

Un aperçu du système de santé au Ladakh



Rapport de stage de l'immersion en communauté juin – juillet 2005



Groupe Zanzibar au Zanskar :
Léonie Cuttat, Lia Oberlé, Régine Lachat, Jérôme Ebiner

Sommaire

Introduction Page 3

The Mahabodhi Karuna Charitable Hospital Page 6

- Contexte
- Historique
- Première journée... Premières impressions...
- La visite de l'hôpital
- Les différents services

La cataracte	Page 22
- Aspects médicaux	
- Le « eye-camp » au Zanskar	
- Nos visites aux patients opérés	
Santé des enfants à l'école Marpaling	Page 36
- Premier projet d'étude	
- Réorientation du sujet d'étude	
- Techniques d'évaluation	
- Causes	
- Les moyens pour combattre le problème	
Conclusion	Page 45
Remerciements	Page 46

Introduction

En deux mots...

Notre immersion en communauté s'est déroulée du 6 juin au 12 juillet 2005, dans les régions du Ladakh et du Zaskar. Nous avons axé nos recherches sur trois aspects du système de santé local :

- 1) Observation du fonctionnement d'un hôpital privé
- 2) Problème de la cataracte au Zaskar
- 3) Santé des enfants

Où ?

Le Ladakh se situe dans l'extrême Nord-Ouest de l'Inde, entre la Chine et le Pakistan. Les barrières physiques constituées par les diverses chaînes himalayennes qui traversent la région de part en part, en font la zone la plus isolée du sub-continent indien. C'est un désert froid situé à des altitudes parmi les plus élevées de la planète, entre 3000 m. et plus de 6000 m. Culturellement apparenté au Tibet, le Ladakh est administrativement géré par l'Inde et forme un district semi autonome de l'Etat de Jammu et Cachemire. La population du Ladakh est estimée à plus de 200 000 habitants avec une répartition de 90 % en milieu rural et 10 % en milieu urbain. Cet ancien royaume vivait jusqu'à une ère récente en autosuffisance mais une part grandissante des habitants est aujourd'hui sous la dépendance du marché indien (nourriture, produits divers).

Le Ladakh, communément considéré comme un Eden bouddhiste par les occidentaux, est peuplé de près de 50% de musulmans, surtout concentrés dans la capitale régionale, Leh, et la région de Kargil. L'accroissement de la population militaire depuis les années 1960 (suite à des conflits sino-indiens et indo-pakistanaï) et l'ouverture de la région aux étrangers (non indiens et indiens) depuis le début des années 1970 ont entraîné depuis trois décennies des changements socio-économiques majeurs. Bien que présentant un intérêt certain pour les communautés locales, ces transformations ont modifié l'organisation sociale, les représentations collectives et dans une certaine mesure la culture locale. Les pratiques traditionnelles de santé, la médecine tibétaine en particulier, qui quelques dizaines d'années auparavant représentaient le seul système de santé au Ladakh, ont également été modifiées dans le processus. La médecine occidentale se développe lentement mais pour l'instant il existe des hôpitaux uniquement à Leh et à Kargil.



Le Zaskar est la région la plus isolée du Ladakh. L'altitude en plaine est de 3600 m, et on compte de nombreux sommets à 6000 m dans les environs. La population du Zaskar compte environ 15'000 habitants.

Le Zaskar est inaccessible au printemps et en automne. En été, on peut y accéder par une piste carrossable qui relie Leh à Padum, en passant par Kargil. Deux jours de bus sont nécessaires à ce trajet. En hiver, seuls les plus courageux s'aventurent sur le fleuve gelé, et il faut compter environ une semaine de marche pour rejoindre Padum depuis la ville de Leh.

Les personnes qui y vivent ont une culture traditionnelle bouddhiste, proche de la culture tibétaine. A Padum, le chef-lieu de la région qui compte environ 1000 habitants, on observe aussi une minorité musulmane.

La plupart des gens vivent de l'agriculture (blé, orge, millet...) et de l'élevage (principalement des chevaux et des bovidés : vaches et yacks). Le tourisme pédestre est actuellement en plein essor dans cette région, et de nombreuses personnes – principalement des hommes jeunes – proposent leurs services en tant que guide ou « horseman » (homme qui met ses chevaux à disposition des touristes pour porter leurs bagages) durant la saison d'été.

Quoi ?

Nous avons commencé notre immersion par un stage d'observation dans un des trois hôpitaux de la région de Leh, le « Mahabodhi Karuna Charitable Hospital », perdu dans un paysage lunaire à 30 minutes de bus de la capitale. Ce stage d'observation a duré deux semaines.

Ensuite, nous nous sommes rendus en bus au Zanskar afin d'évaluer le système de santé sur place. Nous avons axé notre investigation sur deux points : la santé des enfants dans une école et les résultats d'opérations de la cataracte effectuées en 2004. Nous sommes restés deux semaines et demie dans cette région ; nous étions hébergés dans une salle de classe de l'école Marpaling de Stongday.

Pourquoi ?

Au printemps 2004, dans le cadre de l'organisation des Saturnales par notre volée, nous cherchions des associations ou des projets susceptibles d'être parrainés. Nous avons aussitôt pensé à l'association Rigzen-Zanskar, dont le siège se trouve à Porrentruy. Cette association suisse a pour but de promouvoir le développement du Zanskar, une région rurale et décentrée du Nord de l'Inde, en collaboration avec des personnes indigènes et dans le respect des traditions locales. La première réalisation de cette association a ainsi été la création d'une école primaire, la Marpaling School, suivie par la mise en place d'un atelier de menuiserie. De nombreux autres projets ont été réalisés au cours des dernières années.

Nous nous sommes approchés du président de l'association, M. Pascal Beuret, pour discuter avec lui d'un éventuel projet médical, qui pourrait être mis en œuvre avec l'argent récolté lors des Saturnales. Pascal Beuret nous a proposé de parrainer un « eye-camp », ou « camp pour les yeux ». Le projet avait déjà été mûrement réfléchi par le comité de l'association Rigzen-Zanskar et devait être réalisé dans le courant de l'été 2004. Nous avons accepté cette proposition avec enthousiasme. En été 2004, le « eye-camp » s'est déroulé dans le dispensaire de la petite bourgade de Padum, le chef-lieu du Zanskar. Environ cinquante personnes ont alors été opérées de la cataracte.

En décembre 2004, les Saturnales organisées par notre volée ont remporté un grand succès, et nous avons versé à l'association Rigzen-Zanskar le quart de nos bénéfices. Cette somme assez importante a permis de couvrir entièrement le budget du « eye-camp ».

La décision de partir pour le Zanskar dans le cadre de notre stage d'Immersion en Communauté fut unanime au sein de notre groupe, et ce pour une raison très simple : nous étions tous les quatre curieux d'observer le résultat concret de ce « eye-camp », et désireux de « poursuivre l'aventure ». Notre but était de rencontrer un certain nombre de patients pour évaluer le résultat des opérations, la satisfaction ou insatisfaction des patients opérés, et les aspects à modifier et éventuellement améliorer lors d'un prochain camp médical. Nous voulions également nous faire

une idée du système de santé dans son ensemble, c'est pourquoi nous nous sommes intéressés en parallèle à la santé des enfants ainsi qu'à la pratique hospitalière dans la région de Leh, au Ladakh.

The Mahabodhi Karuna Charitable Hospital

Contexte

Nous avons commencé notre immersion par un stage d'observation dans un des trois hôpitaux de la région de Leh, le « Mahabodhi Karuna Charitable Hospital », perdu dans un paysage lunaire à 30 minutes de bus de la capitale. Les deux autres hôpitaux se trouvent à Leh même et sont des établissements gouvernementaux, dont un est géré par l'armée.

Historique

Le Mahabodhi Hospital, qui est un hôpital privé, est le fruit d'une association, le « Mahabodhi Meditation Center » qui a été fondé par un moine bouddhiste (Bikkhu Sanghasena) en 1986. Voilà comment l'association est présentée dans son site internet :

“Mahabodhi International Meditation Centre is a great example of one man's vision turning into reality. Venerable Bhikkhu Sanghasena established the Mahabodhi International Meditation Center in 1986 to offer both spiritual instructions as well as desperately needed humanitarian services to impoverished people in the remote land of Ladakh.

A dedicated team of social workers, teachers, doctors, monks, nuns, community leaders and care-providers have created an integrated community at Devachan in Ladakh which provides comprehensive care to all segments of society: children, elderly, special needs individuals, monks & nuns, the sick, as well as those seeking spiritual development. The community has become a model for the region through sustainable, ecological development. With the support of our sponsors we hope to be able to contribute our part to this goal by serving the people of Ladakh. You are most welcome to join us in this effort!



The major activities carried out by MIMC are as follows:

- *Mahabodhi Mediation Program, dedicated to realization of inner peace and harmony.*
- *Mahabodhi Residential School and Mahabodhi Boys & Girls Hostel- dedicated to holistic education and providing home for the deprived children.*
- *Mahabodhi Timisgam Branch School, dedicated to advancement of education for rural children.*
- *Mahabodhi Karuna Charitable Hospital for the welfare of the sick people.*
- *Mahabodhi Phandeyling Nunnery, dedicated to the upliftment of the Nuns and women.*
- *Mahabodhi Home for the Aged and Destitute. Devoted to care and respect to the elderly and destitute.*
- *Mahabodhi Women literacy project, dedicated to the empowerment of women.*
- *Mahabodhi Maitry Charity program, dedicated to charity for social welfare.*
- *Mahabodhi environmental projects, dedicated towards aforestation and nature conservation.*
- *Mahabodhi Interfaith program, dedicated to inter-religious harmony.*
- *Mahabodhi Mobile Health Clinic, dedicated to healthcare for remote communities.*
- *Milarepa Meditation and trekking Camps, dedicated to spiritual life with nature.*
- *Mahabodhi Youth Wing, dedicated to character building of youth.”*



Les soins médicaux ainsi que le développement du secteur médical sont très pauvres au Ladakh et beaucoup de gens venant de régions retirées ne peuvent pas se permettre d’acheter des médicaments et de se faire traiter correctement. Les médecins sont très rares au Ladakh car très peu d’indigènes ont accès à ces études, et s’ils ont eu cette chance ils ne reviennent pas nécessairement dans l’Himalaya.

Conscient de ce grand manque pour la population Ladakhi, Bikkhu Sanghasena fonda le Mahabodhi Hospital grâce à l'aide de nombreux sponsors. Cet hôpital privé permet au gens pauvres et venant de régions retirées d'avoir accès aux soins et traitements gratuitement. Ceux qui ont un meilleur revenu devront donner une petite contribution afin d'être soignés.

Première journée... premières impressions...

Tout d'abord nous avons pris contact avec le Dr. Smanla, avec qui nous avons échangé quelques mails avant notre départ. Il avait l'air assez désintéressé par notre venue et nous avons patienté quelques bonnes heures avant de pouvoir enfin discuter avec lui et planifier concrètement le déroulement des deux prochaines semaines dans son établissement. Il était au départ très méfiant du regard occidental que nous aurions pu poser sur le Mahabodhi Hospital. Il avait en effet fait quelques mauvaises expériences avec des médecins occidentaux, qui à la fin de leur séjour lui reprochaient un grand manque d'hygiène au sein de l'hôpital... Le Dr. Smanla nous a alors directement mis au parfum en nous disant : « This I don't want ! »

Après lui avoir bien expliqué que nous n'avions nullement l'intention de porter ce genre de jugement ... l'atmosphère s'est détendue et il a demandé à l'assistant du département d'ophtalmologie de nous faire visiter l'hôpital. C'est un jeune homme ladakhi d'une vingtaine d'années, il nous explique qu'il n'est pas médecin mais qu'il a étudié « les yeux » pendant trois ans. Il assiste le docteur durant les opérations et peut lui-même effectuer des contrôles de routine.

La visite de l'hôpital

L'hôpital est construit sur deux étages et a deux ailes par étage. En tout il y a environ 50 lits qui se répartissent entre les différents services qui sont :

gynécologie + maternité

médecine interne + amchi

ophtalmologie

chirurgie

médecine dentaire

En ce qui concerne le personnel, il y a 7 médecins dont la plupart sont des médecins retraités, 4-5 infirmières et 7 « paramédicaux ». Il arrive que des médecins des deux hôpitaux de Leh viennent aider pour certaines opérations ainsi que des dentistes allemands qui sponsorisent le département dentaire.

Vu la taille et l'isolement du Mahabodhi Hospital, il est relativement bien équipé :

environ 50 lits

2 salles d'opérations

1 salle d'accouchement

1 salle pour les contrôles gynécologiques

1 salle pour les contrôles de médecine interne

1 salle pour les contrôles d'ophtalmologie

1 salle pour les contrôles de chirurgie

1 salle pour les contrôles de médecine amchi

2 salles pour la médecine dentaire avec un équipement relativement moderne

1 laboratoire pour les analyses sanguines et urinaires

1 salle avec rayons X , ECG, endoscopie et ultrason

1 dispensaire pour les médicaments

Le hall d'entrée de l'hôpital fait office de salle d'attente. En général les patients viennent accompagnés de leurs familles et attendent leur tour souvent pendant plusieurs heures. Presque tout le monde se présente à 9h00 du matin à la réception, pour retirer un ticket de consultation. Ensuite, les gens sont pris les uns après les autres jusqu'à 16h environ.

Les différents services

Département d'ophtalmologie

Ce département est sous la direction du Dr. S T Phuntsog, ophtalmologiste. Des opérations de cataractes, glaucomes aussi bien que des réfractations ainsi que d'autres chirurgies mineures y sont effectuées. Les contrôles de routine pour l'acuité visuelle sont effectués par un assistant ayant une formation paramédicale en ophtalmologie. Ils ont déjà réalisé quelques « eye-camps » au Ladakh et ont également participé à celui organisé par l'association Rigzen-Zanskar, à Padum.



Département de médecine interne

Le Dr. Tsering Norboo, médecin spécialisé, a travaillé pendant de nombreuses années pour l'hôpital de l'armée. Une fois à la retraite il a commencé à travailler à plein temps pour le Mahabodhi Hospital. Il est le fondateur du département de médecine interne. Le département est équipé d'un gastro-vidéoscope, d'ultrasons, d'un électrocardiogramme ainsi que d'un laboratoire.



Département de médecine dentaire

Le Dr. Stanzin Choying, arrivée en 2002, a terminé ses 5 années d'étude à Bangalore. Depuis son arrivée le département fonctionne, avec l'aide de deux assistantes, efficacement. Le Dr. Stanzin Choying traite 30 à 40 patients par mois. Les patients viennent de toutes les régions du Ladakh. La doctoresse est la seule femme dentiste de tout le Ladakh.

Un groupe de chirurgiens dentaire dirigé par le Dr. Rainer Roos d'Allemagne est venu en juillet 2002 et a fait un camp de traitements dentaires à l'hôpital ainsi que dans la zone très retirée du Korzok. Il a de nouveau offert ses services en 2003. Grâce à cette collaboration un laboratoire dentaire a été créé pour préparer des prothèses dentaires. Le Dr. Rainer Roos a également donné beaucoup d'instruments et d'équipements pour renforcer ce département.



Département de chirurgie

Le Dr. Tsering Norboo, spécialisé en chirurgie, dirige également ce département. Régulièrement, différents types d'opérations ont lieu comme l'opération de l'appendicite, la cholécystéctomie, gastrectomie, néphrectomie, les réductions osseuses, la chirurgie thyroïdienne...

Laboratoire

Le laboratoire peut effectuer différents examens sanguins, urinaires, des selles ... Ils semblent avoir le matériel dont ils ont besoin mais le personnel n'est pas toujours très qualifié pour l'utiliser.



Département de gynécologie

Depuis l'arrivée de la Dr. Ladol, ancienne gynécologue retraitée de l'hôpital gouvernemental de Leh, ce département a pris énormément d'importance. C'est là que la majorité des consultations sont effectuées au Mahabodhi Hospital. Des dizaines de femmes venant même des régions les plus retirées font plusieurs jours de voyage afin d'être prises en charge par la doctoresse qui fut la toute première gynécologue au Ladakh.

Département de médecine Amchi

Après six ans d'étude à Daramsala, le Dr. Tashi a ouvert son cabinet de médecine Amchi dans l'hôpital. Il voit entre 4 et 5 patients par jour. La plupart du temps ce sont des personnes âgées ou des moines qui viennent le consulter.



Durant ce stage d'observation d'une semaine et demie, nous avons essayé d'accéder à tous les différents services et de discuter un maximum avec les responsables, tout en essayant de ne pas perturber leur travail. Nous nous sommes séparés en deux groupes et nous avons essayé de tous voir chaque département. C'est avec la gynécologue que nous avons passé le plus de temps et vu le plus de pathologies. Malgré le nombre de patients qu'elle devait voir en quelques heures, et même si elle parlait en ladakhi avec eux et que nous ne comprenions rien, on pouvait sans aucun doute observer une excellente relation médecin-malade. Il faut préciser que la doctoresse est un personnage très impressionnant qui a aidé et aide encore énormément de gens au Ladakh. Elle a une excellente réputation autant auprès de ses collègues que de ses patientes.

Voilà quelques exemples de journées que nous avons eu la chance de vivre dans ce petit hôpital dans l'Himalaya...

Journée dans le département de gynécologie

Nous avons rendez-vous à 11h du matin car c'est à ce moment que la doctoresse allait commencer sa journée à l'hôpital. La doctoresse est une femme d'une soixantaine d'années, débordante d'énergie. Elle a fait ses études au Cachemire et est la première gynécologue du Ladakh. Elle arrive un peu en retard avec son assistante qui semble être un peu plus âgée. Des dizaines de femmes attendent déjà dans le couloir et nous entrons directement dans la petite salle d'examen avec la doctoresse, l'assistante, la première patiente, sa sœur, son mari et un tout petit bébé.

La salle d'examen mesure environ 15m carrés. Nous n'avons pas vraiment osé prendre de photos car premièrement nous n'avons pas eu l'occasion, et puis le personnel de l'hôpital est conscient que nous n'avons pas du tout la même notion d'asepsie qu'eux et aurait pu trouver ce geste déplacé.

Avant de commencer sa consultation avec la première patiente, la doctoresse prend soin de nous expliquer brièvement ce que représentait toute la paperasse sur son bureau. Il y a là tous les dossiers que les femmes ont apportés avec elles et donnés à l'assistante avant que nous arrivions, les ordonnances pour le pharmacien et d'autres petits papiers qu'elle utilise pour mettre par écrit des informations pour les patientes. Elle a aussi un grand cahier faisant office de registre et dans lequel elle inscrit le nom, le n° de la patiente, la date, le diagnostic et parfois les médicaments administrés. Pendant ces quelques explications la première patiente est déjà prête sur la chaise d'examen et attend qu'on s'occupe d'elle. La gynécologue nous explique en deux mots le motif de la consultation mais il y a tellement de va et vient dans la salle que nous n'avons pas tout saisi et lorsque nous nous approchons de la

patiente nous sommes un peu empruntés. C'est une jeune femme d'une vingtaine d'années, elle a une masse de la taille d'un point au niveau de la lèvre droite, il y a du pus et du sang. On a d'abord pensé qu'elle est sur le point d'accoucher et que c'est la tête du bébé qui fait cette protrusion. Lorsque la gynéco voit cela elle prend un ton très moralisateur pour parler au mari, à la sœur ainsi qu'à la patiente. Comme la patiente a accouché il y a deux semaines, elle suspecte une hémorragie avec infection et il faut absolument que la patiente soit hospitalisée au plus vite et que cela soit traité... drain, antibiotiques... La lèvre est indolore à la palpation mais lorsque la gynéco nettoie le pus, les selles et le sang, la femme hurle de douleur. Pendant que la doctoresse explique au mari où il doit aller, la femme se relève péniblement, s'appuie contre le mur et toute la douleur, les émotions s'extériorisent dans quelques grosses larmes qui résonnent en tombant sur une chaise en plastique... mais le personnel soignant n'y a absolument pas prêté attention.

Alors que la gynécologue donne encore quelques informations à la première patiente, la suivante est déjà installée devant le bureau de celle-ci. Elle pense avoir perdu son stérilet. A l'examen physique on voit le stérilet croché à l'ouverture du col. Celui-ci est retiré en moins de cinq secondes et la femme peut déjà s'habiller. La gynécologue n'effectue jamais un prélèvement à titre préventif mais se focalise uniquement sur la plainte en question, autrement elle n'aurait jamais le temps de voir toutes ses patientes.

Ensuite, en l'espace de 3h, la gynécologue voit 21 patientes. Une majorité vient pour la pose ou le retrait d'un stérilet, pour un contrôle ou un test de grossesse, des mycoses, des infections ou des saignements anormaux. Une femme a des polypes, une autre une infection d'un mamelon due à l'allaitement et la dernière a des problèmes de fertilité car sur six enfants, elle a fait 2 fausses couches et deux autres bébés sont morts à la naissance. La gynécologue accélère de plus en plus la cadence pour les dernières patientes, car une femme est en train d'accoucher dans une salle à côté et les assistantes ont besoin de son aide pour que le bébé sorte. Il est 15h et on entend la femme qui accouche hurler depuis le début de l'après-midi. Aussitôt la dernière patiente examinée, nous sommes tous allés en salle d'accouchement. Il y a la future maman, une jeune femme d'environ 18 ans, qui est couchée sur une table et a les deux jambes attachées en l'air. Son mari est décédé quelques mois auparavant et elle accouche de son premier enfant. Deux femmes de sa famille attendent derrière la porte de la salle d'accouchement mais personne autre que le personnel n'est autorisé à entrer. On peut apercevoir la tête du bébé mais apparemment il ne peut pas sortir. La gynécologue prend une ventouse en métal, la pose sur le bout de tête que l'on peut apercevoir et fait le vide d'air. De cette façon elle peut tirer le bébé relativement facilement. C'est un très petit bébé, une petite fille tout fripée, très bleue et après quelques secondes elle prend une bonne bouffée d'air et se met à crier doucement. La gynécologue, pour rire, l'imité. Elle est aussi soulagée par la suite de voir que le bébé respire bien car il était tout de même plus bleu que d'habitude nous a-t-elle dit. Une assistante déjà relativement âgée prend tout de suite le nourrisson en charge. Elle lui aspire d'abord les glaires à

l'aide d'un tuyau en plastique dans lequel elle aspire avec la bouche, ensuite elle l'enveloppe dans une immense couverture et on ne peut plus le voir. La mère ne semble pas se préoccuper de savoir si son bébé va bien, si c'est une fille ou un garçon... La gynécologue attend la sortie du placenta et une fois que celui-ci est dehors, elle enlève son tablier et rentre à la maison. La jeune maman s'est aussitôt levée et l'un d'entre nous l'a amenée aux toilettes, qui se trouvent à l'autre bout de l'hôpital. Ensuite elle est retournée dans son lit et s'est aussitôt endormie sans se préoccuper de sa progéniture.

Avortement

Alors qu'elle avait déjà effectué 7 opérations à l'hôpital gouvernemental de Leh, la gynécologue est arrivée vers midi au Mahabodhi Hospital. Des patientes l'attendaient alors que le mercredi n'est pas un jour prévu pour les consultations. La doctoresse a donc pris le temps qu'il fallait pour examiner toutes les femmes présentes avant de se rendre en salle d'accouchement pour procéder à l'avortement. En Inde comme en Suisse, l'interruption volontaire de grossesse est légale jusqu'à 12 semaines après les dernières règles. La jeune femme de 19 ans était enceinte déjà depuis 15 semaines. N'étant pas mariée, elle ne pouvait pas garder cet enfant car il aurait été une honte pour la famille entière. Contrairement à ce qui se passe habituellement chez nous, un tel déshonneur pèse très lourd sur une famille ladakhi, et souvent pendant plusieurs générations. Son beau-frère (peut-être le père biologique de cet enfant) l'a donc emmenée se faire avorter. La gynécologue, consciente de la gravité de cette histoire, a préféré faire cet avortement dans l'illégalité plutôt que de détruire une famille.

La jeune femme était déjà venue une semaine plus tôt pour la même raison, mais à cause d'une infection urinaire elle a reçu un traitement antibiotique de 5 jours avant d'avorter. Un jour plus tôt (le 14 juin), la doctoresse a déjà essayé de décrocher le placenta à l'aide d'une tige métallique pour faciliter l'opération du lendemain (n'ayant pas pu voir cela, nous n'en savons pas plus).

Vers 15h, nous sommes entrés dans la salle d'accouchement en même temps que la gynécologue. La jeune femme était déjà installée sur la table d'accouchement. Sans anesthésie, la doctoresse a pris un « demi-spéculum » pour ouvrir le vagin puis 2 pinces, une pour tenir le col et l'autre pour retirer le fœtus. Pendant un quart d'heure interminable, elle a retiré des morceaux de chair sanguinolente qu'elle jetait dans une bassine à ses pieds. Le "spectacle" fut pour la doctoresse comme pour nous très difficile à supporter, vu la situation, la souffrance physique et psychique endurée par la mère. Après avoir retiré la totalité du fœtus et du placenta, la doctoresse passa de l'ouate sur le vagin de sa patiente, essuya un peu la table d'accouchement ainsi que son tablier, renvoya la jeune femme chez elle, mit le spéculum et les pinces dans une bassine d'eau chaude, retira ses gants et se lava les mains.

Hystérectomie

Prévue au départ à 10h30, l'opération a débuté vers 13h. Tout le personnel ainsi que les observateurs (nous) étaients en blouse verte, pantalons verts, masque et couvre-chef + des gants stériles pour la doctoresse et l'assistant. Étaients présents dans la salle : la doctoresse gynécologue, un anesthésiste, un assistant et deux instrumentalistes. Impossible de savoir si le champ opératoire était stérile ou non mais les instruments ont été posés dessus durant toute l'opération. La femme était déjà couchée sur la table d'opération, vêtue de ses propres habits. Les assistants lui ont levé sa tunique et baissé son pantalon pendant que l'anesthésiste lui injectait (par perfusion) du vancuronium. Une fois la tunique relevée, on a pu voir une énorme protubérance sur son abdomen. La femme s'est endormie et l'anesthésiste a pris son ballon pour la faire respirer. Un système permettait de contrôler la saturation en O₂ ; Une pince accrochée au pouce de la patiente indiquait le pouls. La gynécologue a désinfecté l'abdomen avec des cotons imbibés d'iode. Les instruments sont disposés sur un grand plateau de métal, puis au fur et à mesure qu'ils sont utilisés, on les dépose sur le champ opératoire. Il y a aussi deux bassines d'eau très chaude pour rincer les compresses (3-4 en tout !) imbibées de sang, qui sont réutilisées par la suite.

La doctoresse a commencé par inciser l'abdomen sous l'ombilic jusqu'à 2cm du pubis. Une fois la cavité ouverte, elle a rapidement pu identifier une énorme tumeur bénigne de l'utérus avec quelques excroissances, dont une servait de « poignée » pour tirer l'utérus hors de l'abdomen. Elle n'y a cependant pas réussi et a dû pratiquer une incision plus longue de 7 cm à gauche de l'ombilic. La doctoresse a donc enfin pu tirer l'utérus dehors et procéder à son ablation. Nous n'avons pas suffisamment d'expérience en chirurgie pour avoir compris tous les gestes, mais la procédure était toujours pareille : clampage, incision, points de suture par petites portions. Les pinces à clamer n'étaient pas de bonne qualité et glissaient parfois. À deux reprises une pince a glissé et la gynécologue a dû garder son sang-froid pour stopper l'hémorragie à toute vitesse. Vu la situation et notre impuissance d'observateurs, nous avons eu une belle montée d'adrénaline.

La doctoresse a pu enlever toute la masse tumorale, en laissant le col qui semblait intact. Un ovaire adhérait à l'utérus, elle l'a enlevé. L'autre a pu être conservé pour éviter les dérèglements hormonaux.

L'utérus a été mis dans une bassine, il était grand comme un ballon de handball et pesait 3kg d'après la gynécologue.

Après avoir remis les viscères en place, il a fallu recoudre couche par couche. On pouvait sentir que la tension de l'opération était redescendue. La doctoresse retrouvait le sourire et nous donnait ses impressions.

Durant toute l'opération, on a pu remarquer que les pieds de la patiente bougeaient et que parfois ses bras se levaient, c'est à ce moment qu'on lui réinjectait du vancuronium. La femme s'est réveillée peu après le dernier point de suture. On lui a fait tirer la langue et voyant qu'elle avait de la peine à respirer, l'anesthésiste lui a remis le masque (ballon) un petit moment.

La gynécologue a quitté la salle d'opération et a rapidement disséqué l'utérus dans une autre pièce. La paroi mesurait environ 10cm d'épaisseur, avec une lumière de 3cm de diamètre. Pendant ce temps, on a soulevé la patiente pour la changer de lit, après quoi on l'a descendue à l'étage inférieur, où elle devait rester 3-4 jours. L'opération s'est terminée à 15h00, la doctoresse n'avait pas encore mangé. Tout le monde s'est reposé dans la salle commune et nous avons décompressé autour d'une plaque de chocolat suisse.

Département de médecine Amchi

Nous avons aussi eu l'occasion de discuter avec Tashi, le médecin Amchi. C'est un homme d'une trentaine d'années et il travaille à l'hôpital depuis une année environ. Il a étudié la médecine tibétaine durant six ans à Daramsala, ainsi que l'acupuncture pendant quelques mois à Delhi. Son père était également un Amchi mais il ne pratique plus maintenant car il est trop vieux. Malheureusement il n'a pas énormément de patients pour l'instant, car les gens ne savent pas encore qu'il y a un Amchi qui travaille au Mahabodhi Hospital, et il prétend qu'il est encore un peu trop jeune pour que les gens lui fassent totalement confiance.



Il voit environ trois à quatre patients par jour et la majorité d'entre eux sont des personnes âgées et des moines. Les problèmes qu'il traite le plus souvent sont l'hypertension, les problèmes d'arthrose ainsi que quelques problèmes gastriques. Une des premières choses qu'il fait lorsqu'il voit un patient est de

lui prendre le pouls. Si celui-ci ne lui semble pas approprié il prescrira de la médecine tibétaine (petites boulettes contenant différentes plantes et parfois des minéraux) ou appliquera des ventouses à différents endroits du corps. Parfois, avant de poser les ventouses 10 à 15 minutes, on fait des petites plaies sur la peau. On peut ainsi faire une sorte de saignée à la mode tibétaine.

Le médecin Amchi possède un grand nombre de ces boulettes qu'il choisira de prescrire selon les problèmes de chaque patient. Certains docteurs Amchi âgés fabriquent le médicament devant le patient qu'ils examinent. Ces médicaments doivent être pris, pour la plupart, trois fois par jour. Une dose équivaut à trois boulettes pour un adulte, c'est-à-dire neuf par jour. Elle sont avalées ou croquées avec de l'eau bouillie. Il nous a donné quelques exemples : certaines boulettes agissent contre l'arthrose, l'anémie, les maux de tête, d'autres purifient le sang...

Elles ont aussi des actions bénéfiques secondaires sur l'estomac, le foie et divers organes. Il existe aussi de la poudre pour faire une préparation contre la toux, des thés pour tous les problèmes, de l'encens contre les insomnies et de la crème contre les rides. Il possède aussi un produit contre le vitiligo. Ce produit aurait d'après lui des résultats spectaculaires en un mois. Il préconise aussi de manger du piment purifié ainsi que du mercure pour éviter les problèmes gastriques. Au Ladakh, un médicament est périmé après environ 2-3 ans mais il n'y a pas de règle bien précise. On peut s'imaginer que dans certains villages reculés où l'on ne peut que très rarement se procurer certains remèdes rares, les docteurs Amchi ne se soucient pas l'âge de ceux-ci.

La médecine traditionnelle est basée sur différents états qui sont plus ou moins atteints chez le patient : Le Flegme, La Bile et Le Vent. Le traitement sera aussi donné en fonction de la combinaison des atteintes de ces états. Sans nous avoir expliqué la signification exacte de ces états, le docteur nous a donné l'exemple de la dépression qui est typiquement une atteinte du Vent.

L'étude des urines s'ajoute à la consultation dans l'élaboration du diagnostic. On observe la température, l'opacité, la couleur et la présence de sang. Certains docteurs expérimentés peuvent donner un traitement après n'avoir vu que les urines.

Un médecin Amchi comme Tashi reçoit 500Rs par mois (environ 15CHF) venant de l'état. Les médicaments sont vendus aux patients qui peuvent se le permettre. Les pauvres ne paient en général ni la consultation ni les médicaments.

La pharmacie



La pharmacie se trouve dans le hall d'entrée en face des admissions. C'est une sorte de boîte qui donne sur l'extérieur, derrière l'hôpital, où se trouve l'entrepôt des médicaments et des ustensiles. Dans la pharmacie, il n'y a que quelques médicaments, le pharmacien doit souvent se rendre à l'entrepôt pour chercher ce dont il a besoin.

La petite maisonnette qui sert d'entrepôt contient plusieurs étagères où sont rangés les médicaments, classés selon leur utilité. On trouve des médicaments pour les yeux (bétamycine), des analgésiques (paracétamol, diclofénac), des anti-acides (oméprazole, ranitidine), des antibiotiques (ciprofloxacine, ampicilline, roxithromycine, amoxycilline, gentamycine), des médicaments pour le tube digestif (sirop d'enzymes digestives, sirop anti-flatulences, hydroxyde d'aluminium), pour les voies respiratoires (théophylline, mucolytiques, expectorants), contre l'hypertension (aténolol, enalapril), des anti-fongiques, des vitamines, des suppléments alimentaires et quelques ustensiles de chirurgie. Il n'y a pas plus d'une vingtaine de boîtes de réserve par médicament. L'hôpital commande les médicaments pour une année et si besoin est, se ravitaille à Delhi, Jammu ou Srinagar.

Les médicaments sont pour la plupart fabriqués en Inde. Les différentes compagnies pharmaceutiques sont Cipla, Natcol, Mahbro et Novartis Inde Népal. Il y a aussi certains médicaments qui ne sont pas à vendre, qui proviennent de dons. Les médicaments les plus prescrits sont les antibiotiques, les anti-diarrhéiques, les anti-fongiques et les analgésiques. Tout patient se présentant à l'hôpital repart avec des vitamines et compléments alimentaires. Les apports nutritionnels n'étant souvent pas suffisants, la distribution de compléments est un moyen de prévention de maladies, car la population souffre de nombreuses carences. Le pharmacien est à la retraite ; auparavant il travaillait à l'hôpital gouvernemental. Il a fait ses études de pharmacologie à Jammu. Ce monsieur parlant peu anglais, la barrière linguistique était telle que nous n'avons pas pu approfondir nos conversations avec lui.



Listes des taxations selon l'acte

Monnaie = Roupie (Rs) : 100Rs = 3.30CHF

Les prix indiqués sont ceux que les patients devraient payer, le « Mahabodhi Hospital » étant un hôpital privé (donc payant) et charitable : les patients paient en fonction de leurs moyens.

Tests de laboratoire :

Alcaline phosphatase : 40Rs

Serum bilirubine : 40Rs

Serum cholestérol : 40Rs

Urémie : 40Rs

Acide urique: 40Rs

Test de grossesse: 50Rs

Opérations dentaires :

Extraction dentaire : 50Rs

Amalgame : 80Rs

Radio : 50Rs

Traitement de racine : 250Rs

Chirurgie :

Chirurgie ophtalmique mineure : 50Rs

Chirurgie mineure : 50Rs

Gynécologie :

Accouchement par voies basses : 500Rs

Consultation : 50Rs

Carte anténatale : 30Rs

Pose de stérilet : 100Rs

La cataracte



Aspects médicaux

Définition

La cataracte est une opacification du cristallin.

Etiologie

Dans la grande majorité des cas, la cataracte est due à la sénescence et correspond au vieillissement naturel du cristallin. Elle peut aussi être congénitale ou consécutive à une autre maladie, le diabète par exemple.

Epidémiologie

2 millions de personnes dans le monde sont aveugles à cause de la cataracte. Cette maladie est la première cause mondiale de cécité, surtout dans les pays en voie de développement, où elle est peu traitée. Globalement, moins de 20% des sujets atteints sont opérés (alors que ce chiffre est beaucoup plus élevé dans les pays industrialisés.)

Prévalence dans les pays industrialisés :

- de 65 ans :	- de 10%
65-74 ans :	18-29%
75-84 ans :	37-59 %
85 ans et + :	60-67 %

La prévalence d'une opacité du cristallin (stade précoce de la cataracte) est de 20-30 % plus élevée, et atteint 100% pour la tranche d'âge des 85 ans et +. Ces chiffres confirment le caractère inéluctable de cette maladie, qui accompagne le vieillissement normal de l'œil.

Symptômes

Les patients se plaignent d'être « éblouis par la lumière », d'avoir « un voile dans l'œil » ou encore de voir « des couleurs ternes ».

La modification de la vision est lente. La cataracte sénile est inéluctable mais survient à des âges variables. Elle est souvent bilatérale.

La cataracte non opérée conduit inéluctablement à la cécité.

Diagnostic

Le diagnostic de cataracte est posé suite à un examen de l'acuité visuelle et à un examen biomicroscopique (pratiqué dans les pays industrialisés surtout).

Facteurs de risque

Tabac, alcool, corticothérapie et diabète sont des facteurs de risque avérés.

Toutefois, le facteur de risque principal est l'exposition à un rayonnement UV.

Remarquons au passage qu'une exposition intense et répétée au soleil peut être aussi à l'origine de problèmes aigus de l'œil, comme la conjonctivite par exemple.

(Nous avons pu observer au Zanskar les conséquences à la fois aiguës

(conjonctivites) et chroniques (cataractes) d'une exposition trop intense au soleil.)

Les carences en sels minéraux et en vitamines sont des facteurs de risque possibles mais non confirmés.



Prévention

Du fait de son caractère inéluctable, la cataracte ne peut pas être évitée. Toutefois, une conduite adéquate de protection des rayons UV peut retarder son apparition ou freiner son évolution. Dans les régions de haute altitude comme le Zanskar, le port de lunettes de soleil est la mesure de protection la plus efficace, car l'exposition au rayonnement UV est très importante dans ces régions.

Traitement

La chirurgie est à ce jour le seul traitement de la cataracte.

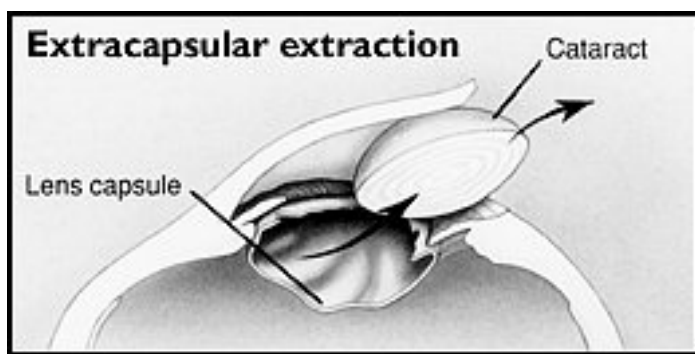
L'opération de la cataracte peut être réalisée avec des moyens simples, des coûts relativement faibles et est souvent couronnée de succès. C'est pourquoi il a été possible de la pratiquer au Zanskar.

Elle est indiquée lorsque le patient est handicapé par sa vision dans sa vie de tous les jours (traditionnellement, la barre est placée à 0,4% d'acuité visuelle.)

C'est la chirurgie oculaire la plus commune.

L'opération se déroule sous anesthésie locale, à l'aide d'un microscope. La procédure résumée en est la suivante :

- 1) Ouverture de la capsule du cristallin.
- 2) Ablation du cristallin. Celle-ci peut se faire manuellement (excision du cristallin entier) où à l'aide d'ultrasons (qui fragmentent le cristallin à l'intérieur de sa capsule, permettant ensuite l'aspiration des débris.)
- 3) Mise en place d'un implant artificiel qui va remplacer le cristallin.
- 4) Suture (nécessaire si l'ablation du cristallin a été pratiquée manuellement)



Suite à l'opération chirurgicale, l'amélioration de la vision du patient est généralement rapide (quelques jours environ). Les complications sont relativement rares. Une opacification secondaire de la capsule postérieure peut toutefois survenir dans 25 % des cas. Celle-ci peut être traitée au rayon laser, contrairement à la cataracte elle-même, pour laquelle une incision de la capsule est toujours nécessaire.

Le « eye-camp » au Zanskar



Accès aux soins médicaux pour la population locale

A Padum, on trouve un dispensaire, seul établissement de ce genre pour toute la région. Il est parfois possible d'y rencontrer un médecin ou une infirmière, mais aucune présence médicale n'y est assurée en permanence.

Certains villages éloignés se trouvent à plusieurs jours de marche de Padum, et pour les gens qui y vivent, l'accès aux soins est encore plus réduit que pour la population de la capitale. En effet, bon nombre de ces villages ne sont accessibles qu'à pied ou à cheval ; autant dire que les chemins qui y mènent sont difficilement praticables pour une personne faible et malade.

L'hôpital le plus proche se trouve à un jour de bus, à Kargil. De plus, si leur état le leur permet, les patients qui nécessitent une hospitalisation préfèrent souvent se rendre à Leh (deux jours de trajet) pour des raisons culturelles : à Leh, la majorité de la population est bouddhiste, alors qu'à Kargil on compte plus de personnes de confession musulmane.

D'après l'expérience personnelle que nous avons vécue sur place, il se dégage de nos conversations avec les indigènes qu'ils ont une confiance très grande (et peut-être exagérée) en la médecine occidentale : on nous a souvent demandé des médicaments ou des soins. En voici quelques exemples : « ma femme a 82 ans et elle a toujours mal aux hanches, est-ce que vous n'auriez pas une pilule pour la soigner ? », « j'ai un oeil qui coule depuis hier et je voudrais que vous fassiez quelque chose »...

Dans certains villages, on trouve parfois un médecin Amchi, qui pratique une médecine traditionnelle basée sur les plantes et les éléments naturels. Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer un de ces médecins au Zanskar, mais l'un d'entre eux officiait à la Mahabodhi Hospital de Leh.

On trouve aussi quelques accoucheuses qui aident à mettre au monde les enfants de leur village.

Les éléments cités ci-dessus représentent la totalité des « infrastructures médicales » du Zanskar. Comme on peut le voir, l'offre de soins est extrêmement réduite.

Déroulement du « eye-camp » de l'été 2004



Le « eye-camp », qui devait initialement être itinérant et se déplacer dans les trois vallées qui composent le Zanskar, fut remplacé, pour des raisons d'organisation et de praticité, par un camp fixe, situé dans le dispensaire de Padum.

Des appels ont été lancés plusieurs semaines à l'avance sur la radio locale et de grandes affiches ont été posées à Padum. Ainsi, la population était informée de l'existence de ce camp.

Le camp était entièrement gratuit pour les patients. La gratuité du camp a été rendue possible grâce à la générosité du personnel soignant, entièrement bénévole, et grâce à la Mahabodhi Society qui a mis à disposition le matériel, les véhicules et plusieurs assistants médicaux. Plus de 500 personnes ont bénéficié d'un contrôle de leur vision, et 46 opérations de la cataracte ont été effectuées, ceci en l'espace de 3 jours. Des lunettes de correction ont aussi été distribuées aux patients qui en avaient besoin. De plus, plusieurs dizaines de personnes ont pu profiter d'une intervention dentaire spécialisée, puisque des médecins dentistes avaient aussi fait le voyage.



Le Dr. De Cock, spécialiste ophtalmologue originaire de Belgique et établi en Angleterre, a procédé au « tri » des patients à opérer, avec l'aide de 5 assistants indiens. Ce tri s'est fait par rapport à des critères de handicap (les patients les plus handicapés par leur vision ont été opérés en priorité) et aussi selon la faisabilité de l'opération (l'équipe s'est limitée à pratiquer uniquement l'opération de la cataracte ; elle était d'ailleurs dans l'impossibilité de pratiquer des opérations chirurgicales plus complexes.) Aucune distinction n'a été faite entre les patients aisés et les plus pauvres, les habitants de Padum ou des villages environnants, les personnes bouddhistes ou musulmanes, etc... Les deux critères mentionnés ci-dessus ont suffi à sélectionner parmi 500 « candidats » les 46 patients finalement opérés.



Opérations réalisées

Dates : du 20 au 22 août 2004

Nombre total : 46

Hommes : 22

Femmes : 24

Habitants de Padum : 2

Habitants des villages : 44

Confession bouddhiste : 44

Confession musulmane : 2

Ces chiffres, bien que très déséquilibrés, sont représentatifs de la population résidente du Zanskar. Ainsi, sans qu'il soit possible de le vérifier réellement dans les registres, il est tout à fait probable qu'une personne sur vingt seulement soit de confession musulmane, de même qu'une personne sur quinze environ habite Padum, la capitale. Il n'y a donc eu aucune discrimination dans le choix des patients opérés.

Tranches d'âge représentées :

- de 50 ans : 1

51 - 60 ans : 4

61 - 70 ans : 10

71 - 80 ans : 24

81 - 90 ans : 6

Œil opéré :

Droit : 30

Gauche : 14

Les deux : 2

Nos visites aux patients opérés (juin 2005)

Sur les quarante-six personnes opérées en août 2004, nous en avons rencontré onze seulement lors de notre séjour au Zanskar. Ce chiffre ne nous satisfait pas pleinement car nous aurions voulu retrouver un plus grand nombre de patients, et avoir ainsi une vision plus élargie du résultat des opérations.

Ce chiffre s'explique notamment par deux faits : le premier est le besoin que nous avons d'un interprète pour nos entretiens avec ces personnes. M. Tsetan Dorje, administrateur de l'école Marpaling School créée par l'association Rigzen-Zanskar, a eu la gentillesse de bien vouloir tenir ce rôle. Cet homme, très connu et estimé dans la région, est très impliqué dans les différents projets de développement du Zanskar. Il n'était hélas pas disponible durant une longue durée et tous les entretiens se sont ainsi déroulés en l'espace de quelques jours.

La deuxième raison est simplement l'immense étendue de la région, et l'impossibilité de nous rendre dans les endroits les plus reculés : il nous aurait fallu parfois plus d'une semaine pour aller à la rencontre d'une seule personne et revenir ensuite à Stongday !

Néanmoins, malgré le faible nombre de visites effectuées, celles-ci ont été riches en apprentissages divers. Mais avant de vous faire part de nos conclusions, voici tout d'abord comment nous avons procédé...

Accompagnés par Tsetan Dorje, nous nous sommes rendus à pied de village en village. Une fois sur place, Tsetan Dorje nous menait au domicile du patient opéré. Puis il nous présentait au patient et nous pouvions commencer l'entretien. Au fur et à mesure que nous posions les questions, Tsetan Dorje les traduisait au patient et l'un de nous se désignait pour noter toutes les réponses données, agrémentées de quelques commentaires éventuels. Tous les patients rencontrés ont été très courtois avec nous, allant parfois jusqu'à nous offrir un verre de thé ou de tchang (bière locale), et se sont patiemment prêtés au jeu des questions. Même si la communication fut parfois difficile à établir pour des questions linguistiques (il était parfois déjà fastidieux de se faire comprendre de Tsetan Dorje), nous sommes parvenus à tirer de ces entretiens quelques données somme toute assez intéressantes...



Les questions qui ont été posées aux patients sont données ci-dessous :

Comment cela se passe-t-il à l'heure actuelle ? Vous sentez-vous en bonne santé ?

- 1) Pensez-vous que l'opération a été un succès ? Pourquoi ?
- 2) À quel point votre vision était-elle handicapante avant l'opération ?
- 3) Comment votre vie quotidienne a-t-elle changé après cette opération ?
- 4) Aviez-vous peur de subir l'opération ?
- 5) Vous seriez-vous fait opérer ailleurs si le « eye-camp » n'avait pas eu lieu ? Pourquoi ?
- 6) Quels sont les besoins médicaux actuels pour vous et votre famille ?
- 7) Comment cela se passe-t-il à l'heure actuelle ?
- 8) Vous sentez-vous en bonne santé ?

Les réponses données par les patients ont été rassemblées et sont présentées ci-dessous, en suivant l'ordre des questions et assorties de quelques commentaires.

Nous posons cette question pour amorcer la conversation. De ce fait, nous nous rendons compte qu'elle sert de phase sociale et n'est pas vraiment prise au sérieux. Une seule femme nous indique qu'elle a une mauvaise santé générale. La majorité des patients répondent que tout va bien, même si plus tard, au cours de la conversation que nous avons, la plupart d'entre eux admettent avoir quelques problèmes de santé, de plus ou moins grande importance. Il est vrai cependant que par rapport à leur âge avancé et aux conditions extrêmement rudes dans lesquelles ils vivent, les patients que nous avons rencontrés se portent plutôt bien...

- Pensez-vous que l'opération a été un succès ? Pourquoi ?



Une seule patiente est vraiment insatisfaite du résultat de l'intervention, et c'est un cas bien particulier : la femme, âgée de 40 ans seulement, avait été touchée à l'œil gauche par un câble téléphonique. Elle ne souffrait pas d'une cataracte simple, mais d'un problème semble-t-il plus complexe et impossible à traiter dans les conditions du « eye-camp ». Sa vision s'est tout de même un peu améliorée, mais une douleur dans l'œil gauche, accompagnée d'une sensation d'ensablement, ne la quitte plus.

Les 10 patients restants sont contents (pour six d'entre eux), voire très contents (pour les quatre autres), du résultat de l'opération. Un patient totalement aveugle (qui ne percevait plus la lumière) a ainsi retrouvé une vision des plus satisfaisantes.

Deux patients ressentent parfois une douleur dans l'œil opéré (peut-être due à la cicatrice) et un autre se plaint d'une vision « parfois bonne et parfois mauvaise ».

Globalement, les patients sont très contents de la réalisation du eye-camp, ils pensent que c'est une très bonne chose. Il faut dire que le problème de la cataracte est vraiment majeur dans cette région, car une exposition intense aux rayons UV et une très

mauvaise protection de la poussière s'ajoutent au vieillissement naturel du cristallin. Le « eye-camp » avait donc tout à fait sa raison d'être et il a été apprécié à sa juste valeur.

- A quel point votre vision était-elle handicapante avant l'opération ?

Tous les patients que nous avons rencontrés étaient passablement handicapés dans leur vie quotidienne : l'impossibilité de partir travailler aux champs et la difficulté à

faire la cuisine sont les exemples les plus souvent cités, parfois par des personnes âgées de plus de quatre-vingts ans ! Nous avons pu observer souvent que les enfants d'une famille sont placés sous la garde de leurs grands-parents, lorsque les parents partent travailler. Ainsi, la majorité des personnes que nous avons rencontrées étaient entourés d'une ribambelle d'enfants durant l'entretien. Avant l'opération, certains d'entre eux ne pouvaient plus effectuer cette tâche, du fait de leur mauvaise vue, et les enfants étaient livrés à eux-mêmes. Le sentiment d'être un poids pour sa famille, une bouche à nourrir incapable de travailler, la culpabilité et la perte de la fierté sont des éléments récurrents dans les conversations que nous avons eues. C'est donc autant une souffrance morale que physique que les personnes aveugles ou malvoyantes endurent quotidiennement.

- Comment votre vie quotidienne a-t-elle après cette opération ?

Les patients sont généralement très contents de pouvoir à nouveau reprendre leurs activités, afin d'aider à la famille. Certains n'ont pas eu la chance de retrouver une vision idéale, malgré une amélioration certaine, et n'ont de ce fait pas beaucoup changé leurs habitudes.

- Aviez-vous peur de subir l'opération ?

Aucun des patients rencontrés n'a avoué avoir eu peur de l'opération. Deux interprétations différentes sont dès lors possibles : soit ils étaient gênés de nous le dire dans les conditions de l'entretien, soit ils disaient vrai et aucun d'eux n'avait de crainte particulière. Quoi qu'il en soit, nous avons pu remarquer tout au long de notre voyage une confiance extrême (exagérée parfois ?) en la médecine occidentale. Les habitants du Zanskar n'ont souvent ni le recul, ni les connaissances nécessaires pour remettre en question le bien-fondé d'un acte tel qu'une intervention chirurgicale.

Une patiente seulement a affirmé avoir eu mal durant l'opération, et cette patiente-là serait réticente à une deuxième intervention (pour le second œil par exemple...) Tous les autres seraient prêts à tenter à nouveau l'expérience (y compris ceux qui n'ont bénéficié que d'une faible amélioration de leur vision.)

- Vous seriez-vous fait opérer ailleurs si le « eye-camp » n'avait pas eu lieu ?
Pourquoi ?

Sur les onze personnes rencontrées, cinq ont déjà fait le voyage à Leh pour consulter un ophtalmologue : quatre ont subi une opération similaire pour le premier œil, et le dernier patient, qui a consulté le docteur Smanla au Mahabodhi Hospital quelques mois avant le « eye-camp », a décidé d'attendre de pouvoir se faire opérer au Zanskar, sur le conseil du Docteur Smanla.

Les six personnes restantes n'auraient pas eu la possibilité de se rendre à l'extérieur du Zanskar pour se faire opérer : l'une parce qu'elle ne supporte pas le bus, les cinq autres pour des raisons purement financières. L'opération en elle-même est pratiquée gratuitement au Sonam Norbu Memorial Hospital (hôpital

gouvernemental situé en ville de Leh), mais les frais engendrés par un tel voyage sont cependant nombreux : les tickets de bus pour soi-même et pour la personne accompagnante, les frais de nourriture et de logement ne sont pas négligeables pour cette population vivant durant toute l'année en milieu rural, en semi autarcie. De plus, si deux personnes s'absentent, la famille manque réellement de bras pour les différents travaux domestiques (surtout en été, époque à laquelle les voyages en bus sont possibles).

Remarquons au passage qu'à une exception près (une femme musulmane qui a préféré se rendre à Kargil), tous les patients qui ont subi une opération ou consulté un médecin à l'extérieur du Zanskar se sont rendus à Leh et ont entrepris un voyage à la fois plus long et plus coûteux que le voyage pour Kargil. Ceci s'explique par le fait que la population de la région de Kargil est en majorité musulmane, alors que celle de Leh est en majorité bouddhiste, et donc d'une culture plus proche de celle du Zanskar.

La plupart des habitants du Zanskar n'ont ainsi pas les moyens financiers de se faire soigner ailleurs, seuls quelques-uns le peuvent. De ce point de vue, on peut observer une disparité certaine dans l'accès aux soins, entre les personnes riches et les plus pauvres. Le « eye-camp » réalisé en 2004 a permis de rétablir une certaine équité entre ces patients, puisque le « tri » a été fait selon des critères de priorité relatifs au handicap de la personne et non pas à sa position sociale. Tous les patients qui se sont présentés au dispensaire ont bénéficié d'un contrôle ophtalmologique sommaire, avant que l'équipe de médecins décide des patients à opérer.

- Quels sont les besoins actuels pour vous et votre famille ?



Tout d'abord, il est intéressant de constater que, sur dix-huit plaintes recueillies auprès des différents patients, treize se rapportent à la personne elle-même, et cinq seulement se rapportent à une autre personne, généralement le conjoint ou un proche parent.

Sur ces dix-huit plaintes, la moitié concerne les yeux et la vision : les patients ont en effet été sensibilisés à cette problématique durant l'été et savent maintenant que leur vue peut être améliorée par différentes techniques : opérations, port de lunettes, etc.... Il est important de noter que si l'on avait réalisé ce sondage un an auparavant, les problèmes de vue n'auraient sans doute pas été aussi souvent mentionnés... Cinq patients réclament des lunettes adaptées, car celles qu'on leur a fournies lors du « eye-camp » ne leur conviennent pas forcément. Deux réclament des gouttes pour les yeux et deux autres réclament une seconde opération de la cataracte (dans un cas pour le patient lui-même et dans l'autre pour son épouse qui souffre elle aussi de ce problème).

Outre les problèmes ophtalmologiques, les problèmes de douleurs dorsales et les problèmes articulaires ont été souvent mentionnés : cinq patients ont mentionné ce type de problème, qui touche généralement plusieurs membres de la famille (surtout parmi les personnes d'âge mûr).

Les derniers problèmes mentionnés entrent dans la catégorie des divers : une prothèse de bras pour la fille aînée, une toux persistante accompagnée de crachats, des maux de tête continuels.

Deux patients n'ont pas de requête spécifique, ils se sentent en bonne santé et pensent que toute leur famille l'est aussi.

Un des patients rencontrés a une fonction particulière au Zanskar, il est le représentant des chefs des villages. La question que nous lui avons posée a eu chez cet homme un écho plus global : il ne s'est pas concentré sur les problèmes de sa propre famille mais a généralisé la question à tous les habitants du Zanskar. Il est ressorti de notre conversation avec ce monsieur que le problème principal au Zanskar, à l'heure actuelle, est la santé dentaire des enfants. Il est conscient du caractère « urgent » de ce problème et pense que la recherche d'une solution – un plan d'hygiène dentaire suivi par tous les enfants scolarisés par exemple – est une priorité actuellement.





Conclusions et perspectives

Au Zanskar, la cataracte est un problème de santé public majeur, qui mérite d'être pris en compte sérieusement. Un deuxième « eye-camp » réalisé par l'association Rigzen-Zanskar pourrait être envisagé dans les prochaines années. Nous savons maintenant que le « eye-camp » a été apprécié par la population et que nombreuses personnes se presseront aux portes du dispensaire de Padum quand un nouvel « eye-camp » sera organisé. Malgré cela, quelques aspects restent à améliorer, c'est pourquoi nous communiquerons les données recueillies au comité de l'association. Ainsi, il faudrait par exemple distribuer aux personnes opérées des lunettes de correction adaptées. À moyen terme, il serait intéressant de mettre en place un programme de prévention des rayons UV et des poussières, car les yeux exposés sans protection au soleil ou à la poussière sont plus susceptibles de développer des conjonctivites ou des cataractes... La distribution de lunettes de soleil serait également envisageable à moyen terme.

Santé des enfants à l'école Marpaling



Présentation de l'école

L'école Marpaling, projet phare de l'association Rigzen-Zanskar, est une école privée voulue par la population locale, qui a fait part de son souhait au futur président de l'association lors d'un de ses séjours au Zanskar.

L'objectif de cette école est de favoriser l'intégration des jeunes Zanskarpas à un monde en pleine transformation, tout en reconnaissant la tradition originale et la culture bouddhiste de ces hautes vallées.

Que signifie le mot Marpaling ? Le monastère du village de Stongday porte ce nom, qui est celui d'un grand maître spirituel tibétain qui, lors d'un voyage, traversa le Zanskar et s'arrêta dans le village de Stongday. Marpa (1012-1097) est un célèbre yogi du sud du Tibet qui joua un rôle important dans la transmission de l'enseignement bouddhiste.

La toute première étape du projet a été financée par des fonds privés. Ainsi, la construction du premier bâtiment (qui comprend trois classes, une grande pièce commune, un bureau, une pièce pour le stockage, une petite cuisine et de petites chambres pour les enseignants) a été terminée en août 1999, et l'enseignement a débuté en avril 2000.

Par la suite le financement s'est élargi grâce à des dons et aux parrainages des écoliers, et un second bâtiment fut construit et inauguré en juillet 2005.

Les Zanskarpas eux-mêmes et l'association Rigzen-Zanskar, avec le soutien des lamas du monastère de Stongday, sont à l'origine du projet. Bien conscients que l'incursion rapide de la modernité est en train de modifier profondément les valeurs de leur société, les Zanskarpas ont exprimé le besoin pressant d'une école qui soit à la fois adaptée à notre époque et respectueuse de leurs particularités culturelles. De plus, ils ont constaté avec déception que les quelques écoles fondées dans la vallée par le gouvernement indien - écoles qui devraient concourir à l'épanouissement et à l'autonomie des enfants - ne jouent pas bien leur rôle. C'est pourquoi deux écoles

privées, parrainées par des associations françaises et allemandes, ont été construites il y a plusieurs années et dispensent déjà un enseignement mieux adapté aux besoins. Mais leurs capacités d'accueil sont limitées et seul un nombre restreint d'enfants peuvent y étudier. Les Zanskarpas ont donc souhaité construire une école privée supplémentaire. Le village de Stongday ainsi que le monastère ont gracieusement légué des terres pour l'école.

Pour assurer une bonne répartition géographique entre les trois écoles privées, chacune accueille les enfants d'une des trois vallées principales :

- Jamyang Link à Reru
- Lamdon Model School à Pipiting
- La Marpaling School à Stongday, qui reçoit les enfants de la vallée du fleuve Zanskar, en aval de Padum (donc du bas Zanskar)

A peine la moitié des petits Zanskarpas ont actuellement accès aux écoles primaires gouvernementales, dispensant un enseignement calqué sur la culture qui prédomine au Cachemire voisin. Les programmes scolaires n'y sont pourtant guère adaptés aux besoins de ces enfants et au mode de fonctionnement de leur société. Ces programmes ne tiennent absolument pas compte des traditions himalayennes, de la langue parlée dans la région et de la culture bouddhiste, bien différentes des coutumes de l'Inde des plaines. De plus, ces classes sont ouvertes de manière très irrégulière et fantaisiste et elles ne suffisent de loin pas à scolariser tous les enfants. C'est pourquoi l'école Marpaling souhaite offrir aux enfants une connaissance des matières académiques qui leur soit réellement adaptée et élargir le champ des compétences, ceci afin de permettre aux enfants de développer leur sens critique, de les rendre plus autonomes dans leurs choix et d'améliorer à terme leurs conditions de vie. L'école doit s'efforcer de répondre aux modifications du mode de vie et à l'ouverture sur le monde moderne, tout en préservant au mieux les valeurs traditionnelles.

L'école accueille 240 élèves, filles et garçons confondus, répartis en douze niveaux d'enseignement, de la maternelle à la huitième, selon le système indien. Chaque classe compte une vingtaine d'élèves, filles et garçons dans une proportion d'environ un tiers /deux tiers. Comme l'école ne peut satisfaire toutes les demandes, un système de quota accorde à chaque village et chaque famille un certain nombre de places. De plus, il est de coutume que la fille aînée reste à la maison pour aider sa mère dans les tâches domestiques.

Durant les mois de travail intense à la belle saison, les enfants sont tentés de désertier la classe. Beaucoup d'enfants gardent les troupeaux, certains sèchent le fromage au soleil ou surveillent le moulin à eaux. D'autres font du portage et aident leurs parents ou grandes sœurs sur l'estive. Les fillettes s'occupent des plus petits. Les travaux commencent très tôt le matin et se terminent souvent tard le soir. Leurs parents ont besoin d'eux et ne comprennent pas toujours l'importance de l'instruction.

La période scolaire commence chaque année en mars et se termine à la fin octobre. L'hiver correspond à la grande période des vacances, puisqu'il est quasiment impossible de se déplacer et qu'il ferait trop froid à l'école, qui n'est pas chauffée.

Les élèves viennent des villages voisins et font souvent plus d'une heure de marche matin et soir pour rejoindre l'école. Quelques enfants habitant plus loin sont hébergés dans des familles du village de Stongday.

Les Zanskaras ont choisi d'engager comme enseignants des tibétains exilés en Inde, avec la même souche culturelle qu'eux et ayant une excellente formation. Ils sont deux enseignantes et trois enseignants.

Ces renseignements ont été en partie tirés du site internet de l'association Rigzen-Zanskar.

Premier projet d'étude



Comme indiqué précédemment, l'école se trouve dans le village de Stongday, petit hameau où à peu près une vingtaine de familles habite. L'endroit se trouve au bord de la rivière Zanskar, et un monastère surplombe le village. Lors de notre séjour au Zanskar, c'est dans cette école que nous avons séjourné. Comme nous allions passer du temps auprès des enfants, nous avons pensé qu'il serait intéressant de se pencher sur leurs problèmes de santé.

Avant de partir, le président de l'association nous a parlé du problème de la nutrition. Au Zanskar, les enfants présentent souvent des carences alimentaires plus ou moins graves. Les conditions climatiques rendent l'agriculture très difficile et le régime alimentaire est pauvre et peu diversifié, surtout en hiver. Ils cultivent principalement l'orge et le blé qu'ils moulent et grillent pour en faire une farine, la

tsampa, base de l'alimentation en Himalaya. La culture des légumes pourrait se faire, mais ce sont pour les gens des aliments nouveaux et ils ne savent pas comment les faire pousser, ni forcément comment les parer pour les manger. De plus, ils ne sont pas toujours conscients de leur valeur nutritionnelle. Les légumes que l'on trouve pour le moment au Zanskar sont les carottes, le chou, le chou-fleur, les tomates, les poivrons, une sorte d'épinard et les pommes de terres. Ils sont importés depuis le Ladakh et uniquement en été, car en hiver le Zanskar est coupé du reste du monde, mais ils pourraient très bien être cultivés au Zanskar. C'est pourquoi l'association a fait construire déjà une première serre dans le village de Pipcha, où les femmes du village ont appris à s'en servir et en assurent l'exploitation. Cette vaste serre semi enterrée permet de cultiver des légumes pendant les quatre saisons. D'autre part, une enseignante de l'école a été formée à la culture maraîchère au Ladakh, et pourra appliquer son savoir-faire à la serre qui sera construite prochainement sur le terrain de l'école. De plus, les Zanskarpas ne mangent pas beaucoup de viande, c'est une denrée réservée aux grandes occasions. Les apports en protéines sont donc restreints.

Au sein de l'école, un sondage avait déjà été fait par les enseignants, afin de savoir ce que les enfants mangeaient à midi, dans le but d'améliorer leur alimentation. L'association souhaiterait pouvoir faire en sorte que les enfants mangent équilibré et de façon équitable. Des idées comme instaurer une sorte de cantine scolaire ou une sensibilisation auprès des parents ont été évoquées.

L'école commence à dix heures et finit à seize heures, avec une pause à midi. Les enfants restent à l'école pour manger, ils y amènent leur propre nourriture. Cela fait de longues journées et c'est important que les enfants aient assez à manger et que ce soient des aliments de bonne qualité nutritionnelle. Nous avons à disposition les listes des repas des élèves : certains n'avaient parfois rien à manger à midi, d'autres n'avaient que des chapatis (pain non levé indien) tous les jours de la semaine, mais il y en avait aussi qui avaient des légumes, du riz, de la tsampa. La raison de ces disparités et mauvaise alimentation est d'une part, la faute de moyens, mais aussi et surtout peut-être la méconnaissance de ce problème de la part des parents. Les Zanskarpas ont pour habitude de manger beaucoup le matin et beaucoup le soir, et peu ou rien pendant la journée. Les parents n'ont pas conscience que pour leurs enfants la journée est longue, qu'il faut qu'ils mangent régulièrement et bien, pour être au maximum de leur attention et aient assez d'énergie pour suivre les cours correctement. Les moyens pour arriver à améliorer la nutrition de ces enfants n'ont pas encore été mis en place par l'association. Nous avons donc pensé pouvoir prendre cela en charge, mais avons vite réalisé que nous n'avions pas les connaissances ni les facilités nécessaires pour pouvoir entreprendre quelque chose de sérieux.

Réorientation du sujet d'étude



Nous avons ainsi décidé de nous limiter à faire un mini check-up de la santé des enfants : vérifier s'ils ne souffraient pas d'anémie importante en regardant la couleur de leurs conjonctives, de leurs ongles et des muqueuses, et éventuellement détecter un signe de malnutrition par une hypertrophie gingivale. Cela dans le but de rendre un petit compte-rendu à l'association, qui pourrait utiliser ces données pour mieux cibler l'aide à la population, en distribuant des compléments alimentaires et des vitamines par exemple. Ce fut intéressant de voir que les médecins au Mahabodhi Hospital utilisaient aussi ces techniques pour déceler une éventuelle carence. Comme nous n'avions que peu d'expérience dans ces méthodes diagnostiques, l'observation à l'hôpital nous a permis de nous entraîner un peu, et ainsi nous savions ce à quoi nous devons faire attention.

Une fois sur place, nous fûmes surpris par leur état dentaire qui semblait bien plus alarmant que le problème des carences alimentaires. Ceci nous a orienté vers un autre problème de santé auquel nous n'avions pas pensé : l'hygiène dentaire et toutes les conséquences que ça peut avoir si elle n'est pas suffisante.

Techniques d'évaluation



Nous avons donc procédé comme suit : installés dans la grande salle commune, nous avons fait défiler les enfants par niveaux de classes et avons inspecté leurs conjonctives, leurs gencives et leurs dents. Les enfants étaient très timides et gênés que nous venions regarder dans leur bouche et leurs yeux. Ils osaient à peine murmurer leur prénom et leur âge, et encore moins s'asseoir sur la chaise que nous leur avons mise à disposition.

Les résultats sont les suivants :

Classe et âge	Nombre d'enfants	Anémie	Hypertrophie gingivale	Gencives irritées (rouges)	Caries	Se brosse les dents
6 ^{ème} 11-14	12 : 3♀ 9♂	2	2	3	5	Tous, parfois
5 ^{ème} 10-12	20 : 4♀ 16♂	0	5	3	7	3, parfois
4 ^{ème} 9-12	24 : 9♀ 15♂	4	12	2	18	personne
3 ^{ème} 8-10	20 : 12♀ 8♂	1	6	2	11	3 tous les jours, 16 parfois
2 ^{ème} 7-10	25 : 10♀ 15♂	5	9	3	16	4 tous les jours
1 ^{ère} 5-8	21 : 7♀ 14♂	1	2	1	6	personne

Ce qui ressort clairement de ce tableau est le gros problème de l'hygiène dentaire. La proportion d'enfants ayant des caries est énorme. C'est à chaque fois plusieurs dents qui sont touchées. Il y a des caries brunes ; les dents sont détériorées,

cassées ; souvent il ne reste qu'une partie de la dent. Et ce fut d'autant plus difficile pour nous de différencier une vraie hypertrophie gingivale pour cause de malnutrition d'une hypertrophie par irritation, due à la mauvaise hygiène dentaire. C'est pourquoi nous ne pouvons pas réellement tirer de conclusions à propos de leur alimentation avec cette méthode diagnostique. De plus, l'anémie ne paraissait pas être significative, et leur état général avait l'air bon.



Par la suite, nous sommes passés dans les classes et avons demandé aux enfants qui d'entre eux avaient une brosse à dents et du dentifrice, s'ils se brossaient les dents et si oui, à quelle fréquence. Quasi tous ont une brosse à dents à la maison, ceux ayant aussi du dentifrice étant moins nombreux. Il est possible de se procurer du dentifrice à Padum, mais cela représente un coût élevé pour les Zanskarpas. Nous apprîmes par la suite que l'école avait déjà distribué des brosses à dents au préalable. Seuls quelques élèves se brossent les dents tous les jours, 1/4 se brossent les dents parfois, c'est-à-dire à peu près une fois par semaine, les autres ne se les brossent pas du tout. C'est parmi les enfants les plus âgés qu'il y a la plus grande proportion de brossage des dents. Les petits sont ceux qui se brossent le moins les dents et qui n'ont pas de brosse à dents. Il est difficile de savoir si les grands ont répondu honnêtement et s'ils font plus attention à leur hygiène dentaire, ou s'ils savaient ce qu'il fallait répondre de plus juste. Ensuite nous leur avons demandé s'ils souffraient, et quasi tous les enfants ont mal aux dents, sauf ceux qui disent se brosser les dents tous les jours. Ce qu'il y a de paradoxal, c'est qu'ils sont conscients que le mal de dents vient du fait qu'ils mangent des sucreries, et que s'ils se lavaient les dents plus régulièrement ils n'auraient probablement plus ces douleurs. Il est à noter que les enfants qui se brossaient les dents étaient ceux qui vivaient chez les professeurs ou qui avaient des parents instruits.

Causes

L'intérêt de ce problème est sa récente apparition : auparavant il n'y avait pas de sucre et surtout pas de bonbons ni de chewing-gums au Zanskar. Les gens ne souffraient donc pas autant de problèmes dentaires. Mais aujourd'hui, il est commun de boire du thé sucré, de manger des biscuits (même que certains enfants n'avaient que ça à manger à midi) et de mâcher du chewing-gum.

Les enfants, parents et enseignants ne semblent pas réaliser l'ampleur du problème. S'ils n'ont pas accès à des soins dentaires et s'ils ne font pas quotidiennement attention à leurs dents, cela risque d'avoir de lourdes conséquences par la suite. Pour l'instant les enfants sont petits, beaucoup ont encore leurs dents de lait, et mis à part les douleurs, ils n'en sont pas spécialement dérangés. Mais les risques réels sont bien là, une carie peut se transformer en abcès, qui peut devenir une septicémie, et l'on sait par exemple que certaines bactéries attaquent les valves cardiaques. La disponibilité des soins n'est pas très fiable au Zanskar : rejoindre Leh ou Kargil prend plusieurs heures, et suivant la saison ces villes sont même inaccessibles. Ainsi, ce que l'on peut considérer comme un problème mineur chez nous, par exemple une carie, peut devenir un problème majeur dans ces régions où l'accès aux soins est difficile et l'hygiène de vie quotidienne minime.

Un deuxième facteur important est le manque d'eau courante. Lorsqu'il n'y avait pas de système d'irrigation, les gens allaient remplir des bidons d'eau dans la rivière. Ce n'est que depuis que l'école existe qu'il y a une alimentation en eau par un système de pompage, qui prend directement l'eau du fleuve et la fait remonter par une génératrice jusqu'au terrain de l'école. Désormais la population du village de Stongday peut venir chercher son eau à l'école, ce qui représente moins de distance à parcourir, mais il n'en est pas ainsi pour les gens habitant d'autres petits villages. Et cela ne change pas le fait que les gens n'ont pas directement l'eau courante chez eux, mais qu'elle est stockée dans de grands bidons et utilisée avec parcimonie, ce qui contribue au fait que les gens vont moins volontiers « gaspiller » de l'eau pour se brosser les dents. De plus, l'eau n'étant pas traitée, car elle vient directement de la rivière, il n'y a pas de possibilités de rajout de fluor afin de renforcer la dentition des gens.

Les moyens pour combattre le problème

Comme indiqué précédemment, l'association a déjà fait une distribution de brosses à dents et dentifrice, deux ans auparavant. Ils ont tenté de sensibiliser la population à l'importance du brossage dentaire, mais le message ne semble pas être passé comme on aurait pu le souhaiter. Pour essayer d'instruire les enfants et faire en sorte que le brossage des dents devienne régulier, nous avons pensé introduire le brossage des dents à l'école, prendre 10 minutes sur la pause de midi et faire un brossage collectif, ce qui garantirait au moins un brossage par jour, en espérant que

le geste se répète ensuite à la maison. L'idée serait de faire aussi de grandes pancartes explicatives avec des dessins, pour expliquer le mauvais effet du sucre et les bons effets du brossage de dents au niveau des caries, des douleurs et de l'esthétique.

Il faudrait aussi pouvoir faire venir des professionnels pour soigner les gens des maux dont ils souffrent actuellement et instruire la population.

Conclusion

Ces six semaines en immersion ont été riches en apprentissages divers. Tout d'abord, nous avons pu nous faire une idée assez exhaustive du système de santé existant au Ladakh et au Zanskar, et ce bien que nous ayions axé nos investigations dans trois directions bien précises.

Notre séjour au Mahabodhi Hospital fut pleinement satisfaisant. Ainsi nous avons été très bien accueilli par le personnel de cet établissement et nous avons pu observer le fonctionnement de chacun des services. Malgré une activité soutenue, les médecins étaient souvent disponibles pour répondre à nos questions.

Au Zanskar, grâce à nos rencontres avec les personnes opérées de la cataracte, nous avons eu la chance de réaliser dans quelles conditions vit quotidiennement la population locale, et nous savons maintenant quels seraient les éventuels besoins médicaux dans cette région. Vu les distances à parcourir et le fait que nous nous déplaçons à pied, il n'a malheureusement pas été possible de rencontrer autant de personnes que nous l'aurions souhaité.

Notre séjour à l'école Marpaling nous a permis de nous faire une bonne idée de l'hygiène de vie et de la santé des enfants de cette région.

De plus, nous avons dû apprendre à gérer les aléas du travail de groupe et la vie en communauté. Ce fut une belle expérience, nous n'avons rencontré aucun problème majeur et l'ambiance fut très bonne du début à la fin.

Il faut toutefois souligner que la communication n'a pas toujours été facile avec les indigènes, dont une part importante, au Ladakh comme au Zanskar, ne parle pas ou peu l'anglais.

Perspectives

Nous allons rencontrer prochainement Pascal Beuret, président de l'association Rigzen-Zanskar, afin de lui faire part de nos observations et de discuter avec lui des éventuels projets à mettre en place dans le cadre de l'association. Comme nous l'avons mentionné plus haut, il serait tout à fait envisageable à court ou moyen terme de sensibiliser la population, notamment les enfants scolarisés, à la problématique de l'hygiène dentaire. Une solution possible serait l'introduction du brossage des dents une à deux fois par jour, dans le cadre de l'école.

D'autre part, l'association désire renouveler l'expérience de camps médicaux dans le futur. Sur la base de nos observations, nous serions très motivés à coopérer avec l'association Rigzen-Zanskar pour améliorer peut-être certains aspects pratiques de ces camps.

Remerciements

- Tout d'abord nous tenons à remercier l'association Rigzen-Zanskar, grâce à qui notre immersion fût aussi réussie, spécialement Pascal et Rigzen qui nous ont particulièrement aidé dans l'organisation du voyage ainsi que les membres locaux qui nous ont réservé un accueil très chaleureux. Merci pour les interminables tasses de thé au beurre salé, la viande de yak séchée, la tsampa, les invasions de lombrics nocturnes, les voyeurs tuberculeux, les jolies profs tibétaines ainsi que tous les enfants.
- Merci au moine pour les couennes de fromage, au chauffeur du bus entre Leh et Padum (un surhomme) sans oublier la fantastique diva, Meena, seule chanteuse du Ladakh qui nous a bercé avec ses trois chansons durant nos 28h de bus.
- Tsetan Dorje pour ses multiples fonctions : guide, interprète, père de jeunes cuisiniers en herbes (la panse de brebis farcie : « J'ai pensé que c'était de la merde, j'ai regretté que ça n'en fut point »).
- Le shérif du Zanskar pour nous avoir sermonné d'avoir bu deux bières et rigolé un peu trop fort dans le seul bar de Padum.
- Le plus grand des Mercis est décerné à Falgon : meilleur cuisinier du Zanskar, comique incontournable («good dream ? make joli. Why not ? » et les mimiques qui vont avec.)
- Merci à tout le personnel du Mahabodhi Hospital et en particulier à la Dresse Ladol pour nous avoir si généreusement fait part de son temps et de son savoir.
- Merci à Wangdus d'avoir évité que l'on finisse le rapport a deux.
- Merci à Philippe Chastonay de remuer ciel et terre pour permettre à ces immersions d'avoir lieu à l'étranger.
- Non-merci au boulet allemand, au jeunet se prétendant chauffeur de taxi, au transmetteur du bacille de Koch et surtout aux moines de Pukthal.

