

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine



ANNEE 1991



106 008454 3

THESE N

12412

LE SYSTEME DE SANTE NEPALAIS
A PROPOS D'UNE EXPERIENCE
DANS UN DISPENSAIRE DE LA
VALLEE DE L'EVEREST

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 28 Mai 1991

par

Dominique CAILLOCE

né le 27 Septembre 1959 à BUZANCAIS

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LEROUX-ROBERT

Monsieur le Professeur BOQUIER

Monsieur le Professeur DENIS

Monsieur le Professeur PIVA

PRESIDENT

JUGE

JUGE

JUGE



Ex 1

Sib.P: 812028

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNEE 1991

THESE N° 124

LE SYSTEME DE SANTE NEPALAIS
A PROPOS D'UNE EXPERIENCE
DANS UN DISPENSAIRE DE LA
VALLEE DE L'EVEREST

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 28 Mai 1991

par

Dominique CAILLOCE

né le 27 Septembre 1959 à BUZANCAIS

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LEROUX-ROBERT

Monsieur le Professeur BOQUIER

Monsieur le Professeur DENIS

Monsieur le Professeur PIVA

PRESIDENT

JUGE

JUGE

JUGE

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

-DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
-ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA
: Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT :

. PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

ADENIS Jean-Paul	Ophthalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie Infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique Obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de Chirurgie digestive
de LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPRODES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUNOYER Jean	Clinique de Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle

LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'Adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
NICOT Georges	Pharmacologie
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

CELS René

Je dédie cette thèse,

A mon fils Martin,

A Martine,

Avec tout mon amour.

A la mémoire de mon arrière grand-père,

A mes parents et ma soeur,

A toute ma famille,

pour leur amour et leur patience,

avec toute mon affection et ma sincère reconnaissance.

A ma belle famille,

avec toute mon affection.

A Ang Gielzen Sherpa,

A Ang Da Ku,

A Dawa Sherpa, Passang Sherpa,
et tous mes amis népalais,

A Elizabeth Simon,

Pour leur soutien et leur amitié.

A Pierre, Louis, Francis,
et tous les amis d'Echange & Développement,

A tous ceux qui contribuent au dispensaire de Lukla.

A Monsieur Le Professeur LEROUX – ROBERT

- . Professeur des Universités de Néphrologie
- . Médecin des Hôpitaux – Chef de Service

Vous m'avez fait l'honneur de présider le Jury de cette thèse.

Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement,
mais aussi votre humanisme et votre gentillesse.

Nous n'oublierons pas votre aide et vos encouragements pour ce travail.

A Monsieur le Professeur BOUQUIER

- . Professeur des Universités de clinique de Pédiatrie
- . Médecin des Hôpitaux – Chef de Service

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de juger cette thèse.

Recevez toute mon admiration pour la qualité de votre enseignement , mais aussi pour votre disponibilité et votre bonne humeur permanente.

A Monsieur le Professeur DENIS

- . Professeur des Universités de Bactériologie et de Virologie
- . Biologiste des Hôpitaux – Chef de Service

Nous vous remercions d'avoir bien voulu siéger dans notre Jury.

Soyez assuré de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur PIVA

- . Professeur des Universités de Médecine Légale
- . Médecin des Hôpitaux – Chef de Service

Nous sommes heureux de vous compter parmi les juges de ce travail.

Nous conservons un excellent souvenir de notre passage dans votre service et de l'enseignement que vous nous avez dispensé.

Au Docteur Bernard Devalois

Président d'Echange et Développement.

Sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour.

Avec tous mes remerciements et mon amitié.

PLAN

INTRODUCTION

PRESENTATION DU NEPAL

Géographie

Aperçu historique

Réalités politiques

L'économie

LE PEUPLE NEPALAIS

Analyse démographique

Groupes ethniques

Les religions

L'éducation

La situation de la femme népalaise

LE SYSTEME DE SANTE

Introduction

Les plans quinquennaux

Le financement de la politique sanitaire

Les soins de santé primaire

L'infrastructure sanitaire

L'ETAT SANITAIRE

Généralités

Les pathologies rencontrées

Les vaccinations

Le planning familial

LE DISPENSAIRE DE LUKLA

Présentation

Fonctionnement

Les résultats

Commentaires et perspectives d'avenir

CONCLUSION

1. INTRODUCTION

Le Népal est avant tout un pays merveilleux. C'est le "toit du monde". C'est aussi un des pays les plus pauvres de la planète.

En 88, j'y ai séjourné pendant trois mois, pour contribuer à la mise en place d'un dispensaire dans la vallée du Khumbu, dans le cadre d'un projet de l'association "Echange et Développement.

C'est de cette expérience qu'est née l'idée de ce travail dont l'objectif est d'analyser la politique de santé népalaise et de présenter un bilan de l'expérience du dispensaire de Lukla.

2. PRESENTATION DU NEPAL

2.1. GEOGRAPHIE

[29] [82] [109]

2.1.1. SITUATION

Placé au centre de l'Himalaya, le royaume du Népal est situé entre $26^{\circ} 22'$ et $30^{\circ} 27'$ de latitude Nord, correspondant au Sud marocain et $80^{\circ} 4'$ et $88^{\circ} 12'$ de longitude Ouest.

Le Népal paraît englobé dans le sub-continent indien (figure 1); bordé au Nord par le haut plateau tibétain, aujourd'hui région autonome de la république populaire de Chine, par l'Inde au Sud (Uttar Pradesh, Bihar) à l'Ouest (Kumaon) et à l'Est (West Bengal et royaume du Sikkim). Le golfe du Bengale avec les bouches du Gange et du Brahmapoutre est à 500 kilomètres et la frontière septentrionale du Bangla Desh à 25 kilomètres seulement.

2.1.2. TOPOGRAPHIE

Le pays se présente comme un rectangle dont la longueur d'Est en Ouest (de la rivière Mechi à la rivière Mahakali) est de 885 km. La largeur Nord-Sud n'est pas uniforme, variant entre 145 et 241 km. (figure 2). Le point le plus bas, situé dans le Téraï, est à 55 m au dessus du niveau de la mer, le plus haut est le Mont Everest qui culmine à 8848 m.

La superficie est de $147\,181\text{ km}^2$ soit le quart du territoire français.

Il est classique de diviser le pays en trois bandes longitudinales, en fonction de l'altitude, tel un immense escalier.

On distingue ainsi du Nord au Sud :

- La région himalayenne, qui s'étage de 3000 m à plus de 8000 m, représentant 35 p. cent de la superficie du pays. Ces régions, abritées des pluies de la mousson, sont relativement arides, mais bénéficient d'un ensoleillement permettant la culture d'orge et de pomme de terre jusqu'à 4000 m.

- Au centre, le plateau népalais, 42 p. cent du territoire, traversé par plusieurs systèmes fluviaux (Karnali à l'Ouest, Gandaki au centre et Arun à l'Est) délimitant des bassins alluviaux dont ceux de Kathmandou (1350 m) et Pokhara (950 m).

- Séparé du plateau népalais par la chaîne Mahabharat (3500–4000 m), le Térai est une riche plaine alluviale au climat tropical, véritable grenier à blé du pays. Le climat et la faible altitude (60 à 305 m) engendrent un milieu favorable pour la riziculture.

Cette topographie variée du Népal conditionne les données climatiques.

2.1.3. CLIMAT

On distingue quatre saisons annuelles :

Une saison chaude d'Avril en Août, où les températures dépassent 40° dans le Térai et 28° dans l'intérieur.

Une saison froide de Novembre à Janvier, avec des variations thermiques de 23° à 7° au Térai, de 12° à 0° dans le centre du pays.

Deux courtes saisons intermédiaires, relativement chaudes, de Février à Mars et de Septembre à Octobre.

La mousson d'été représente le facteur dominant, débutant en Mai et se terminant fin Septembre. Provenant du golfe du Bengale, les courants d'air chauds et humides se dirigent vers le Nord-Ouest, attirés par la zone de basse pression du plateau tibétain.

A l'exception des vallées himalayennes du Nord-Ouest, l'ensemble du pays est soumis au régime de la mousson. Près de 80 p.cent des précipitations sont concentrées sur cette période. La moyenne s'établissant autour de 1500–2000 mm d'eau avec des maxima de 6000 mm sur le versant Sud des Annapurna, des minima de 200 mm dans la partie Nord proche du plateau tibétain.

Ainsi, en fonction des conditions géo-climatiques, le Népal présente un large éventail d'écosystème : zone tropicale, subtropicale, tempérée, subalpines, alpine et steppique.

Mais cet écosystème est menacé par la déforestation. La forêt couvrait 40 p.cent du pays dans les années soixante. Aujourd'hui, ce chiffre est inférieur à 30 p.cent. Ce problème sera évoqué dans le chapitre économique.

FIGURE 1: PLACE DU NEPAL DANS LE SUB-CONTINENT INDIEN.

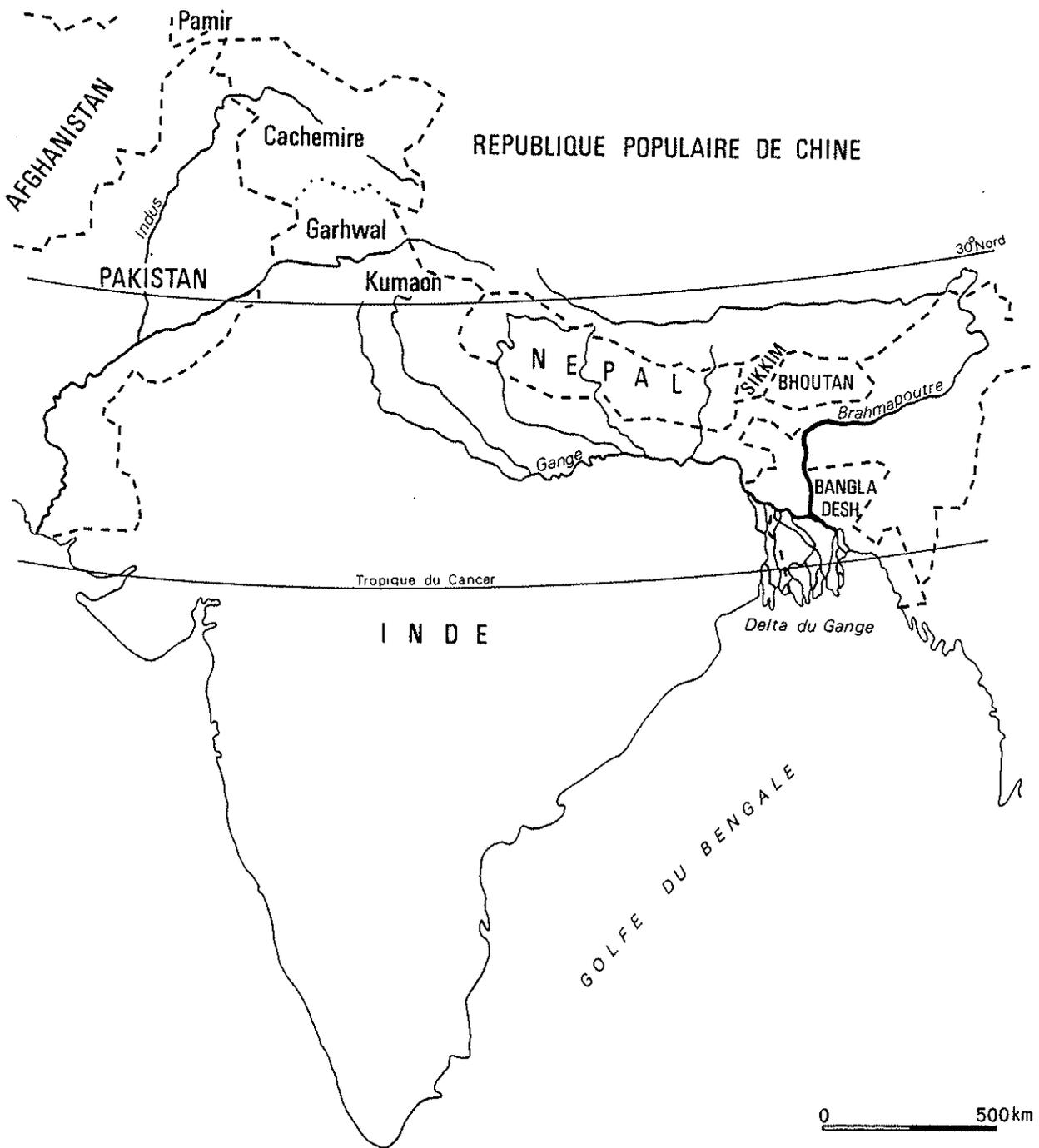
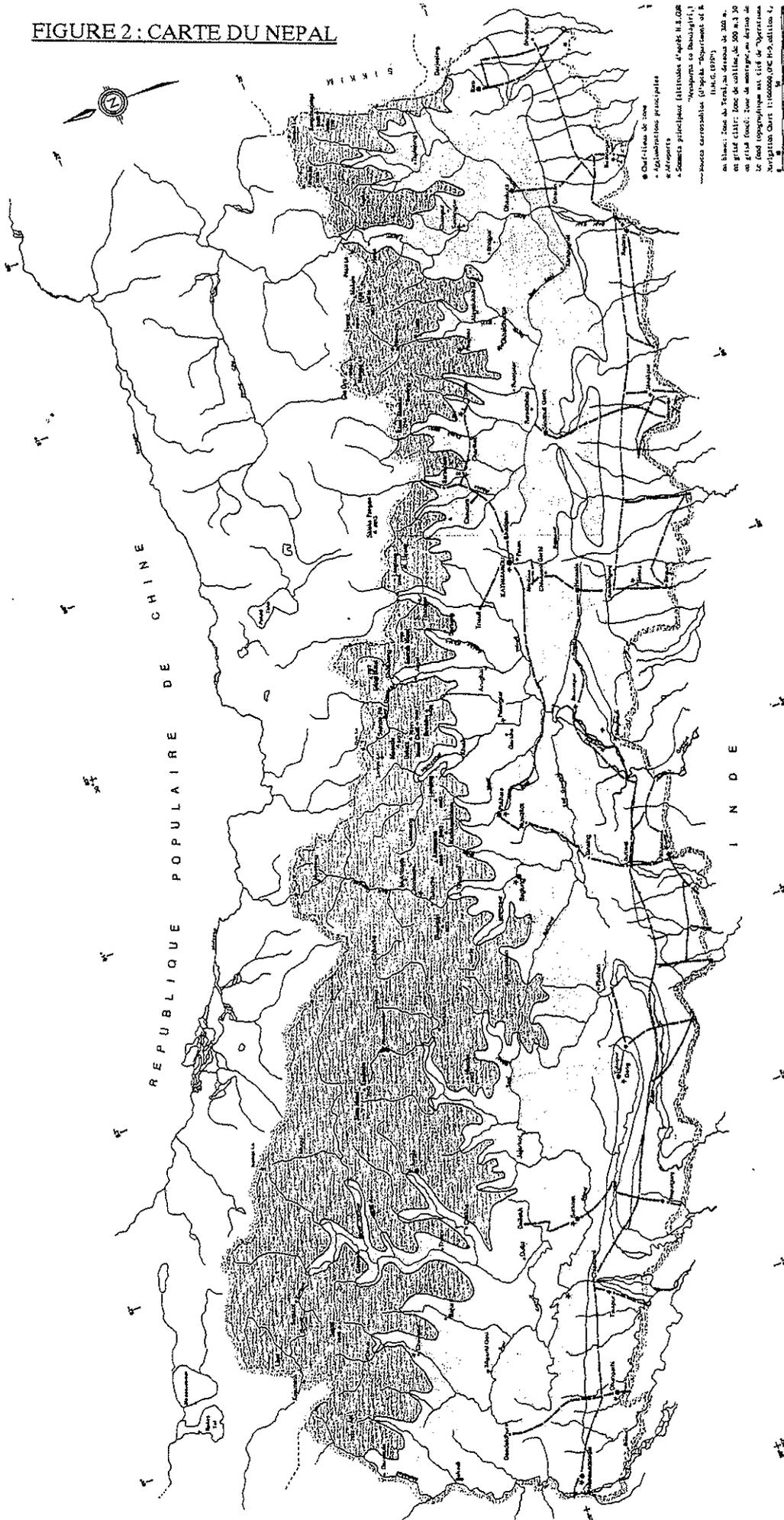


FIGURE 2 : CARTE DU NEPAL



2.2. APERCU HISTORIQUE

Les origines du Népal se perdent dans la nuit des temps et des légendes. L'épopée du Mahabharata, les légendes de Manjushri et celle de Krishna, si elles nous enchantent par leur poésie, ne constituent pas une base scientifique pour les historiens [29] [82].

2.2.1. LES ORIGINES

D'après les chroniques, la vallée de Kathmandu était primitivement habitée par les Goral, peuple pasteur. Les premiers souverains qui laissent une empreinte historique furent les Kirat ou Kirantis, venus sans doute de l'Inde, de l'ancienne Kaçi (actuelle Bénarès), mais également du Tibet, vers le VIIe siècle av. J.C.. Leur dynastie s'acheva au IIIe siècle ap. J.C.. Leur règne voit la naissance vers 550 av. J.C. de Gautama Siddarta nommé plus tard le "Bouddha".

Provenant de l'Inde du Nord, les Litchavi succèdent aux Kirat. La dynastie implante au Népal pour la première fois le système de caste hindou, tel qu'il est codifié dans les dharmashastra (textes de droit). Un membre de cette dynastie serait à l'origine de l'introduction du bouddhisme au Tibet.

Au VIIIe siècle, la dynastie des Thakuri prend la relève. Sous leur règne et celui des Gupta qui leur succèdent, les relations avec l'Inde, la Chine et le Tibet s'intensifient.

Vers le milieu du XIIe de nombreuses familles d'Inde du Nord, notamment du Rajasthan, émigrent au Népal devant la montée de l'Islam.

2.2.2. LES PETITS ROYAUMES

Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, l'histoire du Népal se confond principalement avec celle de la vallée de Kathmandou. Le pays est divisé en de multiples petites principautés. Du XIIIe au XVe siècle, la dynastie régnante est celle des Malla, jusqu'à l'établissement de la famille des Shah à l'Ouest du pays. Deux pôles culturels se distinguent, celui des Khas dans l'Ouest, dominé par les castes hindous de l'Himalaya occidental indien, d'une part, et d'autre part celui des Newars, dans le centre du pays.

2.2.3. L'UNIFICATION DU PAYS

Ce n'est qu'à la fin du XVIII^e siècle, que Prithvi Narayan Shah, chef hindou du royaume de Gorkha (Népal central) s'empare des royaumes voisins et prend Kathmandou le 25 Septembre 1768. Ambitieux et bon organisateur, il donne au Népal sa forme actuelle et les structures d'un état unifié ce qui lui vaut d'être considéré comme le véritable fondateur du Népal moderne.

Ses descendants, en raison de querelles familiales et du conflit avec la Compagnie orientale des Indes britanniques, ne peuvent réaliser une réelle unification. Il est à noter qu'à la suite du conflit avec les Britanniques, un accord est signé, permettant l'installation à Kathmandou d'un résident permanent britannique, assisté d'un médecin et de quelques collaborateurs; c'est là, la seule présence britannique au Népal.

2.2.4. L'AVENEMENT DES RANAS

Alors qu'il est premier ministre, Jung Bahadur Rana profitant des intrigues de la cour, prend le pouvoir en 1846. S'instaure désormais un régime de "premier ministre héréditaire" pendant 104 ans, régime despotique qui détourne systématiquement les biens du pays à son profit, ferme les frontières, et isole le Népal du reste du monde pendant plus d'un siècle.

2.2.5. L'OUVERTURE VERS L'EXTERIEUR

En 1951, les Ranas sont renversés par le huitième descendant du roi Narayan Shah, le roi Tribuvan, avec l'aide de l'Inde, nouvellement indépendante. Les frontières sont de nouveau ouvertes, permettant ainsi la libre circulation des hommes et des biens. Le roi Mahendra lui succède en 1954. Lors des élections de 1959, B. P. Koirala représentant du parti du Congrès, vainqueur du scrutin, instaure un régime parlementaire à l'occidental. Il est démis de ses fonctions par le roi, qui institue une nouvelle constitution en 1962 ainsi qu'un système politique original, le système Panchayat.

A la mort du roi Mahendra, son fils, le roi Birendra, l'actuel souverain, prend en main la destinée du pays.

2.3. REALITES POLITIQUES

[82]

Le Népal est le seul royaume hindou du monde. C'est une monarchie constitutionnelle où aucun parti politique n'était toléré jusqu'en 1990. Le roi doit être un Thakuri (caste indo-népalaise) de la dynastie Shah et un adepte de la religion hindoue.

2.3.1. LA CONSTITUTION DE 1962

"La souveraineté du Népal est investie dans sa Majesté le Roi. Tous les pouvoirs, exécutifs, législatifs et judiciaires émanent de lui. Sa Majesté exerce ces pouvoirs à travers les organes établis par la présente constitution, en accord avec la tradition de la dynastie Shah."

Le pouvoir exécutif est exercé par un conseil des ministres, présidé par le premier ministre choisi par le Roi parmi 3 membres désignés par l'assemblée nationale (Rashtriya Panchayat).

Cette dernière assure le pouvoir législatif. Elle est composée de 140 membres élus pour 5 ans. Vingt-huit membres sont désignés par le Roi, les autres sont élus au suffrage universel par tous les citoyens âgés de plus de 21 ans.

2.3.2. LE SYSTEME PANCHAYAT.

C'est un système pyramidal, véritable pierre angulaire du système politique népalais.

A la base, l'assemblée villageoise est constituée de 11 membres élus, avec un maire (Pradhan Pancha), un adjoint (vice Pradhan Pancha) et un membre représentant les 9 wards (divisions) d'un village. On retrouve la même organisation au niveau urbain, des districts, des zones et des régions.

Le Népal est ainsi divisé en 5 régions, 14 zones, 75 districts, 4022 communes et 29 villes. (figure 3).

Ce système était censé développer une démocratie sans partis, partant de la base et dont le but ultime est la création d'une société absente d'exploitation grâce à la participation des classes qui la constituent.

Ainsi défini, il devait permettre le règlement local de divers problèmes sans l'intervention d'autorités supérieures. Malheureusement, si la démocratie directe existe au niveau du village, il n'en est pas de même au niveau régional et national, où le pouvoir est détenu par un même noyau social.

Cette réalité fut à l'origine des mouvements de protestations de 1990 qui aboutirent à la légalisation du multipartisme et à la fin du système Panchayat.[122]

2.3.3. LA POLITIQUE INTERIEURE

[106]

Elle est marquée par un fort courant nationaliste de façon à garder une certaine indépendance vis à vis de ses grands voisins, l'Inde et la Chine.

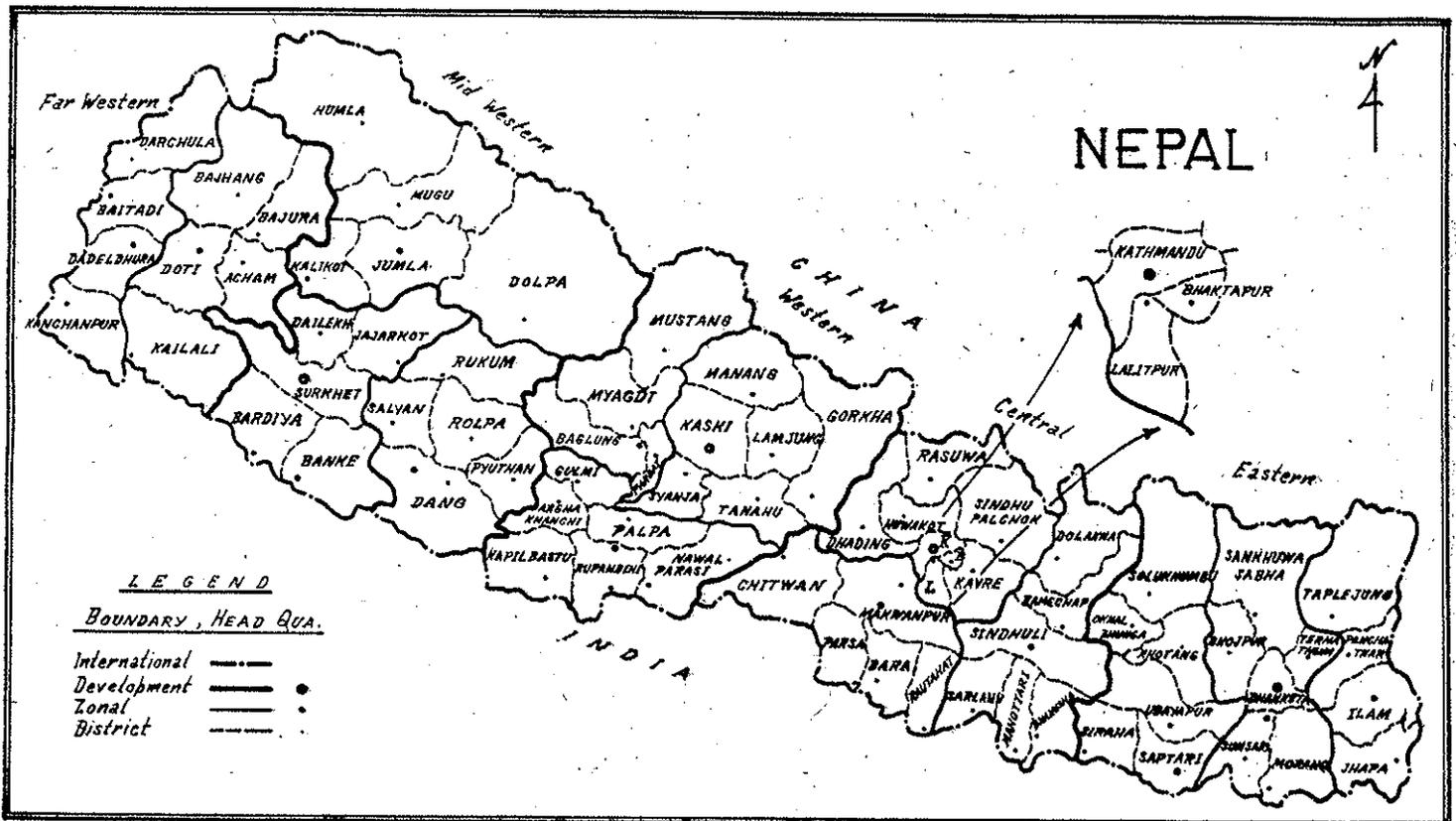
Mais les tensions internes sont vives, les Indo-népalais occupant toutes les hautes fonctions de l'administration au détriment des groupes Tibéto-birmans. Les autres motifs de mécontentement sont nombreux, nous citerons la sous-représentation du Térai alors qu'il domine l'activité économique, la sur-représentation politique des Newars, l'absence de développement de l'Ouest du pays et la concentration des investissements sur l'axe Pokhara-Kathmandou.

2.3.4. LA POLITIQUE EXTERIEURE

[106]

Elle est basée sur le non-alignement, le Népal désirant être une zone de paix (discours du roi lors de son couronnement le 25 février 1975). Les relations internationales seront abordées dans le chapitre économique.

FIGURE 3 : Carte administrative du Népal.



2.4. L'ECONOMIE

Le Népal figure parmi les dix pays les plus pauvres du monde [121].

En 1990, le Produit National Brut par habitant était de 170 Dollars US, soit environ 900 FF. Rappelons que le PNB en France est de 80 000 FF par habitant. En 1989, l'inflation était officiellement de 9,5 p.cent, la dette extérieure de 1,1 Billions de Dollars US. La monnaie nationale est la roupie népalaise, une roupie valant environ 0,20 FF [115].

2.4.1. L'AGRICULTURE

C'est la principale ressource économique. Elle occupe près de 94 p.cent de la population. La superficie des terres cultivables est de 17 p.cent. Les deux tiers des surfaces cultivables se situent dans le Térai [82].

La production agricole est axée sur les cultures vivrières de céréale, une très faible part étant accordée aux cultures maraichère et à l'élevage. Le troupeau bovin compte environ 7 millions de têtes et le troupeau ovin, 2,5 millions.

La réforme agraire de 1964 a permis une meilleure distribution des terres. La surface maximum pour un propriétaire est de 16,5 hectares et pour un fermier de 2,5 hectares. La taille moyenne des exploitations est d'un hectare et demi.

En raison des difficultés de terrain, les rendements de la riziculture sont parmi les plus faibles de l'Asie. les terres les plus productives sont celles de la vallée de Kathmandou qui procurent deux récoltes par an et celle du Térai oriental qui peuvent donner jusqu'à trois moissons annuelles.

L'autosuffisance alimentaire du pays est un fait acquis mais précaire, la production augmentant moins vite que la population. Le gouvernement népalais, associé à plusieurs organisations internationales, réalise d'important travaux d'irrigations pour accroître la productivité. Mais tout est loin d'être parfait.

Au problème de l'irrigation s'ajoute celui de la déforestation déjà évoqué précédemment. Les raisons de cette déforestation sont connues:

- Le bois constitue le seul combustible possible dans beaucoup de régions.
- Ovins et caprins en liberté broutent les jeunes pousses.
- Massif jeune, l'Himalaya est peu stabilisé et les éboulements, glissements de terrain, sont fréquents.

En quinze ans, vingt millions d'hectares de forêt ont été détruits et vingt mille, seulement, ont été reboisés. Conséquence, l'érosion est catastrophique. Pendant la mousson, d'énormes quantités de terres arables sont charriées par les rivières et aboutissent dans la baie du Bengale.

2.4.2. L'ARTISANAT

Présent dans la vie de tous les jours, il remplace l'industrie naissante. On considère surtout le travail du métal, du tissu, du cuir, du bois et des fibres. A côté de l'artisanat quotidien, l'art népalais est très riche.

2.4.3. L'INDUSTRIE

Implantée principalement dans la vallée de Kathmandou et la région orientale du pays, l'industrie fournit environ 10 p.cent du PIB. Moins de 60 000 personnes sont employées dans ce secteur. Mais ces chiffres ne tiennent pas compte des petites unités de production à domicile au nombre de 750 000 environ totalisant 1 million de personnes. La majorité du secteur industriel appartient à l'état.

Le développement de ce secteur est freiné par l'absence de matières premières et de capitaux. Parmi les industries modernes, nous citerons la transformation des céréales vivrières et l'extraction d'huile, la fabrication de brique et de tuile, la raffinerie de sucre et les manufactures de tabac.[120]

2.4.4. L'ENERGIE

Le Népal ne possède ni gaz, ni pétrole, ni charbon. Dans les campagnes, le principal combustible est le bois (les bouses de vaches ou de yak séchées sont accessoires) dont l'utilisation, nous l'avons vu, contribue au déboisement et à l'érosion des sols.

Le gouvernement s'emploie à développer l'exploitation de l'énergie hydro-électrique des innombrables rivières et torrents de l'Himalaya.

L'énergie ainsi fournie en 1990 représente 235 000 KW alors que le potentiel théorique estimé est de 83 millions de KW, l'un des plus importants de toute l'Asie. D'importants projets auxquels est associée l'aide internationale sont en cours de réalisation, allant de très grosses unités de plusieurs centaines de milliers de KW à de petites unités pour les régions isolées. [120]

Quant à l'énergie solaire, son implantation ne fait que commencer.

2.4.5. LES VOIES DE COMMUNICATION

[120]

2.4.5.1. Le réseau ferroviaire

Constitué de 2 voies ferrées situées au Térai, il est utilisé pour le transport des marchandises avec l'Inde.

2.4.5.2. Le réseau routier

En raison du relief, le réseau de communication par voie terrestre carrossable est peu important. Jusqu'à la réalisation de la route reliant Kathmandou à la frontière indienne en 1956, il n'existait aucune route carrossable. Outre l'Inde, les USA, la Chine, la Suisse, la Grande-Bretagne et l'URSS participent au développement routier. La dernière réalisation routière, longue de 1030 km, la Mahendra Rajpath borde la frontière népalo-indienne.

2.4.5.3. Le réseau aérien

Modernisée dans les années soixante-dix avec l'aide d'Air France, la Royal Nepal Airlines Corporation dessert 37 localités (cinq toute l'année, les autres en dehors de la période de mousson).

Le moyen de communication le plus utilisé reste donc la piste. Les attelages se rencontrent exclusivement dans le Térai plat. Les caravanes d'animaux elle même sont rares compte-tenu du relief tourmenté et n'empruntent que quelques itinéraires de la zone trans-himalayenne. Chevaux, ânes et mulets sont utilisés à moyenne altitude. Yaks et hybrides et même chèvres et moutons portent les charges à très haute altitude.

2.4.6. LE TOURISME

C'est pratiquement le seul secteur privé au Népal et la plus importante source de devises. Les recettes représentaient en 1988 environ 64 millions de Dollars US soit 35 p.cent des revenus en devises fortes du pays. Le nombre de touristes était de 6 000 en 1962; il est actuellement de 260 000 par an.[120]

L'activité touristique est concentrée dans quatre régions : la vallée de Kathmandou, le massif des Annapurnas, celui de l'Everest et le parc national de Chitwan dans le Térai.

2.4.7. LE COMMERCE EXTERIEUR

2.4.7.1. Rappel historique

Le commerce népalais était jadis limité à quelques pays voisins, l'Inde, le Tibet et la Chine.

Le Népal achetait au Tibet, soit pour sa propre consommation, soit pour le revendre en Inde, du bétail, des lainages, des chiens, des faucons, des plantes médicinales, des métaux, du sel et du musc. Il achetait à l'Inde et revendait en partie au Tibet, de la soie, du coton, la coutellerie anglaise, de la laque, du camphre, du tabac et des produits de première nécessité.

Ainsi, le Népal jouait le rôle de plaque tournante entre l'Asie du Sud et l'Asie centrale.

Ce commerce fut à l'origine de conflits armés avec le Tibet et la Chine (1788, 1792 et 1855). Les relations commerciales avec l'Inde furent moins mouvementées mais néanmoins marquées d'une empreinte colonisatrice de la part des représentants britanniques.

Après l'indépendance de l'Inde, cette dernière, par un traité signé en Juillet 1950, permet le transit de toute marchandise importée ou exportée du Népal à condition que celui-ci applique la politique tarifaire indienne. Autrement dit, elle prive le Népal de tout droit de regard sur sa politique commerciale. Les autorités de Kathmandou ont essayé de contourner ce monopole en nouant des relations commerciales avec le Pakistan, mais la guerre Indo-Pakistanaise en Septembre 1965 met fin aux espoirs népalais.

Le manque de moyens et d'infrastructure ne permet pas la réalisation d'un second débouché commercial lors de la naissance du Bengla-Desh en 1971. La seule ouverture pour le Népal reste le port indien de Calcutta.[106]

La dépendance économique du Népal est donc très importante vis à vis du grand voisin indien.

2.4.7.2. La situation du commerce extérieur

Elle n'est guère brillante, la balance commerciale est en déficit croissant, le Népal important en valeur quatre fois plus qu'il n'exporte. De 1987 à 1990, le déficit extérieur a plus que doublé.[115]

Seule l'aide internationale permet à ce pays d'éviter la faillite économique.

2.4.7.3. L'aide internationale

"Le Népal, aujourd'hui, est d'accord pour accepter n'importe quelle aide inconditionnelle des nations amies, à condition, bien sûr, de maintenir sa pleine souveraineté."

Extrait d'un discours du roi Mahendra.

"Ce pays est aussi sur-assisté que sous-alimenté."

Harka GURUNG. Economiste népalais.

"Les seuls bénéficiaires de l'aide sont ceux qui la canalisent."

René DUMONT.

Lorsque le roi Mahendra monta sur le trône en 1955, le Népal recevait une aide de 19 millions de roupies népalaise. A sa mort en 1972 cette aide s'élevait à 352 millions de roupies. Actuellement ce chiffre est supérieur à 5 milliards de roupies (1 milliard de roupies = 500 millions de Francs Fr.) soit 60 p. cent du budget de développement et 45 p. cent du total des ressources financières du pays.[120]

Ces aides proviennent de deux sources différentes:

- les organismes internationaux (Nations Unies, Banque mondiale, FAO, etc...). C'est l'aide "multilatérale".
- les pays donateurs, c'est l'aide "bilatérale".

Parmi les pays les plus généreux, nous retrouvons par ordre décroissant: l'Inde, le Japon, la Grande-Bretagne, la Chine, les USA, la RFA, le Koweït et la Suisse.

A côté des aides gouvernementales, de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) participent au développement économique. Elles seront détaillées dans le chapitre sur le système de santé népalais.

3. LE PEUPLE NEPALAIS

3.1. ANALYSE DEMOGRAPHIQUE

[82] [109] [121]

3.1.1. GENERALITES

Il n'y a pas, pour ainsi dire, d'état civil au Népal; les naissances, les décès et les mariages ne sont pas enregistrés. L'absence de cette source de renseignement rend difficile l'appréciation d'un certain nombre de caractéristiques démographiques, en particulier les taux de natalité et de mortalité.

Malgré tout, un système d'enregistrement des naissances, des décès, des mariages et des divorces a été mis en place dans plusieurs districts et tend à se généraliser.

Pour l'instant, les recensements constituent la seule source de données démographiques.

Le plus récent recensement date de 1981, le prochain est prévu en 1991. En 1981, on dénombra 15 022 839 habitants, soit un accroissement de 2,6 p.cent par rapport au recensement de 1971.[116]

Les projections statistiques sur 1990 et 2000 donnent respectivement 19 millions et 23 millions d'habitants, soit un accroissement annuel d'environ 2,5 p. cent vision optimiste compte-tenu de l'augmentation démographique importante. Quarante et un pour cent de la population a moins de 15 ans. (figure 4)

3.1.1.1. Taux de Natalité

En raison de la sous-estimation du nombre des naissances, il est difficile de cerner avec précision le taux de natalité. Il semble que le chiffre de 41,6 p. mille soit assez proche de la réalité.

3.1.1.2. Taux de Mortalité

En 1985, il était de 16 pour mille. La mortalité infantile est très élevée, autour de 130 pour mille en 1987. Ces données seront développées dans l'étude du système de santé.

3.1.2. DENSITE ET REPARTITION

Le recensement de 1981 donne une densité de 102,1 habitants au km². Les variations sont importantes, en effet, on compte moins de 2,8 habitants au km² dans la région du Dolpo et près de 1400 à Baktapur.

Cette disparité, naturellement en relation avec les conditions géographiques, est accrue par l'émigration.(figure 5)

3.1.2.1. Courants Migratoires

Il existe une forte émigration intérieure des zones montagneuses vers les collines et les plaines pouvant parfois atteindre le tiers de la population masculine.

On note également qu'une partie de la population (neuf p. cent environ, principalement des hommes), travaille hors des frontières notamment en Inde et au Moyen-Orient.

Quant à l'immigration, elle est surtout d'origine indienne ; un cas particulier est représenté par l'arrivée de nombreux réfugiés depuis l'annexion du Tibet par la Chine.

FIGURE 4 : Pyramide des âges

TRANCHE D'AGE QUINQUENNALE

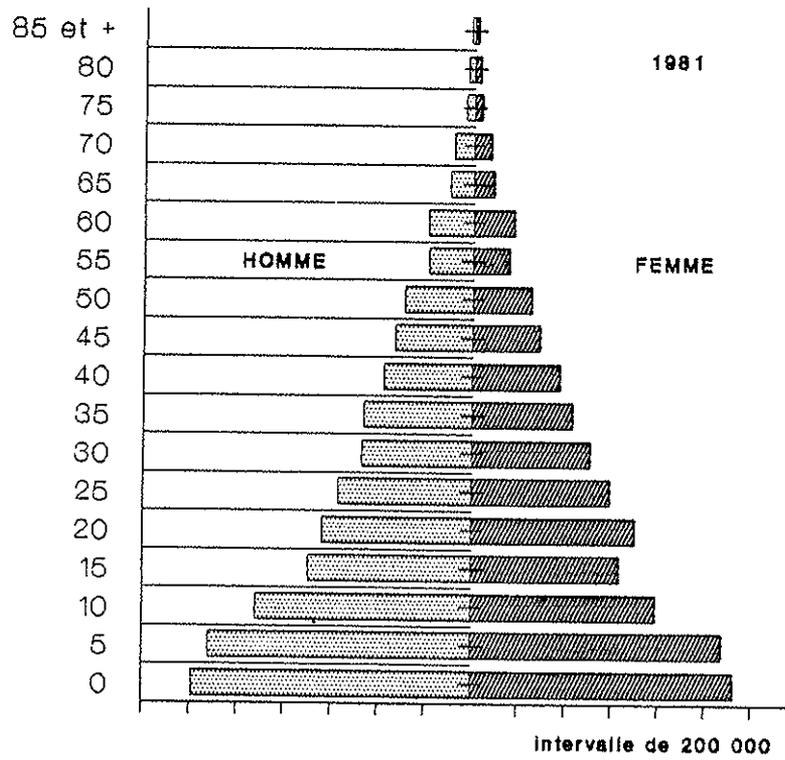
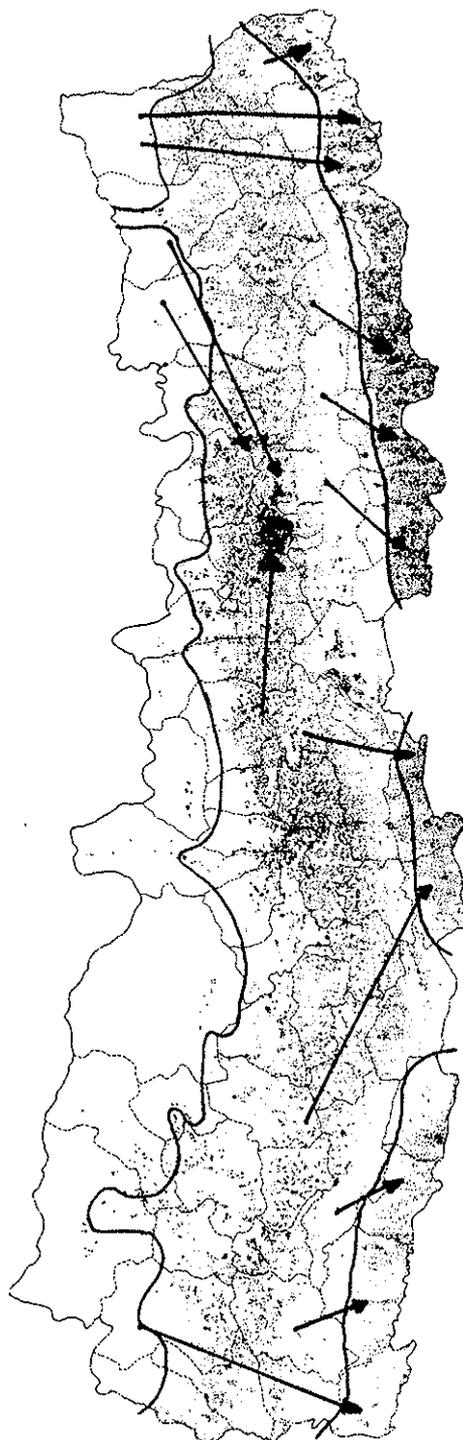


FIGURE 5: Densité et mouvements migratoires



— Répartition par points de la population népalaise. Chaque point représente 500 personnes. Les points les plus petits dans le Nord du pays représentent 100 personnes (d'après une carte du Central Bureau of Statistics, Nepal, 1974). Le trait inférieur indique la limite du Terai; le trait supérieur correspond à l'altitude 2 500 m.

3.2. GROUPES ETHNIQUES

[29] [100]

3.2.1. HISTOIRE DU PEUPLEMENT

L'histoire du peuplement du Népal ne peut-être qu'une suite de suppositions, car toute référence précise fait défaut, aussi bien dans le domaine préhistorique qu'anthropologique. On peut cependant schématiser les migrations qui ont abouti à la sédentarisation des différents groupes ethniques népalais.

Les Khas venus du Nord de l'Inde se sont établis dans l'Ouest. Ils parlent une langue dérivée du sanskrit, le népali, et possèdent un fond culturel indien. Peu à peu ils ont progressé vers l'Est jusqu'à la partie occidentale du Tibet, et ont réalisé l'unité du pays au moment de la dynastie des Gorkha.

On peut supposer que les groupes ethniques habitant l'Ouest du Népal comme les Matwali Chetri ont été assimilés par les Khas.

On peut imaginer aussi que des populations tibétaines se sont installées au cours des siècles dans les hautes vallées himalayennes depuis le Cachemire et le Ladakh jusqu'au Népal.

3.2.2. LES ETHNIES

Les brassages entre populations différentes et les clivages entre des populations identiques à l'origine mais ayant évolué dans des cadres géographiques différents rendent difficile toute classification. Néanmoins, pour distinguer les populations et ethnies, il faut retenir un certain nombre de critères. Les plus importants sont :

- la langue pour les tibétains et les tibéto-birmans,
- l'endogamie du groupe, règle qui interdit le mariage avec un membre d'un autre groupe,
- les croyances religieuses,
- l'isolement géographique.

Les populations népalaises se répartissent en trois familles distinctes.

3.2.2.1. Populations du système de caste indo—népalaise

Elles s'ordonnent suivant un système politico—religieux, les castes, hérité du Nord de l'Inde. Ce système a été officiellement aboli en 1963.

En haut de l'échelle sociale se trouvent les castes pures :

- * Brahmane (prêtre)—bahun.
- * Thakuri.
- * Chétri.

Au bas de l'échelle on retrouve les castes d'artisans, impures :

- * *Kami*, forgeron et maintenant plus fréquemment agriculteurs.
- * *Damai*, tailleurs et musiciens cérémoniels.
- * *Sarki*, tanneurs.
- * *Kumhale*, potiers.
- * *Baaine*, chanteurs—musiciens.
- * *Badi*, danseurs.

Dans le Téraï, les populations d'origine indienne se sont intégrées au système des castes :

- * Les *Majhi*, originaire du Bihar.
- * Les *Maithili*, dans l'Est Téraï.
- * Les *Bojpuri*, au Téraï central.
- * Les *Tharu*, dans l'Ouest et le Centre du Téraï.
- * Dans l'Ouest, on rencontre les *Majhi* et les *Dunuwar*.

3.2.2.2. Ethnies de langues tibéto—birmanes

Elles diffèrent des groupes précédents par la langue, leurs traits mongoloïde, leur culture et leurs croyances magico—religieuses.

D'Ouest en Est, on rencontre :

- * les *Magar*, agriculteurs et éleveurs, exploitant les mines de cuivre et de fer. il faut y rattacher les *Candel* et les *Rohani*.
- * Les *Gurung*, agriculteurs et surtout éleveurs.

- * Les *Thakali*, ils contrôlent les échanges dans la vallée de la Kali Gandaki.
- * Les *Tamang*, groupe hétérogène fortement influencé par les populations tibétaines.
- * Les *Newar*, ils habitent la vallée de Kathmandu.
- * Les *Rai* et les *Limbu*, appelés autrefois Kiranti.

Des ethnies comportant un nombre réduit (quelques milliers) d'individus habitent le Mahabharat où ils vivent de la pêche, de la chasse ou d'une agriculture frustrée. Ce sont d'Ouest en Est :

– *Raute Raji, Chepang, Hayu, Lepcha, Dhimal, Satar, Jhangar*. Les *Kusunda* présentent un cas extrême de non-évolution.

3.2.2.3. Populations d'origine tibétaine

Bien que peu nombreux, ils occupent presque un tiers du territoire népalais dans les hautes vallées ou en arrière de la ligne de crête de l'Himalaya.

On rencontre d'Ouest en Est :

– *Limi, Mugu, Dolpo, Lo, Nyi Shang (Manang), Nar, Nub Ri, Tsum, Langtang, Yolmo, Sherpa, Wallung*.

Ils sont installés dans le Nord du pays. Appartenant à des clans exogames, ils pratiquent la polyandrie afin d'éviter le partage des terres et des entreprises commerciales. Ils ont gardé d'étroites relations avec le Tibet.

3.2.2.4. Les Musulmans

Ils représentent 3 p. cent de la population. Leur nombre s'est accru à l'issue du conflit indo-pakistanaï.

Toutes ces ethnies, même si certaines restent fidèles à leur dialecte, parlent et comprennent le népalî, la langue officielle, proche parent de l'hindi. L'écriture, le davanagari se lit de gauche à droite. Langues et écritures sont dérivées du sanscrit.

3.3. LES RELIGIONS

3.3.1. IMPORTANCE RESPECTIVE

Le Népal est le seul pays au monde où l'hindouisme est religion d'état. Même si 90 p. cent des népalais sont hindouistes, il est difficile d'établir une séparation nette avec le bouddhisme. Il existe une grande tolérance entre les différentes pratiques, mais le prosélytisme est interdit [120].

3.3.2. L'HINDOUISME

Un musée des religions, telle semble être la seule façon de décrire l'hindouisme. C'est la seule grande religion qui ne relève pas d'un fondateur spécifique, et la seule qui n'ait pas de livre sacré comme seule et unique référence scripturaire [80].

3.3.2.1. L'âge védique

Le védisme ou religion du Véda représente l'aspect le plus ancien sous lequel nous sont attestées les formes religieuses dans l'Inde. Elle a été apporté par les envahisseurs aryens descendus des plateaux de l'Iran pour se fixer au bord du fleuve Indus entre 2000 et 1500 avant notre ère. Les aryens apportent avec eux un langage nouveau, le Sanskrit, langue indo-européenne proche parent de l'iranien, qui jouera le même rôle que le latin dans l'Europe du Moyen-Age.

Les premiers textes sacrés, les *Véda*, sont considérés comme la source de l'hindouisme.

Entre 1500 et 1000 avant notre ère, naissent les poèmes védiques. Le *Véda* (= savoir) se compose de quatre *Sam hitâs* (recueils). le plus ancien est le *Rig-Véda* ou "Véda des strophes", puis viennent le *Yajur-Véda* "Véda des formules", le *Sâma Véda* ou "Véda des mélodies", et l'*Atharva-Véda*, recueil composé d'exorcisme et d'incantations magiques.

Le trait principal de ces textes est l'importance apporté au sacrifice. La puissance du sacrifice est exalté au point de devenir la loi fondamentale non seulement du destin individuel mais aussi de l'univers tout entier.

C'est vers cette époque que s'élabore le régime des castes, destiné d'une part à sauvegarder la pureté du sang aryen et d'autre part à défendre les privilèges de la caste sacerdotale, les Brahmanes.

Les Upanishad (800 à 400 av. J.-C.) représentent le prolongement des Véda.

3.3.2.2. La mythologie hindoue.

les hindous ont la certitude qu'on peut trouver Dieu à travers n'importe laquelle de ces manifestations. Il peut ainsi se représenter sous une infinité d'apparences et de formes. Chacune d'elle est personnifiée. Ce sont les dieux du Panthéon hindou. On peut répartir l'activité divine en trois modes correspondants et imaginer Dieu comme créateur, protecteur et destructeur. A ces trois rôles dans lesquels l'homme peut percevoir son Dieu personnel (*Ishvara*) à travers sa manifestation, l'Hindouisme donne respectivement les noms de Brahma, Vishnou et Shiva (*la Trimurti*).

Les données fondamentales de la vision traditionnelle du monde de l'Hindouisme peuvent se résumer ainsi :

3.3.2.3. Les buts et les voies.

Le but ultime est *moksha*, la libération du cycle de la vie humaine. Tant que *moksha* n'est pas atteint, tous les êtres humains sont soumis au processus des réincarnations. Les conditions de vie de chaque incarnation sont déterminées par le résultat des actions (*karma*) accomplies dans les existences antérieures. En dehors du but ultime de *moksha*, on retrouve trois finalités immédiates et légitimes : *kama* (plaisir y compris la jouissance sexuelle), *artha* (la richesse, la renommée) et *dharma* (la vérité, le devoir).

3.3.2.4. Les étapes de la vie.

Le rythme normal de la vie nous fait passer par plusieurs phases :

- * L'imposition du nom (*nwaran*) entre les 10^e et 13^e jour après la naissance.
- * La première ingestion de riz (*pasni*) au 5^e et 6^e mois de la vie. L'enfant devient vulnérable à l'impureté.
- * La première tonsure (*kshyaur*) entre 5 et 8 ans.
- * L'initiation religieuse (*bratabandha*). Elle ne concerne que les garçons entre 8 et 12 ans des castes religieuses (les deux fois nés) et marque l'accès aux privilèges et aux obligations de la caste.
- * Le mariage (*biha*). L'homme devient alors maître de maison et la femme accède à sa caste.
- * Les funérailles. Les hindous sauf exceptions sont incinérés au bord des rivières et c'est un fils qui allume le bûcher.

3.3.2.5. Le système des castes.

Il repose sur la notion de pureté. Tout hindouiste se doit d'éviter la souillure occasionnée par le contact avec certains éléments dits impurs tels que:

- * toute excrétion du corps humain en particulier le sang menstruel,
- * tout corps sans vie,
- * tout animal se nourrissant de charognes ou de détritiques,
- * les relations sexuelles avec une femme de caste supérieure pour les hommes, avec un homme de caste inférieure pour une femme.

L'eau est l'élément purificateur mais c'est aussi le vecteur des souillures. Il n'y a pas d'interdit concernant l'eau et la nourriture cuite à l'huile ou au lait, par contre on ne peut accepter de la nourriture cuite à l'eau que de la main de personnes de caste supérieure ou égal à la sienne, jamais inférieure.

Les castes :

En haut de l'échelle sociale se trouvent les castes pures :

- * Brahmane (prêtre) *bâhun* en népali, ce sont les tenants du pouvoir sacré : "la naissance même d'un brahmane, c'est l'incarnation éternelle de la loi" (MANU).
- * Kshatriyas *Chétri* en népali, caste détenant le pouvoir temporel, le roi et les chefs militaires en sont issus.
- * Vaishya : cette caste n'existe plus au Népal, elle regroupait surtout des commerçants.

Ces trois castes supérieures sont nommées les deux-fois nés, ils reçoivent, lors de l'initiation, le cordon sacré autour de l'épaule.

* Les Shudras purs regroupant certains tribaux, Ils n'ont pas droit au cordon sacré. Exclus de la richesse, du pouvoir et des rites, ils servent les castes supérieures. Leur naissance physique est leur seule naissance.

Au bas de l'échelle, les castes d'artisans, impures. Ce sont les intouchables, dont l'impureté résulte de l'exercice d'un métier polluant. Les castes pures refusent leur eau et leur contact physique. Il est une autre caste impure dont on refuse l'eau mais non le contact physique, les non-intouchables où figurent les non-hindous (musulmans et chrétiens) et les bouchers.

Les notions de castes et particulièrement la ségrégation vis à vis des intouchables sont beaucoup moins accentuées au Népal qu'en Inde. De même, l'apparition de nouveaux métiers n'entraîne pas la création de nouvelles castes; les ingénieurs, mécaniciens, etc., ne sont pas "castifiés".

Seconde religion présente au Népal, le Bouddhisme ne connaît pas le système des castes

3.3.3. LE BOUDDHISME

Enseignée par BOUDDHA au VI^e siècle avant J.C., le Bouddhisme est, tout au moins à l'origine, un mouvement réformateur dirigé contre la prédominance brahmanique, il rejette l'*âtman-brahmanâ* l'identification de l'âme individuelle et de l'âme universelle, et développe le *Samsâra*, la transmigration des âmes. Le moi ne serait qu'une illusion prisonnière du cycle infini des réincarnations.

En suivant les enseignements de Bouddha, on peut mettre un terme aux effets du *karma* et parvenir au *nirvana* qui est par essence l'extinction du moi [7].

La doctrine bouddhiste est fondée sur la douleur universelle; celle-ci est exprimée dans les quatre vérités qui constituent la cheville ouvrière du célèbre "sermon de Bénarès":

- * Première Vérité : c'est la formulation de l'universalité de la douleur.
- * Seconde Vérité : c'est le désir qui est à l'origine de la douleur.
- * Troisième Vérité : c'est l'anéantissement complet du désir qui permet la suppression de la douleur.
- * Quatrième Vérité : le chemin menant à sa suppression est la Noble voie des huit Vertus (une foi pure, une volonté pure, un langage pur, une action pure, une application pure, des moyens d'existence purs, une mémoire pure et une méditation pure).

La cause de notre souffrance résiderait dans l'attachement aux choses matérielles. Nous pouvons nous délivrer de la souffrance et écarter le désir en observant au cours de notre vie les huit préceptes de la noble voie.

Les textes qui relatent l'évolution du Bouddhisme affirment que dès le III^e siècle avant notre ère, les fidèles du Bouddha se divisaient en dix-huit écoles. Trois grandes branches finirent par se constituer au cours des siècles: le petit Véhicule (*Hinayana*), le grand Véhicule (*Mahayana*) et le Véhicule tantrique (*Vajrayana*). Le courant mahayaniste s'implanta au Népal mais c'est la pratique du Bouddhisme tibétain issu du Véhicule tantrique qui prédomine largement, en particulier chez les Bhotiya et les Sherpa.

3.4. L'EDUCATION

Le système éducatif népalais est calqué sur le système indien lui-même dérivé du système britannique. L'école primaire comporte 5 niveaux (grade I, II, III, IV, V), l'âge minimum est de 6 ans, le secondaire a également 5 niveaux répartis en inférieur (grade VI et VII) et supérieur (grade VIII, IX et X).

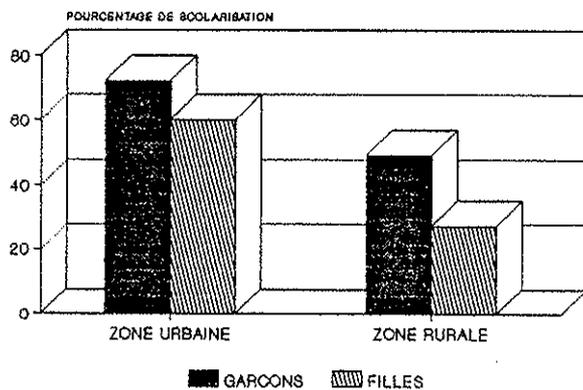
L'école est gratuite et obligatoire. Selon un rapport de l'UNICEF, la moitié des garçons et moins d'un tiers des filles, âgés de 6 à 10 ans sont scolarisés, 70 p.cent quittent l'école la première année. (figure 6 et 7)

L'échec de la politique scolaire est apparemment due au manque de formation et de motivation des enseignants, au manque de matériels d'enseignement et d'équipement de base. Seulement 32 p.cent des instituteurs ont été correctement formés pendant 10 mois à l'"Institute of Education" de Kathmandou. On compte 1 instituteur pour 100 élèves dans les régions de montagnes, 1 pour 150 dans les collines et 1 pour 200 dans le Téraï et les zones urbaines.

On recense environ 14 000 écoles primaires, 4000 écoles secondaires.

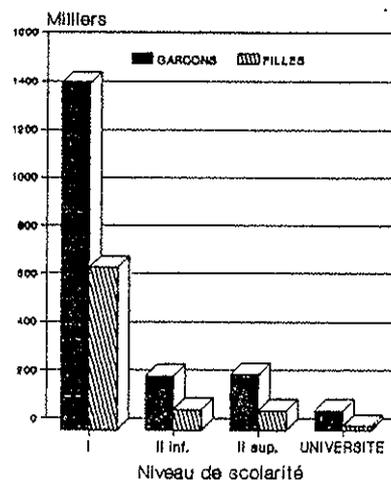
Les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre d'une politique scolaire adéquate font que seulement 30 p.cent des népalais sont alphabétisés.[120] [123]

FIGURE 6
SCOLARISATION DES ENFANTS DE 6 ANS



SOURCE: DEMOGRAPHIC SAMPLE SURVEY, 1967.

FIGURE 7



3.5. LA SITUATION DE LA FEMME NEPALAISE

" *Yatru Nariyastu Pujyante Ramante Tatra Devatah* "

"Partout où la femme est respectée et vénérée, là est la demeure des dieux."

Les femmes, dans la structure sociale népalaise, sont considérées comme le centre vital de la famille ; le bien-être de la vie familiale est sa première inquiétude. La religion et les traditions lui confèrent une place privilégiée dans la société.[123]

Dans la littérature népalaise, on nomme la femme Swasni Manchhe, c'est à dire l'épouse de l'homme ; étymologiquement, ce mot Swasni représente plus que l'épouse :

- Swa-Ansi : l'égal du mari,
- Su-Asani : celle qui sait s'asseoir avec grâce,
- Su-Wasini : celle qui sent comme le parfum,
- Su-Bhasini : celle qui parle doucement,
- Su-Hansini : celle qui est toujours gaie et souriante.

En dépit du rôle important tenu par la femme dans la vie sociale de la famille, elle est économiquement dépendante de son père, de son mari ou de ses frères. Les restrictions sociales dans le rôle traditionnel d'épouse et de mère et les contraintes imposées par le manque d'éducation ont tendance à dévaloriser sa situation.

On rencontre de grandes variations selon les classes sociales : son rôle est de plus en plus ingrat au fur et à mesure que l'on s'élève dans les castes. La division du travail par les hautes castes est en effet beaucoup plus marquée que dans les castes impures et les tribus. Selon Manu, la femme est non une personne libre mais toujours sous tutelle comme la fille, la soeur, l'épouse ou la mère.

Sur le plan de l'éducation, en 1988, les jeunes filles représentaient 32 p.cent des effectifs des écoles primaires, 28 p.cent des effectifs des écoles secondaires et environ 26 p.cent des effectifs de l'enseignement supérieur [120]. En 1981, 12 p.cent des femmes contre 32 p.cent des hommes savaient lire et écrire. Les variations entre le monde urbain et celui des campagnes sont naturellement très importantes, 75 p.cent des femmes vivant dans les montagnes ou au Térai sont illettrées.[3]

Sur le plan légal, la constitution népalaise garantit l'absence de discrimination entre citoyens et il n'existe pas de différence de religion, de race, de sexe, de caste et de tribu ; les hommes et les femmes sont égaux devant la loi.

Les femmes népalaises ont les mêmes droits civils et politiques que les hommes ainsi que le droit de vote à partir de 21 ans. Les lois sur l'héritage et la propriété sont différentes. Le code civil a aboli en 1963 les discriminations envers les intouchables, a interdit les mariages d'enfants, la polygamie, la polyandrie, l'adultère et les mariages consanguins. La promulgation en 1975, année de la femme, du MULKI Code (sixième amendement) modifie la condition de la femme népalaise. L'âge minimum du mariage est de 18 ans pour les hommes et de 16 ans pour les femmes avec le consentement des parents. Sans ce dernier, l'âge requis est respectivement de 21 ans et 18 ans. Quant au divorce, il peut être accordé selon trois modes : le consentement mutuel, sur demande du mari, sur demande de la femme. L'avortement est illégal, [75].

4. LE SYSTEME DE SANTE

4.1. INTRODUCTION

La mise en place du système de santé népalais remonte aux années cinquante lors de l'ouverture du pays. Il n'existait auparavant que les médecines traditionnelles (Cf plus loin).

La problématique népalaise en matière de système de santé est commune aux pays pauvres. Le manque d'hygiène, les conditions d'habitat et de vie, les coutumes, l'insuffisance de l'infrastructure médicale, la précarité de l'autosuffisance alimentaire face à une démographie importante, ont incité les dirigeants du pays à s'engager dans une politique sanitaire conforme aux directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les solutions préconisées par l'OMS, définies en 1978 lors de la conférence d'Alma-Ata (Cf plus loin) s'articulent autour du principe de "la santé pour tous en l'an 2000". Au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'échéance, on préfère parler "d'accessibilité aux soins pour tous", concept plus réaliste, on évite même de fixer une date.

La politique de santé népalaise, planifiée selon un système quinquennal, est largement financée par l'aide internationale.

Selon les directives de l'OMS, la priorité est donnée aux soins de santé primaire, à l'amélioration de la couverture vaccinale avec le Programme Elargi de Vaccination (PEV), au développement de programmes spécifiques (lutte contre le paludisme, la tuberculose,). Il convient d'ajouter la régulation des naissances et l'intégration des systèmes médicaux traditionnels.

4.2. LES PLANS QUINQUENNAUX

[72] [119]

4.2.1. HISTORIQUE

Lors du premier plan quinquennal (1956-1961) est mis en place le Ministère de la Santé (1956), la lutte contre la malaria (The Nepal Malaria Eradication Organization en 1958). La priorité était donnée à la médecine curative.

Le second (1963-1965) introduit la médecine préventive et la création de programmes de lutte contre la variole, la lèpre (1963) et la tuberculose (1965).

Le troisième plan quinquennal (1965–1970) reprend les objectifs des deux premiers, développe le concept de Poste de Santé Villageois et amorce la notion de contrôle des naissances (Family Planning et Maternal Child Health Project en 1968).

Le quatrième plan (1970–1975) crée la notion de santé communautaire.

Les soins de santé primaire apparaissent lors du cinquième plan (1975–1980).

Au cours du sixième plan quinquennal (1980–1985), la politique de santé s'oriente sur le contrôle du taux de mortalité et le développement des soins de santé primaire au niveau des communautés villageoises.

Le septième plan quinquennal (1985–1990) vient de s'achever. Ses objectifs sont identiques au précédent. Outre la notion "la santé pour tous en l'an 2000", on assiste à une reconsidération des médecines traditionnelles et à leur intégration dans les soins de santé primaire.[60]

4.2.2. LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE SANITAIRE

[119]

Le ministère de la santé népalais, sous l'impulsion de sa Majesté le Roi et en accord avec les directives de l'OMS définit les orientations suivantes :

La politique sanitaire repose sur les soins de santé primaire. Les aspects curatifs et préventifs, la promotion de la santé devront être dispensés à la population rurale par les Health Posts, premiers maillons du système de santé.

Les médecines traditionnelles, en particulier la médecine ayurvédique, devront être intégrées dans les Health Posts.

En accord avec la loi de décentralisation de 1982, chaque district est divisé en 9 régions nommées Ilakas, établies d'après les caractéristiques démographiques et géographiques locales.

Les 675 Ilakas des 75 districts devront posséder un ensemble de service comprenant une poste, une banque une école et un Health Post, ce dernier devra dispenser tous les composants énoncés dans les soins de santé primaire. Chaque district devra posséder un hôpital de 15 à 20 lits dirigé par un officier de santé.

Le gouvernement de sa Majesté fixe les orientations suivantes :

- développement de l'éducation sanitaire en insistant sur la réhydratation orale et les problèmes de nutrition.
- intensification du programme de vaccination,
- contrôle des diarrhées et des infections respiratoires
- développement de l'accessibilité à l'eau potable et des systèmes d'évacuation,
- accessibilité des médicaments essentiels pour tous,
- développement du planning familial.

Le but de la politique sanitaire est d'atteindre en l'an 2000 un les objectifs suivants [56] :

- réduire le taux de fécondité à 2,
 - atteindre une espérance de vie de 65 ans,
 - abaisser le taux de mortalité infantile à 45 p.mille,
 - atteindre un taux de 1 médecin pour 3000 habitants,
 - atteindre un taux de 1 infirmier pour 600 habitants,
 - atteindre un taux de 1 agent de santé pour 500 habitants.
 - atteindre une couverture vaccinale de 100 p.cent contre la rougeole, la poliomyélite, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche et la tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans.
- Vacciner toutes les femmes de 15 à 45 ans contre le tétanos.

Le travail des agents de santé doit être redéfini. La communauté rurale participera à l'élaboration des soins de santé primaire au sein du village. La création d'un comité de villageois composé de 7 à 11 membres intégrant l'agent de santé, le maire, les instituteurs est nécessaire. Les objectifs assignés à l'agent de santé communautaire sont les suivants :

- traitement des problèmes mineurs,
- éducation des femmes enceintes,
- aider le Village Health Worker dans le programme de vaccination,
- enseigner à la population les méthodes de prévention vis à vis des diarrhées,
- recommander une alimentation saine et équilibrée,
- inciter la population à utiliser les méthodes contraceptives,
- éduquer la population sur les problèmes sanitaires du village.

Le gouvernement, constatant que la majorité des agents de santé sont des hommes, incitent les comités villageois à recruter du personnel féminin sous certaines conditions. La future agent de santé devra être âgée de plus de 25 ans, habiter le village et être mariée ou veuve.

4.3. LE FINANCEMENT DE LA POLITIQUE SANITAIRE

4.3.1. LE BUDGET DE LA SANTE

La part du budget national attribué à la santé pour l'année 1989 / 90 est de 3,04 p.cent. A titre de comparaison, la part du budget allouée à l'armée et à la police est 6 fois supérieure à la part accordée à la santé. Les dépenses de santé par habitant sont de 1, 63 Dollars US. L'aide étrangère intervient pour plus de la moitié du budget consacré à la santé [72] [120]

4.3.2. L'AIDE ETRANGERE

. Parmi ces aides, on distingue :

-les organismes multilatéraux:

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS),
- le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF),
- le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD).

Ils conseillent le gouvernement dans ses programmes de santé et apportent une aide financière et matérielle importante.[72]

-les organismes bilatéraux:

- L' USAID (United States Agency for International Development), la JICA (Japan International Cooperation Agency) l' ODA (Overseas Development Agency, Grande Bretagne) en sont les principaux représentants.

4.3.3. LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Une trentaine d'organisations non gouvernementales (ONG) sont présentes au Népal, les plus nombreuses sont britanniques : Save the Children Fund (SFC), British Nepal Medical Trust (BNMT), Action Aid (AA), British Voluntary Service Overseas (BSVO). Outre les britanniques, on retrouve des organisations hollandaises, américaines, suisses, allemandes, japonaises et françaises.

Parmi les organisations françaises, la plus active est l'AMS (Aide Médicale et Sanitaire), qui a créé plusieurs structures sanitaires dans la région des Annapurnas. L'association limousine "Echange et Développement" participe au fonctionnement de dispensaires près de l'Everest (Cf plus loin) et dans la vallée de Kathmandou (en cours d'élaboration).

4.4. LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE

4.4.1. Définition

Définis lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978 [34] sur la base du constat d'éloignement des structures de santé des milieux ruraux, *"les soins de santé primaire sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté."*

Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire "

(Article VI de la déclaration d'Alma-Ata).

Les soins de santé primaire (SSP) comprennent au minimum :

- * *une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables,*
- * *la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles,*
- * *un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale,*
- * *la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales,*
- * *le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels.*

(Article VII)

4.4.2. MISE EN OEUVRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRE AU NEPAL

Les objectifs pré-cités sont entièrement repris dans la politique de soins de santé népalaise, intégrée comme tous les autres programmes de développement dans les plans quinquennaux.

En théorie, tous ceux qui se sont attelés à ces tâches sont conscients de la nécessité des progrès à accomplir mais en pratique la réalisation de ces objectifs (réduction de la fertilité et de la mortalité infantile avant tout) se heurtent à de nombreux obstacles reconnus officiellement : les difficultés de communication, le faible taux d'alphabétisation, la pénurie de médecins, la pénurie du personnel de santé à tous les échelons et sa répartition inégale et la nature trop centralisée de l'administration.

L'accent a donc été mis sur l'urgence de la formation d'un personnel suffisant et équitablement distribué entre les populations des différentes régions du pays.

Le cas des agents de santé communautaire, premier maillon des SSP est exemplaire. Pour la plus part citadins d'origine, ils ont été envoyé après leur formation dans les dispensaire ruraux, sans connaissance réelle des besoins et particularités locales [112] [124].

Leur volonté de venir à bout de l'ignorance et des habitudes inadéquates des citoyens, se heurte aux croyances des villageois.

En fait, les valeurs et les besoins réels des gens ont été ignorés. Imposés plus que demandés, inadaptés aux situations concrètes, les SSP ne constituent pas une réponse suffisante à la demande de soin.

Au sein du ministère de la santé, on a eu beau créer un département pour la santé communautaire et l'intégration et envoyer des auxiliaires de santé dans les villages, on ne distillait toujours que des messages préventifs alors que les habitants attendent de bons soins curatifs qu'on ne peut leur fournir dans des dispensaires vides de médicaments huit mois sur douze [59] [91].

4.5. L'INFRASTRUCTURE SANITAIRE

4.5.1. LES HOPITAUX

[38] [117] [120]

4.5.1.1. Généralités

On comptabilisait en 1990, 123 Hôpitaux avec un total de 4717 lits soit une moyenne de 1 lit pour 4000 habitant, les écarts allant, par zone de 1 pour 300 à Kathmandou à 1 pour 35000 dans le district de Sarhali.

L'objectif du sixième plan pour 1985 était de construire 1 hôpital de 15 lits par district. En 1990, 12 districts étaient sans hôpitaux, principalement dans l'Ouest du Népal.

Les grands hôpitaux sont à Kathmandou :

- Bir Hospital (300 lits), où est implanté le seul scanographe du Népal.
- Teaching Hospital (300 lits)

Il existe d'autres établissements plus spécialisés en pédiatrie (Kanti Hospital) ou en maladies infectieuses (Teku Hospital), sous tutelle gouvernementale. Les autres structures hospitalières sont gérées par des associations non gouvernementales (Eye Hospital, Patan Hospital, Chest Clinic).

4.5.1.2. Fonctionnement

Les hôpitaux de province, exceptés ceux des grandes villes, sont souvent à cours de médicaments. La pratique de la chirurgie y est impossible. Rares sont les hôpitaux disposant de matériel de radiographie. La réalisation d'examen de laboratoire est réduite au minimum (urée glycémie, numération formule sanguine, ionogramme sanguin parfois).

Les responsabilités médicales sont exercées par des médecins et/ou des agents de santé expérimentés qui assurent la plupart des consultations externes

Tout est payant pour le malade : consultation, soins, médicaments et interventions chirurgicales. Il n'y a bien entendu aucune couverture sociale. La famille qui accompagne le malade pourvoit à son alimentation au cours de son séjour à l'hôpital.

4.5.2. LES DISPENSAIRES

On distingue 2 types de dispensaires :

– Les **Health Posts** et **Sub-Health Posts**, sont situés au bas de l'échelle des établissements de santé gouvernementaux. Ils sont sous la responsabilité d'un auxiliaire médical formé en deux ans et demi. Seules des consultations externes y sont données. Leur aspect évoque celui de petites infirmeries mal entretenues. Aucun examen para-clinique n'y est réalisable.

– Les **Health Centers** diffèrent des précédents par l'importance plus grande de leur personnel et leur localisation administrative, on les trouve dans les chefs-lieux de district.

La fin du sixième plan en 1985 prévoyait 944 Health Posts. En 1990 on en recensait 816, alors que l'on estime à 1462 le nombre de Health Posts pour couvrir les besoins. Encore faut-il relativiser la valeur des chiffres car ils ne reflètent pas exactement la représentativité réelle de ces dispensaires qui sont, pour la plupart, vides de personnel et de médicaments une grande partie de l'année.

Progressivement, les programmes verticaux sont appelés à disparaître. Leurs activités seront relayées par les Health Posts dits intégrés qui en prendront la charge.

Les tâches suivantes incomberont au personnel de ces dispensaires:

- soins médicaux de base,
- référer les cas graves,
- éducation sanitaire (priorité aux problèmes de déshydratation et de malnutrition),
- planning familial : distribution de contraceptifs oraux, de préservatifs mais surtout recrutement pour les stérilisations
- vaccination
- dépistage et traitement des patients tuberculeux et lépreux
- dépistage et traitement des cas de paludisme
- formation de villageois bénévoles comme agents de santé communautaires
- protection maternelle et infantile
- collections des données épidémiologiques.

En 1990, sur les 816 Health Posts, 675 étaient considérés comme intégrés.

4.5.2.1. Description

Un dispensaire est généralement constitué d'une maison de 4–5 pièces comprenant une infirmerie, une pièce de consultation, une pharmacie, un bureau administratif et une dernière pièce tenant lieu d'habitation pour le responsable du dispensaire.

Le personnel se compose d'un health assistant, d'un auxiliary health worker, d'une ou deux assistant nurse mid–wives, de deux ou trois membres du family planning et de deux ou trois hommes à tout faire (péon).

La journée commence selon la saison à 9 ou 10 h pour se terminer vers 16 h. En dehors de ces heures, seuls les cas urgents sont examinés.

La consultation est donnée par le health assistant et les soins sont prodigués par une assistant nurse mid–wife ou un péon. La consultation, gratuite jusqu'en 1986, est actuellement de 2 roupies.

Aucun examen para–clinique n'est possible, des actes de petites chirurgies sont pratiqués : sutures, incisions d'abcès, immobilisation plâtrée.

On ne trouve aucun médicament anti–tuberculeux et anti–lépreux.

4.5.2.2. Les problèmes

La pénurie de médicament est fréquente. L'approvisionnement est le problème chronique des dispensaires népalais. Chaque année, les Health Posts, quelque soit leur localisation géographique, reçoivent depuis Kathmandou pour 25 000 roupies de matériels et de médicaments, les frais de transport sont payés par le dispensaire. De plus, les fournitures sont identiques pour tous sans tenir compte de leur activité propre. Le stock est souvent épuisé au bout de quelques mois.[39] [119]

Un autre obstacle à la fréquentation des dispensaires est l'absentéisme du personnel [8]. Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer cet absentéisme :

- L'inadaptation des para–médicaux à leur cadre de vie après deux ou trois années d'étude passées dans une grande ville.
- Leur présence nécessaire auprès des parents dont ils sont éloignés, après nomination.

– La politique d'uniformisation menée par l'Etat attribuant des postes sans égard pour les conflits ethniques et les difficultés que cela peut engendrer.

– Et surtout l'inefficacité de la supervision du personnel.

4.5.3. LE PERSONNEL SANITAIRE

[28] [111] [120]

4.5.3.1. Les médecins

En 1990, on dénombrait 951 médecins, soit un médecin pour près de 19 000 habitants, la majorité (75 p.cent) exerçant en zone urbaine (moins de 7 p.cent de la population), ainsi on compte en zone rurale 1 médecin pour 80 000 habitants.

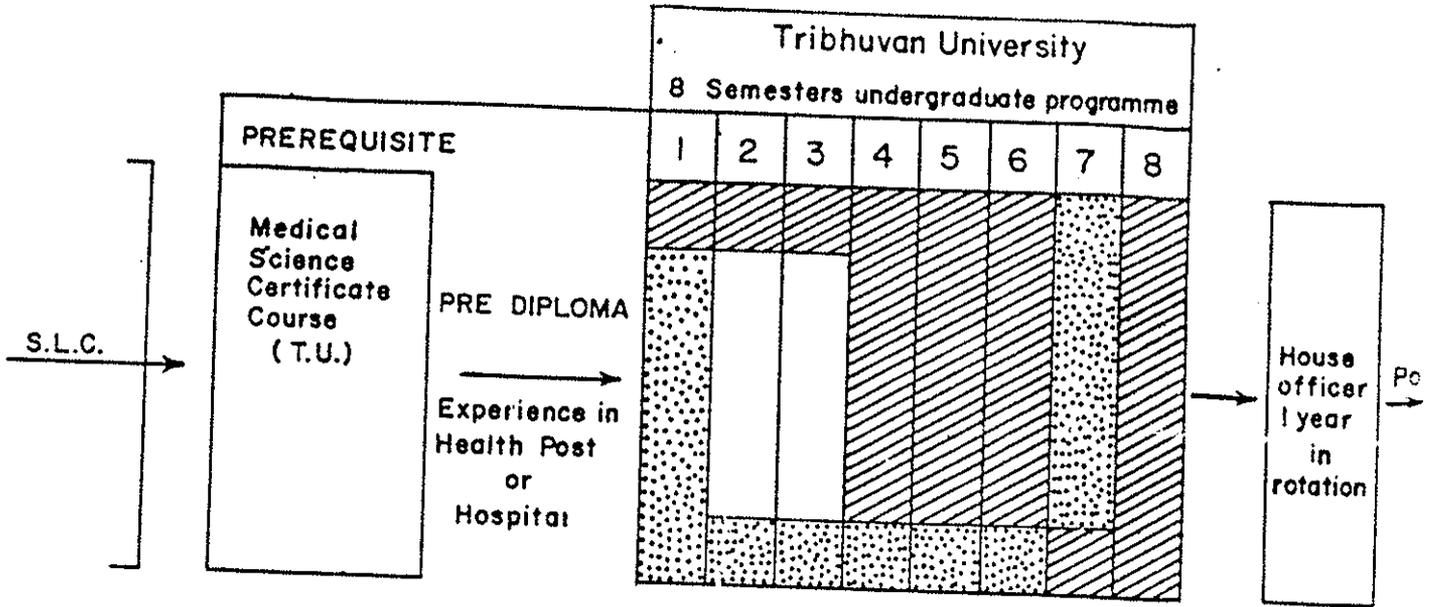
Jusqu'en 1978, la formation médicale était exclusivement assurée à l'étranger (Inde, URSS, Chine, Grande-Bretagne et USA). La création de la Faculté de Médecine à Kathmandou a permis aux étudiants népalais de terminer leur cursus tout en restant au pays. En 1984, les douze premiers "Doctors of general and community medicine" à être entièrement formés au Népal, sortaient de la faculté. Les spécialistes continuent à être formés à l'étranger.

Sorti de l'école avec le SLC (Secondary Level Certificat), le futur étudiant en médecine devra avoir exercé une profession para-médicale pendant trois ans avant de s'inscrire à la faculté. Les études durent quatre ans (voir figure 8) pendant lesquelles les enseignants insistent plus particulièrement sur la santé communautaire. Chaque année, une vingtaine de nouveaux diplômés sortent de la faculté de Kathmandou.

A sa sortie de la faculté, le médecin est envoyé dans un hôpital urbain ou dans les régions rurales comme officier de santé avec un salaire de début de 2500 Roupies. En fin de carrière, le salaire atteint 8000 roupies.

En pratique, les fonctions médicales dans les régions retirées sont souvent limitées aux seules tâches administratives et de supervision d'un officier de santé. Pour compléter leur salaire gouvernemental, nombreux sont les praticiens qui ouvrent une pharmacie. L'exercice privée ne touche qu'environ 20 p.cent des praticiens, surtout dans les grands centres urbains. Depuis quelques années, le nombre de cliniques privées (nursing home) est en augmentation, s'adressant à une clientèle aisée.

FIGURE 8 :Schéma des études médicales



-  **Community Medicine**
Epidemiology, Environmental Health, Health Education, Nutrition, Biostatistic, Demogra; Medical Sociology.
-  **Basic Science**
Anatomy, Physiology, Pharmacology, Pathology including Microbiology.
-  **Hospital Medicine**
Paediatrics, Obs/Gynae, Medicine Surgery, EYE/ENT, Dermatology, Psychiatry, Dentistr

- Semester 1: Epidemiology, Biostatistics, Environmental Health, Nutrition, Medical Sociology, Demography, Health Education, History Taking Skill (Clinical Medicine).
- Semester 2: Respiratory System
Cardiovascular System
Gastro Intestinal System
Clinical Examination (Clinical Medicine)
Community Medicine Field Practice.
- Semester 3: Musculoskeletal System
Neurosensory/Eye/ENT System
Renal/Electrolyte System
Reproductive/Endocrine System
Clinical Examination (Clinical Medicine)
Community Medicine Field.
- Semester 4: General Medicine/Dermatology
Eye/ENT/Dentistry
Community Medicine - Epidemiology
- Semester 5: General Medicine/Psychiatry
Child Health
Gynae/Obstetrics/Surgery
Community Medicine - Epidemiology
- Semester 6: Surgery
Gynae/Obstetrics
Child Health
Forensic Medicine
- Semester 7: Administrative Management
Field Study (District Hospital)
- Semester 8: General Medicine/Surgery
Gynae/Obstetrics
Child Health
Eye/ENT

4.5.3.2. Les assistants de santé et les para--médicaux

[41] [72]

Le **health assistant** est titulaire du "*certificat in medical science : general medicine*" obtenu au bout de deux ans et demi d'études après le SLC, il a la responsabilité médicale et administrative du health post.

L'**auxiliary health worker** seconde le précédent et le remplace en cas d'absence. Après le SLC, sa formation est de deux ans.

Le **senior auxiliary health worker** a une expérience pratique plus importante que le précédent. Dans les dispensaires dépourvus de health assistant, il est le responsable.

Exceptés les health assistants formés exclusivement à Kathmandou, les autres sont formés dans plusieurs grandes villes du pays.

En 1990, on comptait 1186 health assistants et 2062 auxiliary health assistants soit un déficit par rapport aux objectifs du 7e plan de, respectivement de 10 et 25 p.cent.

Les **nurses** n'exercent leur rôle d'infirmière que dans les hôpitaux, leur formation dure 3 ans après le SLC. Elles sont actuellement 601.

Les **assistants nurses mid--wife** travaillent à l'hôpital après 2 ans de formation mais elles peuvent exercer dans un health post. Leurs fonctions consistent, en théorie, à promouvoir la santé de la mère et de l'enfant en insistant plus spécifiquement sur les méthodes de contraception et les vaccinations. Elles sont actuellement 2379.[40]

Il convient de citer les **Gurkhas**, qui ont profité de l'instruction donnée par l'armée britannique notamment dans le domaine de la santé. De retour au Népal, ils se sont constitués eux--mêmes un stock de médicaments car quiconque connaît le nom d'un médicament peut l'acheter dans une pharmacie, sans qu'il soit nécessaire de présenter une ordonnance. Ils ont ainsi créé des pharmacies de villages et dispensent quelques soins.

4.6. LES SYSTEMES MEDICAUX TRADITIONNELS

Leur rôle est loin d'être négligeable ou marginal dans un pays comme le Népal où l'accessibilité à la médecine "moderne" ou occidentale n'est pas le fait de la majorité de la population. Ces deux systèmes de médecine sont complémentaires et les népalais n'hésitent pas à recourir aux deux [92] [93]. Il convient de différencier dans ce qu'on a coutume d'appeler les médecines traditionnelles, leur forme savante et leur forme populaire, parfois très différentes. La médecine moderne offre également des aspects divers selon que l'on considère son exercice hospitalo-universitaire ou rural.

4.6.1. LA MEDECINE AYURVEDIQUE

[27] [30]

4.6.1.1. Historique

Littéralement "Science de la Vie", la médecine ayurvédique se rattache à la tradition védique. D'abord influencée par les Upanishad, la théorie classique de l'Ayurveda se détermine au début de notre ère.

Nous en connaissons les principes grâce à deux ouvrages essentiels : la Charaka *Samshita* (collection de Charaka) et la Sushruta *Samshita* (collection de Sushruta). Ces deux ouvrages ont été repris au VIIe siècle par Vagbhata, autre autorité médicale, dans l'*Astangahrdaya Samshita*.

4.6.1.2. Principes fondamentaux

La médecine ayurvédique repose sur le principe que le corps est formé des mêmes éléments matériels que l'univers : la terre (*prithvi*), l'eau (*ap*), le feu (*tejo*), le vent (*vayu*) et le vide (*akasha*) représentés respectivement dans le corps par les parties solides, liquides, la chaleur corporelle, le souffle et le vide des organes creux.

Les éléments se combinent en proportion variée pour former les sept substances anatomiques de bases (*dhatu*) : le chyle, le sang, la chair, la graisse, l'os, la moelle et le sperme.

Selon la théorie de *Tridosha*, trois éléments jouent un rôle physiologique majeur dans l'organisme : l'eau sous la forme du phlegme (*kapha*), le feu sous celle de la bile (*pitta*) et le vent sous celle du souffle (*vata*). Ces trois éléments sont en équilibre harmonieux chez l'homme sain, mais sous l'effet de circonstances particulières, l'équilibre peut être rompu et devenir pathologique. Les trois éléments se transforment en troubles (*dosha*).

Ainsi, le praticien ayurvédique, en présence d'un malade, devra déterminer la nature de la perturbation générale et ne pas s'en tenir aux seuls symptômes afin d'entreprendre une thérapeutique générale.

4.6.1.3. Le concept de la maladie

Les maladies sont dues à des causes accidentelles ou à des perturbations dans l'équilibre des éléments responsables de l'homéostasie. Ainsi, un déséquilibre de *vata*, le souffle, un des éléments majeurs de notre constitution pour la médecine ayurvédique, sera responsable de troubles respiratoires graves.

Il faut également souligner l'action d'êtres surnaturels sur l'homme, responsable de troubles du comportement. On retrouve donc, comme dans de nombreuses médecines traditionnelles, le caractère démoniaque de certains troubles avec comme corollaire les pratiques d'exorcisme.

4.6.1.4. L'examen du patient

La démarche diagnostique est semblable à celle que nous pratiquons, mais on insiste lors de l'interrogatoire sur le contexte psychologique dans lequel est apparue la maladie et sur l'alimentation du patient.

L'examen clinique requiert l'usage de tous les sens du médecin : on écoute les bruits (borborygme, respiration, etc.). On renifle les odeurs du patient, on inspecte la peau, la langue, on palpe les différentes parties du corps et on goûte éventuellement les urines...

L'examen du pouls renseigne sur les troubles éventuels de la bile, du phlegme et du vent.

4.6.1.5. Le traitement

4.6.1.5.1. La prévention

Elle repose sur les mesures d'hygiène élémentaire : hygiène buccale avec nettoyage, raclage, rinçage et mâchonnement de noix d'arec, de bétel, etc., bains, massages (des massages lactés sur tout le corps à l'exception de la tête sont utilisés en cas de méningite). L'hygiène sexuelle est préconisée.

La diététique est essentielle, elle est d'ailleurs associée à tous les traitements.

Parmi les produits comestibles recommandés, on rencontre le riz, aliment de base, mais également l'orge, le blé, les lentilles brunes et rouges. Les cucurbitacées ont la première place au sein des légumes. Grenade, datte et citron sont les fruits dont la consommation est le plus souvent recommandée. Parmi les viandes, on apprécie surtout celle du daim, du coq, du bouc et du lièvre. En cas de diarrhée, le yaourt associé à de l'eau et du sel est conseillé [90].

4.6.1.5.2. Le traitement curatif

4.6.1.5.2.1. La thérapeutique médicale

Elle est à base de plantes, que l'on classe selon trois modes : leur saveur, leur nature chaude ou froide et le dosha qu'elles traitent.

Par exemple, en cas de diarrhée chez l'enfant, outre les mesures de réhydratation orale, il est prescrit 1 à 2 grs de musta (*Cyperus rotundus* ou souchet) mélangé à du miel.

A côté des plantes, on utilise également des médications d'origine animale comme l'urine et minérale à base de bitume ou de fer.

Les formes d'administration sont nombreuses et variées (poudres, infusions, décoctions, pilules etc.). Les préparations artisanales laissent maintenant la place au conditionnement moderne, que l'on trouve dans toutes les pharmacies et commerces de villages, vendu sans ordonnance.

Il existe une unité de fabrication au Népal, le Sing Durbar Vaidyaksama, mais la plupart des produits viennent d'Inde, augmentant encore la dépendance du Népal vis à vis de son grand voisin.

4.6.1.5.2.2. Les méthodes chirurgicales

On peut citer les interventions suivantes : incision, excision, scarification, ponction, drainage, sutures, interventions pour cataracte, taille périnéale pour extraction de calculs vésicaux, césarienne, etc..

4.6.1.6. Situation actuelle de la médecine ayurvédique au Népal

On recensait en 1990 170 *Kaviraj* et 59 *Vaidya* (médecins ayurvédiques) exerçant sous la tutelle du Ministère de la Santé dans les unités de soins ayurvédiques (*Ayurved Ausadhalayas*) ou à l'hôpital ayurvédique de Kathmandou (*Ayurved Chikitsalaya*). Une cinquantaine environ de praticiens exercent à titre privé. Il faut également tenir compte des guérisseurs locaux dont le nombre est estimé à 2000.

La formation des praticiens est de 3 ans après le SLC. Elle est sanctionnée par le "Certificat in Medical Science Traditionnal and General Medicine". Il existe un enseignement de la médecine ayurvédique à l'institut de médecine de Kathmandou, 85 médecins ont suivi cet enseignement depuis sa création en 1982 [117] [119] [120].

4.6.2. LA MEDECINE TIBETAINE

Autre système de médecine "traditionnelle", la médecine tibétaine reste très présente au Népal, principalement dans les régions Nord à fortes concentrations d'ethnies tibéto-birmanes et chez les réfugiés tibétains de la vallée de Kathmandou [1] [45] [48] [55] [58].

4.6.2.1. Les Origines

Les premiers ouvrages occidentaux concernant la médecine tibétaine sont attribués aux Père Ippolito Desideri qui vécut à Lhasa au début du XVIII^e siècle. Il note dans son journal [26] : "La médecine est la seule profession dont les membres soient qualifiés. Ils sont nombreux et excellents. Ils n'ont pas l'habitude de demander au malade comment il se porte ou ce dont il souffre, mais ils prennent d'abord un pouls, puis l'autre, puis les deux à la fois, avant de poser le diagnostic."

L'aspect que nous lui connaissons aujourd'hui s'est ébauché à partir du VII^e-VIII^e siècle grâce à la traduction de textes médicaux indiens et chinois essentiellement.

Il ne semble pas qu'il y ait eu auparavant de spécialités médicales indépendantes du domaine magico-religieux, la divination étant utilisée comme moyen diagnostique des maléfices à l'origine des maladies, l'exorcisme représentant la thérapeutique des maladies, reflets des colères divines, démoniaques et spirituelles.

La médecine tibétaine puise ses sources dans trois origines, indienne, chinoise et autochtone.

Les sources indiennes ont fourni l'essentiel de ses bases théoriques et, en partie, sa pratique. La médecine ayurvédique précédemment décrite, a été intégralement assimilée au point que l'on a pu parler d'Ayurvéda tibétain.

La médecine tibétaine ne doit à la Chine que l'examen du pouls, la moxibustion, et la correspondance fonctionnelle entre organes creux et organes pleins.

On doit aux sources autochtones l'examen des urines et les pratiques divinatoires exercées par une classe de prêtres, les bon-po, "spécialistes en rituel". On retrouve encore aujourd'hui ces pratiques chez les tantristes (sngags-pa) et chez certaines ethnies tibéto-birmanes de l'Himalaya.

4.6.2.2. Les Références

[33] [113]

L'ouvrage fondamental de la médecine tibétaine est le *Bdud-rtsi snying-po yan-lag brgyad-pa gsang-ba man-ngag gi rgyud*, "Traité de l'Instruction secrète aux huit branches, essence d'ambroisie"

Les huit branches dont parle le traité sont :

- les remèdes généraux pour le corps,
- le traitement des maladies de la femme,
- le traitement des maladies des enfants,
- le traitement des blessures,
- le traitement des empoisonnements,
- le traitement des maladies engendrés par les esprits,
- le traitement pour combattre le vieillissement,
- le traitement pour retrouver la fertilité.

Cet ouvrage est plus connu sous le nom de *Rgyud-bzhi* ("Quadruple Traité"). Accompagné son commentaire le *Vaidurya sngon-po* ("aigüe-marine") il se compose de quatre volumes :

- *Rtsa-ba'i rgyud* (Traité de Base), qui donne un résumé sommaire et synthétique de la science médicale.
- *Bshad-pa'i rgyud* (Traité Explicatif) exposant les théories générales sur l'anatomie, l'embryologie, la physiopathologie et la thérapeutique.
- *Man-ngag rgyud* (Traité des instructions), qui applique la physiopathologie, les signes cliniques et les indications thérapeutiques à chaque type de maladie.
- *Phyi-ma'i rgyud* (Traité Final) qui expose les techniques diagnostiques et thérapeutiques.

4.6.2.3. Caractéristiques Fondamentales

4.6.2.3.1. Notions d'anatomie

Les deux os des hanches sont semblables aux fondations d'un mur.

Les vertèbres sont comme des pièces de monnaie—or empilées.

Le vaisseau vital est semblable à une colonne en sardoine.

Le sternum est semblable à une poutre posée.

Les vingt—quatre côtes ressemblent à de belles solives...

La tête est semblable à un clocheton au sommet.

Les cinq ouvertures des sens sont telles des fenêtres qui font face...

Les mèches de cheveux sont semblables aux tuiles mâles et femelles en terre cuite...

Les parties supérieures et inférieure du tronc sont semblables aux deux étages des cours intérieures des maisons.

Le diaphragme est tel un rideau étendu.

Le coeur ressemble à un roi assis sur son trône.

Les cinq lobes pulmonaires mères sont semblables aux ministres des affaires intérieures.

Les cinq lobes pulmonaires fils ressemblent à des princes héritiers.

Le foie et la rate sont comme des reines première et seconde..

Les deux membres inférieurs ressemblent aux pierres dressées qui servent à descendre de cheval auprès de la porte .

Troisième chapitre du Bshad—pa'i rgyud

Les éléments sont associés à l'anatomie :

- au Feu correspond le coeur et l'intestin grêle,
- la Terre est associée à la rate et à l'estomac,
- l'Eau , au rein gauche et aux gonades,
- le Fer , au poumon et au colon,
- le Bois, au foie et à la vésicule biliaire.

On retrouve les mêmes métaphores dans la médecine chinoise. Outre les descriptions anatomiques classiques que nous connaissons, la médecine tibétaine fait apparaître certains concepts immatériels comme les canaux. On distingue quatre types de canaux :

- les canaux de vie (*tshe yi rtsa*), aux nombres de trois, "l'un parcourt en le pénétrant l'ensemble de la tête et du corps, l'autre accompagne le souffle, le troisième, semblable à l'âme, est errant" (Quatrième chapitre du Traité Explicatif). Ils représentent les voies de cheminement de la vie dans le corps.

- les canaux de genèse (*chag-pa'irtsa*) formés avant les autres lors de l'embryogenèse, ils sont aux nombres de trois.

- les canaux d'existence (*srid-pa'i rtsa*)

- les canaux de liaisons (*brel-ba'i rtsa*) représentant le système nerveux.

On rencontre également des points vulnérable (*gnyan-pa'ignad*), répartis selon 7 groupes en fonction de leur localisation : tendons et ligaments, organes pleins, organes creux, vaisseaux, chair, tissu adipeux et os. Au nombre de 302, ils correspondent aux "marman" de la médecine ayurvédique,

4.6.2.3.2. Le concept de la maladie

La maladie résulte de causes premières et de causes adjuvantes :

4.6.2.3.2.1. Les causes premières

Les causes premières (*rgyu*) sont subdivisées en causes lointaines et causes proches.

4.6.2.3.2.1.1. Les causes lointaines

Les facteurs pathogènes des maladies (*nad-gzhi*) sont au nombre de trois : pneuma, bile et phlegme. Les causes primaires sont également triples : désir, agressivité et obscurité mentale. Le traité explicatif fait trois comparaisons : comme un témoin le pneuma est indifférent et ambivalent, comme un agresseur la bile est l'élément actif et comme un agressé le phlegme est passif. Le pneuma assure dans le corps la fonction cinétique et motrice qui est celle du vent dans l'univers. La bile, associée au sang et à la chaleur corporelle, représente le feu organique, elle est de nature active, contrairement au phlegme qui lui, est de nature passive et est l'élément aqueux associés aux sérosités corporelles. En fait, la cause générale est l'ignorance (*avyadya*), qui ne permet pas d'accéder à l'éveil.

4.6.2.3.2.1.2. Les causes proches

Les causes proches sont dues au dérèglement des trois humeurs précédemment décrites. Le bouleversement de la bile provoque la combustion des tissus corporels, toutes les fièvres naissent de la bile. Le bouleversement du phlegme est responsable des maladies froides. *Le pneuma intervient dans les deux déséquilibres froid et chaud : "avec le soleil (bile) il favorise la combustion et avec la lune (phlegme) il favorise le froid, c'est pourquoi le pneuma est la cause de tous les déséquilibres pathologiques sans exception".*

4.6.2.3.2.2. Les causes adjuvantes

Les causes adjuvantes ou déclenchantes sont des "occasions de production" qui font intervenir l'alimentation, le mode de vie, la saison, l'habitat, les maléfices des mauvais esprits, les traitements erronés et les conséquences des mauvaises actions passées.

Les modifications présentées par les humeurs sous l'action de causes adjuvantes sont de trois sortes : accumulation (*gsog*), érection (*ldang*) et sédation (*zhi*).

Il est aisé de comprendre les désordre engendrés par l'accumulation de nourriture par exemple.

L'érection symbolise le déplacement de l'excédent d'humeur accumulée vers une voie anormale.

Lorsque les humeurs se sont apaisées sous l'effet de la diététique, du mode de vie, etc.. et quand elles se maintiennent en équilibre de façon physiologique au niveau de leur siège propre, on parle de sédation.

4.6.2.3.3. Sémiologie

Les notions de sémiologie sont en rapport étroit avec les bouleversements des humeurs, de leur accroissement et de leur diminution.

Ainsi, les symptômes d'accroissement du pneuma sont les suivants : amaigrissement, teint noir, frilosité, tremblement, vertiges, constipation, faiblesse musculaire, perte du sommeil et diminution de l'acuité des sens. La diminution du pneuma s'accompagne de difficultés aux efforts et de trouble de la mémoire.

4.6.2.3.4. Nosologie

La classification des maladies s'ordonne selon différents critères:

* Selon la cause de la maladie :

- Dues aux " facteurs pathogènes de la vie présente " , elles naissent de la rencontre de causes primaires et de causes déclenchantes. Elles sont traitées par les drogues, les interventions, la diététique et les rituels d'exorcisme.

- Dues à la " maturation du fruit des mauvaises actions passées, en ce cas, elles sont souvent mortelles et ne peuvent être enrayerées que par les dix pratiques vertueuses.

* En fonction de l'hôte (homme, femme, enfants, vieillard)

* En fonction des humeurs.

* En fonction des traits essentiels (déséquilibres isolés ou associés).

* En fonction de la topographie (corps, esprit).

* En fonction des "familles" (maladies internes, plaies, fièvres et affections diverses)

On distingue ainsi 404 types qui peuvent se présenter sous 4 formes :

- une maladie déterminée par les actes antérieurs, mortelle même si elle est traitée.

- une maladie due aux maléfices des mauvais esprits, à traiter par exorcisme.

- une maladie due aux facteurs due aux facteurs pathogènes de cette vie.

- une maladie apparente qui guérit spontanément.

On obtient ainsi un total de 1616 entités cliniques.

4.6.2.3.5. La démarche diagnostique

De la même manière que la vue d'une fumée permet de conclure à l'existence d'un feu dans la montagne, il faut diagnostiquer la maladie semblable au feu à partir des signes spécifiques semblables à la fumée.

Extrait du vingt-quatrième chapitre du Traité explicatif.

On rencontre trois méthodes d'investigations distinctes:

- Celle qui passe par la "mise en évidence du "facteur pathogène" (*nyes -pa dngos -su ston -pa 'i sgo nas brtag -pa*),

- celle qui utilise la feinte (*rgyu thabs ngan-gyo skyon can gyi sgo nas brtag-pa*) dans le but de plaire au malade ou de garder sa confiance,
- celle qui doit permettre de décider s'il faut entreprendre ou non le traitement (*spang-blang mu-bzhir phye nas brtag-pa*)

La mise en évidence du facteur pathogène fait appel à différents moyens :

- L'anamnèse doit permettre de retrouver les causes déclenchantes, la nature des troubles, leur localisation, leur circonstances d'apparition et leur horaires.
- L'inspection (*blta*) concerne les " dimensions, formes et couleurs ". Elle s'oriente en particulier sur la langue et les urines.
- La palpation concerne "le chaud, le froid, l'irrégulier et le lisse", la palpation du pouls est essentielle.

L'investigation qui "utilise la feinte"

Elle consiste à préserver le prestige du médecin en s'enquérant de la maladie auprès de tiers et établir ainsi un diagnostic avant de voir le patient. On peut s'enquérir des thérapeutiques déjà prescrites et de leur efficacité. Enfin, si le médecin ne peut établir un diagnostic précis, il doit prescrire une thérapeutique équilibrée, dénuée de nocivité ou encore utiliser des termes inconnus du patient, ainsi le prestige médical est sauf même en l'absence de diagnostic précis...

L'investigation permettant de décider de l'instauration ou non d'un traitement

Il y a des cas faciles à guérir (*gso-sla*), difficiles à guérir (*gso-dka'*), où le traitement n'est que palliatif (*gso-tsam*) et des cas à abandonner (*spang*). Ces derniers sont représentés par les malades haineux, qui ne suivent pas les conseils, etc., car on s'expose ainsi à l'échec et à la mauvaise réputation. On abandonne également les patients atteints de maladies mortelles ou porteurs de présage de mort imminente ou proche.

Nous décrirons deux techniques diagnostiques largement utilisées dans la médecine tibétaine, l'examen du pouls et celui des urines.

4.6.2.3.5.1. L'examen du pouls

[46] [114]

C'est un art qui obéit à des règles très précises :

La palpation du pouls doit être effectuée à l'aube, au moment où les aspects positifs et négatifs sont en équilibre harmonieux, par une personne (le médecin) en bonne santé. Il faut que la respiration du praticien et celle du patient soient libres.

Le pouls est pris au niveau de l'artère radiale de chaque poignet, on utilise l'index, le médus et l'annulaire, chaque doigt étant divisé en partie supérieure et inférieure, les trois doigts appliqués uniformément sans se toucher. Le médecin examine le pouls droit du malade avec sa main gauche et le pouls gauche avec sa main droite. On commence par le pouls gauche chez l'homme et droit chez la femme, en raison de la position de l'apex cardiaque.

Tableau 1 : Disposition des pouls chez l'homme.

POIGNET DROIT	POIGNET GAUCHE		
POUMON (à gauche chez la femme) COLON	COEUR (à droite chez la femme) GRELE	Rebord supérieur Rebord inférieur	INDEX
FOIE BILE	RATE ESTOMAC	Rebord supérieur Rebord inférieur	MEDIUS
REIN DROIT VESSIE	REIN GAUCHE BSAM-SE'U*	Rebord supérieur Rebord inférieur	ANNULAIRE

* : Pour les auteurs anglais, Bsam-se'u représente les vésicules séminales

4.6.2.3.5.2. Les différents pouls

On détermine ainsi 12 pouls (rtsa) : 6 pouls "de clarté" (gdags kyi rtsa) pour la zone supérieure, correspondant aux organes pleins et 6 pouls "d'ombre" (sribs kyi rtsa) pour les organes creux palpés par la partie inférieure du doigt.

Les pouls des sujets normaux sont de trois types :

- "mâle", ample et rude,
- "femelle", fin et rapide,
- "esprit d'Eveil" (*bodhisattva* pour les auteurs anglais), doux et souple.

4.6.2.3.5.3. Les variations du pouls

Il faut également considérer lors de la prise du pouls certains éléments comme les saisons, l'énergie cosmique des éléments et les différences entre organes creux et organes pleins.

Les textes médicaux tibétains parlent de 5 saisons de 72 jours chacune ; outre celles que nous connaissons, l'hiver, le printemps, l'été et l'automne, la cinquième saison est composée de 4 périodes de 18 jours s'intercalant entre les précédentes.

Au cours du printemps, le pouls hépatique de l'élément cosmique bois prédomine, il est fin et alerte. Lors de la saison de transition ,c'est au tour du pouls splénique de l'élément terre ; puis le pouls cardiaque de l'élément feu, ample et allongé, bat en été ; revient le pouls splénique pour la période intercalaire et en automne, le pouls pulmonaire associé à l'élément fer précède le pouls rénal de l'élément eau de l'hiver.

La prédominance du pouls d'un organe et d'un des 5 éléments en fonction des saisons est surtout utilisée pour les pratiques divinatoires. Il est fait mention d'autres aspects du pouls, pouls de l'ennemi, pouls de la femme enceinte, pouls de l'invité, pouls de l'ami, pouls des esprits démoniaques, etc...Ces nombreuses techniques de prise du pouls aident au diagnostic des maléfices des mauvais esprits et à la recherche des présages de mort.

En pratique, le pouls du malade doit battre normalement 5 fois pendant 1 cycle respiratoire du médecin, l'augmentation de fréquence traduit une maladie chaude (fièvre), la diminution, une maladie froide.

Les pouls pathologiques

Le pouls des maladies chaudes est fort, amplifié, rapide et dur, celui des maladies froides est faible, lent, et flasque. Il existe des pouls spécifiques qui permettent de diagnostiquer la nature de l'affection et la localisation de la maladie : le pouls du pneuma en déséquilibre est dépressible et intermittent, celui de la bile est mince et resserré et le pouls du phlegme est noyé et trainant. Ainsi, les pouls révèlent beaucoup dans la compréhension des maladies et leur substrat physique, émotionnel et spirituel. Comme le souligne le Traité explicatif, celui qui a assimilé le pouls deviendra un médecin compétent .

La prise du pouls peut-être considéré comme un emprunt à la médecine chinoise mais l'autre méthode de diagnostic, l'examen des urines, n'a pas d'équivalent.

4.6.2.4. L'examen des urines

4.6.2.4.1. Technique

Comme pour l'examen du pouls, l'examen des urines requiert plusieurs années d'études pour un praticien tibétain. Cet examen nécessite une bonne diététique du malade (éviter de prendre des aliments ou boissons colorants les urines la veille de l'examen etc.). Les urines sont recueillies de préférence dans une tasse en porcelaine blanche [47].

L'examen se pratique à trois stades chronologiques :

- immédiatement après la miction, on observe la couleur, les vapeurs, l'odeur et les bulles,
- lorsque l'odeur disparaît, le sédiment et le surnageant sont examinés, ("albumin and chyle" pour les traductions anglaises),
- au stade du refroidissement des urines, on note leur caractéristiques.

4.6.2.4.2. Les urines normales

Les urines normales sont de couleur jaune-pâle "comme du beurre frais fondu provenant du yak". Elles sont bleutée "comme l'eau d'un lac" en cas de tempérament à prédominance de pneuma et chez la femme enceinte. Les vapeurs ne sont ni trop intenses, ni trop faibles et persistent pendant une durée correcte, ni trop longue ni trop courte. La taille des bulles est moyenne. Lorsque l'odeur se dissipe, le sédiment qui apparaît est de densité moyenne, réparti de manière homogène et de couleur bleu-jaune. Le surnageant doit être semblable à "celui d'un point d'eau en été non troublé par le vent".

4.6.2.4.3. Les urines pathologiques

Un déséquilibre du pneuma se traduit par des urines bleu-clair, comme de l'eau de roche, avec des bulles également bleutées, larges. Le sédiment a l'aspect de poils de chèvre.

Un désordre de la bile entraîne une urine jaune-orangée, les bulles de même couleurs sont fines, le sédiment ressemble à des brins de laine.

Une urine d'aspect laiteux traduit un désordre du phlegme, les bulles sont stables et le sédiment est difficilement visible.

En cas de maladie chaude, l'odeur est nauséabonde, les vapeurs sont importantes en rapport avec l'intensité de la fièvre, le sédiment est épais et après le refroidissement les urines sont épaisses. Les maladies froides se manifestent par une odeur faible, peu de vapeurs, un surnageant fin et des urines fluides après refroidissement.

A partir de l'examen des urines, on peut cerner les présages de mort et élaborer des pratiques divinatoires.

4.6.2.5. Thérapeutique

4.6.2.5.1. Les principes

"Bien que les techniques thérapeutiques soient innombrables, cela revient à tirer une flèche dans l'obscurité, si les principes thérapeutiques font défaut".

Extrait du vingt-septième chapitre du Traité Explicatif.

Ces principes sont les suivants :

- Il faut traiter l'humeur pathogène au moment où elle s'accumule en son propre siège et avant qu'elle ne s'érige, sans nuire aux autres humeurs.
- Il faut "apaiser" au stade de l'accumulation et "évacuer" lorsque l'humeur s'est érigée.
- Les drogues peuvent être administrées selon différents modes : à jeun, avant les repas, après les repas, etc., en fonction de la maladie à traiter.
- Lorsque l'humeur est apaisée, il faut interrompre le traitement pour éviter les maladies iatrogènes.

4.6.2.5.2. Les moyens thérapeutiques

Ils font intervenir les modes de vie, la diététique, les médicaments et les interventions [10] [76] [101].

4.6.2.5.2.1. Les modes de vie

Outre les conseils généraux sur le sommeil, l'activité physique, l'hygiène sexuelle, etc., la médecine tibétaine insiste sur les changements à apporter dans notre vie selon les saisons. Importée de l'Inde, cette théorie sur le mode de vie saisonnier, véritable médecine préventive, a été adapté aux conditions climatiques du Tibet et de l'Himalaya.

4.6.2.5.2.2. La diététique

Elle fait intervenir la connaissance des catégories alimentaires, des préceptes quant aux aliments "incompatibles" et la mesure correcte de nourriture à prendre.

Les effets des différents aliments sur les trois humeurs sont abondamment détaillés : "le blé est vivifiant et élimine la bile et le phlegme...Les pois lèvent les obstacles des canaux...et coupent les diarrhées....Le beurre frais est aphrodisiaque et guérit les fièvres biliaires. Le beurre rance guérit les troubles du comportement et de la mémoire ainsi que les pertes de connaissances..".

4.6.2.5.2.3. Les médicaments

L'activité des drogues est expliquée par trois sortes d'agents :

- Les saveurs de bases : le sucré, l'acide, le salé, l'amer, l'astringent et l'épicé.
- Les saveurs "post-digestives".
- Les potentialités : lourd, léger, onctueux, âpre, froid, chaud, émoussé et incisif.

Les médicaments se répartissent en 8 groupes :

- Les matières précieuses médicinales.
- Les terres médicinales.
- Les pierres médicinales
- Les essences médicinales.
- Les médecines thang .
- Les drogues tirées des arbres.

- Les simples.
- Les drogues tirées des êtres vivants.

On distingue également les médicaments qui apaisent et ceux qui évacuent. Le Traité Final donne les formules de préparation magistrale contenant une drogue de base prédominante donnant son nom à la formule et une drogue adjuvante qui combat les effets secondaires de la drogue principale. Le mode d'administration est également précisé.

4.6.2.5.2.4. Les interventions

Elles regroupent tous les gestes thérapeutiques externes :

La saignée, qui est précédée de l'administration de décoctions pendant 3 à 5 jours pour "mûrir ce qui est cru et séparer le sang normal du sang pathologique". Il existe 79 points de saignée.

La moxibustion consiste à faire brûler, en différents points du corps (il en existe 71), de petits cônes faits de feuilles sèches de *Gerbera*. Chaque point a une indication thérapeutique, comme dans la théorie de l'acupuncture.

Les applications externes sont constituées de pansement humide, de pierre, de cataplasme, de brique chauffée, etc...

Dans les régions où se situent des sources chaudes naturelles ou des eaux thermales, on a recours aux bains médicaux.

Les interventions chirurgicales consistent essentiellement à inciser des abcès et extraire des corps étrangers.

4.6.2.5.2.5. Les thérapeutiques non médicales

Employées isolément ou en association avec des thérapeutiques proprement médicales, elles sont nombreuses et davantage utilisées dans la médecine populaire de campagne que dans la médecine traditionnelle savante.

En cas de maladies résultant de mauvaises actions passées, il faut pratiquer les vertus, visiter les lieux saints, lire ou faire réciter les livres saints, etc..Les exorcismes sont pratiqués en cas de maléfices des mauvais esprits [66].

4.6.2.5.3. Le thérapeute

Le médecin idéal doit répondre à "six exigences primordiales" : posséder de vastes connaissances, présenter un esprit pur d'Être voué à l'Eveil qui se consacre au bien de toutes les créatures, être tenu par des liens de consécration, posséder une certaine adresse de corps, de parole et d'esprit, être assidu à la tâche et se conformer aux coutumes de ce monde tout en pratiquant la Noble Loi religieuse.

L'enseignement médical peut être obtenu de deux manières : auprès d'un médecin "installé" qui transmet son savoir ou en allant étudier soit au Tibet mais plus fréquemment maintenant au Tibetan Medical Center, fondé à Dharamsala en Inde par le Dalai Lama en exil. Il n'existe pas au Népal de centre d'enseignement où cette médecine est dispensée.

Les amchis (praticiens de médecine tibétaine) au nombre d'une vingtaine au Népal sont très respectés par la population qui leur témoignent une grande confiance. Mais les formes de l'exercice de cette médecine sont très variables : les différences sont importantes entre le guérisseur du village et le moine éduqué et savant. Les amchis sont des praticiens très expérimentés, ils sont souvent considérés comme des êtres réincarnés.

Il existe d'autres guérisseurs d'orthodoxie bouddhiste [1]:

- les rimpoches, religieux bouddhistes résidant dans les monastères,
- les gyeshis, enseignants religieux.

Rimpoches et gyeshis sont considérés par les tibétains comme des êtres réincarnés.

- Les thawa-lokpu, moines défroqués qui vivent dans les villages et sont généralement mariés,
- les thawas, moines vivants seuls en dehors du monastère.

Les thawas et Thawas-lokpu ne sont pas assimilés à des êtres réincarnés.

On rencontre également des guérisseurs de tradition chamanisme : les lawas, minungs et da-log mas. Ils se différencient entre eux par leur pouvoir magiques plus ou moins importants. Ils s'apparentent aux jhankris.

4.6.3. La médecine des Jhankris

[15] [49]

Le Jhankri est le guérisseur traditionnel que l'on rencontre sur l'ensemble du pays, il intéresse toutes les castes et la très grande majorité des ethnies. Leur nombre est estimé à environ 400 000 [72]. Cette médecine traditionnelle est un mélange des deux médecines décrites précédemment et de croyance populaire. En plus du domaine médical stricte, le guérisseur jhankri soigne le malheur, s'occupe des problèmes de fécondité, de la réussite en affaire. L'aspect magico religieux est prépondérant [89].

4.6.3.1. Qu'est ce qu'un Jhankri ?

Il s'agit généralement d'un habitant du village souvent un agriculteur, le jhankri ne pouvant vivre de ses seuls pouvoirs. Le mot jhankri provient du terme tamang "Jhagre" désignant celui qui a laissé pousser ses cheveux. C'est un être capable de rentrer en transe. durant cet état, des voix parlent à travers son corps et lui permettent de diagnostiquer le trouble et parfois de le traiter, de donner des conseils pour le futur, de clarifier des faits actuels à la lumière d'événements passés. Il est, par conséquent, à la fois un intermédiaire privilégié entre les esprits et les hommes, entre le passé, le présent et l'avenir.

On distingue plusieurs jhankris :

– Les intercesseurs de "grandes traditions", ils exercent à l'Est et au centre du Népal , ils prédominent chez les ethnies tibéto–birmanes, ce sont les jhankris proprement dits. Ils incorporent une divinité de façon volontaire et la maîtrisent, ils ne choisissent pas le moment de leur possession, celle–ci se déroulant surtout lors des invocations au cours d'assemblée villageoise.

– Les médiums, (dhamis), rencontrés dans l'Ouest et le Sud chez les groupes de hautes castes. Au contraire des précédents, ils sont choisis par une divinité dont ils sont l'expression de la puissance.

Au sein d'une même ethnie, la fonction du jhankri peut être très spécialisée comme en attestent celle des guérisseurs chez les Limbus. On y distingue en effet le Yeba qui se consacre aux maladies liés à un esprit maléfique ou à une sorcière, le Sambu, spécialiste des prières (*mantra*), le Mangba, qui s'attache plus précisément aux maladies dues aux esprits de gens décédés de mort violente et le Phedangma dont la fonction est plutôt généraliste. Dans d'autres tribus, le jhankri ne s'adonne plus qu'à une seule activité, comme par exemple, la présidence des rites funéraires.

4.6.3.2. La formation du Jhankri

On ne choisit pas d'être choisit jhankri, il faut plutôt parler d'élection divine. Celle-ci intervient sous deux aspect :

– les crises répétées : il s'agit d'un enfant pris subitement de tremblements et d'altération de la conscience. Le jhankri, consulté par la famille, saura distinguer l'appel divin des crises convulsives, de l'hystérie. L'enfant suivra un apprentissage auprès d'un maître terrestre.

– le rapt : le futur jhankri est enlevé par une divinité qui commencera son apprentissage généralement en un lieu isolé comme une grotte. Cet apprentissage par le maître divin (*deûta gîr*) est suivi par une formation auprès d'un maître terrestre (*mantche gîr*).

La durée de l'apprentissage est variable de plusieurs mois à quelques années au cours desquels l'élève apprendra à maîtriser les rites sacrés, les mantras et à contrôler les divinités.

Cet apprentissage étant strictement oral, il n'existe aucun document à notre connaissance permettant de le décrire.

4.6.3.3. La conception de la maladie

Pour le jhankri, la maladie peut avoir comme origine des causes naturelles et des causes surnaturelles. Ces dernières relevant de plusieurs actions :

– soit de l'action d'entités non humaines : divinités neutres ou bienveillantes offensées par un culte mal rendu, démon ou mauvais esprit (*lagu*), âmes errantes (*bayu*). Les mauvais esprits apparaissent lorsque la mort survient dans des circonstances particulières : mort violente, rites funéraires non pratiqués etc... La conversion d'un esprit en un esprit maléfique n'est cependant pas inéluctable, le jhankri pouvant empêcher cette transformation maléfique.

– soit de l'action d'entités humaines comme les sorcières (*boksi*), ce sont des femmes exclusivement, connues du village, elles sont craintes de tous. Elles ne peuvent déclencher directement la maladie mais elles aggravent un trouble préexistant. Elles jettent un sort soit en touchant la victime mais plus fréquemment en lançant un regard sur la nourriture du futur malade.

– soit d'un déséquilibre astrologique (mauvais alignement des planètes par exemple).

La rupture d'équilibre dans l'alimentation est également à l'origine de troubles. L'excès d'aliments chauds (*garni*) ou d'aliments froids (*sardi*) entraînant l'apparition d'une maladie chaude ou froide.

4.6.3.4. La démarche diagnostique

Outre l'interrogatoire portant sur les habitudes alimentaires du patient et l'anamnèse, le jhankri pratique un examen clinique sommaire (examen des yeux et de la face) qu'il conclura par la prise du pouls selon des méthodes sensiblement identiques à celles pratiquées par le praticien tibétain.

Les aides essentielles pour le diagnostic sont surtout la pratique de la divination et de la possession divine [66].

4.6.3.4.1. La divination

Elle permet d'apprécier la gravité d'une maladie et d'en préciser la cause. On distingue plusieurs pratiques divinatoires parmi lesquelles :

– la répartition des grains de riz sur une assiette : le jhankri répartit les grains en plusieurs groupes puis les divise progressivement pour aboutir selon les cas à un nombre pair (maladie bénigne) ou impair (maladie grave),

– la lecture des mains, en particulier des articulations inter-phalangiennes.

4.6.3.4.2. La possession divine

C'est la méthode la plus utilisée. Il s'agit d'une véritable cérémonie rituelle au cours de laquelle le jhankri est possédé par une divinité et entame alors un dialogue avec le patient afin d'orienter le diagnostic et d'établir le traitement.

A côté de cette forme de possession dite tutélaire où le jhankri reçoit l'appel divin, le domine et le ritualise, il existe une seconde forme appelée oraculaire, où le jhankri provoque la possession d'une personne de l'entourage se faisant alors l'interprète divin. Cette forme est pratiquée par les médiums. La fin de la cérémonie est généralement marquée par un sacrifice (coq, chèvre...)

4.6.3.5. Les moyens thérapeutiques

4.6.3.5.1. Les moyens curatifs

4.6.3.5.1.1. Méthodes surnaturelles

* L'exorcisme : il est souvent pratiqué en première intention chez les personnes possédées par un esprit. Le jhankri récite les prières (mantra) qu'il associe ou non à des moyens de transfert et de capture de l'esprit en utilisant parfois une effigie du patient.

* Le détournement : il consiste à apaiser l'esprit maléfique par des offrandes. La nature des offrandes est fonction de la maladie en cause et de l'ethnie du patient. Si l'offrande ne peut être effectué, l'esprit mécontent s'en prendra au jhankri qu'il rendra malade.[30] :

4.6.3.5.1.2. Méthodes naturelles

Elles font appel aux plantes. On utilise par exemple[10] :

- comme antipyrétique l'écorce de bel (*Aegle marmelos* Corr.).
- comme antitussif le fruit de l'harro (*Terminalia chebula* Retz. connu en France sous le nom de myrobalan).

Certains aliments passent pour avoir des vertus thérapeutiques en particulier les oeufs, la viande et les aliments riches en beurre que le jhankri recommande en cas d'altération de l'état général.

Quant à la prévention des rechutes, le port d'amulette, le respect des règles d'hygiène alimentaire et l'observation stricte des rites mettent, en principe, le malade à l'abri d'une nouvelle émergence d'une âme errante.

4.6.4. Intégration des praticiens traditionnels dans le système de soins

L'utilisation concurrente ou en série de systèmes de soins différents semble être une caractéristique propre aux sociétés en transition des pays en voie de développement.

Pour l'agent de développement, le problème est de savoir comment intégrer des idées modernes dans le système villageois. Or, pour les villageois, ce processus a déjà commencé. La politique de développement dissocie les deux types de médecine en terme de concept alors que dans le quotidien, les gens font se rejoindre les deux. Aux yeux des habitants, les pratiques des jhankris, amchis et médecins se recouvrent et ne sont pas opposées entre elles. Il n'est pas étonnant de les voir associer facilement médecine occidentale et pratiques traditionnelles. En conjuguant les deux médecines, le malade espère des réponses complémentaires à un besoin global qu'aucunes d'elles ne peut entièrement satisfaire isolément [31].

Deux des principaux obstacles au développement des soins de santé primaire dans les pays du Tiers Monde sont le coût et le manque d'un personnel qualifié. Au Népal, comme dans d'autres pays, les praticiens traditionnels sont nombreux et bien intégrés dans la communauté. Plus de 90 p.cent des népalais vont consulter le Jhankri avant d'aller au dispensaire. A partir de cet état de fait le gouvernement népalais a décidé d'enseigner les soins de santé primaire aux Jhankris [36].

Les Jhankris comme agents de santé communautaire présente certains avantages. Ils sont bien établis et respectés dans la communauté rurale. Présents en grand nombre dans tout le pays, ils sont aisément accessibles. Ils sont généralement motivés et moins vulnérables aux changements de politique. De plus, il ne sont pas rémunérés par le gouvernement, vivant d'offrandes et dons, cet aspect n'a pas échappé aux dirigeants. Il est trop tôt pour connaître l'impact réel sur l'état sanitaire des régions où les jhankris ont été formés, le programme n'ayant débuté qu'en 1988. Néanmoins, on peut espérer un résultat bénéfique sur certaines habitudes sanitaires.

4.6.5. Conceptions traditionnelles de la santé

4.6.5.1. L'hygiène

Aux yeux d'un occidental, l'hygiène du Népalais est déplorable. On ne trouve généralement pas de toilettes dans les villages, une portion infime de la population dispose de l'eau potable et peu de gens se lavent quotidiennement [17].

Il convient de nuancer ce jugement par quelques remarques. La conception de la nature de l'eau est toute différente de celle d'un occidental. tout ce qui est dissous dans l'eau est purifié. A la notion de propreté (eau filtrée) s'ajoute celle de pureté (eau de source) qui prime très souvent sur la première. Une eau sale n'est pas nécessairement impure et inversement.

Les habitudes de défécation sont, quant à elles, une manifestation culturelle de la suprématie des idées religieuses et non un problème de contingence matérielle. Boire de l'eau bouillie et laver la nourriture avec de l'eau propre (bouillie) sont par contre une question économique dépendant de la possibilité de se procurer du bois ou non [12].

4.6.5.2. L'accouchement et la période post-natale

L'accouchement se déroule habillée, en position accroupie. Seules les femmes ayant déjà accouché ont le droit d'y assister. Une matrone (*sureni*) fait parfois office de sage-femme.

En cas de retard d'expulsion, la matrone entreprend avec de l'huile un massage de l'abdomen. Dans le Téraï, on accroche de façon symbolique un ticket de chemin de fer au cou de la parturiente pour hâter l'expulsion [77].

Le cordon ombilical est coupé le premier jour chez les Brahmanes et les Chétris, le troisième ou quatrième jour chez les Newar et les autres, au moyen d'un couteau, d'une lame de rasoir ou d'un cheveu de la mère.

En cas de retard de délivrance, on essaie de faire vomir la femme par diverses méthodes, il est interdit d'introduire la main dans l'utérus sous peine d'être frappé d'impureté.

Le maniement du placenta tient une place primordiale au moment de l'accouchement. On l'enterre toujours le plus vite possible pour ne pas l'exposer au regard d'une éventuelle sorcière qui nuirait à la santé de l'enfant..

On porte l'enfant dès que possible au sein de sa mère après l'avoir lavé et massé à l'huile. La mère est également massée à l'huile et non lavée à l'eau car pendant la période des couches, la mère est considérée "souillée", donc impure. La période d'impureté s'achève par la cérémonie de l'imposition du nom de l'enfant (*nwaran*).

4.6.5.3. Les soins apportés à l'enfant

4.6.5.3.1. La nutrition

Les enfants sont nourris au sein jusqu'à l'âge de six mois pour les garçons et cinq mois pour les filles. Passé ce cap, on introduit une bouillie composée de farine de riz, de beurre et d'eau ou de lait. Le changement dans l'alimentation est l'objet d'une cérémonie religieuse (*pasni*) [123]

4.6.5.3.2. Le massage à l'huile

Les mères y attachent une valeur essentielle dans les soins apportés à leur enfant. Elles enduisent le corps de l'enfant d'huile de moutarde après l'avoir auparavant lavé à l'eau. Puis elles le massent en s'attardant plus particulièrement sur le visage, les fontanelles et les membres. Quelques gouttes sont versées dans les yeux et les oreilles, puis l'enfant est exposé au soleil.

De multiples vertus sont attribuées à ce massage. Il faciliterait la transition de la vie intra-utérine à la vie extérieure, le développement psycho-moteur de l'enfant et sa protection contre les piqûres et les infections fongiques. On lui confère également un rôle nutritionnel notamment par le dépôt d'huile au niveau des fontanelles [79].

4.6.5.3.3. L'application de gajal

Le *gajal* est une forme de khôl que l'on applique sur les cils et les paupières des enfants. Il s'agit d'un produit gras fabriqué à base de plantes douées de vertus antiseptiques. Les ingrédients sont les suivants : graines de *Cinnamomum Camphora*, graines de *Foeniculum Vulgare*, fleurs séchées de *Thymus sp.* et bourgeons de *Caryophyllus Aromaticus*.

On mélange ensuite l'ensemble à l'huile de moutarde et on l'enroule dans un tissu que l'on place dans un récipient et on recouvre d'un couvercle. On y met le feu puis on recueille la suie déposée sur le couvercle.

En dehors de sa valeur décorative, ce khôl préviendrait les enfants d'infections oculaires et protégerait les yeux du froid et des mauvais regards [6].

5. L'ETAT SANITAIRE DU NEPAL

5.1. GENERALITES

[118] [119] [121]

Les chiffres cités ne constituent qu'un reflet de la réalité médicale au Népal en raison du peu de fiabilité des données statistiques népalaises.

Le profil épidémiologique du Népal est celui des pays en voie de développement à faible niveau d'hygiène et de médicalisation.

Tableau 2 : Principales caractéristiques épidémiologiques

Taux de natalité : 41,6 pour mille en 1988. (France : 12 pour mille)
Taux de mortalité infantile : 105,3 pour mille en 1987 (France : 7,8 pour mille)
Taux de mortalité : 15 pour mille en 1988. (France : 10 pour mille)
Espérance de vie à la naissance en 1988 : 53 ans (France : 76 ans)
Taux de fécondité : 6,8. (France : 1,8)

Les changements significatifs survenus au cours des trente dernières années ont amené une diminution de la mortalité infantile au Népal, le taux passant de 206 décès pour mille naissances en 1960 à environ 113 décès pour mille naissances en 1984. Cependant, il faut relativiser ce chiffre, moins de 5 p.cent des naissances se déroulant en milieu sanitaire [72]. De même, la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans est passé de 300 pour mille en 1960 à environ 165 pour mille en 1984 [116] [123].(figure 9, 10 11 et 12).

FIGURE 9
L'ESPERANCE DE VIE

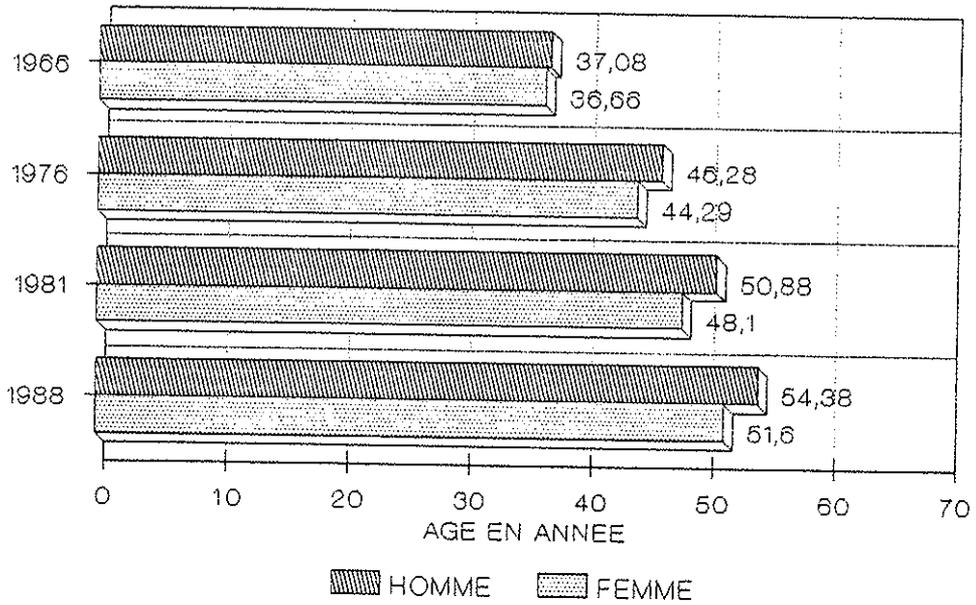
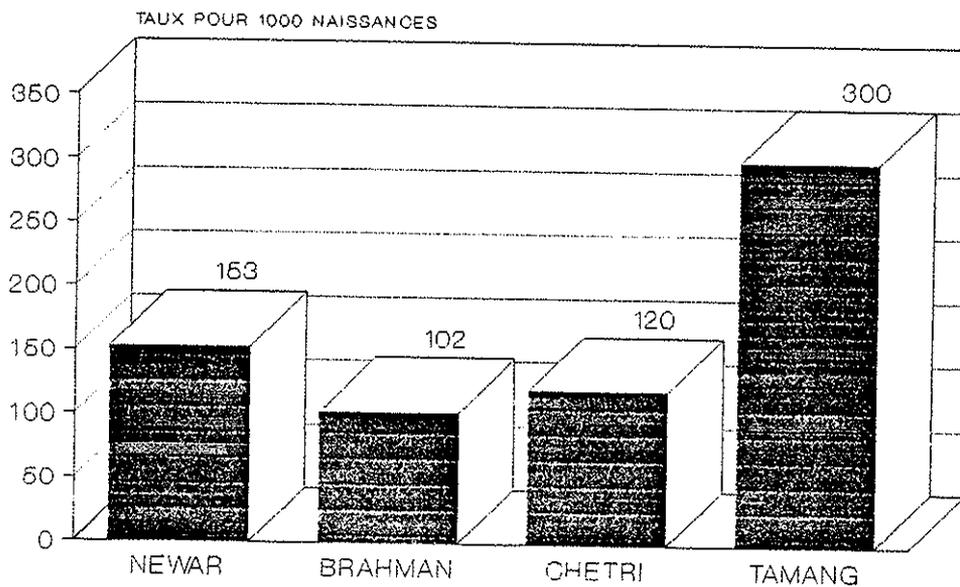
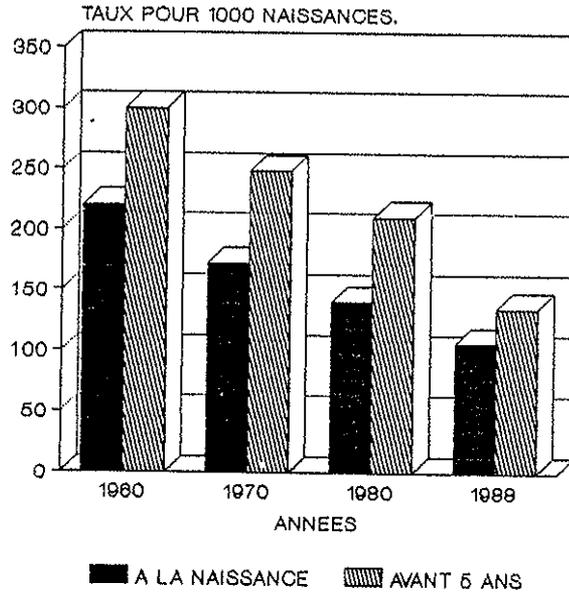


FIGURE 10
MORTALITE INFANTILE
ESTIMATION PAR PRINCIPALES ETHNIES



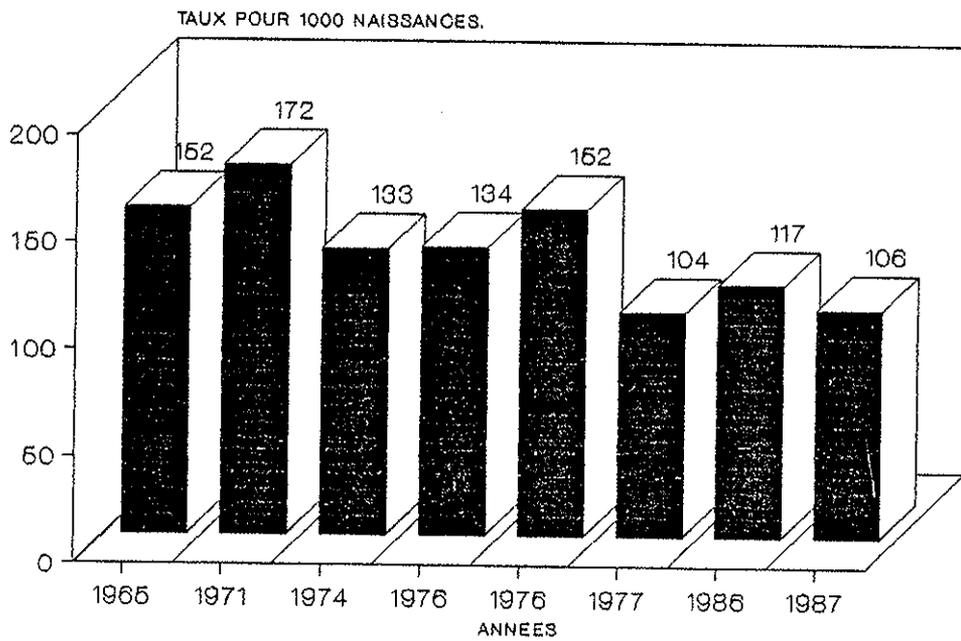
SOURCE : UNICEF/WHO. Nutrition support programme in Nepal, 1982.

**FIGURE 11
MORTALITE INFANTILE**



SOURCE : Central Bureau of
Statistic, Demographic Sample
Survey, 1988.

**FIGURE 12
MORTALITE PERINATALE
EVOLUTION SUR 20 ANS**



Plusieurs facteurs apparaissent influencer cette tendance. Le contrôle des fléaux comme le paludisme et la variole depuis vingt ans ont contribué au déclin général de la mortalité. L'amélioration des communications, une alphabétisation accrue ont facilité l'accessibilité des soins à une plus large couche de la population. En règle générale, les parents se sentent plus responsables de la santé de leurs enfants et hésitent moins à aller consulter au dispensaire. Néanmoins, les chiffres cités, même si ils témoignent d'une nette amélioration, révèlent combien les objectifs gouvernementaux sont loin d'être atteints.

5.2. LES PATHOLOGIES RENCONTREES.

5.2.1. Maladies infectieuses et parasitaires

5.2.1.1. Tuberculose

5.2.1.1.1. Généralités

Considérée comme un des fléaux nationaux, la prévalence de l'infection tuberculeuse serait de 1,6 p.cent (1 p. mille dans sa localisation pulmonaire). L'incidence annuelle est comprise entre 1,5 et 3,8 ce qui correspond à environ 18 000 nouveaux cas par an. En 1980, la conversion des crachats était obtenue dans 35 p.cent des cas. Or pour obtenir une diminution de l'incidence, il faudrait une conversion de 66 p.cent [119].

Soixante quatre pour cent des méningites diagnostiquées au Kanti Hospital (hôpital pédiatrique de Kathmandou) sont d'origine tuberculeuse. Le programme gouvernemental, TB.C.P. (Tuberculosis Control Programme), débuté en 1965 et financé par l'aide internationale, espérait atteindre une couverture vaccinale par le B.C.G. de l'ordre de 100 p.cent chez les enfants de moins de 15 ans en 1987. Malgré les efforts entrepris et l'intégration dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV ou EPI: Expanded Program of Immunizations), environ 75 p.cent des enfants étaient vaccinés en 1990 dans les districts concernés.

Outre le TBSP, plusieurs ONG participent à la lutte contre la tuberculose (British Nepal Medical Trust, Nepal Red Cross Society, Nepal Anti TB Association et l'United Mission Nepal) [117].

5.2.1.1.2. Le Dépistage

La recherche active de nouveaux cas (active case finding) a été abandonnée au profit de la recherche passive (passive case finding) qui consiste à n'entreprendre les investigations qu'après consultation du patient, ceci en raison de son moindre coût. Par cette méthode, on a montré que 53 p.cent des sujets diagnostiqués étaient des sujets infectants [16].

5.2.1.1.3. Le diagnostic

– le diagnostic de la tuberculose pulmonaire repose, au Népal, sur la mise en évidence de bacilles de Koch dans les crachats. Cette recherche est effectuée chez les sujets présentant depuis plus d'un mois une toux, une fièvre inexpliquée, une hémoptysie ou une douleur thoracique. Cet examen peut être pratiqué dans un dispensaire disposant d'un microscope et d'un personnel entraîné, les lames pouvant être contrôlées par la suite par un technicien qualifié [16].

– Le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire est établi sur la constatation d'adénopathies chroniques suppurées généralement cervicales, sur l'absence de réponse à un traitement antibiotique et sur la notion de contact.

– Le diagnostic de la tuberculose extra-pulmonaire ne peut se faire qu'en milieu hospitalier

5.2.1.1.4. Le traitement

Le ministère de la santé népalais et le TB.C.P. préconise le traitement suivant [43] :

- streptomycine I.M. pendant 2 à 3 mois aux doses de 1 g/j chez l'adulte et de 30 mg/kg/j chez l'enfant, 6 jours sur 7.
- RDZ forte : isoniazide per os 300 mg et thiacétazone per os 150 mg.

La thiacétazone est remplacée par l'éthionamide en cas d'effets indésirables ou d'accidents allergiques

Ce traitement est prescrit aux patients à exploration négative pendant 12 mois et aux localisations extrapulmonaires pendant 18 mois

En dehors du traitement népalais standard, le protocole suivant a été préconisé par l'International Union Against Tuberculosis :

- streptomycine 1 g.I.M. pendant 2 mois
- rifinah : rifampicine 150 mg per os et isoniazide 300 mg per os pendant 6 mois
- pyrazinamide 500 mg per os pendant 2 mois aux doses de 30 mg/kg/j chez l'adulte et de 20 mg/kg/j chez l'enfant.

Ce traitement est prescrit aux patients à expectoration positive ou en cas de rechutes.

Si l'on peut espérer une meilleur observance de ce traitement en raison de sa moindre durée, on peut craindre que son coût de 13 fois supérieur à la chimiothérapie standard n'en limite sérieusement l'efficacité pratique.

Le suivi est assuré par la lecture des lames tous les deux mois. Au total, on dépiste actuellement 21 p. cent des tuberculeux infectants, dont un quart environ poursuivent le traitement jusqu'au bout, traitement efficace dans 85 à 90 p. cent des cas.

5.2.1.2. Lèpre

Il est difficile d'en saisir la prévalence exacte car elle reste dans de nombreuses régions une maladie cachée [69]. Le "Leprosy Control Project" l'estime autour de 1,7 pour 1000 [4], la prévalence pouvant atteindre le taux de 5 pour 1000 dans les régions d'hyper-endémie [68]. Sur un total de plus de 52 000 cas déclarés en 1986, 30 p. cent des patients étant atteint de la forme multibacillaire Environ 28 000 patients sont traités actuellement dont 3 p.cent sont des enfants de moins de 14 ans [123]. On recense le plus grand nombre cas déclarés dans la région centrale, en particulier au Térai [119]. La dapsone (Diamino-Diphenyl-Sulfon ou DDS) n'est utilisée seule que dans les formes paucibacillaires, les formes plus graves relevant d'une polychimiothérapie associant dapsone, rifampicine et clofazimine pendant 24 à 48 mois [53] [107]. Ce traitement n'est malheureusement guère disponible en dehors des hôpitaux de Kathmandou.

5.2.1.3. Gastro-entérites et diarrhées.

Elles représentent la première cause de décès chez les enfants de 1 à 4 ans (46 p. cent selon un rapport de 1987 de l'OMS). En 1985, on estimait à 17 millions les cas de diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans, responsable de plus de 40 000 décès. La faible accessibilité à l'eau potable [21] (80 p. cent des analyses effectuées sur le réseau d'eau de Kathmandou sont impropres à la consommation [90]), la promiscuité dans les maisons et la méconnaissance de la réhydratation expliquent l'importance, le caractère épidémique et la fréquence des décès par déshydratation des diarrhées. Elles contribuent amplement par ailleurs à la malnutrition des enfants. Une étude réalisée en 1987 [95] dans le district de Baitadi (extrême ouest du pays) révèle que seulement 22 p. cent des personnes interrogées connaissent le principe de la réhydratation orale type OMS [125] (NaCl 2,5 g, Bicarbonates 2,5 g, KCl 1,5 g, Glucose 20 g, le tout à diluer dans un litre d'eau bouillie) vendu sous le nom de JEEVAN JAL (littéralement : eau vitale) ou la préparation domestique d'une solution appelée nūm-tchini-pani (sel-sucré-eau) ou aousadi pani (eau médicament) composé d'une poignée de sucre, d'une pincée de sel et d'une pincée de bicarbonate de soude (utilisé dans la fabrication de pâtisseries) diluées dans une mana (580 ml) d'eau [2] [67] [96].

5.2.1.4. Rougeole

Touchant principalement les enfants de moins de 4 ans, de milieu socio-économique faible, sa prévalence varie suivant les régions : 524 pour 1000 dans la région des collines, 124 pour 1000 dans la vallée de Kathmandou et 65 pour 1000 dans les montagnes. La morbidité est environ de 10 p. cent. La rougeole est responsable de 24 p. cent des décès survenant chez les enfants de moins de 14 ans [123].

5.2.1.5. Tétanos Coqueluche Diphtérie Variole

Le tétanos est responsable de 4 p. cent des décès des enfants de moins de 4 ans. La diphtérie et la coqueluche n'ont qu'une faible incidence sur les problèmes de santé au Népal.

La variole a été complètement éradiquée depuis une quinzaine d'années mais les séquelles sur la population permettent de juger de son importance antérieure [119] [123].

5.2.1.6. Poliomyélite

Sa prévalence est difficile à déterminer, mais c'est la cause la plus fréquente d'infirmité, ce qui n'est guère surprenant puisque la vaccination orale n'a débuté au Népal qu'en 1985 [5].

5.2.1.7. Hépatites

Quelque soit le type sérologique, le Népal est un pays d'endémie. En 1981, une importante épidémie d'hépatite non A non B frappait la vallée de Kathmandou touchant près de 8 p. cent des foyers, avec un taux de mortalité de 21 p. cent chez les femmes enceintes hospitalisées. La prévalence de l'antigène Hbs est de 11 p. cent, la séropositivité pour l'anticorps Hbc est de 14 p. cent dans la vallée de Kathmandou [54] [74] [84] [88].

5.2.1.8. Méningites, encéphalites

Leur incidence est importante pendant la saison sèche. Au printemps 1983, près de 1 p. cent de la population de la vallée de Kathmandou a été atteinte par une épidémie sévère de méningite à méningocoque de type A. Une vaccination de masse a permis stopper l'épidémie en 1984 [22].

Les encéphalites virales ne se rencontrent que dans le Térai avec une prévalence de 8 p. cent où sévit l'encéphalite japonaise (méningo-encéphalite à arbovirus type Flavivirus) depuis 1978 bien que l'on rencontre dans la vallée de Kathmandou le moustique vecteur (*Culex tritaeniorhynchus*) [71] [123].

5.2.1.9. Paludisme

Il sévit surtout dans le Térai et dans les zones où l'altitude est inférieure à 1200 m. avec un pic saisonnier lors de la mousson. Depuis les campagnes d'assainissement débutées en 1983, sa prévalence a fortement diminué, mais on observe actuellement une recrudescence liée à l'arrivée de sujets indiens ayant émigrés au Népal (30 p. cent des cas diagnostiqués). L'incidence parasitaire annuelle était en 1987 de 2,71 p. cent.

Quelques cas de chloroquino-résistance ont été rapportés mais ils ne concernaient que des sujets indiens migrants [94] [119].

5.2.1.10. Helminthiases, nématodoses.

Plus de 90 p. cent des Népalais sont atteints d'helminthiase intestinale et plus de la moitié de la population est polyparasitée [32]. On rencontre par ordre de fréquence : ascaris, ankylostome, trichocéphale, taeniasis et hydatidose. On ne rencontre pas de bilharziose et de distomatose à *fasciola hepatica* [119].

L'hyper-endémicité de l'ankylostomiase intervient pour une grande part, à côté de la malnutrition, dans l'étiologie de l'anémie particulièrement fréquente chez l'enfant (20 p. cent des enfants âgés de 6 à 23 mois et 25 p. cent des 24 à 72 mois ont respectivement moins de 10 et 11 g d'hémoglobine pour 100 ml de plasma) [24] [123].

5.2.1.11. Autres parasitoses

L'amibiase est très fréquente, responsable de graves syndromes dysentériques. Nous citerons également la giardiase ; parmi les ectoparasitoses, peu de têtes d'enfants népalais sont épargnées par les poux et la gale représente 10 p. cent des diagnostics posés dans une consultation de dispensaire [43].

5.2.2. Malnutrition

[6] [11] [51] [57] [73] [108] [119]

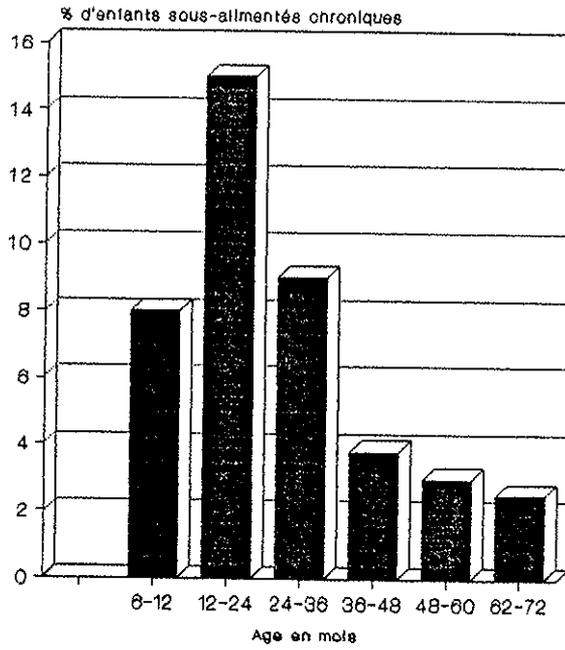
5.2.2.0.1. Importance quantitative

Plus de la moitié des enfants népalais âgés de moins de 5 ans souffrent de sous-alimentation aiguë (enfants dont le rapport poids/taille est inférieur à 90 p. cent de la normale) et 6,8 p. cent sont touchés par une sous alimentation chronique (enfants dont le rapport taille âge est inférieur à 80 p. cent de la normale) (figure 13 et 14) [23] [52].

La prévalence de la dénutrition protéino-énergétique nécessitant une hospitalisation est de 5,2 p. cent pour tout le pays, mais atteint 11 p. cent dans l'ouest.

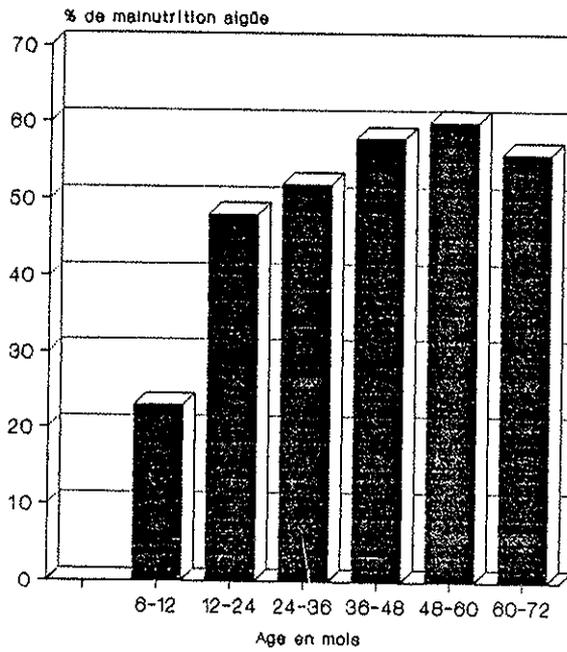
La malnutrition ne cesse de s'aggraver pour des raisons démographiques essentiellement, la dernière décade a vu la disponibilité de nourriture par habitant diminuée de 10 p. cent. A cette raison se surajoute la méconnaissance des règles hygiéno-diététiques et l'utilisation insuffisante des infrastructures sanitaires [35].

FIGURE 13
ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS AU NEPAL



Rapport poids/taille < à 80 % de la normale

FIGURE 14
ETAT NUTRITIONNEL II



Rapport poids/taille < à 90 % de la normale

5.2.2.0.3. Ration alimentaire

La ration alimentaire des enfants vivants dans les collines est inférieure de 30 à 60 p.cent aux "Recommended Dietary Allowances" pour l'adulte, l'apport journalier de calories par habitants est en moyenne de 1929 kcal.ce qui représente 86 p. cent de la quantité requise.

L'alimentation est surtout basée sur les céréales : 62 p. cent du poids de la ration alimentaire est apportée par des céréales contre 1 p. cent par les viandes.

L'enfant est nourri au sein jusqu'à l'âge de 2 ans en moyenne et le lait maternel représente bien souvent l'unique aliment jusqu'à l'âge de 1 an [18] [78]. L'introduction des aliments solides est tardif. La courbe de poids est souvent normale jusqu'à l'âge de 6 mois, mais la croissance devient pratiquement nulle entre 1 et 2 ans puis on observe une faible reprise. Le riz accompagné de sauce de lentille (dhal) riche en protéines végétales est pris 2 fois par jour. Il est parfois introduit avant l'âge de 1 an mais les légumes ne sont donnés qu'après 1 an. Dans les zones montagneuses, le riz est remplacé par le maïs, le millet ou l'orge. La viande et les oeufs ne sont donnés qu'aux enfants plus âgés. Ainsi, la proportion de protéines animales n'est que de 2,8 p. cent d'où les difficultés de croissance de l'enfant.

5.2.2.0.4. Variation de l'état nutritionnel

La malnutrition est plus importante lors de la mousson en raison de l'épuisement des récoltes de l'année précédente et de l'augmentation des diarrhées.

On la retrouve plus fréquemment chez les ethnies indo-népalaises que chez les Tibéto-birmans en raison de certains interdits alimentaires d'ordre religieux.

La sous-nutrition aiguë est plus marquée dans le Téraf et les collines mais c'est l'opposé pour la sous-nutrition chronique, en raison des conditions géo-climatiques.

5.2.3. Carences

5.2.3.1. Carence en iode

En 1969, dans certains districts, on pouvait palper un goitre chez plus de 95 p. cent des sujets âgés entre 8 et 20 ans et le taux de crétinisme dépassait 5 p. cent. Le sel provenait presque exclusivement du Tibet, c'est du sel gemme très pauvre en iode. Le commerce avec le Tibet ayant fortement chuté, et grâce aux mesures gouvernementales comme de vastes campagnes de distributions de sels iodés et d'injection d'huile iodée sous le contrôle du Goitre and Cretinism Eradication Project, l'incidence du crétinisme endémique est maintenant pratiquement nulle [37] [87] [99].

5.2.3.2. Carence en vitamine A

Elle est assez importante touchant 1 à 2 p. cent des enfants de moins de 14 ans, avec dans 75 p. cent des cas une héméralopie. La prévalence des tâches de Bitot est importante dans les régions de plaines. La carence en vitamine A est responsable d'un tiers des cécités chez les enfants de moins de 6 ans. L'incidence des lésions est maximale au cours de la deuxième moitié de la saison sèche par pénurie de fruits et de légumes verts [57] [105] [108].

5.2.4. Pathologie infantile

[19] [20] [119] [123]

La plupart des pathologies évoquées plus haut sont responsable de cette pathologie infantile. La malnutrition et les mauvaises conditions d'hygiène les entretiennent en permanence.

Les causes de mortalité sont les suivantes :

Chez les enfants de moins d'un an :

- pneumopathie infectieuse	:	30 p. cent
- entérite - diarrhée	:	25 p. cent
- malnutrition - avitaminose	:	7 p. cent
- méningite	:	7 p. cent

Chez les enfants de 1 à 4 ans :

- entérite - diarrhée	:	24 p. cent
- pneumopathie infectieuse	:	12 p. cent
- méningite	:	8 p. cent
- rougeole	:	5 p. cent
- tétanos	:	4 p. cent

La mortalité infantile est d'environ 105 pour mille. Toutefois, il faut tenir compte des différences socio-économiques, géographiques et ethniques. La mortalité néonatale est difficilement estimable : une seule étude a été réalisée (sur 4 districts) de 1983 à 1986 : le taux de décès dans les 28 premiers jours de la vie étaient de 44, 1 pour mille naissances vivantes (France : 4,1 pour mille). On considère que le poids à la naissance des nouveaux nés népalais est inférieur de 600 g à celui des nouveaux nés occidentaux [104].

5.2.5. Pathologie obstétricale

[9] [123]

Peu de femmes ont un suivi pendant leur grossesse et reçoivent un supplément de vitamine. En 1985, plus de 78 p. cent des femmes enceintes avaient une anémie sévère, avec une prévalence plus importante dans le Térai impaludé. Environ 40 p. cent des népalaises ont leur premier enfant entre 15 et 19 ans. Plus de 85 p. cent des naissances ont lieu à la maison parfois en présence d'une assistante maternelle traditionnelle, le plus souvent avec l'aide de "matrone" [77].

Le planning familial et l'organisme du Maternal and Child Health Project estime le taux de mortalité maternelle à 8,5 pour mille d'après une étude réalisée dans la vallée de Kathmandou donc avec un environnement médical meilleur que dans les autres régions [104]. Selon d'autres études le taux serait voisin de 16 pour mille, (en France, la mortalité maternelle est de 15 pour 100 000 naissances) [83].

5.2.6. Affections respiratoires

[65]

Elles représentent avec les affections gastro-intestinales la moitié des consultations dans les dispensaires et 40 p. cent des motifs d'hospitalisation au Kanti Hospital de Kathmandou [117].

Les infections respiratoires aiguës représentent la première cause de mortalité chez les enfants de moins d'un an.

La bronchite chronique est très fréquente au Népal, la prévalence est de 18,6 p. cent [63], principalement dans les régions rurales où sa prévalence est de 30 p. cent, en raison du nombre élevé de fumeurs (85 p. cent des hommes, 72 p. cent des femmes des collines fument du tabac) [64]. L'autre facteur non négligeable est représenté par la pollution domestique : le chauffage et la cuisine se font au feu de bois, il n'existe pas de cheminée (foyers ouverts à l'intérieur des habitations) [62] [70].

5.2.7. Affections cardio vasculaires

[61]

Nous citerons l'hypertension artérielle, dont la prévalence est plus forte à Kathmandou que dans les régions rurales (10 p. cent contre 6 p. cent), en raison d'une part d'un nombre d'obèses plus important (24 p. cent contre 12 p. cent), de la sédentarité et d'une consommation de sels accrue en milieu urbain. En l'absence d'antihypertenseurs disponibles dans les dispensaires gouvernementaux ruraux, les 6 p. cent de ces patients ne peut être traités.

5.2.8. Pathologie Traumatique et Handicaps

[43] [81] [116] [119]

Les accidents (chute, noyade, etc..) sont fréquents, dus à un environnement naturel difficile, de même que les brûlures en raison des foyers ouverts surtout chez les enfants (86 p. cent des traumatismes chez les enfants de moins de 5 ans).

- Cécité

La prévalence de la cécité au Népal est élevée (27 fois plus qu'aux Etats-Unis). Deux fois sur trois, la cataracte est à l'origine du handicap, due en partie à la vieillesse. Les autres causes retrouvées sont le trachome, l'avitaminose A et le glaucome. La gravité de ce problème a incité l'OMS à lancer un programme de lutte intensive contre la cécité au Népal, avec des hôpitaux mobiles ("eye's camp") [13] [14] [105].

- Autres handicaps

Un pour cent de la population népalaise est handicapée physique (sont surtout en cause la poliomyélite et la lèpre).

Malgré leur handicap, ces personnes se voient toujours attribuer un rôle dans la société.

5.2.9. Divers

L'épilepsie concernent 1,5 p. cent de la population, l'alcoolisme et le cannabisme environ 1 p. cent du moins dans la vallée de Kathmandou. L'alcoolisme est très présent dans les montagnes.

5.3. LES VACCINATIONS

[116] [119]

Elles rentrent dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination, sous contrôle gouvernemental. Elles sont pratiquées dans les 27 districts possédant un Integrated Community Health Services Development Project (ICHSDP) dont le personnel est supposé vacciner 5 jours par mois. Les populations n'ayant pas accès à un Health Post Intégré sont censées être visitées tous les trois mois par une équipe de deux vaccinateurs. Le transport des vaccins se fait dans des packs de glace garantissant une conservation correcte pendant quatre jours.

Les six maladies visées par les vaccinations sont les suivantes : diphtérie, tétanos, coqueluche, rougeole et tuberculose.

Il est très difficile de donner un aperçu exact de la couverture vaccinale du Népal, tant les données gouvernementales sont parfois falsifiées. Une étude menée par des médecins américains sous le contrôle de l'UNICEF dans une zone semi-urbaine de la vallée de Kathmandou en 1985 montrait que 54 p. cent des enfants avaient reçu une dose vaccinale et que seulement 4 p. cent avaient été vaccinés complètement (vaccination antirougeoleuse, BCG, 3 doses pour diphtérie-tétanos-coqueluche et polio oral) [5]. Le manque d'information, le bas niveau socio-économique sont parmi les causes les plus cités de l'absence totale ou incomplète de vaccination.

Panneau pour la vaccination



5.4. LE PLANNING FAMILIAL

[50] [85] [86][102] [103] [123]

Une des priorités des soins de santé primaire est le contrôle et la régulation des naissances. Au Népal, comme pour les autres pays en voie de développement, la démographie "galopante" est un grave problème de santé publique. Malgré la volonté gouvernementale, la politique de planning familial est un échec. Le taux de fécondité reste élevé et a même augmenté lors de la dernière décennie. Non seulement moins de 9 p. cent des femmes et 7 p. cent des hommes utilisent une méthode contraceptive, mais la moitié de la population n'a jamais eu connaissance d'une quelconque méthode contraceptive malgré toutes les campagnes d'information effectuées.

Le contrôle des naissances est principalement axé sur les méthodes de stérilisation, plus facilement maniables chez une population peu éduquée que les méthodes temporaires (figure 15). La vasectomie surtout et la tubectomie sont les deux méthodes les plus préconisées. Les opérations ont lieu dans des camps itinérants pour lesquels les juniors auxiliary health workers sélectionnent les couples éligibles [98].

Quatre vingt six p. cent des couples pratiquant la contraception choisissent la stérilisation. La vasectomie se fait cinq fois plus que la tubectomie. La stérilisation est pratiquée par un médecin spécialement formé. Le candidat à la vasectomie doit être père d'au moins trois enfants dont un fils de plus de cinq ans, il reçoit une rétribution de 300 roupies.

Les méthodes de contraception temporaire par ordre d'utilisation :

- les méthodes hormonales. elles consistent soit par la prise de contraceptifs oraux soit par l'injection intramusculaire toutes les trois semaines d'acétate de depo-medroxy progestérone.
- le préservatif masculin, leur usage est largement répandu, ils sont disponibles dans beaucoup de commerces.
- Les dispositifs intra-utérins, dont l'utilisation reste très restreinte.

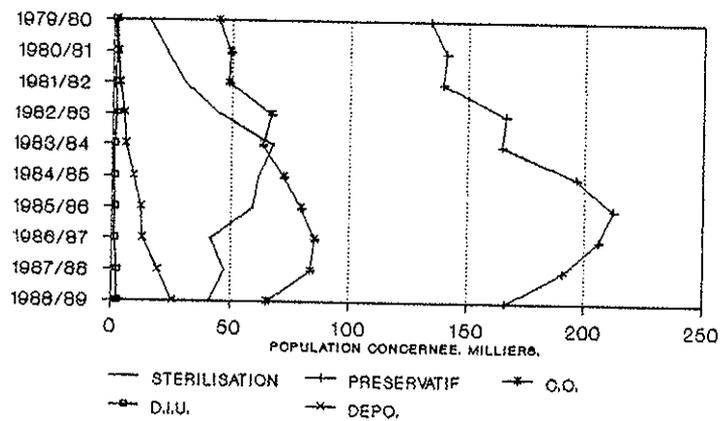
Les réticences à la contraception sont diverses :

- la principale raison est d'ordre socio-économique. En l'absence de tout système de sécurité sociale, le vieux paysan ne bénéficie ni d'une retraite ni d'une assistance quelconque. Comme il tient à conserver sa terre dans sa famille, le seul moyen est de la voir reprise par son fils. Si, par malheur, il n'a que des filles, celle-ci l'abandonneront ou recevront la terre en dot. D'ailleurs pour la majorité des népalais la famille idéale est composée de deux garçons et d'une fille [42].

- la stérilisation et les contraceptifs hormonaux sont souvent accusés de provoquer une asthénie importante chez les utilisateurs.

- La stérilisation et la contraception sont mal vécues dans une société où les conceptions de l'hindouisme, notamment les croyances en la réincarnation jouent un rôle très important et où certains rites, les funérailles surtout, ne peuvent être effectués que par des personnes de sexe masculin. La nature stérile d'une personne est censée par ailleurs annihiler la valeur de ses offrandes.

FIGURE 15
EVOLUTION DES DIFFERENTES METHODES
DE CONTRACEPTION



6. LE DISPENSAIRE DE LUKLA



6.1. PRESENTATION

6.1.1. LUKLA

Lukla est situé dans le Sud de la vallée du Khumbu, région administrative de Sagarmatha, district du Solu-Khumbu au Nord-Est du Népal.(figure 16 et 17). C'est un village d'environ 800 habitants, implanté sur un léger plateau dominant une profonde gorge où chemine la rivière Dudh-Kosi. Cette situation particulière a permis la construction d'un altiport rudimentaire (financé par l'Himalayan Trust) dans les années quatre-vingt. C'est le point de passage de nombreux touristes occidentaux, les "trekkers".

Avec les villages avoisinants, la population de la vallée est estimée à 7000, en majorité des sherpas. Le district de Solu-Khumbu comptait en 1981 environ 88 000 habitants, soit une baisse de 20 p.cent en 10 ans, les jeunes de la vallée s'expatriant vers les centres urbains pour trouver du travail [120].

Lukla possède une école primaire financée par des dons suisses mais sous tutelle gouvernementale. Deux instituteurs enseignent à 35 enfants.

Une école primaire et secondaire accueille un peu plus de 200 enfants à Chaurikarka. Le taux de scolarisation des enfants de moins de 15 ans est inférieur à 60 p. cent, Le taux d'alphabétisation de la population est d'environ 18 p. cent [117].

La population de Lukla est constituée en majorité de sherpas, mais d'autres ethnies sont présentes comme les tamang, tibétains, chetris, rais, magars, newars et gurung.

La vallée n'est pas parmi les plus pauvres du Népal. Elle était autrefois une grande voie commerciale permettant les échanges entre Tibet, Népal et Inde. Depuis l'annexion du Tibet par la Chine, les échanges commerciaux ont considérablement diminué. Par contre l'ouverture du pays au monde extérieur a permis d'améliorer la situation économique et d'accélérer le développement de la vallée très fréquentée par les "trekkers" (4000 en 1987).

Le bénéfice de l'essor touristique ne touche qu'une population restreinte (moins de 10 p. cent de la population). En dehors du commerce et du tourisme l'économie de la vallée est surtout agricole, maïs, blé, millet orge et pomme de terre [117].

FIGURE 16
SITUATION DU SOLU-KHUMBU

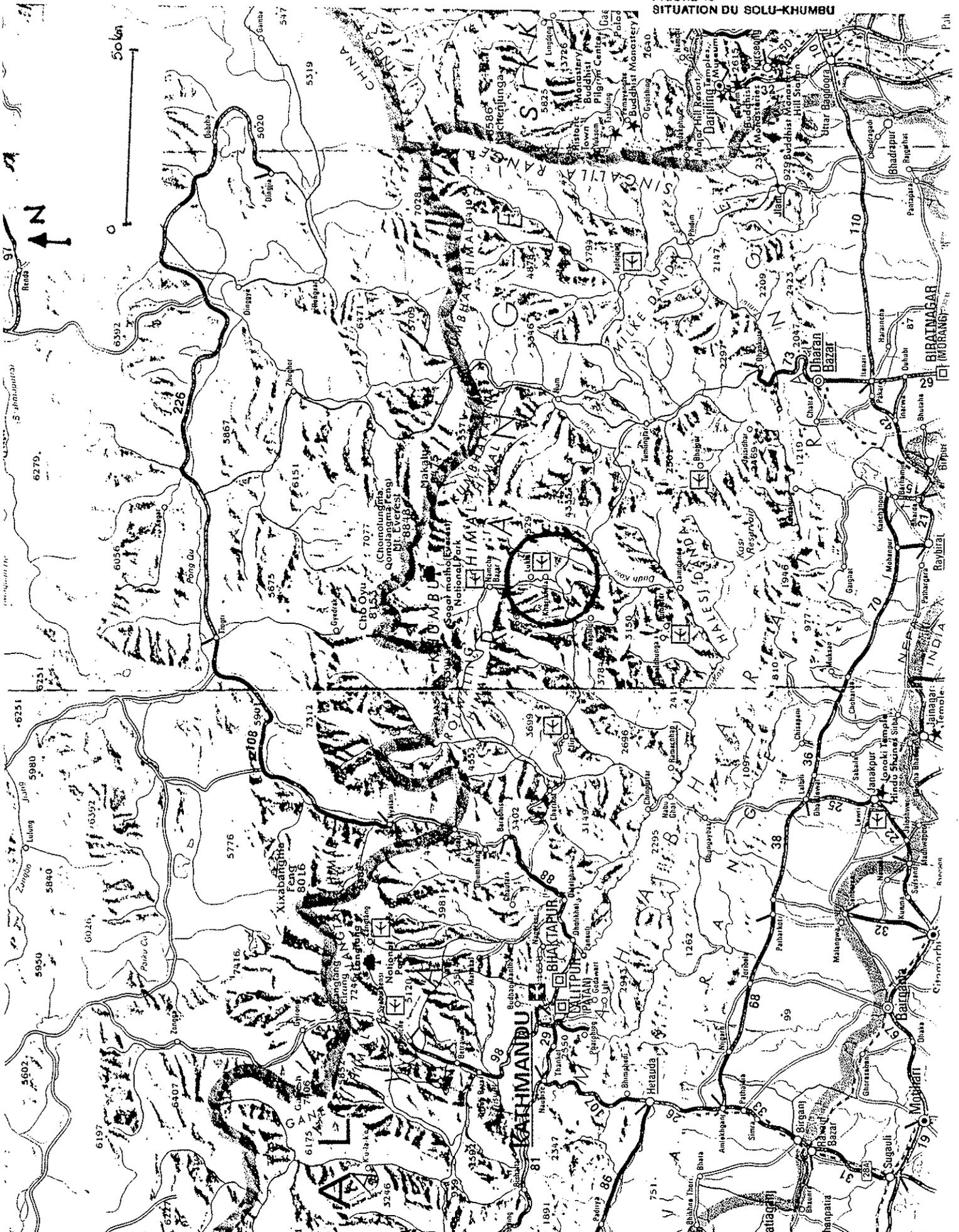
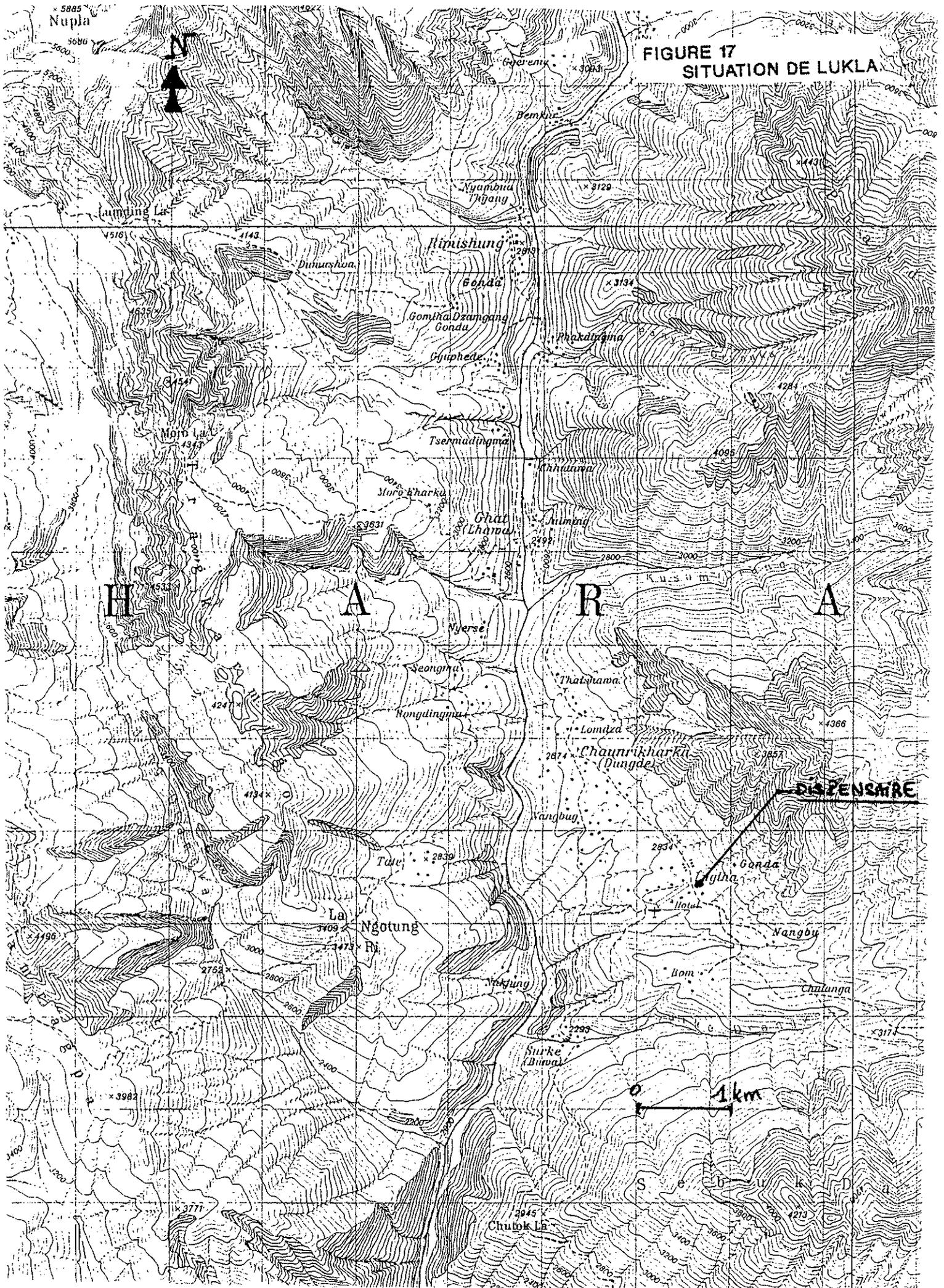


FIGURE 17
SITUATION DE LUKLA



6.1.2. L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE

On recense deux hôpitaux de 15 lits (source gouvernementale [117]) pour tout le district.

Le premier est situé à Kunde au Nord de Lukla, à deux jours de marche. Construit en 1966, le "Kunde Hospital" est administré par deux associations non gouvernementales : l'Himalayan Trust (Nouvelle-Zélande) fondée par Sir Edmund Hillary et la Canadian International Development Agency.

Deux médecins canadiens ou néo-zélandais y demeurent en permanence pour des périodes d'environ 2 ans, leur salaire mensuel est de 1000 Dollars US. L'hôpital possède 8 lits, un équipement radiologique et un laboratoire permettant de pratiquer les examens biologiques de base. La pharmacie est composée de médicament d'origine néo-zélandaise et de ceux laissés par les "trekkers". La pratique chirurgicale est peu importante, les cas graves sont référés à Kathmandou. Néanmoins, il peut être réalisé des césariennes sous anesthésie péri-durale [1] [25] [44]. Il semble qu'actuellement les deux ONG envisagent de se retirer du "Kunde Hospital", le gouvernement népalais prendrait le relais ce qui n'est pas sans inquiéter la population.

Le second est implanté dans la capitale du district à Salleri, situé à deux jours de marche au Sud de Lukla. Trois médecins népalais exercent au "Faplu Hospital". Le salaire mensuel du médecin-chef est de 8000 Rps. L'hôpital ne dispose pas d'équipement radiologique mais il est doté d'un petit laboratoire. Seule la "petite" chirurgie peut y être pratiquée. Les cas graves sont référés à Kathmandou.

Deux Health Posts complètent la structure sanitaire de la région :

— le Health Post de Chaurikarka est situé à 1 heure de marche de Lukla. Un seul Health Worker y assure une permanence trois jours par semaine. On y retrouve les mêmes problèmes d'approvisionnement que dans les autres Health Posts gouvernementaux. Il est visité tous les 2 mois par un médecin du "Kunde Hospital".

— La capitale du Khumbu, Namche Bazar, possède un Health Post intégré. Les 3 Health Workers de Namche ont en charge les vaccinations pour toute la région du Khumbu. Ce Health Post est notoirement sous-équipé et sous-entretenu.

Il faut citer la présence à Periche (4400 m) d'un médecin américain de l'Himalayan Rescue Association pendant la saison touristique pour informer les trekkers sur le mal d'altitude et éventuellement les traiter.

Les praticiens traditionnels sont nombreux. Deux amchis ayant fait leurs études au Tibet résident en permanence dans le Nord de la vallée. L'un est considéré comme la réincarnation d'un grand lama tibétain. On rencontre presque dans chaque village surtout dans le Nord, gyeshi, lhawa, minung ou da-log-pa [97].

Pour toute la région du Nord Khumbu, seul le "Kunde Hospital" assure une couverture sanitaire satisfaisante. Par contre, le bas de la vallée ne possédait aucune structure permettant d'assurer les soins les plus sommaires, d'où la nécessité d'un poste de santé à Lukla.

6.1.3. HISTORIQUE

En 1985, en prévision de l'ouverture d'un dispensaire, un petit bâtiment est construit grâce à des dons allemands et à des bonnes volontés locales. Il est situé juste au dessus de la piste d'atterrissage. Un comité de villageois est créé pour trouver le financement nécessaire à son fonctionnement. La volonté de ce comité et l'intervention de différents interlocuteurs occidentaux vont permettre l'ouverture du dispensaire le 1er Mars 1988.

Le fonds de solidarité des Nations Unies a permis, outre l'aménagement intérieur du dispensaire, l'achat d'un microscope et d'assurer le début de la formation des agents de santé par une laborantine suisse, E. Simon et une enseignante française, M. Roux.

Pendant l'été 1989, l'infrastructure du dispensaire a été améliorée : adduction d'eau, construction de sanitaires et aménagement du chemin d'accès, grâce à un don de l'ambassade d'Allemagne. En 1990, Lukla et le dispensaire ont été électrifiés.

La responsabilité du comité villageois est importante. Composé du maire de Lukla, du charpentier, de quatre propriétaires de "lodge" (hôtel) et de l'agent de santé, le comité assure le fonctionnement du dispensaire grâce aux dons des villageois. Toute décision concernant le fonctionnement du dispensaire passe par lui.

L'association "Echange et Développement" (E&D) a coordonné l'action des différents interlocuteurs. Elle a participé à l'acheminement du premier stock de médicaments. Dans le cadre de cette action, j'ai séjourné à Lukla fin 1988 afin de parfaire la formation des agents de santé et la mise en place du dispensaire. Actuellement "Echange et Développement" subvient aux salaires des agents de santé (1500 roupies népalaises mensuelles) et assure un suivi régulier par une visite annuelle.

Deux auxiliaires de santé habitant la vallée ont été recrutés par le comité local :

Ang Gielzen Sherpa, 30 ans, est un ancien guide de montagne victime d'une tuberculose osseuse de la hanche droite. Marié et père de 2 petites filles, il habite Chaurikarka.

Ang Da Ku, 22 ans, célibataire est originaire de Lukla. Elle a fait ses études secondaires à Kathmandou mais a échoué au SEcondary Level Certificat (l'équivalent de notre baccalauréat).



6.1.4. FONCTIONNEMENT

Le dispensaire est constitué de trois parties :

- Une pièce de consultation, comprenant un bureau, un évier et un réchaud pour la stérilisation. Des affiches d'information sanitaire sont réparties sur les murs.
- Une petite salle d'examen avec un lit, un pèse-personne, et le matériel de petite chirurgie.
- Une troisième pièce fait office de pharmacie et de laboratoire avec microscope et le matériel nécessaire pour la réalisation de lame.

Les toilettes se situent à l'extérieur.

Le dispensaire est ouvert du dimanche au jeudi de 10 h. à 17 h., le vendredi de 10 h. à 15 h., fermeture le samedi et jours fériés. En fait, la journée commence plus tôt, par des visites à domicile pour les patients ne pouvant se déplacer. Les agents de santé ont droit à 5 semaines de congés rémunérés. Le prix de la consultation est de 3 roupies pour les népalais et de 150 roupies pour les "trekkers". Les médicaments sont gratuits.

L'approvisionnement en médicaments est excellent. Les médicaments utilisés (tableau 3) sont en majeure partie d'origine népalaise ou indienne. Ils sont achetés régulièrement à Kathmandou, ou fournis gracieusement par le consulat de Belgique. Les "trekkers" de passage laissent également leur surplus de médicaments, ce qui pose des problèmes, la pharmacie est souvent encombrée de spécialités américaines, française, suisse, allemande, japonaise etc... Un tri rigoureux est nécessaire, les agents de santé n'utilisent que les médicaments qu'ils connaissent, le reste est envoyé au "Kunde Hospital".

6.1.5. LA FORMATION DU PERSONNEL DE SANTE

La formation initiale a porté sur l'enseignement des soins de santé primaire. La base de la formation est issue de l'ouvrage "Where there is no doctor" de David Werner [111], ce livre étant traduit simultanément en anglais et en népalais.

Le programme de formation (3 mois) était le suivant :

- Notions élémentaires d'hygiène, de nutrition, d'anatomie et de physiologie
- Connaissance des maladies infectieuses, prévention, symptômes et traitement.
- Examen macroscopique des selles, Préparation de lames et analyse microscopique des crachats et des selles.
- Formation à l'enseignement et à la diffusion des messages de préventions.
- Connaissance des médicaments utilisés dans les dispensaires.
- Planning familial.
- Gestion et administration d'un dispensaire

A la fin de cette période, l'agent de santé a exercé au dispensaire sous proche supervision pendant 2 mois.

La formation a été prolongée pendant 2 autres mois sur le terrain par le médecin d'E&D. L'enseignement de la petite chirurgie (désinfection, parage et suture de plaies simples, traitement des brûlures), la gestion de la pharmacie, la mise en place d'un registre de consultation et de fiche individuelle ont été effectuées. Des contacts ont été pris avec les médecins de Kunde pour référer les cas difficiles.

Les agents de santé ont également bénéficié de stages hospitaliers à la "Chest Clinic" de Kathmandou et au "Faflu Hospital".

TABLEAU 3 : Liste des Médicaments utilisés au Sub Health Post de Lukla

	DCI	Nom Népalais népali name	Présentation
Analgésiques	acide acétylsalicylique	NESPIRINE	tab.300mg syrup 250mg
Antipyrétiques	paracétamol indométacine *	CETAMOL	tab 300 mg syrup 120 mg
Anesthésiques locaux	lidocaïne 2 %*		injectable
Anti-bactériens	ampicilline	BROADICILIN	tab 500, 250 mg syrup 125 mg
	procaïne benzylpénicilline péni G	PENTIDS	inj. tab 800 000 U
	triméthoprim sulfaméthoxazole*		
	tétracycline	NECYCLIN	tab 250 mg
Anti-parasitaire	mébendazole	WORMOKILL	tab 100 mg
	niclosamide	YOMESAN	tab 500 mg
	métronidazole	AMGIT ACTIGYL	tab 200 mg 500 mg
	tinidazole	TINID 500	tab 500 mg
Médicaments dermatologiques	Benzoate de benzyle Violet de gentiane		
Médicaments du tube digestif	métoclopramide* hydroxyde d'aluminium	TRIMALGEL	
DIVERS	Tétracycline collyre. Solution de réhydratation orale. vitamines B1,B6 B12.	JEEVAN JAL	

Le matériel de petite chirurgie (fil à peau, bandes, compresses, etc..) est fourni en général par les trekkers

* : Médicaments français disponible à Kathmandou au consulat de Belgique

6.2. LES RESULTATS

Depuis l'ouverture du dispensaire le 1er Mars 1988 jusqu'en Octobre 1990, plus de 9000 consultations ont été assurées. Mille sept cents patients ont fait l'objet d'un suivi particulier (fiche) pour les quels les données sont analysées.

La fréquentation du dispensaire est importante. En moyenne, 13 consultations journalière sont effectuées. On observe une augmentation de la fréquentation en Octobre lors de la période de Dassain et au printemps (figure 18). Ce phénomène est lié à l'afflux de population en raison de la saison touristique. Les autres dispensaires népalais voient au contraire une augmentation de leur activité au cours de l'été, lors de la mousson, en raison de l'incidence plus élevée de l'infestation parasitaire.

La répartition ethnique des consultants est identique à celle de la population (figure 19), les sherpas représentent plus des trois-quarts des patients.

On peut être surpris de la répartition des patients selon l'âge et le sexe (figure 20) : en majorité des hommes entre 15 et 25 ans, peu d'enfants de moins de 15 ans. Plusieurs explications sont envisageables :

- la personnalité des agents de santé, Ang Gielzen est très connu dans la vallée et nombreux sont les hommes qui viennent le consulter.
- l'impossibilité d'assurer convenablement les consultations type Mother and Child Care par manque d'information de la population et de matériel (absence de pèse bébé).

La pathologie rencontrée diffère peu des autres pays du Tiers-Monde (figure 21) :

- La traumatologie est importante en raison des conditions géographiques. Les plaies simples sont traitées au dispensaire. La traumatologie plus importante est évacuée selon les possibilités par porteur ou par avion. Deux népalais victimes de fracture de jambe ont été évacués sur Kathmandou pendant la période étudiée. Les brûlures sont nombreuses, soit par le feu, soit par contact pour les porteurs de fûts d'hydrocarbure. Toutes ont été traitées au dispensaire avec des résultats esthétiques et fonctionnels satisfaisants.

- La dermatologie vient au second rang. tous les problèmes, surtout chez les enfants, sont liés aux mauvaises conditions d'hygiène. Impétigo et poux sont particulièrement fréquents.

FIGURE 18
FREQUENTATION MENSUELLE

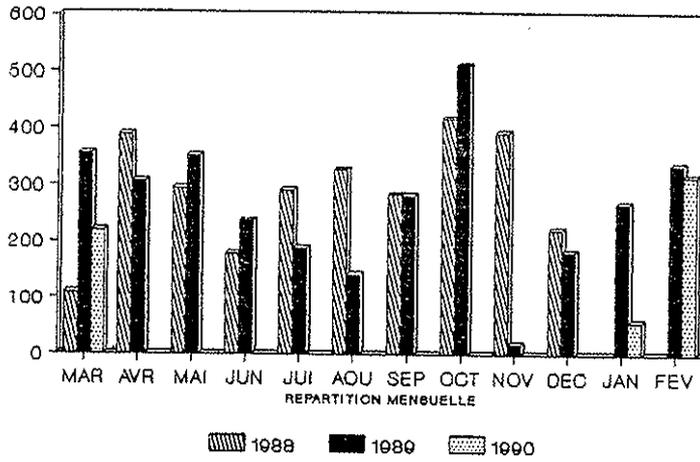


FIGURE 19
REPARTITION PAR ETHNIES

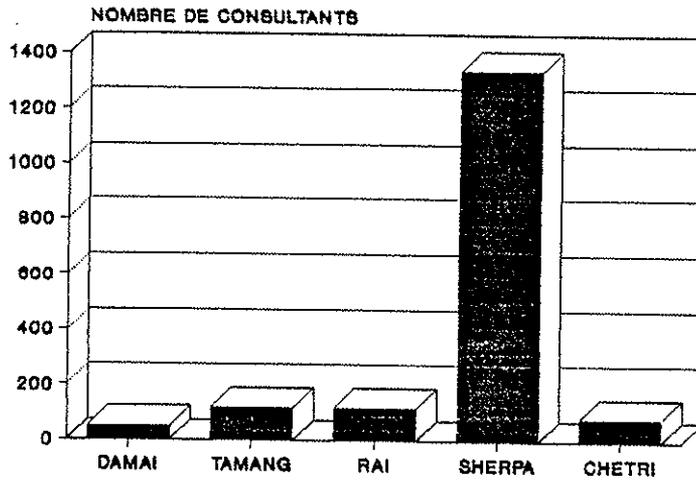


FIGURE 20
REPARTITION PAR TRANCHE D'AGE ET
PAR SEXE

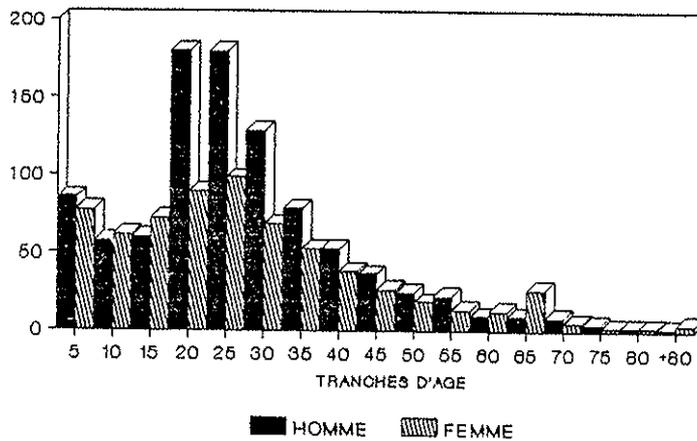
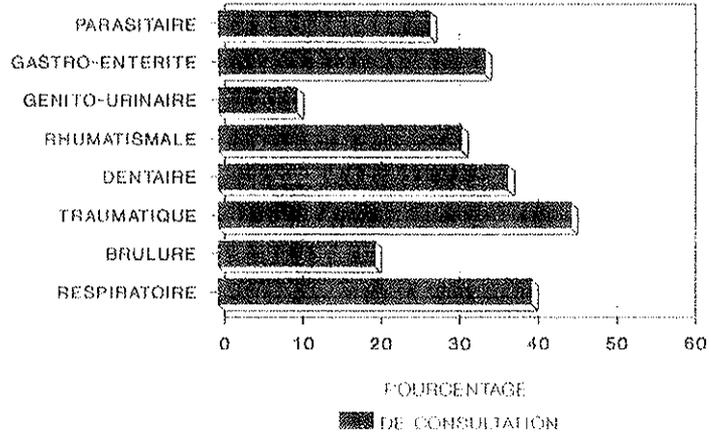


FIGURE 20
LA PATHOLOGIE RENCONTREE



NAME *Pomba Nnuu Shupfa* AGE *70* SEX *Male* REGD. NO. *01582*

Date	Symptoms	Lab.	Diagnosis	Treatment
<i>15-2-1990</i>	<i>worms</i>		<i>worms</i>	<i>Mebendazole 100mg 1 tab bid for 3 days</i>

- Les problèmes dentaires sont courants. En l'absence de matériel et de formation, les patients sont dirigés sur le "Kunde Hospital". Les médecins de Kunde ont d'ailleurs remarqué un accroissement des caries dentaires chez les enfants et l'expliquent par la distribution de bonbons par les touristes.

- La consommation importante d'alcool (tchang et rakshi) et d'épice engendrent de fréquents problèmes de brûlure gastrique. Deux problèmes abdominaux aigus ont été référés à Kathmandou (une cholécystite et une pancréatite).

- Les diarrhées sont fréquentes, mais il n'a pas été observé de cas de déshydratation majeure. La pathologie parasitaire augmente pendant la mousson. On rencontre par ordre de fréquence : ascaridiase (roundworm), téniasse (tapeworm), oxyurose (pinworm), amibiase et giardase. Les agents de santé savent reconnaître ces différentes pathologies à l'examen macroscopiques des selles. Dans les cas moins évidents, l'examen microscopique direct à frais est une aide précieuse.

- Peu de maladies cardio-vasculaires sont enregistrées sans doute en raison de leur difficulté diagnostique. Par contre les maladies du système respiratoire représentent la seconde cause de consultation. La recherche de bacilles de Koch est effectuée chez les patients présentant une toux productive de plus d'un mois. Les crachats sont étalés sur une lame propre puis colorés par la méthode de Ziehl-Neelsen. Les lames sont ensuite envoyées à la Chest Clinic de Kathmandou. Sur la période étudiée, 22 lames ont été réalisées, aucun bacille acido-alcool-résistants n'a été mis en évidence.

A l'altitude de 2800 m., il est rare de rencontrer des personnes victimes du Mal Aigu d'Altitude. Aucun cas n'a été enregistré à Lukla même.

Les vaccinations sont sous la responsabilité des agents du Health de Namche Bazar. Leur visite au dispensaire de Lukla est théoriquement trimestrielle. Malheureusement, ni les agents de santé de Lukla, ni la population ne sont avertis de leur venue ce qui explique en partie que moins de la moitié des enfants de la vallée soit correctement vacciné.

Sur l'utilisation des médicaments, il n'a pas été rencontré de problème de prescription inadaptée (notamment d'antibiotiques). Les médicaments les plus utilisés sont par ordre décroissant: les antalgiques et antipyrétiques, les pansements gastriques et les antiparasitaires, les antibiotiques. La prescription de solutés de réhydratation orale est peu importante, la préparation appelée *num-chini-pani* étant bien connu des familles de Lukla.

6.3. COMMENTAIRES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Au bout de deux ans de fonctionnement du Sub-Health Post de Lukla, on peut tirer les conclusions suivantes :

La réputation du dispensaire est excellente dans la vallée, ceci grâce aux compétences humaines et professionnelles des assistants de santé, comme en témoigne la fréquentation élevée. Il convient de souligner l'aspect plus curatif que préventif du Sub Health Post, au contraire des autres structures identiques, ce qui peut expliquer le nombre élevé de consultants.

L'impact sur la santé des villageois est difficilement appréciable. Mais le traitement correct des infections parasitaires est un important facteur d'amélioration de l'état nutritionnel. A ce sujet, il n'est pas retrouvé dans les fiches étudiées de problème de malnutrition aiguë, par contre nous avons pu constater l'état de malnutrition chronique dont souffraient certains enfants de Lukla en particulier chez les Tamang. Ces derniers représentent la population la plus pauvre du village et ce sont chez ces enfants que l'on rencontre le plus de pathologies liées au manque d'hygiène.

Ce succès doit être tempéré. en effet, les lacunes sont nombreuses. Malgré l'accent mis sur l'éducation sanitaire de la population, on constate que celle-ci est loin d'être parfaite. La population vient au dispensaire pour trouver des soins et non entendre les messages sur les notions d'hygiène, de prévention. Mais petit à petit, les mentalités changent. Par exemple, la nécessité d'une réhydratation en cas de diarrhée a été bien comprise, alors que selon les croyances, l'alimentation liquide était la cause du trouble.

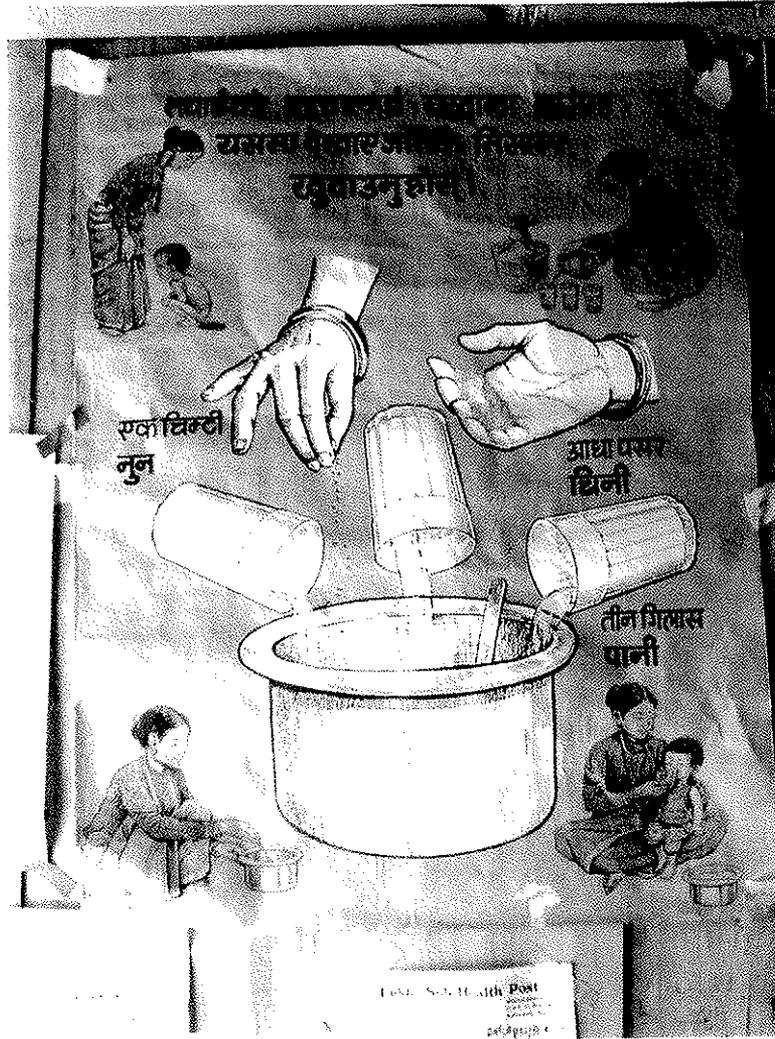
La rareté de consultation des femmes enceintes, l'absence de recours aux agents de santé lors des accouchements est un phénomène retrouvé à Lukla comme dans le reste du Népal. L'ancrage des traditions est trop important pour que l'on puisse changer cet état de fait rapidement. Les accouchements ont toujours lieu à domicile, en présence généralement d'une "matrone".

Le recours aux médecines traditionnelles est pratiquement constant. En fait, les villageois ont recours aux deux formes de soins, préférant les médecines traditionnelles en cas de problèmes psychiatriques. La visite au dispensaire s'impose quand le jhankri où l'amchi n'a pu soulager la personne. Les deux systèmes ne sont pas concurrents mais complémentaires.

Dans un pays où demain (boli) signifie la semaine prochaine ou dans un an, où le futur n'existe pas dans la conjugaison, l'avenir est difficile à prévoir. Le dispensaire est officiellement reconnu par les autorités sanitaires régionales et autorisé à fonctionner. Le passage sous tutelle gouvernementale est envisagé prochainement, l'association E&D n'assurant les salaires des agents de santé que jusqu'en 1992.

Assurer un suivi régulier est une des tâches de l'association, les problèmes de communication ne sont pas négligeables. Une seconde mission sanitaire permettrait de redynamiser le dispensaire et de marquer notre attachement à la population de ces vallées. Cette mission se devra de développer les aspects suivants :

- l'amélioration de l'éducation sanitaire de la population, ceci pouvant être réalisé par des personnes bénévoles, les agents de santé ne pouvant, par manque de temps, se consacrer pleinement à cette tâche.
- inciter les femmes enceintes à venir consulter par des visites à domicile systématique.
- peser et mesurer tous les enfants venant consulter au dispensaire, ce qui permettrait de déceler les états de malnutrition plus facilement .



7. CONCLUSION

A peine sorti de la féodalité, le Népal, situé à la rencontre de plusieurs civilisations et marqué par une géographie contraignante, s'est engagé dans une politique de soins de santé primaire. Quatre axes principaux la dominent : la lutte contre la tuberculose, la malnutrition, les diarrhées et la surpopulation.

Face à ces problèmes, l'état népalais s'aide essentiellement des moyens offerts par la médecine moderne pour enrayer les différents fléaux, alors que persistent parallèlement les systèmes de santé traditionnelle, structurés ou non.

Les moyens mis en oeuvre pour améliorer la santé ne sont manifestement pas à la mesure des projets engagés, malgré l'aide financière internationale. Les contraintes budgétaires et administratives en freinent considérablement l'essor.

Faute de pouvoir dans un très proche avenir rendre accessible à tous les soins médicaux essentiels par le biais de la médecine moderne, une nouvelle politique d'intégration des systèmes médicaux traditionnels est mis en place.

Les organisation non gouvernemental pallient, comme dans les autres pays du Tiers-Monde, aux carences du système sanitaire népalais. De structure plus souple, moins bureaucratique, les ONG se doivent de respecter les orientations gouvernementales en matière de santé et de répondre aux demandes locales.

La participation de l'association limousine Echange et Développement au fonctionnement d'un dispensaire dans la vallée de l'Everest respecte ces règles. Les résultats sur deux ans de fonctionnement du dispensaire témoignent de l'évolution du comportement sanitaire des habitants de la vallée. L'accessibilité aux soins de bases est une réalité dont Lukla a bénéficié grâce aux volontés conjointes de sa population et de partenaires étrangers. Les résultats acquis sont toujours précaires, et demandent de la persévérance, de la conviction, des moyens et de l'argent..

BIBLIOGRAPHIE

1 ADAMS V.

Modes of production and medicine: an examination of the theory in light of sherpa medical traditionalism.

Soc. Sci. Med. 1988 ; 27 : 505-13.

2 ADHIKARI RK , RAI SK , POKHEREL BM, KHADKA JB.

Comparative bacterial study of oral rehydration solution (ORS) prepared in plain unboiled drinking water of Kathmandu valley.

Indian J Pediatr. 1989 ; 56 : 213-7.

3 ADHIKARI SP.

Role of Nepalese Women in Rural Development.

Quarterly Development Review. 1989 ; 8 : 10-15.

4 AGRAWAL GR; SHRESTA RP.

Health care system in Nepal. Centre for Economic Development and Administration, 37 p. Tribhuvan University, Kirtipur, Kathmandu, NEPAL. 1984.

5 AHLUWALIA IB, HELGERSON DH, BIA FJ.

Immunization coverage of children in a semi-urban village panchayat in Nepal, 1985.

Soc. Sci. Med. 1988 ; 26 : 265-8.

6 ANDERSON R, MITCHELL EM.

Children 's health and play in rural Nepal.

Soc. Sci. Med. 1984 ; 39 : 74-86.

7 ARVON H.

Le Bouddhisme. Que sais-je ? 11e éd., Presse Universitaire de France Ed., 127 p., PARIS 1985.

8 BANJADE NR, DUCAN S, PAUDYAL S et all.

Stimulating community participation : role of the CMA.

Journal of the Institute of Medicine, Kathmandu, 1989 ; 11 : 53-66.

- 9 BASU A, BHARATI P, MUKHOPADHYAY B, GUPTA R.**
Fertility decline and differences in less-developed countries: an anthropological microstudy of some communities of West Bengal, India and Upper Khumbu, Nepal.
Acta Anthropogenet. 1981 ; 5 : 209-34.
- 10 BHATTARAI NK.**
Traditional phytotherapy among the sherpas of Helambu, Central Nepal.
J. Ethnopharmacol. 1989 ; 27 : 45-54.
- 11 BLACK N.**
Growth standart for the Third World.
LANCET. 1989 ; 2 : 749.
- 12 BONNEZ C, VILLENEUVE S.**
Regard Médical sur le Népal.
*Concours Medical,*1982 ; 10 : 4538-4541.
- 13 BRANDT F, BISHWAS IC, PRADHAN YM.**
Ophthalmologic finding and problems in West Nepal.
Klin. Monatsbl. Augenheilkd. 1982 ; 181 : 295-298.
- 14 BRANDT F, MALLA O, PRADHAN YM, PRASAD LN et all.**
Incidence of cataracts in the mobile eye hospital of Nepal.
Graefes Arch. Clin. Exp. Ophtalmol. 1982 ; 218 : 25-7.
- 15 BURGHART R.**
The Tisiyahi Klinik: a Nepalese medical center in an intracultural field of relations.
Soc. Sci. Med. 1984 ; 18 : 589-98.
- 16 CASSELS A, HEINEMANN E, LECLERC S et all.**
Tuberculosis case-finding in Eastern Nepal.
Tubercle, 1982 ; 63 : 175-85.

- 17 **CARTER C, HOPE R, RAI M.**
Utilizing education infrastructure for primary health care.
Trop. Doc. 1988 ; 18 : 37-39.
- 18 **CHOE MK, GUBHAJU BB, RETHERFORD R, THAPA S.**
To What Extend Does Breastfeeding Explain Birth-Interval Effects on Early Childhood Mortality.
Demography. 1989 ; 26 : 439-450.
- 19 **CHOE MK, GUBHAJU BB, RETHERFORD R, THAPA S.**
Ethnic Differentials in Early Childhood Mortality in Nepal.
J. Biosoc. Sci. 1989 ; 21 : 223-233.
- 20 **CHOE MK, GUBHAJU BB, RETHERFORD R, THAPA S.**
Infant mortality trends and differentials in Nepal.
Stud. Fam. Planning. 1987 ; 18 : 22-35.
- 21 **CLARK RL.**
Effects of a water supply system on local health attitudes in Nepal.
Br. Med. J. 1985 ; 19 : 225-7.
- 22 **COCHI SL, MARKOWITZ LE, JOSHI DD et All.**
Control of epidemic group A meningococcal meningitis in Nepal.
Int. J. Epidemiol. 1987 ; 16 : 91-7.
- 23 **COSTELLO AM.**
Growth velocity and stunting in rural Nepal.
Arch. Dis. Child. 1989 ; 64 : 1478-82.
- 24 **CUTTS F.**
Surkhet district anaemia survey.
Journal of the Institute of Medicine, Kathmandu, 1982 ; 4 : 13-24.

- 25 **DAWSON P, UHRIG J.**
Sherpa health and Kunde Hospital.
Can. Med. Assoc. J. 1983 ; 128 : 1010-2.
- 26 **DE FILIPPI F.**
An account of Tibet. The travels of Ippolito Desideri of Pistoia S.J., 1712- 1727. 475 p,
Georges Routledge and Sons Ed., London, 1932.
- 27 **DEVARAJ T.**
Ayurvedic remedies for common diseases. 149 p., Sterling Ed., New Delhi, 1988.
- 28 **DICKINSON J.**
Twelve new doctors for Nepal.
Br. Med. J. 1984 ; 289 : 1715-7.
- 29 **DOBREMEZ JF.**
Le Népal: Ecologie et Biogéographie. Cahiers Népalais, 355 p., CNRS. Ed., Paris, 1976.
- 30 **DURKIN M.**
Ayurvedic treatment for jaundice in Nepal.
Soc. Sci. Med. 1988 ; 27 : 491-5.
- 31 **DURKIN-LONGLEY M.**
Multiple therapeutic use in urban Nepal.
Soc. Sci. Med. 1984 ; 19 : 867-72.
- 32 **ESTEVEZ EG, LEVINE JA, WARREN J.**
Intestinal parasites in a remote village in Nepal.
J. Clin Microbiol. 1983 ; 17 : 160-1.
- 33 **FRYE S.**
Preliminary notes to an introduction to the study of tibetan medical literature.
Tibetan Medicine, Dharamsala, 1981 ; 4 : 15-18.
- 34 **GENTILINI M, DUFLO B.**
Médecine tropicale, 4e éd., Flammarion Ed. 839 p., Paris, 1986.

- 35 GILLAM SJ.
Mortality risk factors in acute protein—energy malnutrition.
Trop. Doct. 1989 ; 19 : 82—5.
- 36 GILLAM SJ.
The traditionnal Healer as village Health Worker.
Journal of the Institute of Medicine, Kathmandu, 1989 ; 11 : 67—76.
- 37 GOPALAN C.
Preventing Goitre in India.
HIMAL, Kathmandu, 1989 ; 2 : 28—29.
- 38 GORDON MM.
Hospital Practice in Nepal.
N. Engl. J. Med. 1985 ; 312 : 249—50.
- 39 JUSTICE J.
The bureaucratic context of international health: a social scientist view.
Soc. Sci. Med. 1987 ; 25 : 1301—6.
- 40 JUSTICE J.
Can socio—cultural information improve health planning? A case study of Nepal's assitant nurse—midwife.
Soc.Sci. Med. 1984 ; 19 : 193—8.
- 41 KANNO N.
Hygiene, health education and collaborative health practice in Nepal.
Hygiene, 1989 ; 8 : 30—2.
- 42 KARKI YB.
Sex preference and the values of sons and daughters in Nepal.
Stud Fam. Plann. 1988 ; 19 : 169—78.

- 43 **KLAASSEN-WITT GM.**
Common diseases in Nepal.
Kansas Medicine, 1989 ; 90 : 80-5.
- 44 **LANG S, LANG A.**
The Kunde Hospital and a demographic survey of the upper Khumbu, Nepal.
N. Z. Med. J. 1971 ; 74 : 1-8.
- 45 **LOBSANG R.**
The origin and growth of medicine in Tibet.
Tibetan Medecine, Dharamsala, 1981 ; 3 : 3-20.
- 46 **LOBSAN R.**
Pulse analysis in tibetan medicine.
Tibetan Medicine, Dharamsala, 1981 ; 3 : 45-52.
- 47 **LOBSAN R.**
Urine analysis in tibetan medicine.
Tibetan Medicine, Dharamsala, 1981 ; 3 : 53-60.
- 48 **LOBSANG DOLMA KHANGKAR**
A talk on ingredients of tibetan medicine.
Tibetan Medicine, Dharamsala, 1982 ; 5 : 3-9.
- 49 **LOUBEYRE J.B.**
Les chemins sacrés : interactions entre pratique traditionnelle et médecine moderne,
l'exemple du chamanisme tamang au Népal.
Thèse Med., Université René Descartes, Paris, 1984.
- 50 **Mc INTOSH EN, Van BERGEN B, DHAKHWA DR et all.**
Recent changes in the sociodemographic profile of sterilization acceptors in Nepal.
Int. J. Gynaecol. Obstet. 1985 ; 23 : 405-11.

- 51 MAJUMDER PP, GUPTA R, MUKHOPADHYAY B et All.**
Effects of altitude, ethnicity—religion, geographical distance and occupation on adult anthropometric characters of eastern himalayan population.
Am. J. Phys. Anthropol. 1986 ; 70 : 377—93.
- 52 MARTORELL R, LESLIE J, MOOCK PR.**
Characteristics and determinants of child nutritional status in Nepal.
Am. J. Clin. Nutri. 1984 ; 39 : 74—86.
- 53 MAURICE J.**
La lépre : la lumière est au bout du tunnel.
Santé du Monde, 1988 ; 7 : 13—15.
- 54 MERTENS T, TONDORF G, SIEBOLD M et All.**
Epidemiology of HIV and hepatitis B virus (HBV) in selected African and Asian populations.
Infection, 1989 ; 17 : 4—7.
- 55 MEYER F.**
GSO—BA RIG—PA, le système médical tibétain. 287 p., C.N.R.S Ed., Paris, 1988.
- 56 MYAT A.**
Strategies for HFA 2000 and beyond in Nepal.
Journal of the Institute of Medicine, Kathmandu, 1989 ; 11 : 67—76.
- 57 NABARRO D.**
Influence of child nutrition in Eastern Nepal.
Journal of the Institute of Medicine, Kathmandu, 1982 ; 4 46—66.
- 58 NEWHOUSE SR.**
Tibetan Medicine : a study in cross—cultural health care system.
Tibetan Medicine, Dharamsala, 1982 ; 5 : 47—56.

- 59 **ORTIZ-I.**
Community Health Workers: Success or Failure ?
Journal of the Institute of Medicine, Kathmandu, 1989 ; 11 : 321-329.
- 60 **OSWALD IH.**
Are traditional healers the solution to the failures of primary health care in rural Nepal ?
Soc. Sci. Med. 1983 ; 17 : 255-7.
- 61 **PANDEY MR.**
Hypertension in Nepal.
Bibl. Cardiol. 1987 ; 100 : 68-76.
- 62 **PANDEY MR.**
Domestic smoke pollution and chronic bronchitis in a rural community of the Hill Region of Nepal.
Thorax, 1984 ; 39 : 337-9.
- 63 **PANDEY MR.**
Prevalence of chronic bronchitis in a rural community of the Hill Region of Nepal.
Thorax 1984 ; 39 : 331-6.
- 64 **PANDEY F, REGMI HN, NEUPANE RP, GAUTAM A et al.**
Domestic smoke pollution and respiratory function in rural Nepal.
Tokai J. Exp. Clin. Med. 1985 ; 10 : 471-81.
- 65 **PANDEY MR, SHARMA PR, GUBHAJU RB, SHAKYA GM et al.**
Impact of a pilot acute respiratory infection (ARI) control programme in a rural community of the hill region of Nepal.
Ann. Trop. Paediatr. 1989 ; 9 : 212-20.
- 66 **PARKER B.**
Ritual Coordination of medical pluralism in hightland Nepal: Implication for policy.
Soc. Sci. Med. 1988 ; 27 : 919-25.

- 67 PATRA FC, SACK DA, ISLAM AN, MAZUMBER RN.
Oral rehydratation formula containing alanine and glucose for treatment of diarrhoea : a controlled trial.
B. M. J. 1989 ; 20 : 1353-6.
- 68 PEARSON M.
What does distance matter? Leprosy control in West Nepal.
Soc. Sci. Med. 1988; 26 (1): 25-36.
- 69 PEARSON M.
Social Factors and leprosy in Lanjung, West Central Nepal : implication for disease control.
Ecology Disease 1982 ; 1 : 229-236.
- 70 PIERSON WE, KOENIG JQ, BARDANA EJ Jr.
Potential adverse health effects of wood smoke.
West J. Med. 1989 ; 151 : 339-42.
- 71 PRADHAN S, DARSIE R Jr.
New mosquito records for Nepal.
J. Am. Mosq. Control Assoc. 1989 ; 5 : 21-4.
- 72 PURETZ S.
Health and health care in Nepal.
N. Y. State J. Med. 1989 ; 89 : 272-7.
- 73 PUSHPA PS.
Out look of children diseases, then and now.
Journal of the Institute of Medicine, Kathmandu, 1982 ; 4 : 25-30.
- 74 RAMALINGASWANI V, PURCELL RH.
Waterbone Non-A, Non B Hepatitis.
LANCET. 1988 ; 12 : 571-3.

- 75 RANA I.**
Legal status of women in Nepal.
Quarterly Development Review 1989 ; 8 : 16–22.
- 76 RAPTEN K.**
Tibetan medicinal plants and their relationship to modern chemical activity.
Tibetan Medicine, Dharamsala, 1981 ; 3 : 32–44.
- 77 REISSLAND N, BURGHART R.**
Active patients: the integration of modern and traditional obstetric practices in Nepal.
Soc. Sci. Med. 1989 ; 29 : 43–52.
- 78 REISSLAND N, BURGHART R.**
The quality of a mother's milk and the health of her child : beliefs and practices of the women of Mithila, Nepal.
Soc. Sci. Med. 1988 ; 27 : 43–52.
- 79 REISSLAND N; BURGHART R.**
The role of massage in south Asia: child health and development.
Soc. Sci. Med. 1987 ; 25 : 231–9.
- 80 RENOUL.**
L'Hindouisme. Que sais-je ? 9e éd., Presse Universitaire de France Ed., 127 p.,
PARIS, 1987.
- 81 RICHARDSON AS.**
Physical impairment, disability and handicap in rural Nepal.
Dev. Med. Child Neurol. 1983 ; 25 : 717–26.
- 82 RIEFFEL R.**
Le Népal. Guide Arthaud, 5e éd., 353 p., Arthaud Ed., Paris, 1986.
- 83 ROSENFELD A.**
Maternal mortality in developing countries.
JAMA 1989 ; 21 : 376–9.

- 84 SANTOSH MS.**
Non A, non B hepatitis in Nepal.
Journal of the Institute of Medicine, Kathmandu, 1987 ; 9 : 296-306.
- 85 SCHULER SR, GOLDSTEIN MC.**
Family Planning in Nepal from the user's and non user's perspectives.
Stud. Fam. Plann. 1986 ; 17 : 66-77.
- 86 SCHULER SR, GOLDSTEIN MC, McINTOSH NE, PANDE BR.**
Barriers to Effective Family Planning in Nepal.
Stud. Fam. Plann. 1985 ; 16 : 260-70.
- 87 SHANTA D.**
Staving off Goitre and Cretinism.
HIMAL 1989 ; 2 : 22-23.
- 88 SHRESTA SM.**
Seroepidemiology of hepatitis B in Nepal.
Journal of the Institute of Medicine, Kathmandu, 1985 ; 10 : 232-6.
- 89 SKULTANS V.**
A comparative study of the psychiatric practice of a tantrik healer and a hospital out-patient clinic in the Kathmandu valley.
Psychol. Med. 1988 ; 18 : 969-81.
- 90 STAPLETON M.**
Diarrhoeal diseases: perceptions and practices in Nepal.
Soc. Sci. Med. 1989 ; 28 : 593-604.
- 91 STONE L.**
Primary Health Care for whom? Village perspectives from Nepal.
Soc. Sci. Med. 1986 ; 22 : 293-302.

- 92 STREEFLAND P.**
The frontiers of modern Western medicine in Nepal.
Soc. Sci. Med. 1985 ; 20 : 1151-9.
- 93 SUBEDI J.**
Modern health services and health care behavior: a survey in Kathmandu.
J. Health Soc. Behav. 1989 ; 30 : 412-420.
- 94 SUMARMO B**
Malaria: overview of the global situation and problem in asia.
Paediatr. Indones. 1989 ; 29 : 33-8.
- 95 SUVEDI B.**
Diarrhoea-- knowledge, attitudes and practices towards it in Baitadi.
Journal of the Institute of Medicine, Kathmandu, 1987 ; 9 : 35-44.
- 96 TAYLOR C.**
Control of diarrheal diseases.
Annu. Rev. Public Health 1989 ; 10 : 221-44.
- 97 TENZING N, KLATZEL F.**
Stories and custom of the Sherpas. 46 p., Khumbu Cultural Conservation Committee;
Kathmandu, Nepal, 1988.
- 98 THAPA S.**
A decade of Nepal's Family Planning program : achievements and prospect.
Stud. Fam. Plann. 1989 ; 20 : 38-52.
- 99 THILLY CH.**
Goitre et cretinisme endémiques, rôle étiologique de la consommation de manioc et
stratégie d'éradication.
Bul. Mem. Acad. R. Med. Belg. 1981 ; 136 : 389-412.

- 100 TOFFIN G.**
L'Anthropologie Médicale au Népal.
Tempo Médical supl. 1989 :355 : 5–8.
- 101 TOPGAY S.**
Pharmacognosy in Tibetan Medicine.
Tibetan Medicine, Dharamsala, 1980 ; 1 : 30–35.
- 102 TULADHAR JM.**
Effect of family planning availability and accessibility on contraceptive use in Nepal.
Stud. Fam. Plann. 1987 ; 18 : 49–53.
- 103 TULADHAR JM, STOECKEL J.**
The relative impacts of vertical and integrated FP/MCH programs in rural Nepal.
Stud. Fam. Plann. 1982 ; 13 : 275–86.
- 104 ULSTEIN M, RANA G, YANGZOM K, GURUNG R.et all**
Some fetal and pregnancy parameters in Nepal.
Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1988 ; 67 : 47–52.
- 105 UPADHYAY MP, GURUNG BJ, PILLAI KK, NEPAL BP.**
Xerophthalmia among Nepalese children.
Am. J. Epidemiol. 1985 ; 121 : 71–7.
- 106 UPRETY K.**
Le Népal dans les relations économiques internationales. Aspects juridiques. Thèse
DEA Droit. Paris I. Sorbonne, 1985.
- 107 VAN BRAKEL W, KIST P, NOBLE S, O'TOOLE L.**
Relapses after multidrug therapy for leprosy : a preliminary report of 22 cases in West
Nepal.
Lepr. Rev. 1989 ; 60 : 45–50.

- 108 **VIEDMA C.**
A health and nutrition atlas in *World Health*, 31 p., 1988.
- 109 **VIGNY F.**
La population du Népal, analyse démographique, facteurs de la répartition. Thèse de Doctorat de Géographie. Paris, 1976.
- 110 **WEINER J.**
Source Force and the Nepal Medical Profession.
Soc. Sci. Med. 1989 ; 29 : 669-675.
- 111 **WERNER D.**
Where there is no doctor. 6^e éd., 456 p., Hesperian Foundation Ed., New Delhi, 1988.
- 112 **WRIGHT C, NEPAL MK, BRUCE-JONES WD.**
Mental health patients in primary health care services in Nepal.
Asia Pacific Journal of Public Health 1989 ; 3 : 224-230.
- 113 **YESHI D, JHAMPA K.**
Bdud.rtsi. snying.po. yan.lag.brgyad.pa. gsang.ba.man.ngag.gi.rgyud. The secret oral instruction on the eight branches of the science of tibetan medicine.
Tibetan Medicine, Dharamsala, 1983 ; 6 : 1-93.
- 114 **YESHI D, SONAM T.**
Pulse diagnosis in Tibetan Medicine.
Tibetan Medicine, Dharamsala, 1980 ; 1 : 13-29.
- 115 **ASLAWEEK.**
Editorial 1990 ; 2 : 6.
- 116 **His Majesty's Government, Ministry of Health.**
Central Bureau of Statistic. Demographic Sample Survey. 110 p., Kathmandu, 1987.
- 117 **His Majesty's Government, Ministry of Health.**
Health Information Bulletin 1990 ; 6 : 99 p.

- 118 His Majesty's Government, Ministry of Health.**
National Population on Commission. 203 p. 1988.
- 119 His Majesty's Government, Ministry of Health, World Health Organization.**
Country Health Profile, Nepal. 227 p., Policy, Planning, Monitoring & supervision division Ed., Kathmandu, 1988.
- 120 National Planning Commission.**
Statistical Pocket Book, 301 p., Central Bureau of Statistics, Kathmandu, 1990.
- 121 Programme des Nations Unies pour le Développement**
Rapport mondial sur le développement humain 1990, 203 p., Economica Ed., Paris, 1990.
- 122 The rising Népal.**
Editorial du 10 Avril 1990.
- 123 UNICEF.**
Children and women of Nepal. A situation analysis. 201 p., 1987.
- 124 WORLD HEALTH ORGANIZATION.**
Strengthening the performance of community health workers in primary health care.
WHO Tech. Rep. Ser. 1989 ; 780 : 1-46.
- 125 WORLD HEALTH ORGANIZATION.**
Diarrhoeal deshydratation— easy to treat but best prevented.
World Health Forum. 1989 ; 10 : 110-5.

ANNEXES

Figure 1	: Place du Népal dans le subcontinent indien	15
Figure 2	: Carte du Népal	16
Figure 3	: Carte administrative du Népal	21
Figure 4	: Pyramide des âges	30
Figure 5	: Densité et migrations	31
Figures 6 et 7	: La scolarité	39
Figure 8	: Schéma des études médicales	53
Tableau 1	: Médecine Tibétaine, disposition des pouls	66
Tableau 2	: Caractéristiques épidémiologiques	81
Figures 9 et 10	: Espérance de vie, mortalité infantile	82
Figure 11	: Mortalité infantile	83
Figure 12	: Mortalité périnatale	83
Figure 13	: Malnutrition chronique	90
Figure 14	: Malnutrition aiguë	90
Figure 15	: La contraception	98
Figure 16	: Situation du Solu–Khumbu	102
Figure 17	: Situation de Lukla	103
Tableau 3	: Les médicaments utilisés à Lukla	109
Figure 18	: Fréquentation du dispensaire	111
Figures 19 et 20	: Les consultants du dispensaire	111
Figure 20	: La pathologie du dispensaire	112

Photographies

Panneau publicitaire pour les vaccinations	96
Le dispensaire de Lukla	100
Examen au Microscope	106
Le fichier de consultation	112
Réhydratation et médicaments	116

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	10
2. PRESENTATION DU NEPAL	12
2.1. GEOGRAPHIE	13
2.1.1. Situation	13
2.1.2. Topographie	13
2.1.3. Climat	14
2.2. APERCU HISTORIQUE	17
2.2.1. Les origines.	17
2.2.2. Les petits royaumes	17
2.2.3. L'unification du pays	18
2.2.4. L'avènement des Ranas	18
2.2.5. L'ouverture vers l'extérieur.	18
2.3. REALITES POLITIQUES	19
2.3.1. La constitution	19
2.3.2. Le système PANCHAYAT.	19
2.3.3. La politique intérieure	20
2.3.4. La politique extérieure	20
2.4. L'ECONOMIE	22
2.4.1. L'agriculture	22
2.4.2. L'artisanat.	23
2.4.3. L'industrie	23
2.4.4. L'énergie	23

2.4.5. Les voies de communications	24
2.4.5.1. Le réseau ferroviaire	24
2.4.5.2. Le réseau routier	24
2.4.5.3. Le réseau aérien	24
2.4.6. Le tourisme	24
2.4.7. Le commerce extérieur	25
2.4.7.1. Rappel historique	25
2.4.7.2. La situation du commerce extérieur	25
2.4.7.3. L'aide internationale	26
3. LE PEUPLE NEPALAIS	27
3.1. ANALYSE DEMOGRAPHIQUE	28
3.1.1. Généralités	28
3.1.1.1. Taux de Natalité	28
3.1.1.2. Taux de Mortalité	28
3.1.2. Densité et Répartition	29
3.1.2.1. Courants Migratoires	29
3.2. GROUPES ETHNIQUES	32
3.2.1. Histoire du Peuplement	32
3.2.2. Les Ethnies	32
3.2.2.1. Populations du système de caste	
indo-népalaise	33
3.2.2.2. Ethnies de langues tibéto-birmanes	33
3.2.2.3. Population d'origine tibétaine	34
3.2.2.4. Les Musulmans	34

3.3. LES RELIGIONS	35
3.3.1. Importance Respective	35
3.3.2. L'Hindouisme	35
3.3.2.1. L'âge védique	35
3.3.2.2. La mythologie hindoue.	36
3.3.2.3. Les buts et les voies.	36
3.3.2.4. Les étapes de la vie.	36
3.3.2.5. Le système des castes.	37
3.3.3. Le Bouddhisme	38
3.4. L'EDUCATION	39
3.5. LA SITUATION DE LA FEMME NEPALAISE	40
4. LE SYSTEME DE SANTE	42
4.1. INTRODUCTION	43
4.2. LES PLANS QUINQUENNAUX	43
4.2.1. Historique	43
4.2.2. Les orientations de la politique sanitaire	44
4.3. LE FINANCEMENT DE LA POLITIQUE SANITAIRE	46
4.3.1. Le budget de la santé	46
4.3.2. L'aide étrangère	46
4.3.3. Les organisations non gouvernementales	46

4.4. LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE	47
4.4.1. Définition	47
4.4.2. Mise en oeuvre des soins de santé primaire au Népal	48
4.5. L'INFRASTRUCTURE SANITAIRE	49
4.5.1. Les hôpitaux	49
4.5.1.1. Généralités	49
4.5.1.2. Fonctionnement	49
4.5.2. Les dispensaires	50
4.5.2.1. Description	51
4.5.2.2. Les problèmes	51
4.5.3. Le personnel sanitaire	52
4.5.3.1. Les médecins	52
4.5.3.2. Les assistants de santé et les para-médicaux	54
4.6. LES SYSTEMES MEDICAUX TRADITIONNELS	55
4.6.1. La médecine Ayurvédique	55
4.6.1.1. Historique	55
4.6.1.2. Principes fondamentaux	55
4.6.1.3. Le concept de la maladie	56
4.6.1.4. L'examen du patient	56
4.6.1.5. Le traitement	57
4.6.1.5.1. la prévention	57
4.6.1.5.2. Le traitement curatif	57
4.6.1.5.2.1. La thérapeutique médicale	57

4.6.1.5.2.2. Les méthodes chirurgicales	58
4.6.1.6. Situation actuelle de la médecine ayurvédique au Népal	58
4.6.2. La médecine tibétaine	59
4.6.2.1. Les Origines	59
4.6.2.2. Les Références	60
4.6.2.3. Caractéristiques Fondamentales	61
4.6.2.3.1. Notions d'anatomie	61
4.6.2.3.2. Le concept de la maladie	62
4.6.2.3.2.1. Les causes premières	62
4.6.2.3.2.1.1. Les causes lointaines	62
4.6.2.3.2.1.2. Les causes proches	63
4.6.2.3.2.2. Les causes adjuvantes	63
4.6.2.3.3. Sémiologie	63
4.6.2.3.4. Nosologie	64
4.6.2.3.5. La démarche diagnostique	64
4.6.2.3.5.1. L'examen du pouls	66
4.6.2.3.5.2. Les différents pouls	67
4.6.2.3.5.3. Les variations du pouls	67
4.6.2.4. L'examen des urines	68
4.6.2.4.1. Technique	68
4.6.2.4.2. Les urines normales	68
4.6.2.4.3. Les urines pathologiques	69

4.6.2.5. Thérapeutique	69
4.6.2.5.1. Les principes	69
4.6.2.5.2. Les moyens thérapeutiques	70
4.6.2.5.2.1. Les modes de vie	70
4.6.2.5.2.2. La diététique	70
4.6.2.5.2.3. Les médicaments	70
4.6.2.5.2.4. Les interventions	71
4.6.2.5.2.5. Les thérapeutiques non médicales	71
4.6.2.5.3. Le thérapeute	72
4.6.3. La médecine des Jhankris	73
4.6.3.1. Qu'est ce qu'un Jhankri ?	73
4.6.3.2. La formation du Jhankri	74
4.6.3.3. La conception de la maladie	74
4.6.3.4. La démarche diagnostique	75
4.6.3.4.1. La divination	75
4.6.3.4.2. La possession divine	75
4.6.3.5. Les moyens thérapeutiques	76
4.6.3.5.1. Les moyens curatifs	76
4.6.3.5.1.1. Méthodes surnaturelles	76
4.6.3.5.1.2. Méthodes naturelles	76
4.6.4. Intégration des praticiens traditionnels dans le système de soins	77
4.6.5. Conceptions traditionnelles de la santé	78
4.6.5.1. L'hygiène	78

4.6.5.2. L'accouchement et la période post-natale	78
4.6.5.3. Les soins apportés à l'enfant	79
4.6.5.3.1. La nutrition	79
4.6.5.3.2. Le massage à l'huile	79
4.6.5.3.3. L'application de gajal	79
5. L'ETAT SANITAIRE DU NEPAL	80
5.1. GENERALITES	81
5.2. LES PATHOLOGIES RENCONTREES	84
5.2.1. Maladies infectieuses et parasitaires	84
5.2.1.1. Tuberculose	84
5.2.1.1.1. Généralités	84
5.2.1.1.2. Le Dépistage	85
5.2.1.1.3. Le diagnostic	85
5.2.1.1.4. Le traitement	85
5.2.1.2. Lèpre	86
5.2.1.3. Gastro-entérites et diarrhées.	87
5.2.1.4. Rougeole	87
5.2.1.5. Tétanos Coqueluche Diphtérie Variole	87
5.2.1.6. Poliomyélite	87
5.2.1.7. Hépatites	88
5.2.1.8. Méningites, encéphalites	88
5.2.1.9. Paludisme	88
5.2.1.10 .Helminthiases, nématodoses.	88
5.2.1.11. Autres parasitoses	89

5.2.2. Malnutrition	89
5.2.2.0.1. Importance quantitative	89
5.2.2.0.2. Ration alimentaire	91
5.2.2.0.3. Variation de l'état nutritionnel	91
5.2.3. Carences	92
5.2.3.1. Carence en iode	92
5.2.3.2. Carence en vitamine A	92
5.2.4. Pathologie infantile	92
5.2.5. Pathologie obstétricale	93
5.2.6. Affections respiratoires	93
5.2.7. Affections cardio vasculaires	94
5.2.8. Pathologie Traumatique et Handicaps	94
5.2.9. Divers	95
5.3. LES VACCINATIONS	95
5.4. LE PLANNING FAMILIAL	97
6. LE DISPENSAIRE DE LUKLA	99
6.1. PRESENTATION	101
6.1.1. Lukla	101
6.1.2. L'environnement sanitaire	104
6.1.3. Historique	105
6.1.4. Fonctionnement	107
6.1.5. La formation du personnel de santé	108

6.2. LES RESULTATS	110
6.3. COMMENTAIRES ET PERSPECTIVES D'AVENIR	114
7. CONCLUSION	117
BIBLIOGRAPHIE	119
ANNEXES	135

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 24

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Les objectifs de ce travail sont d'analyser la politique de santé népalaise et de présenter le bilan du dispensaire de Lukla, dans la vallée du Solu-Khumbu.

Le Népal est un des pays les plus pauvres du monde. Il est particulièrement attachant en raison de sa richesse historique, culturelle, religieuse et ethnique. Son système de santé est celui d'un pays en voie de développement, essentiellement basé sur la mise en place des soins de santé primaire, conformément aux directives de l'OMS. Les priorités actuelles sont : la lutte contre la tuberculose, la malnutrition, les diarrhées et la surpopulation. Malgré l'aide internationale, les moyens mis en oeuvre ne sont pas à la mesure des projets. Aussi une des voies actuelles est l'intégration des systèmes médicaux traditionnels.

Le dispensaire de Lukla est supervisé par l'association "Echange et Développement" depuis 1988. Un bilan est présenté, ainsi qu'une analyse critique de son fonctionnement.

MOTS CLES

- Népal.
- Santé publique.
- Soins de santé primaire.
- Médecine traditionnelle.
- ONG.
- Dispensaire.