

**Rapport de mission exploratoire  
Partage et Soins**

**Village de Jhumlawang  
district du Rukum  
Népal**

**Du 4 Septembre au 28 Octobre 2008**



Equipe de préparation et sur le terrain:  
Véronique Chenat, Laurent Navarro, Purna Bahadur Magar

# SOMMAIRE

<b><i>I Contexte général du Népal</i></b>	<b>3</b>
• <b>Situation Géopolitique</b>	<b>3</b>
• <b>Le système de santé</b>	<b>4</b>
• <b>Le système éducatif</b>	<b>4</b>
<b><i>II Mission exploratoire</i></b>	<b>5</b>
1. Contexte spécifique du village de Jhumlawang au sein du district de Rukum	5
1.1 Généralités	5
1.2 Ressources	7
1.3 Santé	8
1.3.1 Structures de référence	8
1.3.2 Village de Jhumlawang	10
1.4 Watsan	10
1.4.1 Accès à l'eau	10
1.4.2 Latrines	10
2. Etude préalable à la création d'un centre de santé	11
2.1 Analyse d'une situation donnée	11
2.1.1 Les souffrances propres à la communauté à considérer	11
2.1.2 Evaluation de la malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans	11
2.1.3 Les principaux problèmes de santé et leurs causes - Soins infirmiers	11
2.1.4 Les outils préventifs qui pourraient participer à remédier aux difficultés rencontrées	13
2.1.5 Les ressources locales à valoriser	14
2.2 Réponses institutionnelles face aux besoins	15
2.3 Ressources culturelles propres à la communauté de Jhumlawang	15
2.4 Réponses alternatives possibles	17
2.4.1 L'hygiène	17
2.4.2 Prévention et traitement curatif de la carence en vit A	19
2.4.3 Prévention et traitement des parasitoses	20
2.4.4 Prévention des chutes et des accidents domestiques	20
<b><i>III Recommandations sur le choix des ressources humaines</i></b>	<b>21</b>

## **ANNEXES**

# I Contexte général du Népal

- Situation Géopolitique

Après 10 ans de conflit armé <sup>1</sup> le Parti Maoïste accède au pouvoir lors des élections du 10 Avril 2008 :

Leurs représentants siègent au parlement et leur Leader « Prashanda » <sup>2</sup> est nommé Premier Ministre. Le mouvement, s'appuyant sur un électorat rural, doit mettre en œuvre les réformes annoncées et relativiser l'extrémisme des anciens slogans en composant avec la réalité sociale et politique du pays. La gageure étant de quitter le treillis du Guérilléro pour endosser l'habit plus consensuel du citoyen d'une démocratie.

Les grands thèmes mobilisateurs ayant été (entre autres):

- Le nivellement des clivages de caste
- La répartition des terres des grands propriétaires en faveurs des petits fermiers
- L'abolition du système de dette
- Les réformes des systèmes de santé et de l'éducation

L'abolition de la monarchie étant inhérente à la réalisation de ces réformes le Roi a été écarté du pouvoir en 2008.

L'équilibre des alliances parlementaires est très précaire, les dirigeants de l'ex-guérilla doivent affronter les anciens lobby industrialo-économiques, amadouer les grandes puissances ayant soutenu la Monarchie économiquement, politiquement ou militairement (les USA, l'Inde, la Chine, la G.B. essentiellement). La gestion de fin du conflit armé pose la question de la réintégration des forces maoïstes, milices et armée ; l'endoctrinement des recrues arrachées jeunes à leurs villages les rendant peu malléables à un retour vers une vie civile, une réintégration dans l'armée gouvernementale est à l'ordre du jour.

Le mouvement maoïste est né dans le RUKUM et dans le ROLPA, ces zones inaccessibles ont été ré ouvertes en 2007.

---

<sup>1</sup> (Pour une connaissance géopolitique du Népal plus approfondie, se reporter à l'annexe chapitre : situation géopolitique du Népal)

<sup>2</sup> Les maoïstes ont pour habitude de se choisir des noms de guerre : « Prashanda » s'appelle Puspha Kamal Dahal

- Le système de santé

En théorie, le gouvernement garantit l'accès aux soins pour tous les Népalais<sup>3</sup>. La pratique est tout autre :

Il existe une forte disparité entre les zones urbaines telles Katmandou, Pokhara ou Nepalgang pourvus en hôpitaux publiques et privés souvent gérés ou appuyés par les différentes ONG et les zones isolées des montagnes où l'accessibilité aux « soins »(dispensaire de soins primaires le plus souvent sans personnel et matériel médical compétent) demande plusieurs heures voir plusieurs jours de marche. Dans de telles conditions avec un manque d'hygiène primaire, une potabilisation de l'eau quasi inexistante, l'espérance de vie en bonne santé ne dépasse pas 61 ans, la mortalité infantile est de 76 pour 1000 enfants de 0 à 5 ans (2004) et la mortalité des femmes en couches est de 740 pour 100 000 naissances ( 2000)<sup>4</sup>

- Le système éducatif

En une cinquantaine d'années, le Népal a réussi à construire son système éducatif. De quelques milliers d'étudiants en 1951, on recensait 6,3 millions d'étudiants et 163.000 enseignants en 2003. Mais les moyens mobilisés demeurent très insuffisants au regard d'une population de moins de 15 ans de 10.260.000 individus, d'un taux d'alphabétisation de 62,2% pour les hommes et de 34,6% pour les femmes et il demeure de fortes disparités sociétales fondées sur le sexe, l'ethnie, la caste, la situation géographique et la classe sociale. L'école publique est notoirement sous équipée et ses enseignants peu formés<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> (Pour une connaissance du système de classification du personnel de santé propre au Népal se reporter à l'annexe : chapitre système de classification du personnel de santé au Népal)

<sup>4</sup> Source : World Health Statistics 2006

<sup>5</sup> (Pour une connaissance du système éducatif plus approfondi, se reporter à l'annexe, chapitre : système éducatif)

## II Mission exploratoire

La rencontre en Février 2008 avec Christine Kieffer, présidente de l'association humanitaire Partage-Népal, spécialisée dans la construction, la réhabilitation d'écoles et l'approvisionnement en matériel scolaire, a été déterminante dans l'élaboration de ce projet de mission exploratoire.

Elle a permis à l'association Partage et Soins d'entrer en contact avec leur correspondant local principal, Purna Bahadur Magar, président de l'association Humanitaire Népalaise, Act Alliance Nepal, avec lequel elle a déjà réalisé avec succès quelques projets de construction et de réhabilitation d'écoles.

Purna a exposé à Partage et Soins le problème de la non existence de structure de santé primaire dans son village de Jhumlawang dans le district du Rukum.

La minutieuse préparation effectuée par l'équipe de Partage et Soins en correspondance mails avec Purna pendant plus de six mois a permis d'identifier de réels besoins de santé primaire dans cette région couvrant plus de 20.000 personnes et a motivé la décision de monter une mission exploratoire composée :

une infirmière, chef de mission Mme Véronique CHENAT

Un observateur, Mr Laurent Navarro

Un représentant de l'association « Népalaise Act Alliance Nepal » : Purna Badhadur Magar

### 1. Contexte spécifique du village de Jhumlawang au sein du district de Rukum

#### 1.1 Généralités

- **Situation administrative**

VDC <sup>6</sup> Morawang

District Rukum

Chef lieu Musikot

Zone Rapti

Région Midwestern region

- **Population** : environ 1200 personnes

environ 20 000 personnes au-delà du village (5VDC)

- **Accessibilité**

Kathmandu – Musikot : 1h30 par avion local ou 2j par bus si les routes sont praticables

Musikot – Jhumlawang : 3j de marche en moyenne montagne entre 1500 et 3000m d'altitude en traversant plusieurs vallées encaissées.

- **Représentant du village : Ram Bahadur Buddha**

Représentant officieux et non officiel, suppression par la guérilla maoïste des représentants administratifs de l'ancien régime.

---

<sup>6</sup> (Village Development Committee)

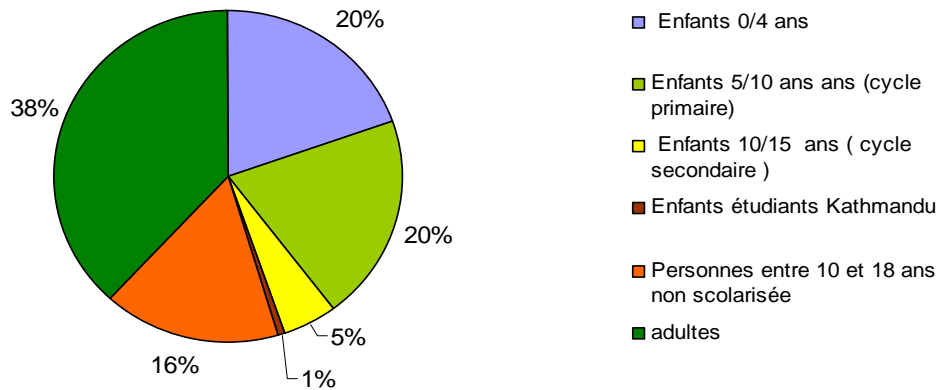
- **Spécificité du village :**

Maisons de paysans réparties sur deux fortes pentes séparées par deux rivières.

Les maisons sont en bordure des champs

Pas de bourg, pas de maison communale, pas de commerce

- **Répartition de la population**



(5% erreurs dus à la difficulté du recensement)

- **Tradition familiale**

Les jeunes filles traditionnellement à dater du jour de leur mariage vont vivre chez la belle famille

Les maris vont en grand majorité travailler dans les pays du Golf Persique.

Les femmes exploitent la terre traditionnellement exclusivement réservée aux hommes.

La femme s'occupe donc des travaux des champs, de leurs enfants et reste au service de la belle famille.

Le statut social de la femme dépend de sa capacité à procréer et du nombre d'enfants vivants. Dans le cas contraire, le mari demande le divorce, la femme ne pouvant retourner dans sa famille de naissance ne peut travailler qu'en tant que bonne ou prostituée.

- **Scolarisation**

Ecole primaire de 5 classes à Jhumlawang 1° à 5°

Ecole secondaire de 4 classes à Sima (village à 1h de marche) 6° à 10°

Collège Musikot (3j de marche) 11° à 12°

Université à Kathmandu, Pokhara

- **Comités et associations**

Ce village est structuré en différents comités et associations interactifs entre eux, chacun dirigé par un responsable élu.

*Association de femmes : Thira Rana Magar*

*Mouvement social des jeunes : Oprakam B.K*

*Comité des services sociaux : Sur Bahadur Sherestha*

*Comité des activités scolaires : Chandra Prakash Rana*

*Comité de jeunes du mouvement social : Ram Prasad Gurung*

## 1.2 Ressources

- **Vivrières en polycultures**

Maïs en dominance, Riz, Haricot, Blé, Millet, Courge, pomme de terre, banane, noix (huile), épices (piment poivre)

- **Autres ressources alimentaires**

Viande : mouton, poulet en très faible quantité et pour les grandes occasions

Lait issu des vaches et des buffalos

Pas de poisson (malgré les rivières à proximité)

- **Culture de rapport**

Communauté vivant en autosuffisance

- **Disponibilité en argent**

Très faible et très inégale selon les foyers

- **Périodes de soudure**

Pas de déficit jusqu'à l'été 2008 date à laquelle la mousson a été trop forte et a fait pourrir le maïs. Exceptionnellement, les habitants ont dû importer du riz.

- **Artisanat**

Filage par les femmes du chanvre pour fabriquer du fil qu'elles revendent dans les autres villages plus bas dans la vallée

Tissage de tapis de laine

Travail du fer par les forgerons Dhalits (caste des intouchables) pour fabriquer et réparer les outils agricoles

Anciennement poterie en cuivre destinée au stockage des grains et à la vaisselle. Ce cuivre provenait de mines plus exploitées actuellement suite à la découverte il y a quelques années dans la région de Pokhara de gisements plus facilement exploitables du à la proximité des axes routiers vers l'Inde.

- **Entreprise**

Inexistente

- **Ressources énergétiques**
  - ✓ Hydraulique : l'eau des 2 rivières exploitées par les moulins pour transformer les grains de maïs, blé et millet en farine
  - ✓ Solaire avec quelques foyers équipés en panneaux fournissant de faible consommation d'électricité ( pas de réseau électrique publique et privé)

## 1.3 Santé

### 1.3.1 Structures de référence

- **Rukumkot la plus proche**

A une journée de marche de Jhumlawang soit environ 8h et une autre journée pour le retour, impliquant une nuit sur place. Le dispensaire ne dispose pas de lits.

**Dispensaire de santé primaire** cédé à la population locale par Médecin Sans Frontières <sup>7</sup>. Ils ont acté dans ce poste dépendant de l'hôpital de Musikot pendant 3 années de Juillet 2005 à Juillet 2007, date à laquelle ils ont quitté le Népal suite au traité de paix signé entre le gouvernement en place de l'époque et les représentants de la guérilla Maoïste.

26 VDC soit 60000 personnes en dépendent, 60 à 70 patients sont traités chaque jours.

#### **Actuellement composition du personnel au dispensaire :**

- Pas de médecin mais 1 assistant sanitaire qui dirige le dispensaire mais également est habilité par le gouvernement Népalais suite à ses différentes formations à pratiquer : radiographie, analyse médicale, consultation et délivrance des médicaments
  - 2 assistants travailleurs de santé
  - 1 assistante sage-femme
  - 2 travailleurs maintenance
  - 1 assistant village
  - Pas de présence d'ong ou association relai
- Ce personnel est rémunéré par l'Etat

---

<sup>7</sup> (Pour une connaissance des actions de MSF au Rukum se reporter aux annexes)



## **Actes pratiqués et conditions de cette pratique**

- Les accouchements sont très rares
- Pas de possibilités d'examen gynécologiques et notamment pas de dépistages des maladies sexuellement transmissibles
- Soins médicaux de santé primaire reposant sur les médicaments et le matériel médical laissé par MSF en Avril 2007 suffisant pour 1 année et demie. Nous arrivons à l'épuisement des stocks actuellement. Le responsable Népalais actuel du dispensaire ne sait pas si son gouvernement va prendre le relai pour son approvisionnement.
- Dépistage de la tuberculose et possibilité de traitement médicamenteux par les médicaments laissés par MSF

### **Lors de notre visite, nous constatons :**

- Laboratoire primaire d'analyses médicales
- Xray
- Pièce réservée aux accouchements est hors d'usage, les lits sont démontés
- Aucun matériel de soins infirmiers de base (pas de compresses, pansements, désinfectants)
- Pas de matériel pour la réalisation de plâtre
- Médicaments en vrac sur une table avec les pots ouverts, couvercles retirés, ni classés, ni rangés sur des étagères
- Idem pour le matériel injectable, s'y rajoute aucun désinfectant type alcool pour la pratique des injections
- Pas de désinfectant pour le sol
- Les bâtiments sont non entretenus (sols défoncés à de nombreux endroits) et laissés à l'abandon
- Les abris extérieurs pour l'attente des patients sont détruits et non reconstruits
- L'ensemble du lieu est envahi par les mauvaises herbes
- Pas de patients malgré l'heure tardive aux alentours des 10h du matin, le responsable nous ayant ouvert les portes pour la visite et refermé après notre départ.

### **• Musikot à 3j de marche**

Hôpital de santé primaire avec 1 médecin de garde, des infirmiers, des lits mais ne pratiquant pas de chirurgie.

Petit service d'accouchement

### **• Nepalganj à 6j de marche**

Hôpital chirurgical

### **1.3.2 Village de Jhumlawang**

- Pas de structure de santé sur place : pas d'équipement, pas d'électricité, pas de pharmacie
- Pas de programme de PMI ( Protection Maternelle Infantile)
- Programme de vaccination de l'Unicef pris en charge par la Croix Rouge au dispensaire de Rumkumkot où des agents de santé locaux organisent des campagnes de vaccination. Compte tenu des distances, des conditions climatiques (région semi-tropicale) et de l'absence de suivi nominatif, nous nous posons la question sur la fiabilité de la vaccination dans cette région précise.
- Pas d'enseignement, pas de prévention, pas de sensibilisation à la santé

## **1.4 Watsan**

### **1.4.1 Accès à l'eau**

- L'eau est partout présente au Népal. A Jhumlawang, de nombreuses sources sont exploitées et le village est traversé par 2 rivières. La mousson importante dans cette région permet aux sources de couler en abondance tout le long de l'année.
- Pas de problème de discrimination ethnique et de caste dans cette communauté ce qui est relativement rare au Népal où les Dhalits (caste des intouchables) ne peuvent prendre l'eau à la même source que les castes supérieures.
- L'eau est polluée en permanence par les pluies diluviennes où l'eau est mélangée à la terre et non filtrée naturellement, par le bétail qui boit aux mêmes sources et fait ses déjections aux alentours, en amont du point d'eau
- Cependant, le problème n'est pas l'accès à l'eau mais l'importance que les villageois de cette communauté lui donne :  
En effet, depuis 28 ans que l'école primaire a été construite, il n'y a jamais eu de point d'eau à proximité. Les enfants et les instituteurs passent donc plus de 5 heures sans accessibilité à l'eau aussi bien pour la consommation que pour l'hygiène des enfants et des locaux.

### **1.4.2 Latrines**

Aucune latrine existe dans le village toutes castes confondues

## 2. Etude préalable à la création d'un centre de santé

### 2.1 Analyse d'une situation donnée

#### 2.1.1 Les souffrances propres à la communauté à considérer

- Eloignement de toutes structures de soins, sentiment d'isolement et d'abandon
- Leitmotiv et angoisse de leur chute des arbres. Les habitants y grimpent ramasser les feuilles pour la nourriture de leur bétail. La moindre chute, sans structure de santé proche et équipée pour traiter les fractures, est très rapidement lourde de conséquences sur le devenir économique de la famille, la personne blessée étant dans l'incapacité physique partielle ou totale de travailler et souvent définitivement
- Capacité des femmes à donner naissance à des enfants en bonne santé et robustes qui détermine leur statut social dans la communauté

#### 2.1.2 Evaluation de la malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans

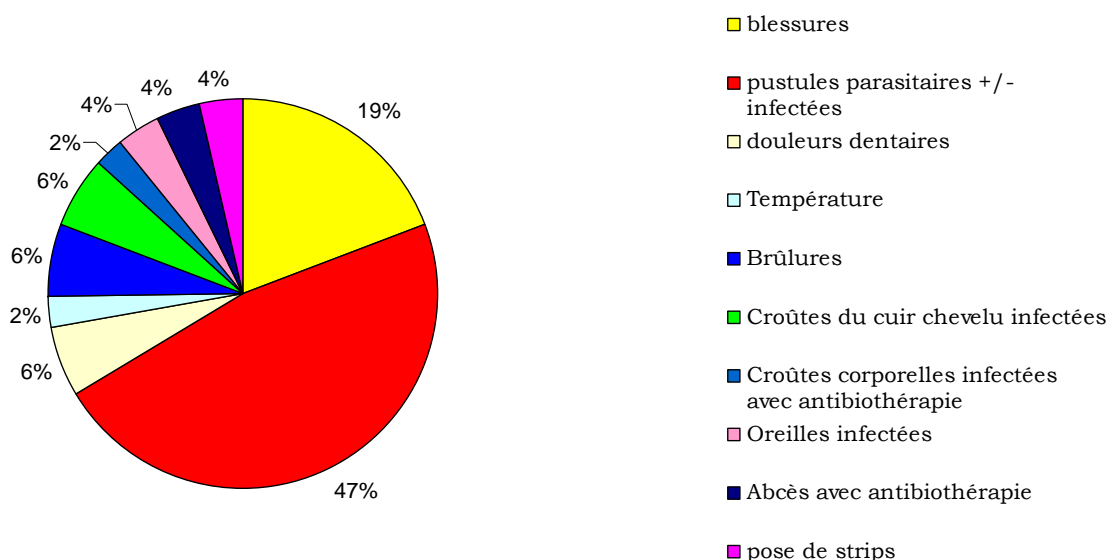
Des relevés poids /taille ont été effectués nominativement sur 55 enfants mais ils doivent encore être vérifiés et mis en rapport avec les données officielles de l'OMS. L'analyse de ces relevés doit être complétée par une étude plus approfondie du mode, du type et de la fréquence de l'alimentation de ces enfants lors de la prochaine mission en sept/oct 2009.

#### 2.1.3 Les principaux problèmes de santé et leurs causes - Soins infirmiers

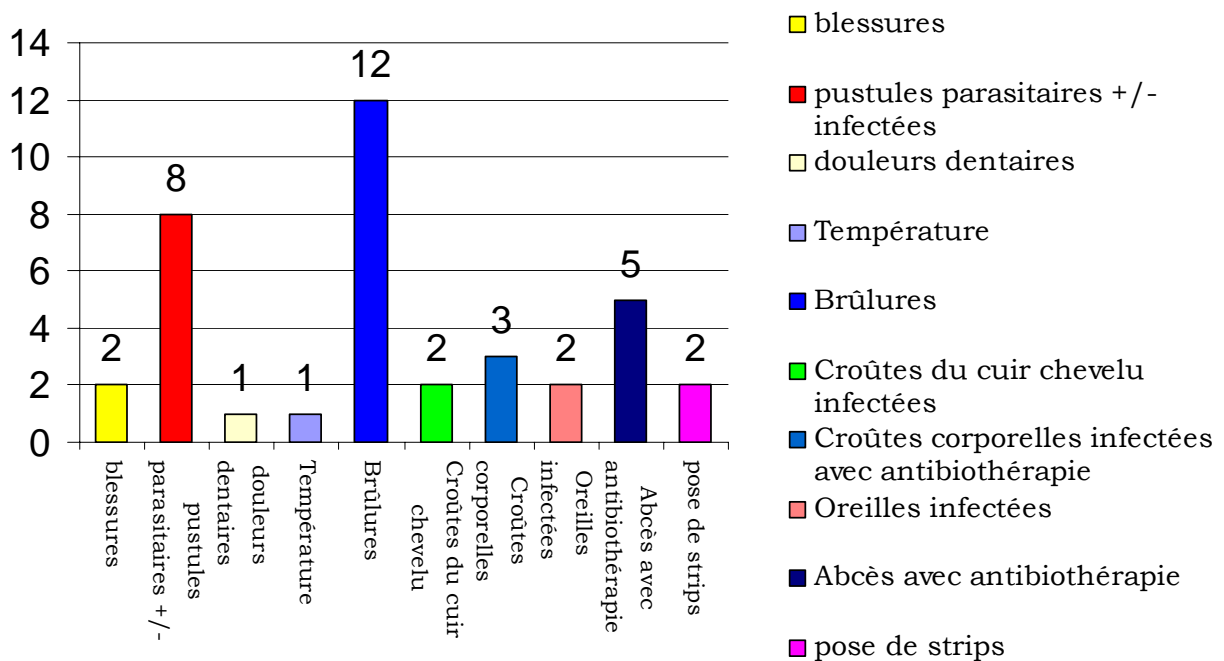
110 personnes de tout âge ont été vues et soignées en consultations infirmières sur une période de 13 jours

95% de ces personnes avaient plusieurs soins corporelles

##### ➤ Différents types de soins infirmiers



➤ **Nombres de jours de traitement par type de soins infirmiers**



➤ **Etiologie des types de soins infirmiers**

**1. Absence totale d'hygiène corporelle et de l'habitat 69% des soins infirmiers:**

- Pustules parasitaires +/- infectées dues à la non potabilisation de l'eau, aux grattages par les mains souillées et à la non isolation de la plaie par un pansement
- Croûtes du cuir chevelu dues à l'infestation par les poux, aux grattage par les mains souillées et à l'absence de lavage des cheveux (95% des personnes vues en consultations infirmières en sont porteurs)
- Croûtes corporelles infectées dues aux grattage par les mains souillées, à l'absence de lavage du corps et à la non désinfection de la plaie avec isolation par un pansement
- Oreilles infectées dues à l'absence totale de leur lavage pour le conduit auditif et à l'absence de désinfectant lors de la pose de boucles d'oreilles artisanales (valable également pour les ailes du nez)
- abcès dus aux piqûres d'insectes , au grattage avec des mains souillées et à l'absence de désinfectant.
- Douleurs dentaires dues à non utilisation de la brosse à dent, du dentifrice ou tout autre moyen d'hygiène dentaire. Des dents cariées apparaissent dès le plus jeune âge malgré l'absence de friandises mais par carence alimentaire

## **2. Accidents – domestiques et chutes 29% des soins infirmiers**

- Brûlures dues à l'accessibilité aux feux des jeunes enfants. Les repas sont préparés sur un feu de bois instable à même le sol sans aucune protection. Ce même feu est utilisé comme chauffage. Les enfants sont les premières victimes directement par le bois incandescent et par le renversement des récipients. Dans les conditions d'un manque extrême d'hygiène, le pronostic vital de ces enfants est très nettement compromis.

- Les blessures allant pour certaines jusqu'à la pose de stéri-strips (sutures cutanées adhésives stériles) dues

- à la chute des arbres, mais aussi pour les enfants à l'école par la chute en contrebas de leur aire de jeux qui ne dispose d'aucune protection
- à différentes coupures par des ustensiles de cuisine mais aussi par la serpette utilisée dès le plus jeune âge (3 voire 4 ans) pour couper les herbes destinées à la nourriture du bétail.

## **3. étiologie inconnue renvoyée en consultation médicale 2% des consultations infirmières**

Les prises de températures au-delà de 38°C ont toutes été systématiquement réorientées en consultation médicale au dispensaire de Rukumkot voir à l'hôpital de Musikot.

### **2.1.4 Les outils préventifs qui pourraient participer à remédier aux difficultés rencontrées**

95% des soins infirmiers pourraient être évités par des campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention à l'hygiène et aux accidents domestiques et aux chutes suivies de travaux pratiques.

- **Pour l'hygiène**

- Campagne de sensibilisation des jeunes mères à l'importance de l'hygiène pour la santé de leur enfant en les formant au lavage de leur enfant et de leurs linges non seulement celui de l'enfant, mais également le leur qui est en contact permanent avec leur bébé du au portage traditionnel enveloppé dans leur châle sur leur dos.

Nous avons souvent constaté qu'elle mouchait leur enfant et elle-même avec ce même châle.

- Campagne de sensibilisation et de formation à l'hygiène en collaboration avec les instituteurs de l'école primaire pour les 200 enfants de 3 à 10 ans.

- **Pour les accidents domestiques**

- Campagne de sensibilisation des familles aux accidents domestiques type brûlure dans un premier temps. En accord avec elles et les forgerons du village, fabrication de par feux autour du foyer de cuisson et de chauffage dans un second temps, voire une concertation avec des personnes motivées de la communauté pour un travail de réflexion sur l'évolution de ces foyers vers une meilleure sécurité, ergonomie et tirage.

- Campagne de sensibilisation et de conseils de prévention des familles aux risques de coupures importantes dues à l'accessibilité aux jeunes enfants des ustensiles de cuisine et du matériel agricole et de tout autre objet tranchant.

- **Pour les chutes**

- Campagne de sensibilisation et de conseils de prévention . Il serait peut-être judicieux de mettre à l'étude de la communauté des conseils pour tailler les arbres servant à la récolte des feuilles pour la nourriture du bétail. Cette taille permettrait que les branches soient accessibles du sol ou d'une hauteur faible et qu'ainsi la chute éventuelle du cueilleur n'entraîne pas des lésions graves voire définitives sur sa capacité mobile.

- Campagne de sensibilisation et de prévention aux accidents à l'école primaire. L'aire de jeux des enfants est exiguë de par la configuration du terrain mais c'est surtout une plateforme sans moyen de protection contre la chute des enfants qui est nombreuse et dont les conséquences sont souvent dramatiques.

### **2.1.5 Les ressources locales à valoriser**

- **Ressources humaines**

- Collaboration avec les familles et notamment la communauté des femmes déjà structurée en association avec une représentante élue : Thira Rana Magar pour tout ce qui concerne la prévention des enfants et surtout des jeunes enfants

- Collaboration avec les instituteurs de l'école primaire pour tout ce qui concerne l'hygiène et la prévention des chutes à l'école

- Collaboration avec la communauté des Dhalits et notamment les forgerons pour tout ce qui concerne la fabrication des pare feux

- Collaboration avec les personnes motivées de la communauté pour un travail de réflexion sur une meilleure sécurité, ergonomie et tirage des foyers de cuisson des aliments et de chauffage

- Collaboration avec les papas des enfants de l'école primaire pour la mise en place d'un système de protection des chutes de leurs enfants

- **Ressources en matériel**

- l'eau vient de nombreuses sources et coule en abondance tout le long de l'année dans le village et est surtout un atout majeur à la sensibilisation à l'hygiène.

- Existence sur place de bois, fer, pierre pour la réalisation de différents systèmes de prévention et de protection.

## **2.2 Réponses institutionnelles face aux besoins**

- L'urgence n'est pas gérée
- Il n'y a pas d'hôpital à moins de 3j de marche
- Il n'y a pas d'agents de santé officiels à moins d'1j de marche
- Il y a aucun outil d'éducation sanitaire : livres, affiches, documents en langue locale, films ou vidéo
- Pas de contact ni avec des associations locales ou internationales, ni d'autres ONG , ni l'UNICEF
- Le coût des soins hospitaliers est inaccessible pour 95% des habitants de cette communauté déjà en survie alimentaire
- Transport à l'hôpital de Musikot (3j de marche) s'organise soit à l'aide de leur « doko » panier tenu par une sangle sur le front. Le patient est installé à l'intérieur et est porté de la sorte à dos d'homme. C'est l'ambulance locale.  
Soit si le trajet n'est pas trop important sur une civière confectionnée avec du matériel local

## **2.3 Ressources culturelles propres à la communauté de Jhumlawang**

La réflexion plusieurs fois entendue « il ne faut pas se laver ça fait entrer la maladie dans le corps » demeure encore fortement ancrée chez certaines personnes de ce village.

Mais également pour 80% d'entre elles, l'absence totale de demande d'explications sur leur maladie, sur les soins pratiqués, la nécessité absolue de sortir de la consultation infirmière avec un maximum de pansements et de médicaments et, si possible, plus que son voisin en se trouvant des symptômes imaginaires, nous font bien prendre conscience de la différence profonde de l'approche culturelle du corps et de la maladie de toute cette communauté.

- La réponse traditionnelle aux problèmes de santé ne nous est pas vraiment apparue en terme thérapeutique dans un premier temps mais plus comme une fatalité devant la maladie, le handicap voire devant la mort.  
Preuve en est cette anecdote du premier jour de notre arrivée et concernant le premier patient.

*Nous n'avions même pas fini notre café, lorsqu'un groupe de personnes se présente à notre domicile avec un homme tordu de douleur dans un doko. Nous l'allongeons sur un lit de fortune, l'examinons avec une douleur diffuse et aiguë de l'abdomen et lui donnons un tramadol (dérivé morphinique) pour le calmer. « Ca sent » l'urgence chirurgicale !!! Notre patient au bout d'une petite demi-heure effectivement est bien calmé. Nous reprenons notre café et commençons à discuter de la situation lorsqu'une personne vient nous avertir de son décès.*

*Premier patient, premier jour, premier mort !!!! Pour plomber l'ambiance de notre arrivée, je crois que c'était gagné !!*

*Comment la communauté allait-elle réagir devant une telle situation dramatique? Cette personne laissait huit enfants à la charge de sa femme.*

*Nous étions atterrés.*

*Un ancien et respecté du village est venu nous voir et nous a dit:*

*«des personnes qui arrivent trop tard, vous allez en voir tous les jours, c'est la dure réalité de notre situation, lui est mort, vous avez tenté tout ce qui était possible pour le sauver, maintenant c'est aux vivants qu'il faut penser ! »*

- Dans un deuxième temps , nous apprenons au fil d'une conversion avec le fils du « maire » que son papa est un collectionneur des plantes médicinales. Malheureusement cette information ne nous a été donnée qu'au terme de notre séjour et sera plus approfondie lors de la prochaine mission.
- Il n'y a malheureusement aucun documents sur place permettant l'approche des médecines traditionnelles. 80% des adultes ne savent ni lire ni écrire et il n'y a point de livre hors les manuels scolaires.
- L'existence de chamanes pratiquant la médecine traditionnelle a été évoquée lors des consultations mais toujours avec un sentiment d'inefficacité de la part du patient. Sentiment réel ou inspiré par la visite de l'infirmière occidentale?  
Ce sera certainement une rencontre forte intéressante et instructive lors de notre prochaine mission. L'objectif évident sera l'éventuelle possibilité d'une étroite collaboration afin de mieux soigner ces personnes mais également pour ne pas dévaloriser les chamanes qui pratiquent la médecine ayurvédique traditionnelle depuis des centaines.



## 2.4 Réponses alternatives possibles

### 2.4.1 L'hygiène

- **Création d'un dispensaire de santé primaire ou plus précisément un dispensaire communautaire<sup>8</sup>**

Malheureusement il n'existe aucun lieu d'accueil (type maison communale) dans cette communauté.

Nous avons établi pendant cette mission exploratoire un dispensaire de fortune à l'extérieur sous une bâche usagée qui nous protéger malgré tout du soleil et de la pluie. Cependant, il ne nous permettait pas d'assurer le respect de l'intimité et du secret professionnel.

Nous avons à disposition deux pièces dans une maison locale avec des conditions de confort très spartiates ne nous permettant pas de nous isoler et de récupérer notre énergie de façon satisfaisante.

C'est pour ces raisons qu'il nous faut un lieu propice et adapté à l'accueil des patients dans un parfait respect, adapté à la formation d'agents de santé et de la communauté à la prévention et enfin adapté au personnel résidant.

La construction d'un dispensaire communautaire est envisagée est uniquement par rapport à ces critères.

Il aura plusieurs fonctions :

**Lieu en conformité avec le maximum des règles d'hygiène** (habitat et matériel) possible adapté aux ressources locales et **pouvant assurer des soins et des consultations dans des conditions satisfaisantes**

**Lieu de rencontre** de toute la communauté entre elles et également entre leurs représentants et ceux de Partage et Soins

En effet composé d'1 salle d'attente, d'1 salle de consultations médicales, d'1 salle de consultations infirmiers, mais également d'1 salle de réunions que nous considérons comme la plus importante pour les raisons suivantes :

- Permet d'organiser les différentes sensibilisations et formations à l'hygiène pendant notre séjour mais et surtout entre nos séjours par les agents de santé locaux

Les formations d'agents de santé locaux à l'hygiène seront organisés et dirigés par les membres médicaux et paramédicaux de Partage et Soins. Nous avons rencontrés plusieurs agents de santé locaux entre Musikot et Jhumlawang, médecins, infirmiers, sages-femmes et aide soignantes, tous prêts avec un complément de salaire financé par l'association à organiser des camps de santé de quelques jours et régulièrement.

Pour cela il nous faut impérativement un dispensaire pour pratiquer les soins et consultations mais également pouvoir les accueillir durant plusieurs jours dans une partie privative afin de les héberger dans des conditions satisfaisantes, de même pour les équipes de Partage et Soins lors de leur missions de soins mais aussi de formation et d'encadrement de ces agents de santé locaux

---

<sup>8</sup> Voir plans en annexes

- Donne la possibilité à la communauté de se réunir lors des prises de décisions importantes
- Donne la possibilité aux enfants d'un lieu de vie où des jeux locaux seront à disposition sous la responsabilité d'un adulte  
Actuellement les enfants jouent très peu, juste le volley ball avec une ficelle tendue entre 2 bambous et un bol entouré d'un tissu faisant office de balle. Ils aident leurs parents aux travaux des champs, à l'élevage du bétail et aux travaux domestiques dès le plus jeune âge.

C'est donc un centre de santé primaire mais surtout un lieu de vie pour cette communauté.

Après multiples discussions avec les responsables de la communauté, nous sommes tombés d'accord avec la notion que Partage et Soins n'offrira qu'une **aide financière à la construction du dispensaire communautaire** et non la prise en charge globale du bâtiment. Le terrain est offert par quelques propriétaires.

En effet, un nombre important de matériaux, type bois, pierres sont en abondance sur place. Un certain nombre de personnes possède un savoir faire des habitudes traditionnelles de construction de cette région. De plus deux étudiants du village finissent leurs études en génie civil à Kathmandu.

Un autre étudiant finit ses études en architecture et nous monte le projet, plans et devis détaillés. Il attire notre attention sur la mixité du savoir faire local traditionnel mais non durable dans le temps et la nécessité de la solidité des structures maitresses du bâtiment nécessitant des matériaux importés.

Quant au transport qui est un poste important, il reste à la charge de la communauté tant qu'il nécessite un transport traditionnel au sein de la région à savoir des hommes et convoi de mules.

- **L'école**

- Nous sommes en pourparlers avec les responsables du village pour la réhabilitation voire la reconstruction de l'école sur un terrain mieux adapté .
- Son état actuel de délabrement nuit fortement à la santé déjà précaire des enfants et ne peut favoriser un travail efficace de sensibilisation à l'hygiène auprès des enfants scolarisés.
- Nous rencontrons beaucoup de difficultés devant notre message même auprès des personnes dirigeantes et instruites:  
**La Santé commence par la Prévention**  
**La Prévention commence par l'Hygiène**  
**L'Hygiène commence par L'Education**

Leur argument majeure est fort recevable :

Le dispensaire fait bénéficier 20 000 personnes et les différents villages concernés vont pouvoir participer à la construction

L'école ne fait bénéficier que les 200 enfants du village et c'est seulement les habitants du village qui vont participer à sa reconstruction

L'atout que nous avons est la loi nouvellement votée par le gouvernement Népalais à savoir l'obligation pour les villages à accueillir dans les bâtiments de l'école primaire les deux premières classes du secondaires.

Actuellement ces deux classes sont à Sima le village voisin distant d'1h de marche. L'école primaire actuelle de Jhumlawang étant saturée, il est donc envisageable de la reconstruire sur un autre terrain à 10min de marche du dispensaire. Cette nouvelle situation permettrait une collaboration plus étroite entre les agents de santé et les instituteurs.

- Nous laissons les discussions évoluer au sein de la communauté mais Partage et Soins reste ferme quant à leur obligation à :
  - dans un premier temps, amener l'eau au sein de l'école existante et construire des latrines avec un personne nommée responsable de leur entretien
  - dans un second temps et au stade de la finition des fondations du dispensaire, Partage et Soins vérifiera par l'intermédiaire de l'association Népalaise partenaire Act Alliance Nepal l'existence du point d'eau et des latrines à l'école primaire.
- Nous pourrons ainsi commencer les formations de sensibilisation à l'eau et à l'hygiène avec la participation motivée à ce jour des instituteurs
- Ceci laisse le temps de poursuivre nos discussions avec la communauté quant à l'aide apportée par Partage et Soins à la construction de la nouvelle école.

#### **2.4.2 Prévention et traitement curatif de la carence en vit A**

**La mise en place d'une cantine scolaire** pour tous les enfants de toutes ethnies et toutes castes confondues pour le repas de midi et pendant toute la durée scolaire va être un des prochains sujets débattus avec la communauté.

Les premiers relevés de malnutrition effectués sur place nous laissent à penser (en accord avec les informations fournies par l'OMS pour l'ensemble du district du Rukum) qu'un grand pourcentage des enfants de moins de 3 ans sont dénutris<sup>9</sup>.

Ils sont également fortement carencés en vit A provoqué par le déséquilibre de leur régime alimentaire.

---

<sup>9</sup> Pour une meilleure connaissance se reporter au chapitre 2.1.2 Evaluation de la malnutrition chez les enfants de moins de 3 ans p11

Avec la communauté des femmes, Partage et Soins va proposer le repas traditionnel du dalbhat (riz, lentilles, légumes locaux et rarement des protéines animales) avec 1 verre de lait et 1 œuf à chaque enfant. Ainsi nous pouvons couvrir la ration journalière d'un enfant scolarisé à l'école primaire en vit A en y associant un complément en vit A tel que le «rétinol» dont la fréquence sera à définir avec les médecins locaux.

#### **2.4.3 Prévention et traitement des parasitoses**

Lors de la prochaine mission de Partage et Soins en Septembre/Octobre 2009, une campagne de vermifugation des enfants mais aussi de l'ensemble de la population locale sera organisée en collaboration avec les agents de santé locaux.

Une étude de réflexion avec les responsables de la communauté sera envisagée pour essayer de trouver des solutions à la potabilisation de l'eau.

#### **2.4.4 Prévention des chutes et des accidents domestiques**

Déjà évoqué dans le chapitre p 13 , en collaboration avec les différentes personnes motivées du village, Partage et Soins propose une réflexion sur la prévention des chutes et des accidents domestiques et la mise en place des ressources humaines et matérielles locales pour la réalisation des idées retenues

### **III Recommandations sur le choix des ressources humaines**

- Anciens territoires de la guérilla maoïste, nous ne pouvions nous « aventurer » dans cette zone qu'introduit par un membre de la communauté et représentant de l'association Népalaise humanitaire « Act Alliance Népal » : Mr Purna Bahadur Magar.  
Nous avons pu ainsi rencontrer les dirigeants du parti maoïste, bien présent actuellement sur place et leurs exposer le contenu et les objectifs de la mission.  
Un dialogue sérieux a pu s'installer et nous avons été accueillis dans un réel enthousiasme. Cette situation délicate n'était pas évidente au premier abord. Les ONG et associations humanitaires étrangères étaient fortement critiquées et exclues lors de la guérilla maoïste (cf doc msf en annexe).  
Avant notre départ de nouvelles discussions ont eu lieu où chacun a pu exposer librement les comptes rendus de la mission, les demandes et les besoins concernant les projets et le suivi envisagés.  
Nous pensons qu'une réelle confiance a pu s'établir lors des discussions et un travail de négociations pour les actions futures à mener a été commencé et sera suivi par mails et sur place tout au long de leurs réalisations
- La situation isolée dans des conditions précaires de « confort » et d'hygiène nous a amenés à engager une équipe locale professionnelle composée d'un guide et d'un « homme à tout faire » de trekking, ayant une grande habitude de cette situation.  
Ce choix a été judicieux car à de nombreuses reprises le système D et l'ingéniosité de notre équipe nous a permis de palier à de multiples problèmes matériels. (électricité solaire, nourriture, installation matériel de notre dispensaire de fortune...)  
Toute la communauté s'est mobilisée également pour que nous facilitier nos conditions de vie et de travail. Pour elle qui n'avait jamais accueilli d'étrangers occidentaux , cela a été une vive découverte et un partage extrêmement enrichissant.
- Le choix d'opter pour une mission exploratoire longue de 7 semaines avec pratique de consultations et d'actes infirmiers sur place nous a permis de nouer un dialogue avec la population locale et notamment avec la communauté de femmes . Au fur et à mesure des soins et des relevés , l'ensemble de l'équipe a pu collecter un recueil d'informations tant sur leur mode et culture de vie que sur leurs besoins sanitaires, médicaux et économiques.
- Toute l'équipe sur place, grâce à ses connaissances et expériences personnelles et professionnelles a pu constituer un réseau de santé, permettant aux habitants de la communauté de Jhumlawang et notamment les enfants de pouvoir être pris en charge selon le type de pathologies rencontré et ceci à toutes les étapes, du village aux hôpitaux de Kathmandu la capitale.

# **ANNEXES**

Situation géopolitique

Système de classification du personnel de santé au Népal

Système éducatif

Plan de la situation géographique du village de Jhumlawang

Plan du dispensaire

Proposal de la communauté de Jhumlawang

Compte rendu financier de la mission exploratoire 2008

Autorisations officielles pour la mission exploratoire Sept/oct 2008

Bibliographie et référence

## Situation géopolitique du Népal

Le Népal se trouve aujourd'hui face à un point d'interrogation très simple: quel peut-être l'avenir de ce pays sortant d'une guérilla Maoïste sanglante de plus de dix années, avec un tel blocage des institutions, une République nouvellement constituée sur l'abolition d'une monarchie totalitaire et incompétente où les nouveaux dirigeants maoïstes n'arrivent pas à s'entendre au sein même de leur parti ?

Le Népal occupe toute la partie centrale de la chaîne de l'Himalaya comme coincée entre mousson et aridité, entre chaleur du sous continent Indien et plateau Tibétain glacé.

C'est un point de contact entre les civilisations Chinoise et Indienne. Le pays a longtemps été l'objet de rivalités entre la Chine et l'empire Britannique des Indes. Ses frontières ne datent que de 1816 et c'est typiquement un pays que l'on peut appeler : état tampon, totalement enclavé entre le nord de la plaine du Gange et les hautes passes Himalayennes.

La géographie physique nous renseigne sur beaucoup de points: Le Népal dessine comme un rectangle de 800 km de long sur à peu près 200 km de large. Le pays fait 147.000 km<sup>2</sup> et semble organisé en trois bandes parallèles :

→ 1<sup>ère</sup> bande, la chaîne himalayenne avec 8 sommets de plus de 8000m dont le Dhaulagiri, l'Annapurna, le Manaslu, l'Everest ...

C'est là que prennent fin les immenses pluies de mousson venues du sous continent Indien.

→ 2° bande, celle du moyen pays, avec la chaîne des Siwaliks, ce sont les contreforts Himalayens abondamment arrosés.

→ 3° bande, la plaine du Teraï qui est dans la continuité de la plaine du Gange. Avec ses sols fertiles tout proche du nord de l'Inde, le Teraï appelle l'immigration aussi bien celle des populations des montagnes que celles venant de l'Inde.

Le Népal se compose de 25 millions d'habitants. Les deux principaux groupes ethnolinguistiques se partagent le pays.

→ Le groupe Tibéto-birman, qui sont des descendants des Mongols et des Tibétains. Ils représentent 20% des Népalais. Ils sont installés sur les flans de l'Himalaya, comme les Bothias venus du Tibet ou les Sherpas au pied de l'Everest. Il faut ajouter à ce groupe les migrations Tibétaines, c'est-à-dire plusieurs milliers de réfugiés fuyant l'invasion du Tibet par l'armée puis par l'administration Chinoise.

→ Le groupe Indo-aryen dont les Khas, les Gurkhas qui sont célèbres pour leur talent militaire. Ce groupe de population d'origine Indienne représente 80% des habitants du pays et s'est installé au Népal pour fuir la conquête de l'Inde par les musulmans entre le VIII<sup>e</sup> et le XVIII<sup>e</sup> siècle après JC.

Les populations sont organisés en castes (Brahmanes, Chestri, Baishya, Shudra) et leur langue, le Népalî est devenu la langue officielle du pays.

De cette filiation Indienne naîtra l'Hindouisme, qui est la religion officielle du Népal pratiquée par 90% de la population aujourd'hui.

Il y a également 6% de Bouddhistes surtout dans les populations Himalayennes qui pratiquent le Bouddhisme Lamaïque et 3% de Musulmans.

Les activités de la population Népalaise sont étroitement liées au climat.

→ Dans la plaine du Terai, la riziculture jusqu'à 1200m d'altitude.

→ Dans la chaîne des Siwaliks, la culture du blé, de l'orge et de l'avoine. Les céréales poussent en terrasses irriguées dans le moyen pays jusqu'à 2400m d'altitude.

→ Sur les contreforts de l'Himalaya vivent les pasteurs Tibétains qui pratiquent les transhumances qui font passer hommes et bêtes de 2400m à 4500m d'altitude.

Les animaux sont précieux. Le buffle donne sa force de travail dans les rizières, les yaks donnent la viande et le cuir, les femelles de yaks, les dris donnent un lait très riche en calcium et en protéines et tous donnent la fumure pour enrichir les cultures.

Agriculture et élevage produisent environ 40% du PNB du pays et occupent 80% de la population Népalaise.

Les autres sources de richesse sont celles qui viennent des Népalais employés comme main d'œuvre dans les pays du Golf et celles venant du tourisme en croissance continue : tourisme religieux, culturel (les villes royales de Katmandou et de Bhaktapur sont inscrites au patrimoine de l'UNESCO), sportif (pays des treks vers les sommets les plus hauts du monde).

250.000 Népalais vivent du tourisme mais en fait ce développement est catastrophique : dégradation de l'environnement culturel et écologique. Rien n'a été fait par l'Etat pour adapter les réseaux d'assainissement pour stopper la pollution bactériologique des eaux. Plus haut, les forêts d'altitude ont été abîmées par les randonneurs en quête de combustible et plus haut encore dans l'Himalaya, des sites comme l'Annapurna ou le camp de base de l'Everest sont dévastés par les déchets laissés par les alpinistes et les Népalais eux-mêmes.

Le Népal est 8° pays le plus pauvre de la planète soit 230\$ de revenus par habitant et par an. Mais le Népal est-il un pays pauvre ou de population Népalaise vivant dans la pauvreté ?

Le Népal est un pays inégalitaire. La propriété foncière y est très centralisée, aux mains de familles proches des pouvoirs à Katmandou et les réformes agraires n'ont jamais abouti.

C'est la dynastie des Shahs qui gouvernait le Népal depuis plusieurs siècles jusqu'en Mai 2008, date de la destitution du roi. Cette monarchie ne cessait d'hésiter entre monarchie absolue et monarchie parlementaire avec alternance de pouvoir autoritaire et de pouvoir modéré.

Les premières élections libres ont eu lieu en 1991 et ont été remportées par le parti du congrès Népalais réformiste, par l'union du parti communiste Léniniste. Ces partis ont pu siéger au parlement. Dans les faits, la réalité du pouvoir est restée à la monarchie. Au milieu des années 90 ? une scission au milieu du parti communiste Népalais a donné le jour à un parti Népalais Maoïste.



La base militante du parti Maoïste vient des deux districts de Rolpa et Rukum, régions isolées du pays, habitées par une population Khan/ Magar et qui vit dans une extrême pauvreté.

Les cadres du parti viennent du milieu enseignants et le mouvement comptait quelques milliers de membres.

Une opération de police, fin de l'année 1995 procédant à des milliers d'arrestations, des détentions sans jugement et un recours généralisé à la torture va déclencher la lutte armée. Les militants maoïstes prennent le maquis estimant que rien ne pourra venir ni des élections, ni d'un tel régime. Le programme du parti maoïste est classique : fin du féodalisme, rédaction d'une nouvelle constitution qui abrogerait les privilèges de la famille royale, abrogation des castes non appliquée malgré la loi de 1963.

Le parti achète ses armes en Inde, lève des impôts dans le pays, c'est-à-dire raquette les villageois et pratique l'encerclement des villes par les campagnes (Katmandou a vécu sous blocus pendant plus de 2 semaines en Septembre 2004). La guérilla hors du temps a contrôlé la moitié du pays qui semblait abandonné par le gouvernement. Les seuls représentants de l'Etat étaient dans les villages, les instituteurs.

En 2005, la police gouvernement, tout comme les maoïstes ont été accusés de violation constante des droits de l'homme par Amnesty Internationale, et en dix années de conflit, le nombre de morts serait aux alentours de 12000.

D'un côté, un régime, un état qui ne peut rien offrir de plus à ses citoyens que la pauvreté sinon la peur. Des partis politiques rongés par des querelles de personnes se sont montrés incapables de représenter dignement la population Népalais qui les avait élus en 1991.

De l'autre côté, le parti Maoïste actuellement au pouvoir par la mise en place depuis quelques mois de son dirigeant Prachanda (de son nom maoïste) au poste de premier ministre suite à l'abolition de la monarchie.

« Le Népal se trouve dans une phase de transition. La prochaine étape consiste à rédiger la constitution. Elle devra résoudre la question de l'autonomie régionale et de l'intégration de toutes les populations. Le système centralisé autour de Katmandou doit être brisé, comme la suprématie des hautes castes. Les puissants et les membres de la famille royale ne doivent plus être au-dessus des lois. Il faut également lutter contre les violences faites aux femmes et pour leur éducation. Enfin, le Népal a besoin d'un leader visionnaire, tel qu'il n'en a jamais eu au cours de son histoire. Nous ne pouvons pas savoir pour l'instant si nous nous dirigeons vers la démocratie ou le totalitarisme »  
extrait de l'analyse politique de Michelle Kergoat forum du 5 juin 2008 Médecins du Monde

## **Le système de classification du système de sante**

- 1<sup>er</sup> niveau Maternal Health Worker à 13 ans qui a une formation basique de soins
- 2<sup>o</sup> niveau : Community Medical Assistante (CMA)  
Après le cycle scolaire 15 mois d'études
- 3<sup>o</sup> niveau Health Worker (HW)  
3 années après le cycle scolaire correspond à nos études d'infirmières
- 4<sup>o</sup> niveau : Medical bachelor in medical and biological sciences  
5 années après le cycle scolaire correspond au diplôme de médecine
- 5<sup>o</sup> niveau : Master Degree in Medecine  
Correspond à une spécialité médicale

### **Extrait du forum du 5 juin 2008 organisé par Médecins du Monde à Paris Népal : quels enjeux pour le développement et la santé ?**

**Patrick BAGUET** *Responsable de la mission Médecins du Monde au Népal*

**Deepak SAPKOTA** *Ancien directeur de NCO et du Central Department Welfare Board, country director d'une ONG népalaise*

#### **De la salle**

Pouvez-vous nous donner quelques précisions sur le niveau de formation des soignants népalais et la disponibilité des médicaments ?

#### **Patrick BAGUET**

En théorie, le système semble plutôt bon. Il comporte un hôpital dans chaque province et des services permettant d'effectuer les opérations de base et les consultations dans chaque département. Au niveau inférieur, on trouve des dispensaires où officient des infirmiers, notamment pour les vaccinations. En pratique, les agents de santé sont souvent absents car ils répugnent à habiter dans des zones reculées. Ils préfèrent souvent travailler pour les organisations internationales plutôt que pour les hôpitaux.

De même, les dotations de médicaments censées durer plusieurs semaines sont souvent épuisées au bout d'une semaine. En revanche, grâce à la proximité de l'Inde on peut trouver à un prix raisonnable des médicaments sophistiqués. Mais il est très dommageable que la population ait l'habitude de consommer, par exemple, des médicaments contre la tuberculose sans prescription.

#### **Deepak SAPKOTA**

Le coût des études de médecine est très élevé, ce qui explique que les médecins souhaitent ensuite gagner beaucoup d'argent en travaillant à l'étranger ou dans les grandes villes.

# Le système éducatif au Népal

## QUELQUES DATES

- ✔ **1853**, Le pouvoir Rana crée la première école, réservée aux enfants de la classe dirigeante.
- ✔ **1951**, Après la révolution de 1951, le droit à l'éducation est inscrit dans la constitution.
- ✔ **1975**, L'enseignement primaire devient obligatoire et gratuit pour tous les enfants âgés de 6 à 11 ans (classe 1 à 5).

## L'EDUCATION EN CHIFFRES

Etablissements scolaires	Public	Privé	Total	de 1990 à 2003
Ecoles primaires	21 888	2 858	24 746	+53%
Secondaire 1er niveau	5 664	1 772	7 436	+108%
Secondaire	3 258	1 289	4 547	+143%
SLC + 2	539	517	1 056	-
Universités (Master)	80	393	473	-

Effectif	Filles	Garçons	Total	% filles
Ecoles primaires	1 865 012	2 165 033	4 030 045	46,3%
Secondaire 1er niveau	653 159	791 838	1 444 997	45,2%
Secondaire	260 472	327 094	587 566	44,3%
SLC + 2	62 842	100 430	163 272	38,5%
Universités (Master)	40 577	106 546	147 123	27,6%

## LE DROIT A L'EDUCATION

En 1975, l'enseignement primaire devient obligatoire et gratuit pour tous les enfants âgés de 6 à 11 ans, mais la réalité présente de nombreuses disparités et l'école demeure ségrégationniste en raison du système des castes, de l'appartenance ethnique, de la situation géographique et de la langue.

✔ Comme dans beaucoup de pays en voie de développement, les garçons fréquentent plus régulièrement l'école que les filles.

✔ Le taux de scolarisation est plus important en zone urbaine qu'en zone rurale. Les écoles demeurent rares dans les zones isolées en montagne, nécessitant plusieurs heures de marche journalières pour les élèves quand les conditions climatiques le permettent. En outre, même lorsqu'une école est accessible, beaucoup d'enfants ne la fréquentent pas ou doivent se contenter de quelques années d'études parce qu'on a besoin d'eux pour les tâches domestiques et les travaux aux champs.

✔ Les enseignants appartenant majoritairement à des castes élevées ne s'intéressent pas ou rejettent les enfants de basses castes et les intouchables, et préfèrent demeurer dans les villes plutôt que s'installer dans les petits villages de montagne.

## LE COUT DE L'ECOLE

Si l'école publique primaire est légalement gratuite, elle n'en représente pas moins un coût pour les parents : coût de l'uniforme et du petit matériel scolaire et prise en charge par la famille des travaux domestiques et des champs que les enfants ne réalisent plus. Cela explique un taux de scolarisation faible en zone rurale.

Le coût de l'école privé est très variable et peut aller de 2.000<sup>10</sup> roupies à 50.000 roupies par an en collège jusqu'au SLC. Le coût est d'autant plus important que la classe est élevée.

Le salaire annuel moyen étant de 50.000 roupies par an, il est évident que peu d'enfants ont accès à l'école privée, et si tel est le cas, il est rare que tous les enfants d'une même famille puisse y être scolarisés. L'éducation des garçons est alors privilégiée.

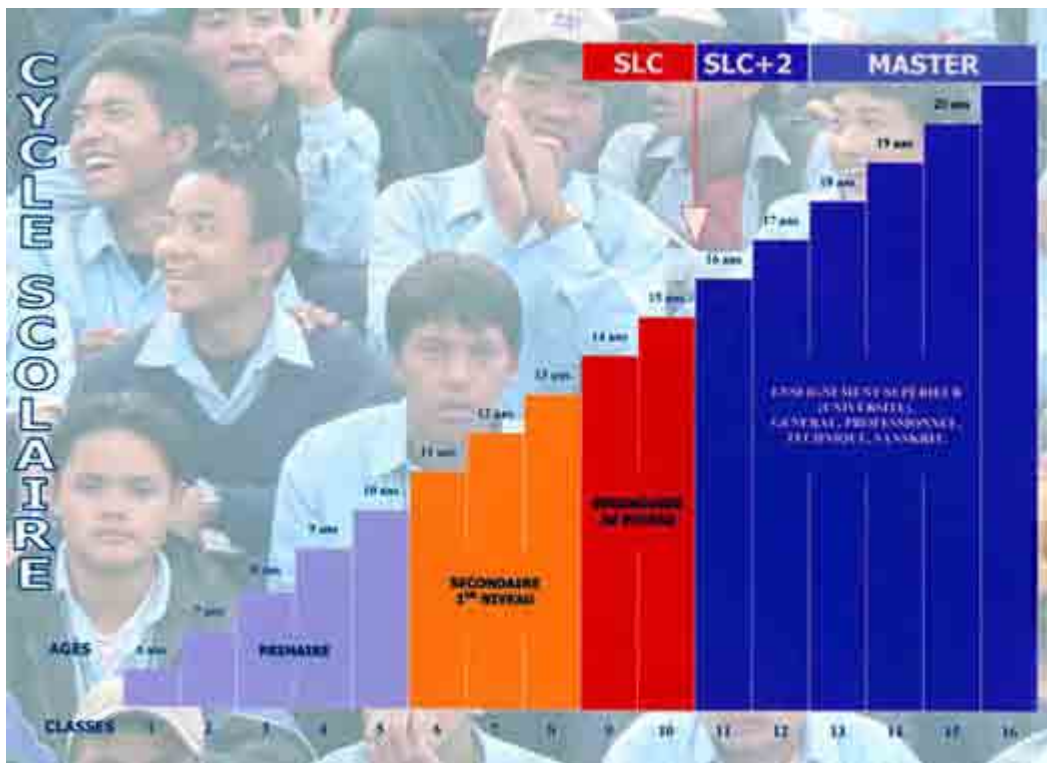
---

<sup>10</sup> Au cours d'aujourd'hui 1€ correspond à 100 roupies népalaises

## LES CYCLES SCOLAIRES

L'admission en 1ère année de l'école primaire se fait à l'âge de 6 ans.

- ✓Ecole primaire : classes 1 à 5. obligatoire et gratuite depuis 1975.
- ✓Le secondaire 1er niveau : classes 6,7 et 8.
- ✓Le secondaire : classes 9 et 10. Après la dixième année, un examen, le School Leaving Certificate, sanctionne le cycle secondaire et donne accès à l'enseignement supérieur.
- ✓Le secondaire supérieur : classes 11 et 12.
- ✓ L'université : du Master en 2 ans (maîtrise) au doctorat en 5 ans.



## LES UNIFORMES SCOLAIRES

L'uniforme scolaire est obligatoire au Népal.

Pantalon, jupes, pulls bleus marine et chemises bleues ciel pour l'école publique.

Chaque école privée a son propre uniforme et le port de la cravate est souvent obligatoire dès le 1ère classe.

## L'HINDOUISME ET L'EDUCATION

La nature même de l'hindouisme et son organisation sociale spécifique, avec le système des castes, réserve dès l'origine l'accès à l'éducation à la seule caste des prêtres, les Brahmanes, chargés de l'étude et de l'enseignement des Védas.

Les notions d'égalité et de justice sociale pénètrent lentement une société qui y est fondamentalement étrangère car hiérarchisée.

Les castes sont officiellement abolies en 1963, mais la société en reste profondément imprégnée.



(Hindouisme) Sarasvathî est la déesse de la Parole, de l'éloquence, de la sagesse, du savoir et la mère de la poésie.

Elle révéla à l'homme le langage et l'écriture.

## LE BOUDDHISME ET L'EDUCATION

Dans l'idéal Bouddhiste, l'éducation est l'outil principal de l'évolution de l'être humain. Apprendre et enseigner sont les devoirs primordiaux de chaque individu, visant à porter à maturité les potentialités de la nature humaine. Dès le VIème siècle avant JC, le Bouddhisme ouvre l'enseignement et la connaissance à toutes les couches de la société, offrant à la fois une éducation séculière et religieuse



Ecole Bouddhique (Lo Mantang)

## POUVOIR ALLER A L'ECOLE

Trois types d'écoles cohabitent dans le pays : l'école publique, l'école privée et l'école « communautaire villageoise ».



Ecole publique Jhumlawang( Rukum)

- ✔ L'école publique est gratuite de la 1ère à la cinquième classe. Elle manque de locaux, d'équipements et de personnel formé. Les résultats dans l'école primaire publique se révèlent très médiocres et il faut plus de 10 ans en moyenne pour terminer les cinq années d'études primaires

- ✔ L'école privée est souvent créée à l'initiative de parents qui s'associent et investissent dans la création de l'établissement. Les frais de scolarité, le coût des livres, des uniformes sont ensuite pris en charge en totalité par les parents de chaque enfant scolarisé.

Les écoles privées se trouvent principalement en zone urbaine, à partir du secondaire et deviennent majoritaires dans l'enseignement supérieur.



Ecole Privée Manaslu à Kathmandu



Ecole publique Jhumlawang (Rukum)

- ✔ L'école "communautaire villageoise" est souvent une école publique dont les villageois pallient aux manques de moyens. Les subventions allouées par l'état sont souvent insuffisantes en zones rurales, le comité de village (Municipalité) prend alors en charge une partie du coût de fonctionnement de l'école, embauche des enseignants supplémentaires et fait appel à des subventions d'associations internationales.

## Plan de la situation géographique du village de Jhumlawang



Figure 1 situation du Népal en Asie



Figure 2 Népal région du Rapti en rouge foncé  
**Kathmandu (capitale) en violet clair région de Bagmati**



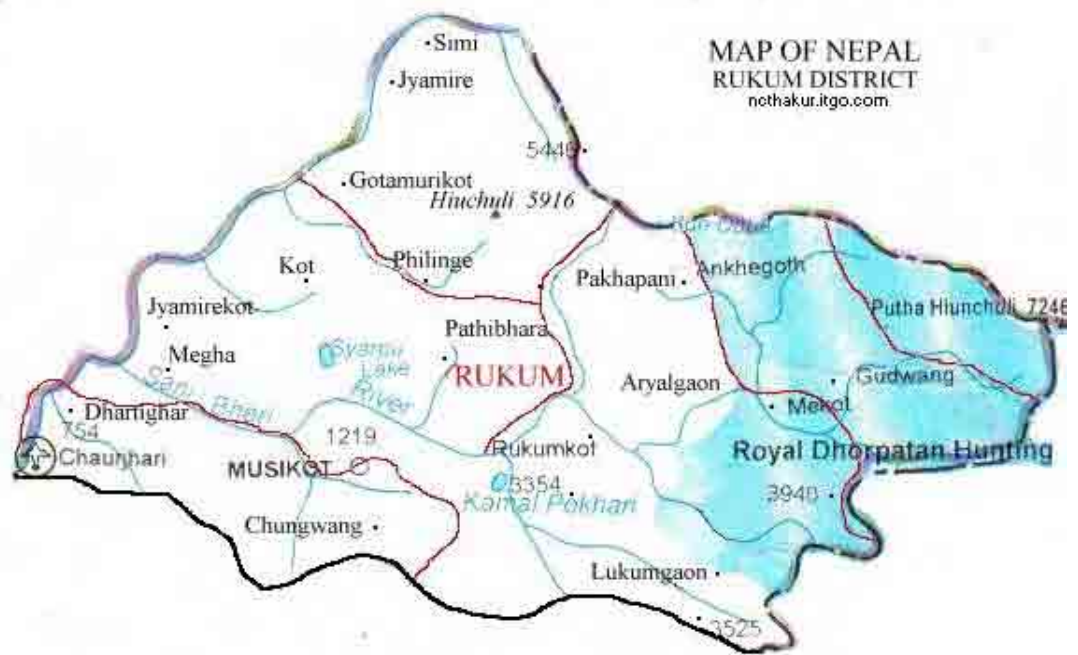


Figure 3 Zone d'intervention à droite de Rukumkot

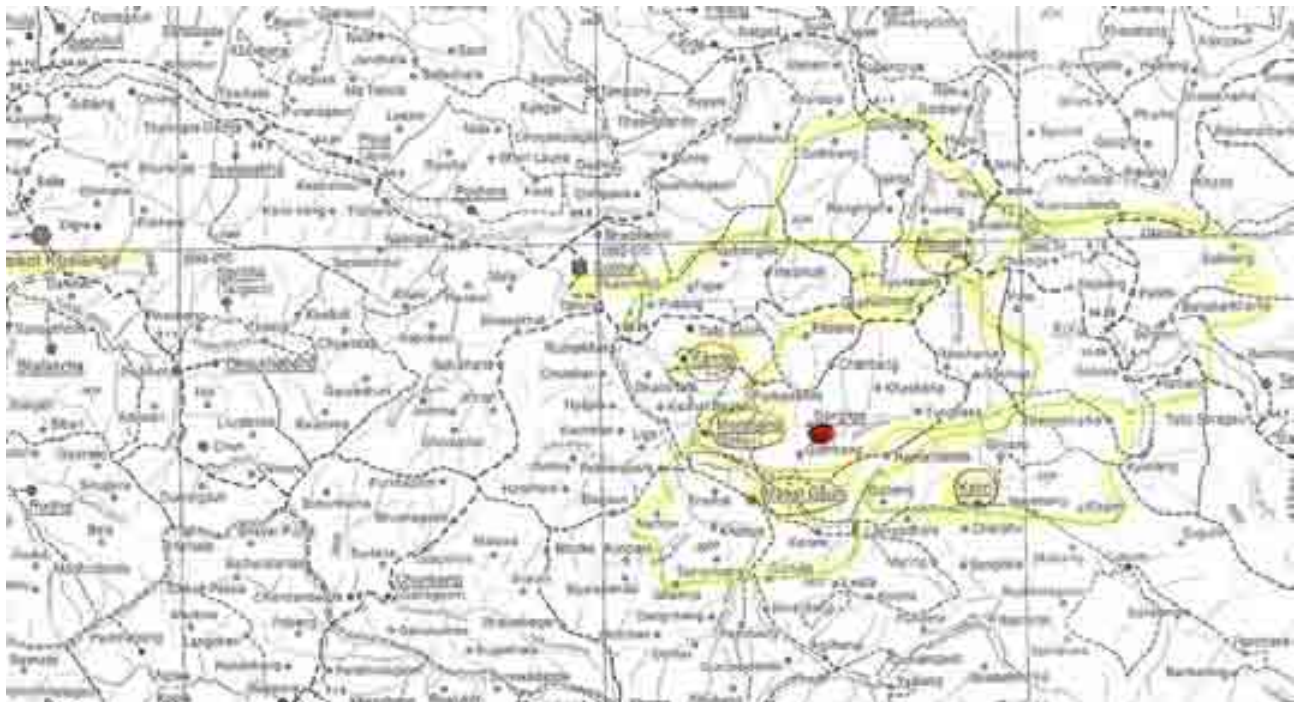


Figure 4 Zone d'intervention

Ligne jaune: limites des vdc concernés par la mission

Point rouge: village de Jhumlawang

Point noir au centre: Rukumkot

Point noir à gauche: Musikot (Khalanga)

## Plan du dispensaire à l'étude

Réalisé par Ajay Magar

Etudiant en architecture et membre de la communauté de Jhumlawang en fonction de la configuration étroite et pentue du terrain offert par la communauté et du cahier des charges présenté par l'association Partage et Soins<sup>11</sup>  
(plans intérieurs déjà vus mais en attente )



<sup>11</sup> Se reporter aux détails du cahier des charges p17-18

# **Proposal de la communauté de Jhumlawang présenté au ministère de la Santé Népalaise**

Il est actuellement à l'étude entre la communauté de Jhumlawang et Ajay Magar, l'étudiant en architecture .

Une prochaine mission à Kathmandu est organisée du 27 Février au 11 Mars 2009 qui a pour objectif de finaliser et de présenter le proposal du projet :

- Construction du dispensaire communautaire
- Réhabilitation ou reconstruction de l'école primaire
- Formation, encadrement et rémunération par l'association Partage et Soins d'agents de santé locaux aux règles d'hygiène et à la santé primaire
- Complément de salaire par l'association Partage et Soins aux instituteurs de l'école primaire de Jhumlawang pour leur travail de sensibilisation aux règles d'hygiènes directement envers les enfants scolarisés.
- Rémunération par l'association Partage et Soins de camps de santé par le réseau médical local mise en place lors de cette mission :
  - médecin de Musikot
  - sage-femme de Rukumkot
  - Infirmier responsable du dispensaire de Rukumkot
  - Agents de santé 1° niveau de Jhumlawang
- Répartition du budget des opérations proposées entre la communauté de Jhumlawang et l'association Partage et Soins

# Médecins Sans Frontières dans le district du Rukum (Népal)

(www.msf.fr)

Vue d'ensemble de nos activités

Lorsque MSF décide d'intervenir au Népal, c'est dans l'objectif de soigner les populations victimes du conflit qui opposait, depuis 1996, la guérilla maoïste et le régime monarchique. Dans les zones montagneuses contrôlées et gouvernées par les maoïstes, l'accès aux soins leur était difficile.

MSF a commencé à travailler dans l'hôpital du district de Rukum, en zone gouvernementale, début 2003, puis est parvenu à négocier un espace de travail en zones sous contrôle maoïste, en juillet 2005. Deux dispensaires ont alors été ouverts.

En novembre 2006, les parties au conflit concluent un cessez-le-feu, suivi d'un retour à un régime parlementaire. Cette évolution rend largement possibles les déplacements et permet une nette amélioration de l'accès aux soins. En conséquence, MSF a décidé de mettre fin à ses activités à la mi-2007. MSF était présent au Népal depuis 2002.

Dépenses 2007 : 506.765 €

Financements : 100 % privés

Equipe : 3 internationaux et 50 nationaux

Autre section MSF présente : hollandaise (assistance aux populations touchées par le conflit dans l'ouest du pays, à Kalikot).



Soins de santé primaires et secondaires à l'hôpital de Salle (district de Rukum) et à Rukumkot et Arviskot (en zones maoïstes)

Le programme au Népal a débuté en février 2003 avec l'objectif de fournir un accès aux soins aux populations vivant en zone maoïste. Après un an d'âpres négociations, MSF a obtenu l'autorisation de travailler dans l'hôpital de référence de Salle, situé en zone gouvernementale, en partenariat avec le ministère népalais de la santé.

En juillet 2005, MSF parvient à entrer dans les zones maoïstes et ouvre l'hôpital de Rukumkot.

En 2006, MSF réhabilite le dispensaire d'Arviskot, qui permet d'offrir un accès aux soins aux populations les plus isolées par le conflit.

Dans ces trois structures, nos équipes ont assuré des consultations externes (62.000 consultations et 2.500 hospitalisations en moyenne par an) ainsi que la prise en charge des patients atteints de tuberculose (150). Les pathologies les plus traitées sont des infections respiratoires et des diarrhées. Près de 2.000 consultations gynéco-obstétriques et 150 accouchements ont été réalisés chaque année, jusqu'à la fermeture. Les cas les plus compliqués étaient transférés vers l'hôpital de référence de Salle, situé à un jour de marche de Rukumkot et à deux jours d'Arviskot.

En plus de l'offre de soins, les équipes de MSF ont assuré la gestion des pharmacies, l'approvisionnement en médicaments, l'approvisionnement en eau et l'évacuation des déchets.

La fin de nos activités a été préparée en étroite collaboration avec le ministère népalais de la santé, qui poursuit la prise en charge d'une partie de nos patients, et l'AMI (Aide Médicale Internationale) qui a également repris une partie de nos infrastructures et assure l'offre de soins aux patients.

# Compte rendu financier de la mission exploratoire 2008

CHARGES	Prévision 8179€	Réalisation 7939€	97 %	PRODUITS	Prévision 8179€	Réalisation 7939€	97%
<b>I. Charges directes affectées à l'action</b>				<b>I. Ressources directes affectées à l'action</b>			
<b>60 - Achat</b>				<b>70 - Vente produits finis, prestations de services, marchandises</b>			
Prestations de services							
Achats matières et fournitures	<b>956€</b>	1176€	<b>123%</b>	<b>74- Subventions d'exploitation (2)</b>			
Autres fournitures	<b>260€</b>	24€	1,97%	Etat: précisez le(s) ministère(s) sollicité(s) Ministère de la Santé	<b>1000€</b>	<b>1000€</b>	<b>100%</b>
<b>61 - Services extérieurs</b>							
Locations -							
Entretien et réparation							
Assurance -				Région(s):sollicité en Mai 2008	<b>2200€(refusé)</b>		
Documentation -							
<b>62 - Autres services extérieurs</b>				Département(s):Conseil Général de la Drôme sollicité en Mai 2008	<b>4500€(refusé)</b>		
Rémunérations intermédiaires et honoraires							
Publicité, publication -				Commune(s):Saulce Sur Rhône sollicité en Juin 2008	<b>500€(refusé)</b>		
Déplacements, missions -	<b>2645€</b>	<b>2767€</b>	<b>104,5%</b>				
Services bancaires, autres -	<b>938€</b>	907€	85,5%				
<b>63 - Impôts et taxes -</b>				Organismes sociaux ( à détailler):			
Impôts et taxes sur rémunération,							
Autres impôts et taxes	<b>775</b>	747€	94,4%				
<b>64- Charges de personnel</b>				Fonds européens			
Rémunération des personnels, -	<b>895€</b>	570€	63,7%	CNASEA (emplois aidés)			
Charges sociales,				Autres aides, dons ou subventions	<b>7179€</b>	<b>6939€</b>	<b>96,7 %</b>
Autres charges de personnel							
<b>65- Autres charges de gestion courante</b>				<b>75 - Autres produits de gestion courante</b>			
<b>66- Charges financières</b>							
<b>67- Charges exceptionnelles</b>				<b>76 - Produits financiers</b>			
<b>68- Dotation aux amortissements</b>				<b>78 - Reprises sur amortissements et provisions</b>			
<b>II. Charges indirectes affectées à l'action</b>				<b>II. Ressources indirectes affectées à l'action</b>			
<b>Charges fixes de fonctionnement</b>							
<b>Frais financiers</b>	<b>0</b>	30€					
<b>Autres</b>	<b>1710€</b>	<b>1620€</b>	<b>94,74%</b>				
<b>TOTAL DES CHARGES</b>				<b>TOTAL DES PRODUITS</b>			
<b>86- Emplois des contributions volontaires en nature</b>				<b>87 - Contributions volontaires en nature</b>			
Secours en nature				Bénévolat	<b>gratuit</b>	<b>gratuit</b>	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations	<b>gratuit</b>	Gratuit		Prestations en nature	<b>gratuit</b>	<b>gratuit</b>	
Personnel bénévole	<b>gratuit</b>	Gratuit		Dons en nature	<b>gratuit</b>	<b>gratuit</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>8179€</b>	<b>7939€</b>	<b>97%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>8179€</b>	<b>7939€</b>	<b>97%</b>

## **Annexe au compte rendu financier :**

### **➤ Achats matières et fournitures : 1176€**

Médicaments et matériel médical (545€) (dont la balance de Salter permettant de peser les enfants de moins de 3 ans , afin d'évaluer le degré de malnutrition des enfants de la population étudiée) achetés à la Centrale Humanitaire Médico-Pharmaceutique (CHMP) de Clermont Ferrand.

La mission étant exploratoire, nous avons choisi de jouer la carte de la sécurité quant à la fourniture et la qualité des médicaments.

L'une de nos action à Kathmandu a été de trouver des fournisseurs pharmaceutiques, ce que nous avons fait.

La prochaine mission 2009 va avoir comme objectif d'évaluer la fiabilité des médicaments génériques vendus sur le marché Népalais afin de pouvoir pratiquer des soins de qualité.

2. Toise (26€) pour la mesure des enfants de moins de 5 ans . Ceci nous a permis d'évaluer le degré de malnutrition des enfants de la population étudiée.

3. Valise étanche et antichoc (123€) de protection pour l'ordi portable. Elle a été bien utile compte tenu du relief très escarpé et accidenté de la zone .

4. Sac infirmier (55€) résistant et imperméable permettant le transport du Matériel infirmier en toute sécurité.

5. GPS ( 237€) Aucune carte de la région de disponible au départ de la mission et même sur place à Kathmandu. Il nous a permis un relevé topographique de la région et de nous situer exactement.

Malheureusement sur le chemin du retour lors d'un violent orage il a été égaré après plusieurs manipulations dans le sac le contenant. Impossibilité de revenir en arrière pour essayer de le récupérer, le temps ne le permettant pas.

Finalement des cartes ont été trouvées sur Kathmandu à notre retour.

6. Poncho de pluie (7,5€) pour un de nos correspondant Népalais

7. Appareil photo compact numérique (181€) confié à notre correspondant local chargé de rendre compte de l'avancée des projets en l'absence d'un membre de l'association sur la zone

➤ **Papeterie (24€)**

Fournitures diverses en cahiers, cartes, développement de photos laissées à la communauté, téléphone.

➤ **Transports (2765€)**

1. TGV Valence/Paris/Valence x 2 pers (293€)
2. Avion Paris/Ktm/Paris x 2 pers (1896€)
3. Taxis /Avion intérieurs/Bus Népal x 4 pers (576€)

➤ **Fret (907€)**

1. médicaments (450€)
2. vêtements (457€)

➤ **Rémunération du personnel (570€)**

1. Salaire porteurs (210€)
2. Salaire 2 correspondants locaux (360€)  
Soit 5€/J/pers pour 30j

➤ **Taxes et Douanes (747€)**

1. Visas (140€) pour 2 pers et pour 90j
2. Taxes de douanes du fret (vêtements et médicaments) (607€)  
Les négociations ont commencé à 1500€ !! Une réflexion au sein de l'association s'impose sur la pertinence de ces importations.

➤ **Frais financier (30€)**

Frais de dossier de la CHMP

➤ **Per diem (1620€)**

1. Per diem (hôtel et restaurant) pour 2 personnes à Kathamndu (878€) soit 27€/j/pers
2. Per diem sur zone pour 4 personnes (552€)  
Soit 4,6€ /j/pers

➤ **Don et subventions (7939€)**

1. La présidente et chef de mission Véronique CHENAT a fait un don exceptionnel à l'association de 4600€ pour mener dans des conditions satisfaisantes et optimales cette mission d'évaluation sanitaire et médicale.
2. 2339€ fonds propres de l'association
3. 1000€ Ministère de la Santé Française.



Nepal Government  
**Health and Population Ministry**  
Health Service Department  
The Directorate of Management

Pachali Teku,  
Kathmandu, Nepal

S.N. 064/065  
Dispatch No. 304

Date : 2065/05/25

**Subject : About the Authorization.**

Act Alliance Nepal  
Kathmandu

As per conduct upon your organizations application for running the Health Camp dated on 2065/5/15 BS, the decision of this department dated on 2065/05/23 BS authorized to run the Free Health Camp in Rukum District, Morabang Village Development Committee ward no. 8, Jhumlabang from 15<sup>th</sup> sept 2008 to 20<sup>th</sup> sept 2008 to provide beneficiary services to the people of that district categorized as orphans, displaced, under poverty ground or helpless children, elderly people, women and the people of underprivileged classes taking obligatory authorization from the concerned councils as well as co-ordinating and informing with the district health office and reporting to it, of the Health Services to have provided.

**Informants**

*Health and Population Ministry, Ramshahpath*  
*Mid-Western Regional Health Directorate, Surkhet*  
*District Administration Office, Rukum*  
*District Health Office, Rukum*

.....  
Kedar Raj Parajuli  
Senior Public Health Officer



नेपाल सरकार  
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
**स्वास्थ्य सेवा विभाग**

२६२२३६  
२६१४३६  
२६२०६३

व्यधिस्थापन महाशाखा




पत्र संख्या :- ०६४/०६५  
चलानी नम्बर :- ३०४

पचली, टेकू  
काठमाण्डौ, नेपाल  
मिति :- २०६५।१।२५

विषय :- स्वीकृती प्रदान गरिएको बारे ।

श्री कर्म समूह नेपाल (Act Alliance Nepal)  
काठमाण्डौ ।

त्यस संस्थाले मिति २०६५/५/१५ गते निःशुल्क स्वास्थ्य शिविर संचालन गर्न पाउ भनी दिनु भएको निवेदन उपर कारवाही हुंदा स्वास्थ्य सेवा विभागको मिति २०६५/०५/२३ गतेको निर्णय अनुसार विदेशी स्वास्थ्यकर्मीहरु प्रयोग गरेको हकमा सम्बन्धित काउन्सिलबाट अनिवार्य रूपमा स्वीकृत लिने र जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, रुकुम संग आवश्यक समन्वय तथा जानकारी गराई सेवा दिएको प्रतिवेदन सम्बन्धित जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालयमा बुझाउने गरी उक्त जिल्लाका टुहुरा, विस्थापित, गर्भव्रीकारेखामुनी रहेका तथा असहाय बालबालिका, वृद्ध, महिला तथा उत्पिडित वर्गहरुलाई प्रत्यक्ष फाइदा हुने गरी रुकुम जिल्ला मोरावाड गा.वि.स.-८ स्थित भुम्लावाड गाउमा मिति २०६५/०५/३० देखि २०६५/०६/०५ सम्म निःशुल्क स्वास्थ्य शिविर संचालन गर्न स्वीकृती प्रदान गरिएको व्यहोरा निर्णयानुसार अनुरोध छ ।

  
(केदारराज पराजुली)  
वरिष्ठ जनस्वास्थ्य अधिकृत

बोधार्थ :

- श्री स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, रामशाहपथ ।
- श्री मध्य पश्चिमाञ्चल क्षेत्रीय स्वास्थ्य निर्देशनालय, सुर्खेत ।
- श्री जिल्ला प्रशासन कार्यालय, रुकुम ।
- श्री जिल्ला स्वास्थ्य कार्यालय, रुकुम ।

## Bibliographie et références

### Livres

- " Village Development Committee – profile of Nepal"  
A socio-economic database of Nepal ed: Intensive study & Research centre
- " Histoire politique du Népal" Michelle Kergoat ed : Karthala
- « Le Maoïsme au Népal » Brigitte Sterman ed : CNRS edition
- "Himalaya" Suzanne Held ed: Géo Gallimard
- "Voyage d'une Parisienne à Lhassa" Alexandra David Neil ed: Pocket
- "Médecin du toit du monde" Docteur Dolkar Khangkan M. José Lamothe ed du Rocher
- "Le livre Thibétain de la vie et de la mort" Sogyal Rinpoché ed: livre de poche
- "Le cercle de Karma" Kunzang Chode ed: acte sud
- "Les guerriers de Bouddha" Michel dunham ed: acte sud
- "Voyageuse solidaire aux Indes" Bernadette Poisson ed: Huguet
- "Porteurs de l'Himalaya" le trekking au Népal Isabelle Sacareau ed: Béli
- "A la recherche du Royaume" Irène Frain ed: Maren Sell
- "Tibet préservé" Sur les sentiers Goloks Christophe Raylat ed: Glénat
- "Sages guérisseurs du tiers monde" Bernadette Poisson ed: cosmogone
- "Ella Maillart au Népal" ed: actes sud
- "Tintin au Tibet" Hergé ed: Casterman
- "Où la neige ne fond jamais" Ferrer et Sanchez ed: Association lions des neiges - Mont Blanc
- "Himalaya" Eric Valli ed: La Martinière - "Le ciel sera mon toit" Eric valli ed: Gallimard
- "Sherpas bouddhistes" Henri Sigayret ed: Vajira Publications
- "Le chemin des cimes" Carle Soubiran, Olivier Soudieux autoédition
- "La marche dans le ciel" 5000km à pied à travers l'Himalaya Alexandre Poussin, Sylvain Tesson ed: Pocket
- Trek magazine: - Aout/Sept 2007 spécial Kathmandu  
- Aout/Sept 2005 spécial Népal  
- Aout/Sept 2002 spécial Thibet
- Lonely Planet Népal
- Grand Reportage Nov 2006 "Himalaya Royaumes Oubliés"
- Magazine Road Book n°1 Himalaya (dvd inclus)

## **Net Népal**

- moteur de recherche Népal, forum voyages , carnet voyage, trek népal .....
- sites des ONG : [www.medecinsdu monde.org](http://www.medecinsdu monde.org)  
[www.msf.fr](http://www.msf.fr)
- sites des associations : Partage- nepal (partenaire de l'association Partage et Soins)  
([www.pagesperso-orange.fr/itinerance/partages/index.htm](http://www.pagesperso-orange.fr/itinerance/partages/index.htm))  
Solhimal [www.solhimal .org](http://www.solhimal .org)  
Epicea [www.epiceafrance.org](http://www.epiceafrance.org)

## **Conférences**

- Forum Médecins du Monde du 5 JUI N 2008 à Paris  
Népal : Quels enjeux pour le développement et la santé ?

## **Dvd Népal**

- Objectif trek - Le tour des Annapurnas
- Le sanctuaire des Annapurnas
- "Thibet interdit" Pierre Petit (inclus avec le livre Thibet préservé)
- "Thibet Les chemins de Lhassa" collection "Faut pas rêver"
- "Himalaya l'enfance d'un chef" Eric Valli
- "Les chemins des cimes" Olivier Soudieux, Carole Soubiran
- Magazine Road Book n°1 Himalaya (inclus avec le magazine)

## **Emission TV Népal**

- "Népal, sur la pistes des rebelles Maoïstes"  
société France 4 sur la chaine Planète du 19/07/2007 au 12/08/20007

## **CD musiques Népal**

- "Himalaya l'enfance d'un chef" musique du film d'Eric Valli
- "Tibetan incantations" the meditative sound of buddhist chants
- "Om mani padme.hum" Büdi Siebert
- "Nepal" Sur Sudha
- « atharva »
- « Npathya »
- « Trikaal 2 »