

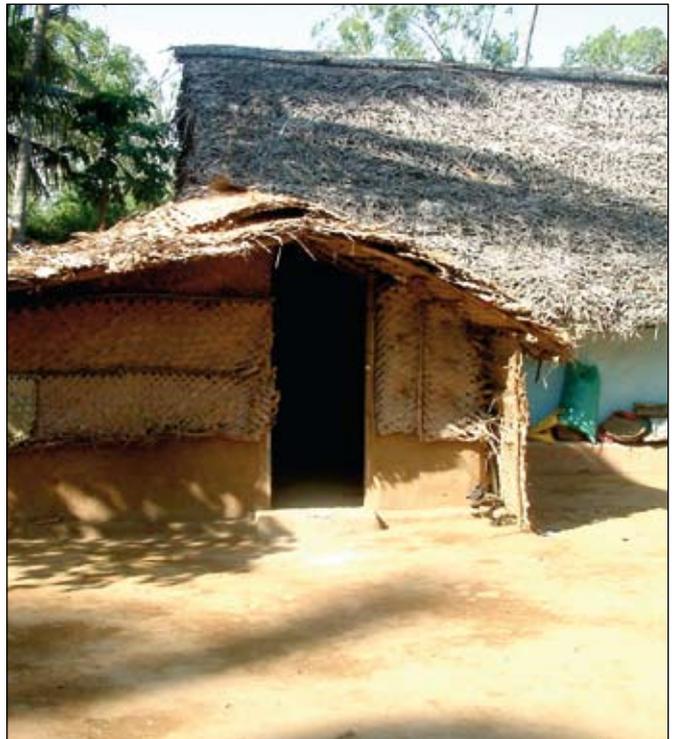


Novembre 2008

Pourquoi PSF intervient en Inde, particulièrement dans le secteur de la santé?

L'Inde ... le pays du Taj Mahal, des charmeurs de serpents, des forteresses du Rajasthan, 4ème puissance économique du monde, géant de l'industrie informatique, puissance nucléaire. L'Inde ... célèbre pour son coton, son thé et ses épices. L'Inde...un pays attrayant pour les entreprises étrangères. L'Inde ... une destination mythique pour les touristes occidentaux, qui reçoit près de 4 millions de visiteurs par an.

Mais l'Inde est aussi un pays aux inégalités sociales criantes. Même si les immenses bidonvilles des grandes villes indiennes sont la manifestation la plus connue de la pauvreté, celle-ci est bien plus répandue à travers tout le pays et concerne davantage la population vivant dans les campagnes qu'en milieu urbain.



Hébergement d'une famille vivant à la campagne

Les inégalités touchent différemment les zones urbaines et les zones rurales. En effet, les régions rurales abritent les trois quarts des populations et concentrent les foyers les plus démunis. Bien que l'économie indienne ait connu une forte croissance durant la dernière décennie, les conditions de la vie quotidienne des plus pauvres ne s'améliorent pas. Même si la capacité de consommation s'est accrue pour certains d'entre eux, l'alimentation des familles se dégrade en raison de l'augmentation des prix des denrées alimentaires, des soins médicaux et des transports.

En Inde, 40% des enfants souffrent de malnutrition. Chaque année, 2,1 millions d'enfants meurent avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans. 26% de la population, ce qui correspond à 320 millions de personnes, vivent en dessous du seuil de pauvreté. 75% de la population ont à leur disposition moins de 2 dollars par jour. 53% des enfants



Village en Inde du Sud



Construction de sanitaires

quittent l'école prématurément. Le travail d'enfants touche plus de 12 millions d'enfants entre 5 et 14 ans. Comme partout dans le monde, la tendance va aujourd'hui vers la privatisation du secteur de la santé. Avec 0,9% du PIB, les dépenses de l'Etat indien pour la santé publique sont parmi les moins élevées dans le monde. La plupart des hôpitaux, comme la plupart de médecins, font partie du secteur privé. Plus de 40% des personnes hospitalisées sont obligées d'emprunter de l'argent pour payer les factures médicales et 35% des personnes hospitalisées ne peuvent pas les payer du tout. A côté de la malnutrition,

du défaut d'accès à l'eau potable et de l'absence d'encadrement sanitaire, l'accès très limité aux soins médicaux de base est l'une des principales causes de la misère.

PSF-Luxembourg gère de nombreux projets visant à améliorer les conditions de vie et notamment l'état de santé des plus misérables. 4 de ces projets se situent en Inde. A l'appui de l'un d'eux, le présent Bulletin de fin d'année vise à vous informer, chers donateurs et membres, par quelles actions PSF-Luxembourg cherche à mettre en pratique le droit à la santé pour les populations rurales indiennes.



Enfants d'un village en Inde du Sud

Projet d'appui aux indigènes dans le district de Vadodara (Gujarat, Inde) dans les domaines de l'éducation, de la santé et de leurs droits, 2001 – 2011

Comme le titre l'indique, PSF est engagé dans ce projet depuis 2001, le temps de dresser un bilan tant au niveau de notre appui en matière de santé (thème de ce dépliant) que des finances, de donner des informations à vous, donateurs et membres, et d'analyser sa durabilité.

1. Le projet.

En Inde, la population tribale s'élève à 82 millions de personnes, soit 8 % de la population totale. Principalement concentrés dans la partie ouest et centrale du pays, les tribaux souffrent de marginalisation.

Notre projet, situé dans l'Etat du Gujarat (District de Vadodara), consiste à leur venir en aide, notamment en leur permettant un accès aux soins de santé.

Les maladies les plus courantes dans notre zone d'intervention sont dues à un manque d'hygiène ou elles sont causées par la malnutrition (p.ex. manque de protéines, de vitamine A, d'iode et de fer). A quoi il faut adjoindre les maladies respiratoires qui sont les plus contagieuses, le tétanos chez les nouveaux-nés et d'une façon générale les maladies de la peau.

Signalons enfin que c'est la drépanocytose, une anomalie héréditaire de l'hémoglobine, qui présente le plus grand fléau au sein de la population tribale (ou indigène). En effet dans l'Etat du Gujarat 28 % d'un total de 7,5 millions d'indigènes sont touchés par cette maladie. Vu son caractère génétique elle va progresser d'une façon continue dans les années à venir, et les enfants et les femmes enceintes sont les groupes les plus vulnérables. Cette maladie très grave, jusqu'à maintenant incurable tout comme le sida, entraîne un grand risque d'infection, un degré élevé de mortalité et une espérance de vie réduite.

2. La réalisation et la gestion du projet.

Pour la réalisation de ce projet nous avons choisi comme partenaire local Bhasha Research & Publications Center (BRPC) à Vadodara / Tedjgah (Bhasha veut dire la voix des communautés tribales). Créée en 1996 sous la forme de « Public Charitable Trust », c'est une association dont le but principal est l'amélioration des conditions de vie de la population tribale dans l'Etat de Gujarat afin d'éviter sa migration vers les centres urbains où la majeure partie se retrouve dans les bidonvilles.

Bhasha est actif dans plusieurs secteurs, à savoir : éducation (40 % d'illettrés), santé, ainsi que droit et culture de la population tribale. L'interaction de ces 3 activités a pour effet d'améliorer leur niveau de vie, de leur procurer une indépendance et surtout de préserver leur identité.



Les travailleurs de santé

L'intervention de PSF se concentre bien évidemment sur la santé et la médecine.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer le partenaire à trois reprises : en février 2003, en novembre 2004 et en janvier 2008. Lors de cette dernière visite, nous avons pu constater les faits suivants :

2.1. A Tedjgah, qui est le centre de BRPC, un centre médical fonctionne 7 jours / 7 et 2 médecins prodiguent des consultations, assistés de travailleurs de santé, principalement des jeunes filles. Ces dernières ont eu une formation sur le tas, gèrent un stock de 20 médicaments et peuvent traiter un nombre identique de maladies. La prochaine



Travaux d'agrandissement du centre médical de Tedjgah

étape sera de leur confier des mallettes médicales qu'ils pourront emmener lors de leurs tournées dans les villages. Signalons que les médicaments sont principalement produits par LOCOST, un génériqueur indien, dont le médecin de service a été cofondateur en 1989 (ex. l'acide folique sous forme de 1000 cachets coûte 130 INR = 2,30 €). Ces médicaments produits selon les standards de qualité internationaux sont contrôlés par les autorités sanitaires gouvernementales, et la gamme comprend les médicaments utilisés pour soigner les maladies les plus courantes.

Afin de garantir un suivi régulier des malades et les inciter à venir aux consultations, BRPC a lancé en décembre 2007 une assurance familiale (chaque famille paie 50 INR = 90 cts) sous forme de carte où sont inscrites par le médecin





traitant les maladies qui affectent la famille. Un mois après le lancement de cette opération, 200 cartes ont été vendues avec comme but à terme de couvrir les quelque 15.000 familles de la région. Vu que BRPC pratique aussi le micro-crédit, on espère offrir ces 2 produits ensemble.

2.2. En matière de recherche médicale, BRPC compte sur l'appui d'une université australienne pour effectuer une étude sur la drépanocytose.

2.3. De nouveaux investissements sont prévus, à savoir des équipements à rayons X et surtout l'agrandissement du centre médical par la construction d'une nouvelle aile destinée aux maladies de la peau, des yeux et aux soins dentaires.

2.4. Lors de la visite de deux villages nous avons pu constater que les activités d'éducation et de santé du BRPC sont fort appréciées. Elles pallient les carences des services du Gouvernement qui au mieux sont inefficaces et au pire ne sont même pas assurés. Ainsi par exemple l'infirmière sage-femme qui est sensée visiter le village une fois par semaine ne le fait qu'une fois par mois. Et comme elle ne prévient pas, cela ne permet pas aux villageois de s'organiser pour pouvoir la rencontrer. BRPC intervient donc



Centre médical de Tedjgah

pour que le personnel médical change d'attitude et rende le service dû à la population.

2.5. Source de financement. Dans le but d'assurer la viabilité de leurs projets, les responsables du BRPC sont constamment à la recherche de supports financiers, tant auprès des autorités indiennes que dans des pays comme l'Australie, le Japon et auprès de fondations aux E.-U. et d'ONG européennes.

3. Les chiffres.

Nous venons de clôturer la 2e phase 2001- 2007 avec un budget total de 200.093 €, dont 66,6 % sont cofinancés par le MAE, 20 % par PSF et 13,3 % par Iwerliewen fir Bedreete Volleker a.s.b.l.

La 3e phase du projet (2008-2011), qui a été approuvée par le MAE en juillet 2008, s'élève à un montant total de 117.377 €, dont 66,6 % sont pris en charge par le MAE et le solde par PSF. Bien que depuis 2001 le projet ait déjà apporté beaucoup de solutions aux problèmes de santé des indigènes, l'ampleur et la persistance de leurs besoins nécessitent la poursuite de notre appui qui se traduira par la consolidation de nos acquis (par ex. fonctionnement du centre médical de Tedjgah) et l'appui de nouvelles activités (par ex. Centre de diagnostic et de conseil l'hémoglobino-pathie S).



Zone d'intervention de PSF-Lux

PHARMACIENS SANS FRONTIERES-LUXEMBOURG

2, Rue Louis XIV, L-1948 LUXEMBOURG

TEL : (+352) 25 27 03 • FAX : (+352) 26 44 02 65 • E-MAIL : PSFLUX@PT.LU

CCPL : IBAN LU21 1111 1057 0875 0000

