait que 33% des eaux profondes sont surexploitées en ce moment.

Aujourd'hui en Inde, presque 25% de la surface totale est encore couverte par la forêt. Déjà en 1951, ce pays avait mis en place le *India 5 Year Plan* afin de reconstituer les forêts et les sols agricoles³⁰ ; avec peu de succès, puisque la déforestation n'a pas ralenti, notamment à cause des besoins continus en bois de chauffage de la population rurale, de l'augmentation de l'exploitation commerciale et d'une véritable invasion par l'eucalyptus étranger, détruisant la flore indigène.

La disparition des forêts menace directement la survie de nombreuses espèces animales. Ayant réalisé ceci, le gouvernement indien a réagi en installant sur place une multitude de parcs nationaux et de *Wildlife Sanctuaries* qui constituent presque 5% de la surface du pays entier. Dans son élan, il a aussi signé de nombreuses accords au niveau international et national, comme par exemple la *CITES (Convention on International Trade in Endangered Species of Fauna and Flora)* et le *Wildlife Protection Act*. De nouveau, ce n'est pas un manque de législation, mais plutôt la concrétisation des projets qui pose un problème majeur ; la corruption est omniprésente... A titre d'exemple, prenons le tigre : la valeur d'un seul de ces animaux s'élève à environ 10'000 US\$; plus d'une centaine de tigres

²⁸ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/environment.shtml>

²⁹ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/environment.shtml>

³⁰ Source : www.lonelyplanet.com/India

sont tués chaque année en Inde à cause des demandes du marché des peaux et de la médecine chinoise.

Dans les Sundarbans - ce *Wildlife Sanctuary* qui couvre près de 80'000 km² du Delta du Ganges - un responsable de l'IIMC raconte : « On pense qu'il y a encore environ 300 tigres qui vivent ici. Souvent ils sortent des forêts de mangrove et attaquent les villageois ; en fait, chaque année presque 300 personnes sont tuées dans les Sundarbans. C'est pourquoi les gens des villages essaient, à leur tour, de tuer les tigres. »

En conclusion, on peut dire que la cible de cet objectif n'a pas été atteinte en 2010. Aujourd'hui, au niveau mondial, près de 17'000 espèces végétales et animales risquent l'extinction, ce qui a aussi des conséquences majeures pour des millions d'êtres humains qui en dépendent. Il est urgent de s'attaquer aux causes de la perte de biodiversité, comme le changement climatique, la pollution, la déforestation et le commerce.

Définition de l'objectif

*Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base*³¹.

Voici, une bonne nouvelle : depuis 1990, 1.7 milliards de personnes ont pu accéder nouvellement à de l'eau potable de bonne qualité, ce qui correspond à une augmentation de +10% de la couverture en eau potable au niveau mondial (de 77% en 1990 à 87% en 2008)³². Une couverture de 89% - la cible de cette partie de l'OMD 7 - sera sans doute atteinte en 2015.

Néanmoins, les chiffres les plus récents indiquent qu'il y a

encore 884 millions d'individus dépourvus d'accès à l'eau potable, parmi lesquels la plupart (743 millions) habite en milieu rural.



Puits profond dans le village de Dhaki

³¹ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/environment.shtml>

³² Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/environment.shtml>

Contribution de l'IIMC à la réalisation de l'objectif

L'eau

À Kolkata, il n'est pas rare d'apercevoir des cadavres flottants dans le Hooghly, la grande rivière qui traverse la ville et se jette ensuite dans la mer au niveau du Delta du Ganges. Ce sont les corps des sâdhus, des lépreux, des nouveau-nés et de tous les pauvres qui n'ont pas pu être brûlés pour des raisons religieuses ou économiques (le coût d'une crémation s'élève à environ 150 Roupies, ce qui représente une petite fortune pour de nombreux habitants des taudis de Kolkata).

À la campagne, les charmants petits étangs qui se trouvent partout perdent leur côté romantique si on écoute un des responsables de l'IIMC : « Ici, au Bengale Occidental, les nappes souterraines contiennent souvent de l'arsenic, et l'eau de surface est contaminée non seulement par les bactéries mais aussi par les engrais, les herbicides et les pesticides qu'on utilise en grande quantité depuis la Révolution Verte [réforme agraire des années 1960]. Jusqu'en 1990 environ, tout le monde ici à la campagne buvait l'eau de ces étangs, ce qui causait de nombreuses maladies comme le choléra, la fièvre typhoïde, les gastroentérites et les hépatites.

Ensuite, la construction de puits a commencé, mais ces derniers n'étaient souvent pas assez profonds. Heureusement, à l'heure actuelle, tous les puits construits par l'IIMC ont une profondeur de 1000 pieds [environ 300 mètres], et ainsi la qualité de l'eau est absolument sûre – standard indien - pas pour vous, *les volontaires étrangers*, bien évidemment...

Notre programme *HE&HP (Health Education & Health Promotion)* joue aussi un rôle très important, car à travers ceci on essaie d'expliquer les règles d'hygiène de base aux gens; ainsi ils se lavent moins dans les étangs maintenant, et ont donc moins de maladies dermatologiques par exemple. »

Malgré tous les efforts, au Bengale Occidental, encore 14% de la population rurale n'a toujours pas accès à de l'eau potable.

L'assainissement

2008, l'Année Internationale dédiée à ce sujet a permis d'ouvrir de nouveau le débat sur les toilettes et les latrines, dont personne ne semble avoir envie de discuter...

Actuellement, près de 2.6 milliards d'individus – ce qui correspond à environ 50% de la population totale des pays en voie de développement - n'ont toujours pas accès à ces types d'assainissement de base. La cible de l'OMD 7 semble être hors portée, puisqu'obtenir une couverture de 77% de la population mondiale avant 2015 est impossible ; en effet, au taux de progrès actuel, la cible ne sera atteinte qu'en 2049³³.

En plus, on peut noter la présence de larges disparités entre les zones rurales et urbaines ; ces écarts sont particulièrement flagrants en Asie du Sud, notamment en Inde. Selon les chiffres les plus récents, au Bengale Occidental seulement 25% de la population ont accès à

³³ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/environment.shtml>

des installations sanitaires comme des toilettes ou des latrines ; plus choquant encore, ceci correspond à une présence de structures d'assainissement chez 52% des habitants des villes et chez seulement 18% de la population à la campagne. C'est pourquoi l'IIMC focalise son action sur le milieu rural : pendant l'année dernière, 100 nouvelles toilettes ont été construites dans 50 villages. Il reste de grands progrès à faire, puisqu'une analyse détaillée des tendances en termes d'assainissement entre



Ici, dans la rivière sacrée, la concentration en bactéries de type E.Coli est environ 3000 fois plus élevé que la limite maximale...Ceci ne semble pas trop déranger ces messieurs qui lavent leurs habits à côté des égouts...

1995 et 2008 en Asie du Sud révèle que des améliorations dans ce domaine ont surtout été réalisées auprès des ménages les plus riches, tandis que parmi les 40% les plus pauvres les conditions n'ont presque pas changées.

Définition de l'objectif

Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie de 100 millions d'habitants des taudis³⁴.

Au cours de la dernière décennie, les conditions de vie de plus de 200 millions de personnes vivant dans les bidonvilles ont été considérablement améliorées. Ainsi, cette cible a déjà été doublement atteinte. Mais ce n'est pas suffisant. Car lors de l'élaboration de cet objectif en 2000, on se basait sur une estimation trop faible du nombre d'habitants des taudis ; c'est pourquoi il faudrait maintenant redéfinir la cible, par exemple « Faire diminuer de moitié la population des taudis d'ici 2020. ».

Les chiffres³⁵ suivants soulignent le fait que l'urbanisation croît à un rythme plus rapide que le taux d'amélioration des taudis : au niveau mondial, le pourcentage d'habitants des bidonvilles par rapport à la population urbaine totale est passé de 39% en 2000 à 33% en 2010, alors que le nombre absolu d'individus vivant dans les taudis a augmenté (de 767 millions en 2000 à 828 millions en 2010).

Pourquoi Kolkata a-t-elle connu un tel déclin, avec 35% de sa population vivant actuellement dans les taudis ? La migration a été une des causes principales – et elle continue de l'être. La

³⁴ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/environment.shtml>

³⁵ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/environment.shtml>

Déclaration de l'Indépendance de l'Inde en 1947 a provoqué une foule de réfugiées, majoritairement Hindous, avec pour conséquence la séparation du Bengale. Mais c'est aussi à cause des catastrophes naturelles – sécheresses extrêmes et cyclones – que des millions de paysans ont été obligés de quitter leurs terres et de s'exiler à Kolkata.

Alors comment améliorer les conditions de vie de ces habitants ? Certainement pas en détruisant des bidonvilles entiers avec des bulldozers, ce qui s'est produit de nombreuses fois dans le passé... En effet, il paraît que les autorités ont commencé à changer d'avis, le Maire de Kolkata a déclaré : « Nous avons abandonnées l'idée de faire prospérer une ville *sans* bidonvilles. Nous voulons donner aux habitants des bidonvilles un *endroit décent* où vivre. »

Ainsi, on peut noter une augmentation du nombre de sources d'eau courantes, de latrines, d'égouts fermés (ce qui est particulièrement important lors des pluies fortes pendant la mousson), et de logements durables et moins encombrés. Malheureusement, ces améliorations ont eu lieu principalement dans les bidonvilles dits « officiels », c'est-à-dire ceux dont les habitants payent des impôts. Or un grand nombre de taudis est sous contrôle non pas du gouvernement, mais de la mafia locale, et ainsi ils ne profitent pas de la mise en place de ces infrastructures par les autorités.

Last but not least, il est essentiel de promouvoir l'éducation des enfants des bidonvilles afin d'améliorer leurs chances pour l'avenir.

Même si l'IIMC n'a pas établi de projet concret dans les taudis de Kolkata, cette organisation a un impact indirect, puisque en améliorant les conditions de vie dans la campagne elle essaie de prévenir le départ des villageois vers la grande ville.

Conclusion

En conclusion, ce survol du champ d'action pour la réalisation de l'Objectif du Millénaire 7 souligne l'impact et les responsabilités des pays développés vis-à-vis du monde en développement. Afin de réaliser des progrès dans ce domaine, une collaboration internationale et un transfert de savoir-faire est crucial.

i. OMD 8 : Mettre en place un partenariat pour le développement

Définition de l'objectif³⁶

Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement.

Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire.

Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement.

En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.

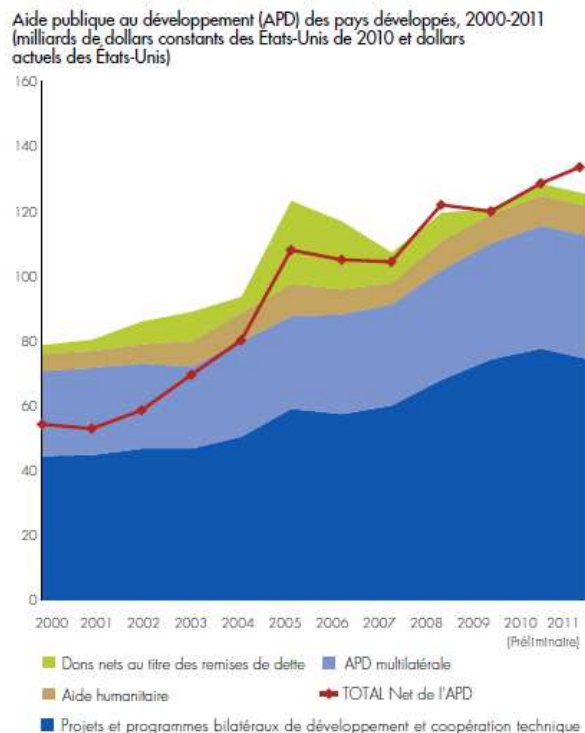
En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les nouvelles technologies, en particulier les technologies de l'information et de la communication, soient à la portée de tous.

Voici quelques chiffres³⁷ qui illustrent ces objectifs :

Ce graphique³⁸ illustre l'Aide Publique au Développement, c'est-à-dire le montant mis à disposition par les pays développés afin d'aider au développement des pays plus pauvres.

Les pays développés donnent 0.31% de leur revenu national combiné pour l'aide au développement. L'ONU cependant souhaiterait une contribution de 0.7%, un pourcentage que seul 5 pays donateurs ont atteint.

En ce qui concerne l'endettement, celui-ci a diminué dans les pays en voie de développement.



L'Internet est accessible pour 1 personne sur 6 dans le monde en développement.

Fin 2011, on comptait environ 6 milliards d'abonnements de téléphones portables dans le monde.

³⁶ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/global.shtml>

³⁷ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/pdf/factgoal8.pdf>

³⁸ Source : <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/French2012.pdf>

Qu'en est-il de la situation en Inde³⁹ ?

Le secteur de la télécommunication a extrêmement crû durant ces dernières années en Inde. Fin 2011, on comptait 74 téléphones pour 100 personnes et l'accès au wireless était possible pour 71 personnes sur 100. Cependant, il y a toujours encore une différence entre la population urbaine et rurale ainsi qu'entre les différents états.

Contribution de l'IIMC à la réalisation de l'objectif

L'IIMC est une association importante, étant donné qu'elle compte environ 700 employés et qu'elle propose l'accès aux soins à 300'000 familles.

Une infrastructure de cette envergure doit bénéficier d'un financement assuré afin de pouvoir fonctionner. Le docteur Sujit nous a expliqué que 80% de leur argent provient de donateurs et d'amis internationaux. Les autres 20% sont pris en charge par des donateurs locaux, par exemple le Rotary ou le Lions Club. La majorité des fonds est donc versée par des personnes privées.

Dans 25 pays, entre autres en Suisse, il y a des groupes de soutien à l'IIMC qui sont nés et qui récoltent des fonds en sensibilisant les gens dans leurs pays respectifs aux activités de l'IIMC. Le docteur Sujit est un orateur régulièrement invité dans divers pays afin de présenter son projet.

Chaque mois, environ 15 à 25 jeunes volontaires internationaux arrivent à l'IIMC afin de donner un coup de main dans le domaine médical, économique ou social. Chacun apporte ainsi sa contribution en faisant du bénévolat, d'autre part, une donation symbolique de 100 dollars est attendue. Ces volontaires entendent parler du projet soit d'une manière privée ou par leurs propres recherches ; mais il existe également un partenariat avec l'IFMSA (international federation of medical students association).



L'IIMC n'a pas seulement le rôle du receveur, mais aussi le rôle du donneur, car il collabore avec environ 50 petites associations qui viennent chercher de l'aide auprès de l'institut. On leur donne des conseils, du soutien sous forme de ressources humaines et aussi un

³⁹ **Source:** Millennium Development Goals, India Country Report 2011

financement pour leurs projets. Une fois par année, tout les responsables de ces petites associations se rencontrent avec le Dr Sujit afin de discuter des évènements écoulés durant l'année précédente, des succès et des points d'amélioration à apporter. L'idée est de promouvoir la formation d'un réseau et de diffuser une mission commune.

En ce qui concerne l'accès aux médicaments, le Dr Sujit nous explique qu'en général ils doivent acheter tous les médicaments et dispositifs médicaux. De temps en temps, ils reçoivent du matériel et des médicaments par le biais d'amis internationaux qui viennent à l'IIMC. Étant donné que l'IIMC est reconnu par le gouvernement comme une organisation travaillant pour le bien-être social, il a le droit de se ravitailler en médicaments auprès du gouvernement en bénéficiant d'un rabais de 40%.

En ce qui concerne la télécommunication, nous avons pu observer que l'IIMC a accès aux nouvelles technologies, bien que le matériel soit assez archaïque et la connexion Internet un peu capricieuse.

Ils ont un site Internet essentiellement là pour informer les gens à l'étranger, car localement, ils se font surtout connaître par leurs actions qui sont racontées de bouche à oreille. Le Dr Sujit a précisé, que ils n'ont jamais dû faire de campagnes de publicité afin de se faire connaître par la population.

Conclusion

L'objectif numéro 8 concerne essentiellement les gouvernements et les structures impliqués dans la collaboration internationale. Ainsi il n'est pas étonnant que l'IIMC contribue peu à la réalisation de cet objectif.

Mais si on considère que toute action commence à petite échelle, l'IIMC joue quand même son rôle dans l'élaboration d'un partenariat mondial. Le fait que des étudiants du monde entier viennent travailler pendant un mois à l'IIMC n'est-il pas un petit pas vers le partenariat mondial ? Ces étudiants vivent une expérience très enrichissante et vont semer à travers le monde le récit de leurs expériences. Plus encore, cela peut les inspirer à s'engager contre les inégalités sociales. Toutes ces associations de soutien à l'IIMC sises dans 25 pays différents et les visites du docteur Sujit dans ces pays ne sont-elle pas une preuve d'un échange et d'un soutien mutuel au niveau « individu à individu » ? La possibilité de parrainer un enfant en est un autre exemple. L'IIMC permet donc au niveau individuel de s'impliquer dans la réalisation de l'objectif 8.

Le fait que l'IIMC partage son savoir et ses ressources avec d'autres petites associations démontre que la formation d'un réseau de soutien mutuel et de collaboration revêt pour eux une importance non négligeable.

Au niveau de la télécommunication, l'IIMC pourrait mieux exploiter les nouvelles technologies. Pourquoi ne pas instaurer un programme de télémédecine pour les villages les

plus retirés ? Peut-être un poste d'internet et de téléphone gratuit par village pourrait être intéressant pour les personnes qui ne peuvent pas se permettre d'acheter ces appareils.

Vu que l'IIMC est quand même une association reconnue et importante, pourquoi ne s'engageraient-ils pas dans des actions politiques et dans le lobbying? Certes, le fait de rester neutre a de nombreux avantages et la politique indienne a ses propres règles, mais la santé publique reste quand même un enjeu politique.

Au sujet des médicaments, pourquoi ne pas essayer de contacter de firmes pharmaceutiques et de leur proposer de participer –à leur manière- au soutien du projet?

L'objectif 8 mérite réflexion. En effet, même si celui-ci semble être plus abstrait et plus difficilement réalisable que les autres, il n'en est pas moins important, car tous les autres objectifs dépendent de lui.

j. Conclusion sur notre problématique

L'IIMC favorise la réalisation de certains objectifs. Notamment, l'organisation s'engage beaucoup pour l'autonomisation des femmes et l'éducation scolaire des enfants. Concernant la santé maternelle et infantile, les soins primaires, tels que la vaccination et l'apport de suppléments alimentaires, sont assurés, cependant il reste des améliorations à faire du côté de l'hygiène et de la prise en charge des patients gravement malades. En revanche, certains objectifs sont clairement laissés de côté comme le traitement du SIDA et du paludisme, ainsi que la préservation de l'environnement. Quant au partenariat mondial, l'IIMC n'est pas réellement concernée par la réalisation de cet objectif.

VI. Conclusions personnelles

J'avais peu d'attentes en arrivant à l'IIMC, je savais que je n'allais pas sauver des vies...et je pense que c'est aussi grâce à cette attitude que ce stage était une expérience géniale pour moi. C'est vrai qu'on ne peut pas comparer l'efficacité de cette organisation avec celle d'un hôpital suisse, mais pour moi, les heures d'attente n'étaient jamais vides ou inutiles – c'était l'occasion de boire un chai, de jouer et de chanter avec les enfants et leurs mères, de rigoler avec les infirmières indiennes, ou simplement de se reposer un peu (une bonne idée quand il fait 40°C)...*Indian time* – ça me manque déjà – je me réjouis de retourner à Kolkata dans l'avenir ! (Eileen).

Si j'avais à choisir deux mots pour qualifier mon expérience de santé communautaire en Inde, ce serait « enrichissante », mais aussi « décevante ». Enrichissante, parce que j'ai découvert le système de santé indien, la vie à Calcutta et la culture indienne, j'ai côtoyé des volontaires du monde entier, j'étais en contact avec des patients presque tous les jours, et j'ai pratiqué des gestes médicaux pour aider ces patients. Décevante, parce qu'à l'IIMC le matériel médical et le personnel sont présents, mais qu'il est presque impossible de faire appliquer des règles d'hygiène correctes, parce qu'il était difficile de communiquer avec les patients et donc difficile parfois de répondre à leur demande, et à cause de cette impression qu'il est possible d'aider encore plus les patients qui souffrent avec les ressources qui sont à notre disposition à l'IIMC... Pendant ces 4 semaines de stages, j'ai appris à travailler avec ces frustrations et à m'adapter au système de soin de l'IIMC par respect pour le chef du projet, le docteur Sujit. (Caroline).

Mon impression personnelle de ce stage est mitigée. Il est certes très instructif de partir dans un autre pays, loin de la routine genevoise. Cependant, j'ai trouvé qu'en tant que volontaires étrangers, notre rôle était plus de donner une bonne image à l'IIMC étant blanc plutôt que d'avoir un réel impact localement. Je garde toutefois de très bons souvenirs de ce stage qui m'a beaucoup appris sur le plan personnel. (Julie)

Cette expérience de bénévolat m'a permis de me développer à différents niveaux : En tant que touriste, je n'aurais jamais pu me plonger dans la vie et dans la culture indienne de cette façon. J'ai appris à communiquer au delà des mots et à oublier le temps en jouant avec les enfants. Aujourd'hui, je ne m'impatiente plus lorsque je dois attendre 5 min mon bus... Les petites joies du quotidien -déguster une mangue ou prendre une douche- ont pris dans le contexte indien une toute autre dimension... Mais la plus grande évolution a sûrement été d'avoir eu le courage d'exprimer ce qui me révoltait, ce qui me frustrait, ce qu'on aurait pu faire, même si cela n'a pas toujours été agréable pour le docteur Sujit ou pour mon entourage. Ces émotions et ce vécu en Inde m'ont dévoilé une réalité et m'ont permis de discerner les contours que je veux donner à mon avenir... (Rebecca)

VII. Remerciements

Tout d'abord, nous remercions le docteur Sujit et sa femme Bernali, ainsi que tous les volontaires indiens pour leur accueil à l'IIMC et leur encadrement pendant nos quatre semaines de stage.

Aussi, un grand merci à Varoti pour ses leçons de Bengali et de cuisine indienne, ainsi qu'à Kanaï, qui prend soin des volontaires internationaux à la guest house.

Nous remercions tout particulièrement monsieur Chamone qui nous a permis de passer deux jours exceptionnels et très enrichissants à Dhaki.

Finalement, nous remercions Renaud, notre point d'attache en Suisse, sans qui ce stage à l'IIMC n'aurait pas été possible, et les professeurs Chastonay et Kabengele, les responsables de l'unité IMC, qui nous ont donné l'opportunité de découvrir la santé communautaire en Inde, un pays très différent du notre.

VIII. Sources

. Site de l'OMS : <http://www.who.int/fr/>

. Site des OMD : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/>

. Site du MDG Monitor : www.mdgmonitor.org/map

. Brochure : Short introduction of IIMC mission

. Brochure : IIMC women peace council

. Brochure du DFAE : OMD Rapport intermédiaire de la Suisse 2010

. Brochure : IIMC annual report 2011.

. Site de l'institut national de la recherche sur la malaria :

www.mrcindia.org/MRC_profile/profile2/Estimation%20of%20true%20malaria%20burden%20in%20India.pdf

. Article du journal américain *Tropical Medicine and Hygiene* :

http://www.ajtmh.org/content/77/6_Suppl/69.full

. Rapport annuel ODM Inde 2011 :

http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/India/MDG_India_2011.pdf

. Site de l'IIMC : <http://www.iimcmisioncal.org/>

. Nous avons aussi interviewé le docteur Sujit, afin d'avoir des informations précises sur l'IIMC.