

PROGRAMME D' ACTIONS SANITAIRES EN FAVEUR DE
LA POPULATION YANOMAMI DU PARC NATIONAL DE LA NEBLINA

INSTITUTO	SOCIOAMBIENTAL
DATA	10 / 02 / 99
NUM	YAD00400

COMPTE RENDU
DE
MISSION

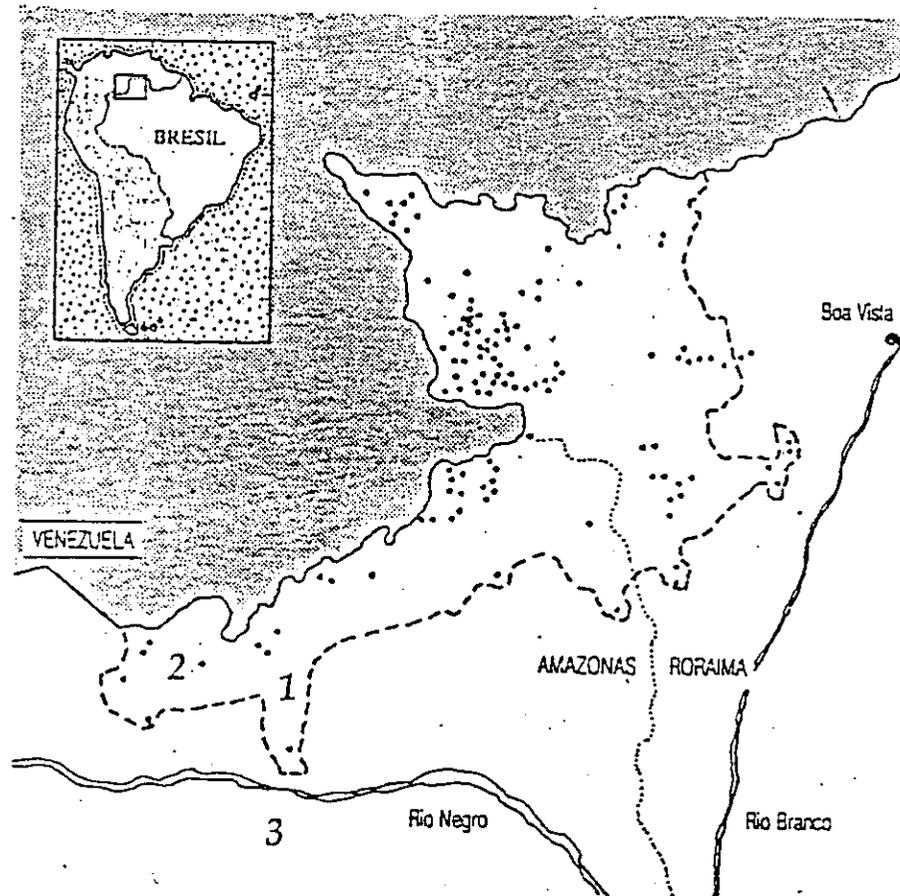
ANNEE I - PREMIER SEMESTRE
12 SEPTEMBRE 1996 - 12 MARS 1997

Dr JACQUES ISTRIA

IDS

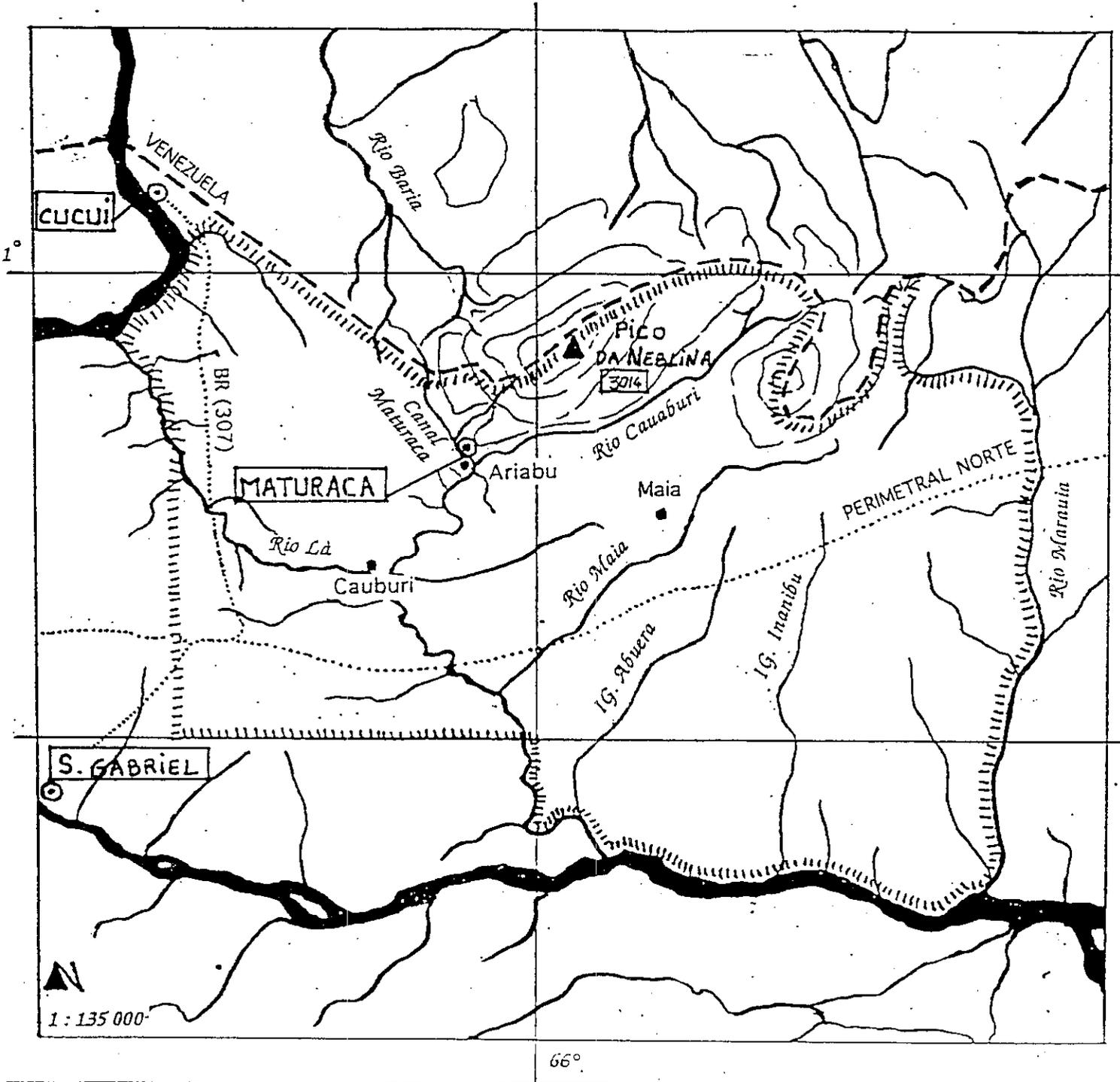
INSTITUT POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE EN MILIEU TROPICAL

CARTES



Territoire et villages YANOMAMI au BRESIL

- 1 - Parc National du Neblina
- 2 - Maturaca
- 3 - Sao Gabriel da Cachoeira



Parc National DA NEBLINA

||||| Limites du Parc National da Neblina

SOMMAIRE

I . CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ACTION	p. 2
II . BENEFICIAIRES DE L'ACTION ET SITUATION LOCALE	p. 4
III . RESSOURCES HUMAINES ET MOYENS MATERIELS	p. 6
IV . SOINS DE SANTE PRIMAIRE	p. 8
V . AMENAGEMENT DE POSTES DE SOINS	p. 10
VI . ETUDE DEMOGRAPHIQUE	p. 12
VII . FORMATION D'AGENTS INDIGENES DE SANTE	p. 16
VIII . MISSIONS ITINERANTES	p. 26
IX . COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES LOCAUX	p. 27
X . SYNTHESE	p. 30
XI . ANNEXES	p. 33

I

CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ACTION

L'IDS, à travers son "programme d'actions sanitaires en faveur de la population Yanomami de la Néblina", d'une durée globale de trois années, vise à promouvoir à long terme l'état de santé des communautés Yanomami du Rio Negro (Etat d'Amazonas - Brésil).

Cette population indigène semi-nomade, dont les contacts avec la modernité sont récents (une génération) et relativement peu fréquents, est économiquement isolée et géographiquement très éloignée du centre urbain de Sao Gabriel (10.000 habitants) situé à la périphérie de son vaste territoire (2.400.000 hectares). Les Yanomami ne peuvent que très occasionnellement bénéficier des prestations sanitaires offertes par les services de santé régionaux, alors que les transformations récentes mais néanmoins rapides de leur mode de vie se sont accompagnées d'une dégradation préoccupante de leur état de santé.

L'I.D.S. s'attache donc actuellement à la mise en place d'un système de santé adapté aux caractéristiques des communautés Yanomami du Rio Negro, capable de satisfaire les besoins originaux de ces villages en matière de santé individuelle et collective, et destiné, à terme, à être pris en charge par les organismes publics régionaux.

Les activités menées concernent :

- la réalisation de soins de santé primaire, par une présence médicale permanente (fixe et itinérante) ;
- une participation à l'équipement du territoire Yanomami en postes de soins ;
- la formation d'agents indigènes de santé, pièces maîtresses du système de santé, qui constitueront un réseau local en relation étroite avec les autorités médicales urbaines ;
- l'évaluation et le suivi de l'état de santé de cette population par des enquêtes épidémiologiques ;
- la réalisation d'enquêtes ethnologiques appliquées (à la formation, à l'éducation sanitaire, à l'évaluation de nos actions...) ;
- des programmes de prévention (information des communautés sur l'hygiène individuelle et collective, participation aux campagnes de vaccination...) ;
- la modélisation de notre démarche et notre participation aux efforts déployés actuellement par les autorités brésiliennes pour une meilleure prise en charge sanitaire des populations indigènes de l'Etat d'Amazonas.

Les objectifs poursuivis ont été définis en collaboration étroite avec les institutions gouvernementales et non gouvernementales brésiliennes, compétentes en matière de santé indigène : Ministère de la Justice-Fondation Nationale de l'Indien, Ministère de la Santé-Fondation Nationale de la Santé, Ministère des Relations Extérieures, Coordination des Organisations Indigènes d'Amazonie Brésilienne, Inspection des Missions Silésiennes d'Amazonas, Fédération des Organisations Indigènes du Rio Negro et représentants des populations Yanomami du Parc National du Pic de la Néblina. Plusieurs séjours préparatoires ont été effectués à cet effet au Brésil et au sein des communautés Yanomami en 1990, 1991, 1992, 1993 et 1995.

Les actions projetées font l'objet de deux conventions de coopération technique entre le Ministère brésilien de la Justice (FUNAI) et l'IDS d'une part, le Ministère brésilien de la Santé (FNS) et l'IDS d'autre part.

Des accords de collaboration scientifique et technique sont en cours d'élaboration entre l'Institut de Médecine Tropicale de Manaus (Gouvernement Fédéral d'Amazonas) et l'Hôpital Gétulio Vargas (Université d'Amazonas) d'une part, et l'IDS d'autre part. Ils concernent la réalisation collégiale d'enquêtes épidémiologiques et de recherches appliquées au sein des communautés Yanomami et l'échange de personnel médical et scientifique entre les institutions participantes.

Enfin, du 12 juillet 1995 au 12 septembre 1996, grâce à un cofinancement du Service de l'Action Humanitaire du Ministère des Affaires Étrangères, l'IDS a réalisé une mission d'identification et de soins primaires consacrée à répondre, dans les meilleurs délais, aux besoins sanitaires préoccupants qui existaient au sein de la population du Pic de la Néblina.

Il s'agissait d'assurer l'accès aux soins immédiats des villages concernés, de réunir les éléments nécessaires à la création d'un réseau d'agents indigènes de santé communautaire, d'évaluer l'état de santé des communautés Yanomami par une première phase d'enquêtes épidémiologiques et socio-démographiques.

Grâce aux résultats obtenus au cours de cette action, nous avons été en mesure de débiter, le 12 septembre 1996, la phase de mise en place du système de santé, prévue au chapitre de l'année I de notre programme de développement sanitaire en faveur des communautés Yanomami de l'Etat d'Amazonas.

Ce projet bénéficie actuellement d'un cofinancement de l'Union Européenne, du Ministère des Affaires Étrangères et de l'IDS.

Du 12 septembre 1996 au 12 mars 1997 (1er semestre de l'année I), nos activités ont associé :

- des soins de santé primaire, grâce à une équipe médicale basée en permanence dans le territoire Yanomami ;
- des actions de formation d'agents de santé Yanomami qui ont permis l'élaboration d'un réseau d'auxiliaires médicaux indigènes aptes à intervenir en fonction des besoins de chaque village ;
- l'aménagement de postes de soins provisoires pour les communautés Maturaca, Ariabu et Maià ;
- la mise en fonction du système de santé grâce, notamment, à l'installation de postes de radiotransmission reliant les différents intervenants en matière de santé, l'approvisionnement en matériel médical et consommable, et la mise à disposition de documents didactiques destinés aux agents de santé ;
- un appui technique et logistique aux représentants des associations indigènes locales et aux leaders Yanomami, désireux de consolider certaines relations de coopération en matière de santé ;
- l'actualisation des modalités de collaboration avec nos partenaires locaux (Ministère de la Justice - FUNAI, Ministère de la Santé - FNS, et Fédérations Indigènes).

II

BENEFICIAIRES DE L'ACTION ET PRESENCE SANITAIRE LOCALE

2.1 - BENEFICIAIRES DE L'ACTION ET LOCALISATION

Nos activités ont concerné les **SIX VILLAGES YANOMAMI**, regroupant 1134 individus, du **PARC NATIONAL DE LA NEBLINA** (région du Rio Négro - Etat d'Amazonas - Brésil).

Situé entre les 64° et 67° de longitude ouest, et 0° et 1° de latitude nord, d'une surface de 2.400.000 hectares, le Parc National possède un *isolement* géographique des plus importants, du fait de l'éloignement des voies d'eau les plus fréquentées d'Amazonie, mais aussi de la présence originale d'un relief, issu du vieux massif guyanais, le Pico de la Néblina (3 014 mètres), point culminant du Brésil.

Le réseau hydrographique est principalement composé par les affluents du *Rio Cauaburis*, qui coule du nord au sud, traverse le territoire en son centre et se jette dans le *Rio Négro*. Ses affluents (rio Ariabu, Canal Maturaca, rio Là, rio Maia) servent de zone de répartition aux six villages Yanomami de la Néblina (Ariabu, Maturaca, Cauaburis, Là-Nazaré, Inambu et Maia).

Une mission salésienne (3 individus) et un poste militaire de surveillance des frontières (55 individus) sont à proximité immédiate des deux villages Maturaca et Ariabu.

Sao Gabriel da Cachoeira (10.000 habitants) est la seule localité urbaine de la région du même nom. Elle est située au bord du rio Négro, au sud du Parc National. Quatre-vingts kilomètres de piste et un à deux jours de voyage en embarcation légère à moteur sur le rio Cauaburis la séparent des communautés Yanomami.

Enfin, Manaus (1.500.000 habitants), capitale de l'état d'Amazonas, est à quatre à cinq jours de bateau (rio Négro) et trois heures d'avion de Sao Gabriel da Cachoeira.

2.2 - PRESENCE SANITAIRE LOCALE

◊ *L'hôpital militaire de Sao Gabriel*

Hôpital-dispensaire qui a ouvert ses portes depuis deux ans, il est géré par l'armée de terre (5ème B.E.F.), et s'inscrit dans le processus "d'aménagement en infrastructures de l'Amazonie" du projet militaire "Calha Norte". D'une capacité de 50 lits, équipé de services d'urgence, de pédiatrie, de gynécologie-obstétrique, de chirurgie et de diagnostic biologique et radiologique, il se destine aux besoins sanitaires ambulatoires ou hospitaliers d'une population de 25.000 personnes (région de Sao Gabriel).

◊ *La Fondation Nationale de l'Indien de Sao Gabriel (FUNAI, Ministère de la Justice)*

Au cours du dernier trimestre 1994, les objectifs de la FUNAI en matière de santé indigène ont été précisés. Elle est responsable des soins de santé primaire, des évacuations sanitaires, de l'appui logistique aux communautés indigènes et de leur protection "physique et culturelle" d'une manière générale.

Elle est présente :

- à Sao Gabriel :

* au niveau de son siège local : centre administratif, c'est aussi un poste de commandes des actions menées au sein des villages indigènes de la région, relié à ses bases avancées par un réseau de radiocommunication ;

* au niveau de la "Casa do Indio" : centre d'hébergement et de soins pour les indiens de passage en ville pour des raisons de santé, sa capacité est d'une centaine de hamacs. Un médecin en vacation (deux heures par jour), une infirmière à temps plein et du personnel technique assurent l'alimentation des patients, leur convalescence et l'observance des traitements prescrits par l'hôpital ou par le médecin de la structure.

- dans les communautés indigènes :

En ce qui concerne le territoire Yanomami du Pic de la Néblina, elle possède deux postes avancés en activité : à Maturaca - Ariabu et à Nazaré (les villages Maià, Cauaburis et Inambu sont à un à deux jours de canoë à moteur du poste le plus proche). Un chef de poste, relié par radio à la base de Sao Gabriel, organise les évacuations vers la cité, soit par embarcation légère à moteur, soit, lorsque c'est possible, par avion, grâce à la Force Aérienne Brésilienne (armée de l'air). Il n'y a localement aucune capacité de soins notable.

Une base d'appui logistique située dans la partie médiane du rio Cauaburis, sous la direction de deux techniciens, facilite les mouvements de la FUNAI dans la région (carburant, alimentation...).

◊ *La Fondation Nationale de la Santé* (FNS, Ministère de la Santé) :

Depuis le dernier trimestre 1994, ses prérogatives en matière de santé indigène sont les suivantes : planifier et réaliser les campagnes de vaccination, les activités de recherche épidémiologique (gestion des grandes endémies) et de formation d'agents indigènes de santé communautaire, assurer l'équipement des villages en poste de soins de santé primaire.

En ce qui concerne le territoire Yanomami, son action se limite pratiquement, à ce jour, à la couverture vaccinale des populations et à des campagnes d'intervention contre certaines épidémies, palustres notamment.

Au cours du premier trimestre 1996, la FNS a achevé la construction d'un poste de soins à Maturaca.

◊ *Le peloton de surveillance des frontières de Maturaca* :

Un médecin, un dentiste et un biologiste militaires, le plus souvent appelés du contingent, sont susceptibles de prêter assistance aux communautés indigènes. Chargés du suivi sanitaires des éléments du peloton, leur intervention auprès des Yanomami est soumise à l'appréciation du commandement de Sao Gabriel.

Ils sont responsables de l'organisation des évacuations sanitaires aériennes demandées par la FUNAI et, maintenant, l'IDS. En cas d'urgence, un avion militaire en provenance de Manaus peut être disponible à Maturaca en quatre heures.

C'est au peloton que sont traités les problèmes dentaires des communautés.

◊ *La mission salésienne de Maturaca* :

Un père salésien assure de petits soins épisodiques, lorsque certains indigènes viennent le consulter. Dans le cadre de la rénovation de la mission salésienne de Maturaca, un local de consultation et une salle de surveillance ont été aménagés.

III

RESSOURCES HUMAINES ET MOYENS MATERIELS

3.1 -EQUIPE

3.1.1 - PERSONNEL EXPATRIE

- Un médecin.
- Une infirmière.
- Un administrateur-logisticien .

3.1.2 - PERSONNEL LOCAL

- un médecin brésilien (à partir du 12/02/97, engagé pour toute la durée du projet, 30 mois)
- Huit agents Yanomami de santé communautaire.
- Deux pilotes Yanomami d'embarcation légère à moteur.
- Une technicienne Yanomami pour l'entretien du poste de soins principal de Maturaca.

3.2 -MOYENS MATERIELS

3. 2.1 -POUR LE FONCTIONNEMENT DES POSTES DE SOINS

- ◊ Du matériel d'examen médical importé (pèse-bébés type bascule à "fléau UNICEF", pèse personnes, toises horizontales et verticales, rubans métriques, tensiomètres, otoscopes, stéthoscopes, spéculum...).
- ◊ Du matériel médical de soins importé (compresses, seringues, attelles, sondes...).
- ◊ Du matériel de petite chirurgie et d'urgence, importé.
- ◊ Un stérilisateur importé.
- ◊ 500 kg de médicaments et produits thérapeutiques importés.
- ◊ Deux microscopes de type Wild et leurs accessoires (lames, lamelles, pipettes, colorants, matériel de prélèvement...).
- ◊ 3 postes fixes de radiotransmission mis à disposition de l'I.D.S. par la FUNAI.
- ◊ Un équipement informatique, dont un ordinateur portable.
- ◊ Un groupe électrogène portable.

3.2.2 - POUR LES DEPLACEMENTS (APPROVISIONNEMENT, EVACUATIONS SANITAIRES, MISSIONS ITINERANTES)

- ◊ Deux moteurs de bateau hors bord (15 et 40 chevaux, type Yamaha).
- ◊ Une embarcation légère en aluminium (L = 8,40 m).
- ◊ Du matériel de bivouac (bâches, vaisselles, réchauds, matériel de conditionnement et de transport...).
- ◊ Un véhicule d'occasion (type Ford Pampa), acheté à Manaus, pour les déplacements à Sao Gabriel, les évacuations sanitaires et le transport de matériel par la piste entre Sao Gabriel et les communautés Yanomami.
- ◊ Du carburant (4 000 l).

3.2.3 - POUR LA BASE LOGISTIQUE DE SAO GABRIEL

- ◊ Location d'une habitation d'environ 80 m², viabilisée, (lieu de permanence de l'administrateur-logisticien).
- ◊ Equipement de communication : achat d'une ligne téléphonique, un poste fixe de radiotransmission mis à disposition par la FUNAI, équipement informatique.
- ◊ Equipement mobilier (réfrigérateur, cuisinière, 2 lits, 4 hamacs, tables et chaises... achetés à Manaus).

3.2. 4 -DIVERS

- ◊ Papeterie.
- ◊ Outillage (postes de soins et base logistique).
- ◊ Vaisselles, ventilateurs, produits de ménage et d'entretien...

IV

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE

4.1 -METHODOLOGIE

Ils ont été réalisés par le médecin et l'infirmière, avec la participation des agents de santé Yanomami de chaque communauté :

- au cours d'une présence sanitaire permanente pour les communautés Maturaca et Ariabu. L'équipe a été basée pendant toute la durée de sa mission au poste de soins provisoire de la FUNAI, situé à proximité immédiate (300 mètres) de ces deux dernières localités (723 individus). Tous les matins, le médecin effectuait des visites à domicile, en se rendant systématiquement à chaque habitation du village et en s'inquiétant de l'état de santé de ses occupants. Une matinée à Maturaca et une matinée à Ariabu, alternativement. Ses activités débutaient à 7 heures, en arrivant au village où l'attendaient ceux qui désiraient le consulter avant de se consacrer à leurs tâches quotidiennes (travaux agricoles, chasse, pêche). Sa tournée se terminait entre 11 heures et 12 heures.

Au bout de deux mois, ces visites ont été remplacées par des consultations organisées le matin, avec le consentement de la population, dans la "case communautaire" de chaque village. Seuls, les patients ne pouvant se déplacer à cause de leur état, étaient examinés à leur domicile. Ils étaient signalés au médecin par l'agent de santé de la communauté.

Tous les après-midi, les individus qui le souhaitent pouvaient consulter l'équipe médicale, de 15 heures à la tombée du jour (19 heures), au poste de soins situé entre les deux villages. Les petites interventions chirurgicales (cure d'abcès, sutures cutanées, ablation de corps étrangers...), les soins infirmiers importants ou délicats étaient réalisés à cette occasion ;

- au cours de missions itinérantes de trois semaines pour les villages Maià, Cauaburis, Nazaré et Inambu (460 individus), très éloignés de notre base de Maturaca (un à trois jours de navigation) ;

- au cours de déplacements d'une journée dans les "sito", "résidences secondaires familiales et agricoles" (situées sur les bords du rio Cauaburis), à une heure environ en aval de Maturaca, vers lesquels se déplacent pendant un à trois mois de l'année certaines familles Yanomami ;

- grâce à des contacts radiophoniques quotidiens avec les agents de santé du village Maià, lorsque le matériel de radiotransmission a été mis en fonction à partir de février 1997 dans cette localité. Ces communications permettaient au médecin, en dehors des missions itinérantes qu'il a effectuées, de conseiller les auxiliaires médicaux de cette communauté et d'assurer le suivi sanitaire de la population de cet important village très isolé et difficile d'accès.

Avec son consentement, les soins et médicaments étaient immédiatement appliqués au malade, et des prélèvements biologiques effectués à des fins diagnostiques lorsqu'ils s'avéraient nécessaires (gouttes épaisses et frottis, prélèvements de selles).

Un agent de santé communautaire Yanomami, appartenant au village concerné, accompagnait le médecin à chacune de ses visites. Il traduisait les plaintes spontanées du patient, les éléments de l'interrogatoire médical, les explications du thérapeute au sujet de la maladie, du traitement nécessaire et éventuellement du comportement préventif à adopter.

Les informations concernant le patient, sa pathologie et le traitement instauré ont été consignées sur un cahier de visite ouvert à cet effet.

Un registre contenant les activités réalisées aux postes de soins de Maturaca et du Maià a été tenu à jour.

L'infirmière de l'équipe a participé en permanence aux soins primaires, au cours des visites matinales à domicile (durant le premier mois de mission ; elle a été ensuite remplacée pour cette activité par les agents de santé communautaire) et lors des prestations fournies l'après-midi au poste de soins. Elle avait également en charge la maintenance du poste de soins (gestion des médicaments et du matériel médical, préparation des missions itinérantes...), et a assuré la permanence de l'accès au soins pour les villages Maturaca et Ariabu au cours des déplacements du médecin vers les autres communautés du Parc National. Un médecin brésilien, maintenant en poste permanent dans le territoire Yanomami, est venu remplacer à Maturaca le médecin expatrié lors de son dernier séjour itinérant.

Les traitements prescrits ont été dispensés au malade par l'agent de santé de sa communauté (cf "formation d'agent indigène de santé communautaire").

Le personnel de l'IDS a toujours agi en respectant les spécificités des pratiques chamaniques, les convictions et les croyances exprimées par les patients, et a souvent collaboré avec les tradipraticiens pour la prise en charge de malades graves.

Des évacuations sanitaires vers l'hôpital de Sao Gabriel ont été organisées, par bateau et par avion, pour la pratique d'examen complémentaires indispensables et la mise en route de certains traitements, en particulier antituberculeux.

4.2-RESULTATS

2682 consultations au total ont été réalisées au sein des populations (1134 individus) des six villages du Rio Cauaburis durant une période de cinq mois.

1709 diagnostics ont été effectués (cf "étude démographique").

15 évacuations sanitaires ont été réalisées, grâce aux moyens de navigation et au véhicule de l'équipe de l'IDS.

Un dossier personnel de santé a été établi pour chaque Yanomami du Parc National de la Néblina (antécédents, diagnostics, traitements, évolution). Il sera accessible, sous la responsabilité de l'agent indigène de santé du village concerné, dans les locaux du poste de soins de la communauté. Il sera tenu à jour par les auxiliaires médicaux et le médecin lors de son séjour parmi la population.

Il a été confié aux agents de santé de chaque communauté des documents permettant également le suivi sanitaire des populations et l'identification de leurs déterminants démographiques :

- des fiches de conduite thérapeutique simple,
- une liste actualisée par ordre alphabétique et par famille du village,
- un document destiné à recueillir les naissances et les décès.

V

AMENAGEMENT DE POSTES DE SOINS

L'IDS a totalement équipé en matériel médical et approvisionné en médicaments les postes de soins qui ont été aménagés.

5.1 -A MATURACA

5.1.1 -REACTIVATION DU POSTE DE SOINS PROVISOIRE DE LA FUNAI

A proximité immédiate des villages Maturaca et Ariabu, qui regroupent à eux seuls plus de la moitié de la population Yanomami du Parc National de la Néblina, la FUNAI possède une structure en bois de 80 m², au toit de tôles, qui avait été restaurée et aménagée en poste de soins par notre équipe au cours du dernier trimestre 1995 : étanchéification du toit, construction d'un double plafond, ouverture de fenêtre, consolidation de porte, construction d'une véranda (salle d'attente) au toit de paille, installation électrique reliée à notre groupe électrogène, mise en fonction d'un point d'eau filtrée, équipement en mobilier et matériel médical et de laboratoire.

Ce poste de soins, non entretenu pendant les six mois qui ont séparé la mission d'identification (1995/1996) et la phase actuelle de réalisation du programme, a été réactivé en octobre 1996 (peinture, équipement mobilier, apport de matériel médical et de laboratoire, approvisionnement en médicaments, amélioration des voies d'accès), et utilisé par l'équipe de l'IDS.

L'équipement de radiotransmission a été rénové (achat d'une batterie, amélioration de l'antenne).

Une jeune personne du village Ariabu a été recrutée et rémunérée pour maintenir quotidiennement propres ces locaux.

Cet édifice sera transformé en local administratif par la FUNAI.

5.1.2 -AMENAGEMENT DU DISPENSAIRE DE LA FNS

En février 1996, la FNS a achevé la construction d'un dispensaire très bien conçu, distant d'une dizaine de mètres du poste de soins provisoire de la FUNAI. Au cours du mois de mars 1997, des accords de coopération avec cette institution ont permis aux membres de l'IDS d'utiliser ces locaux (vides et restés plus d'un an inoccupés) pour toute la durée de leurs actions.

Cette structure de 120 m² a été entièrement aménagée et équipée par nos soins : salle d'examen, pharmacie, laboratoire, salle d'internement, stockage, salle d'attente (véranda), sanitaires et logements du personnel soignant (chambre et coin cuisine), groupe électrogène et système d'approvisionnement en eau.

Ce dispensaire est la base avancée et le centre sanitaire de référence du système de santé que nous élaborons. Il est immédiatement accessible à plus de la moitié de la population Yanomami du rio Cauaburis ; équipé d'une radiotransmission, il permet à l'équipe médicale qui est basée en ses murs d'être en relation quotidienne avec le personnel de santé oeuvrant dans les quatre autres villages périphériques, et de communiquer avec les institutions sanitaires et administratives de Sao Gabriel.

Il sera rétrocédé, entièrement équipé, à la FNS à la fin de notre action.

5.2 -AU MAIA

Un poste de soins en torchis et terre battue, d'une surface de 15 m², existait avant notre arrivée et avait été construit par un habitant du Maia, maintenant agent de santé de la communauté. Nous avons aménagé ce local (construction d'étagères et d'une table d'examen, installation d'un point d'eau filtrée) et organisé son fonctionnement. Il a été pourvu d'un poste de radiotransmission mis à notre disposition par la FUNAI.

Ce poste de soins provisoire, exigü et peu salubre, va être prochainement remplacé par une construction en bois et en ciment, d'une surface de 70 m², comprenant une salle de soins avec coin laboratoire et pharmacie (21 m²), une véranda destinée à la salle d'attente (21 m²), une partie logements (20 m²), et une réserve (8 m²).

Au cours des deux missions itinérantes que nous avons réalisées dans cette communauté, nous avons défini, avec les représentants de la population locale, l'emplacement et les caractéristiques du futur poste de soins.

Des contacts ont eu lieu avec des professionnels du bâtiment de Sao Gabriel et de Manaus, et les travaux devraient débuter au mois de juin 1997.

VI

ETUDE DEMOGRAPHIQUE

6.1 -METHODOLOGIE

Les populations ont été tenues informées des modalités et des objectifs de l'action, notamment par l'intermédiaire du chef de la communauté et des agents de santé à qui nous avons transmis tous les détails à ce sujet.

Cette étude vient compléter les enquêtes que nous avons réalisées au cours d'une précédente mission d'identification en 1995-1996.

Un numéro à cinq chiffres, dont les deux premiers identifient le village, les deux suivants la structure familiale d'habitation (case) et les deux derniers la place de l'individu dans sa famille, attribué à chaque habitant précédemment, a été utilisé.

Une numérotation adéquate a été apposée sur la façade de chaque case.

Le recensement de la population a été actualisé, les naissances et les décès, au cours de cette période, consignés, avec la participation très étroite des agents de santé de chaque communauté.

6.2 -RESULTATS

Certains de ces résultats doivent être considérés comme temporaires, car l'étude réalisée ne porte que sur une période de cinq mois. Ils seront complétés, à partir du mois de septembre 1997, par des données portant sur une année ; données qui seront davantage le reflet de la situation épidémiologique locale.

6.2.1 -POPULATION TOTALE

Elle est de 1134 individus, répartis de la manière suivante :

- Ariabu : 364 personnes,
- Maturaca : 317 personnes,
- Maià : 290 personnes,
- Nazaré : 69 personnes,
- Cauaburis : 62 personnes,
- Inambu : 32 personnes.

6.2.2 -REPARTITION PAR SEXE ET AGE (cf annexe I)

Il s'agit d'une population très jeune (46,74 % des individus ont un âge inférieur ou égal à 15 ans), dans les limites habituelles de ce type de contexte.

6.2.3 -COEFFICIENT DE FECONDITE

Nous avons assisté à 29 naissances (14 filles et 15 garçons).

CF = 133,64 pour mille (pour une période de 5 mois).

6.2.4 -COEFFICIENT GENERAL DE MORTALITE

Pour les 5 mois précédant l'arrivée de notre équipe :

CGM = 13,23 pour mille

Pour les 5 mois concernant notre action, 4 décès ont été à déplorer :

- * 2 par bronchiolite dyspnéisante aiguë chez des nourrissons de 1 mois,
- * 1 par méningite tuberculeuse chez un enfant de 8 ans,
- * 1 par envenimassions (piqûre de serpent type Botrops-Jararaca) chez un enfant de 18 mois.

CGM = 3,53 pour mille

6.2.5 -INCIDENCES DES PATHOLOGIES RENCONTREES (cf annexe II)

1709 diagnostics ont été effectués et se répartissent de la manière suivante :

- Infections respiratoires aiguës : 788 cas (46,11 %) dont 45 cas graves : détresse respiratoire dans le cadre de pneumonies, pleurésies, bronchiolites dyspnéisantes du nourrisson., C.I.* = 694,89

- dermites : 232 cas (13,58 %), principalement mycosiques et staphylococciques, C.I. = 204,58

- syndromes diarrhéiques : 187 cas (10,94 %), dont dysenterie : 14 cas, déshydratation d'intensité moyenne ou grave : 12 cas, C.I. = 164,90

- rhumatologie : 110 cas (6,43 %), (arthrose, tendinites...), C.I. = 97

- paludisme : 81 cas (4,74 %), C.I. = 71,42

- traumatologie : 79 cas (4,62 %), (plaies, entorses...), C.I. = 69,66

- ophtalmologie : 67 cas (3,92 %), conjonctivites dans la grande majorité des cas, C.I. = 59,08

- tuberculose diagnostiquée et suspectée : 35 cas (2,05 %), C.I. = 30,86

- gastrites et colites non infectieuses : 27 cas (1,58 %), C.I. = 23,81

- infections urinaires : 20 cas (1,17 %), C.I. = 17,63

- otites : 10 cas (0,59 %), C.I. = 8,81

- divers : 73 cas (4,27 %) : céphalées chroniques, douleurs dentaires, stomatite, constipation, métrite, affection mammaire, orchite, syndrome ganglionnaire isolé, envenimations (serpent), lithiase vésiculaire...

*C.I. = coefficient d'incidence (x 1 000)

Les problèmes dentaires n'ont pas été précisément répertoriés jusqu'à présent. Mais ils sont à l'origine de nombreuses plaintes, en particulier de la part des populations les plus en contact, et sont pris en charge par le peloton militaire de Maturaca, principalement par des extractions.

6.2.6 -REPARTITION PAR AGE DES DIAGNOSTICS EFFECTUES (cf annexe III)

Tous diagnostics confondus :

- 29,20 % des diagnostics concernent les enfants d'âge inférieur ou égal à 3 ans.
- 49,56 % des diagnostics concernent les enfants d'âge inférieur ou égal à 5 ans.

6.2.7 - PALUDISME (cf annexe IV et V)

Il est intéressant de noter que :

- 155 diagnostics biologiques ont été effectués (goutte épaisse et étalement), devant des signes cliniques évocateurs associés ou isolés : fièvre, frissons, pâleur, syndrome grippal atypique...

- Sur les 81 cas diagnostiqués et traités, ont été rencontrés : vivax : 67 cas, forme mixte : 11 cas, falciparum : 3 cas.

- 64 cas (79 %) ont été rencontrés durant les 45 premiers jours de la mission (du 15 octobre au 30 novembre 1996). 15 cas ont été traités courant février (cf annexe IV). Les mois de décembre et janvier paraissent avoir bénéficié de fortes précipitations.

- la répartition suivant les villages est la suivante : Maturaca : 33 cas, Ariabu : 32 cas, Inambu : 11 cas, Maià : 5 cas, Nazaré : 00 cas, Cauaburis : 00 cas.

Pour la période du 15 février au 15 mars 1997, durant laquelle a été réalisée une mission itinérante permettant d'inclure à l'étude les quatre dernières communautés, les incidences (x 1000) du paludisme selon les villages ont été les suivantes : Maturaca : CI = 6,30 ; Ariabu = 00, Inambu = 343,75 ; Maià = 17,24 .

- La répartition par sexe des cas de paludisme est équilibrée : masculin = 42 cas (51,85 %), féminin = 39 cas (48,15 %).

- Les tranches d'âges les plus touchées sont (cf annexe V) :

- * de 36 à 40 ans : 16,67 % des individus de cette tranche d'âge ont été atteints au moins une fois (7,41 % de la totalité des diagnostics de paludisme effectués),

- * de 0 à 5 ans : 13,92 % des individus de cette tranche d'âge ont été atteints au moins une fois (46,91 % de la totalité des diagnostics de paludisme effectués).

L'incidence du paludisme au sein des communautés du rio Cauaburis est donc relativement peu importante. Cependant, il faut aussi souligner que la période concernée, normalement caractérisée par une faible pluviométrie (favorisant la création de retenues d'eau stagnante liées à l'étiage du fleuve), a été exposée à de nombreuses précipitations, ce qui a nettement freiné la multiplication des vecteurs.

D'une façon générale, il semblerait que la contamination se produise à la fois au sein des villages (pourcentage important des cas atteignant la petite enfance) et à l'extérieur des communautés (population adulte également très touchée).

Sauf au Maià, où la contamination aurait principalement lieu à l'extérieur du village (75 % des cas chez l'adulte), à Sao Gabriel ou dans le bassin du rio Marauià (situés plus à l'est, à une semaine de marche) où le paludisme est un problème de santé publique prioritaire depuis trois ans.

Le paludisme touche inégalement les différents sites.

Le Maià semble nettement avoir été la plus protégée des grandes communautés ; c'est la seule à être implantée loin du fleuve (une heure de marche).

La petite communauté d'Inambu, créée il y a à peine deux ans sur la berge du Cauaburis par des immigrants du Maià, semble située dans un lieu très favorable à l'éclosion de cette maladie ; la majorité des cas recensés concerne la petite enfance.

Les variations de l'endémie palustre présente le long du rio Cauaburis semblent donc particulièrement liées :

- * aux conditions environnementales locales (pluviométrie, altitude),

- * aux contacts avec l'extérieur (Sao Gabriel, Santa Isabel, villages du rio Marauià).

Une population d'anophèles généralement limitée en nombre, sauf dans certains sites (Inambu), pourrait être l'une des explications possibles à ce phénomène.

6.2.8 -TUBERCULOSE

Les cas suspectés par notre équipe ont été évacués vers l'hôpital de Sao Gabriel, pour confirmation diagnostique (examen biologique, examen radiologique) et traitement si nécessaire, conformément aux directives en vigueur établies par les responsables nationaux de la politique de santé locale. Malheureusement, les délais de réalisation de ces examens complémentaires, la surveillance initiale du traitement éventuellement mis en route (deux mois en milieu hospitalier rendus obligatoires) et les difficultés de circulation entre la ville et les villages Yanomami entraînent un séjour de longue durée du patient hors de son village, ce qui génère une forte réticence chez la population Yanomami vis à vis de ce type d'évacuation.

Nous avons donc été amenés à recenser les cas de tuberculose suspectés.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence car :

- de nombreux diagnostics sont établis malgré des résultats biologiques négatifs et des examens radiologiques parfois difficilement interprétables ;
- un nombre non négligeable de cas suspects (toux chronique et fébricule persistant depuis plus de trois semaines et résistant à un traitement antibiotique classique bien conduit, amaigrissement, association fréquente mais non systématique d'une douleur thoracique) ont refusé d'être évacués.

Une analyse plus détaillée des caractéristiques démographiques et épidémiologiques des communautés Yanomami du rio Cauaburis sera disponible au mois d'octobre 1997, lorsque l'étude menée aura été complétée et portera sur une période d'une année.

VII

FORMATION D'AGENTS INDIGENES DE SANTE (AIS)

Au cours de notre précédent séjour d'identification et de soins primaires dans le Cauaburis (cf Rapport de mission dans le Parc National de la Néblina - 07/95-03/96), nous avons poursuivi, en matière de formation d'Agents indigènes de santé (AIS), les objectifs suivants :

- sélectionner des volontaires souhaitant bénéficier de cette formation (six Yanomami avaient été recrutés),
- recueillir des données permettant la définition d'un programme de formation et la conception de supports pédagogiques adaptés aux priorités et aux spécificités locales,
- identifier les caractéristiques socio-économiques du statut d'agent de santé au sein de la société Yanomami.

Les éléments qui ont été collectés au cours de cette première expérience ont été analysés et exploités avec la collaboration de l'ethnologue de notre équipe, M. Bruce Albert.

Ils nous ont permis de définir les caractéristiques des activités que nous avons maintenant à réaliser pour atteindre notre objectif immédiat : la mise en place d'un réseau d'agents indigènes de santé, recrutés parmi les villageois du Cauaburis, capables de servir de relais à notre équipe médicale au sein des communautés.

Les activités menées à cet effet ont consisté à :

- évaluer et compléter le recrutement antérieurement effectué,
- élaborer un apprentissage pratique et théorique destiné à rendre ces agents de santé progressivement opérationnels, en fonction des contingences socioculturelles locales, des priorités en matière de santé publique et des directives de la Fondation Nationale de Santé (FNS),
- évaluer et améliorer le matériel didactique et les documents professionnels (conduites thérapeutiques simples) utilisés par les auxiliaires médicaux,
- accompagner l'émergence de conditions socio-économiques et techniques favorables à la reconnaissance du statut d'Agent indigène de santé (AIS) Yanomami.

7.1 -RECRUTEMENT ET TURN-OVER

7.1.1 -METHODOLOGIE

Au cours de réunions destinées à la présentation de notre programme d'activités aux autorités des différentes communautés et à une partie de la population des villages qui avait souhaité y assister, nous avons souligné la place prépondérante qu'occupe l'agent de santé Yanomami au sein du système de soins que nous proposons de mettre en place. Les caractéristiques des prestations et de la formation des futurs AIS ont été exposées et discutées en détail.

Mise à part sa motivation spontanée pour son futur travail, aucune capacité ou prédisposition particulière n'était requise chez le candidat, conformément aux directives de la FNS (alphabétisation, expérience antérieure...).

Une rencontre ultérieure a été ensuite planifiée dans chaque village afin que nous soit présenté l'individu désigné à cette fonction par le chef de sa communauté, ou afin qu'il se manifeste de lui-même. A notre charge de valider ou non ce choix suivant les résultats obtenus lors d'une période d'essai.

7.1.2 - COMPOSITION ET PROFIL DE L'EQUIPE D' AIS

Huit agents indigènes de santé ont été ainsi sélectionnés pour les cinq principaux villages Yanomami du Pic de la Néblina (trois femmes et cinq hommes).

Un seul a dû renoncer à ses fonctions, au bout de deux mois d'apprentissage et d'exercice de ses attributions. Il s'agit de M. Domingos Savio, 30 ans, beau-frère du chef du village Maturaca. Alphabétisé, il assumait épisodiquement les fonctions d' AIS avant notre arrivée, et recevait une rémunération depuis trois ans (200 reais par mois soit 1100 francs) de la FUNAI.

Sa formation avait été très fragmentaire. Et à cause de l'absence totale d'accompagnement et de supervision de ses activités, la qualité de ses prestations, lorsqu'il en produisait, était très perfectible.

Il bénéficiait cependant d'une certaine expérience des soins de santé primaire et d'une connaissance des antécédents de la population de son village, mises à profit par les autorités sanitaires locales lorsqu'elles étaient de passage à Maturaca (vaccinations, recensement).

L'échec de notre collaboration résulte principalement de l'impossibilité que nous avons rencontrée d'intégrer cet élément aux autres du groupe des AIS en formation. Il ne se rendait pas au cours que nous organisions et n'accompagnait pas les visites du médecin dans le village. Quoiqu'il fasse, il était rémunéré par la FUNAI, et c'était là son intérêt principal.

Malgré de nombreuses tentatives pour le motiver et lui faire prendre conscience des responsabilités qui lui incombaient, nous nous sommes résolus à mettre un terme à sa formation.

L'équipe actuelle se répartit de la manière suivante :

- village Maturaca :

* M. Jose Mario Goes : 22 ans, marié, 2 enfants, alphabétisé, fils du chef du village, a postulé sans l'intervention de sa famille. Il pilote également notre embarcation pour les évacuations sanitaires vers Sao Gabriel.

* Mlle Zilma Teixeira : 24 ans, célibataire, 2 enfants, alphabétisée, a spontanément postulé, malgré les réticences d'une partie minoritaire du village qui lui reprochait sa condition de mère célibataire.

- village Ariabu :

* M. Savio Figueiredo da Silva : 30 ans, marié, 2 enfants, alphabétisé, fils du chef du village, nous a été présenté par ce dernier. Il a étroitement participé en 1995-1996 à nos activités de formation.

* Mlle Florisa Pinto Goes : 24 ans, mariée, 2 enfants, alphabétisée, fille d'un des leaders du village, s'est présentée de son propre chef.

- village Maia :

* M. Servolo, caboclo (non Yanomami) de Santa Isabel : 31 ans, marié à une Yanomami depuis sept ans, 3 enfants, alphabétisé, a suivi un stage de 15 jours, en 1995, traitant de soins de santé primaire et organisé par la municipalité de Santa Isabel. Il nous a été recommandé par le chef du village.

* M. Wilson : 20 ans, célibataire, fils du chef du Maia, alphabétisé.

- village Nazaré :

Mme Amalia Fontes de Oliveira : 40 ans, épouse du chef du village, 5 enfants, alphabétisée, possédait déjà certaines notions concernant l'hygiène de base et l'utilisation des

médicaments, acquises au cours d'un stage organisé par la FNS et la FUNAI.

- village Cauaburis :

M. Edemilson Brazil : 25 ans, marié, 2 enfants, non alphabétisé.

Ce groupe des AIS Yanomami, lors de sa constitution, était hétérogène, et pouvait être divisé en trois niveaux de compétences.

Un premier groupe, comprenant trois individus alphabétisés et possédant certaines acquisitions en matière de santé communautaire, concernait : Savio (Ariabu), Amalia (Nazaré) et Servolo (Maia).

Un deuxième groupe, comprenant quatre personnes alphabétisées et sans aucune connaissance ni expérience en santé communautaire, concernait : Jose Mario et Zilma (Maturaca), Florisa (Ariabu) et Wilson (Maia). Enfin, l'AIS du village Cauaburis n'avait aucune expérience et n'était pas alphabétisé.

7.2 -ELABORATION DE LA FORMATION DES AIS YANOMAMI

7.2.1 -METHODOLOGIE

Cette méthodologie a été conçue et élaborée grâce à la participation d'un ethnologue reconnu pour sa connaissance de la culture Yanomami et pour son expérience en matière formation, M. Bruce Albert.

7.2.1.1 -DETERMINANTS SOCIOCULTURELS ET ECONOMIQUES

Les six villages Yanomami du Parc National de la Néblina présentent une certaine unité historique quant à leur évolution culturelle. Cinq d'entre eux sont un peu plus avancés dans leur processus de contacts répétés avec le monde moderne, qui date des années 1960. Mais le village Maià, bien que plus isolé et plus traditionnel, ne nécessite pas, en matière de formation d'AIS, qu'on lui fasse une place à part.

Ces communautés portent toutes en elles les signes, plus ou moins apparents, d'une évolution culturelle rapide, témoins de transformations socio-économiques récentes et empiriques, qui, même s'il ne s'agit pas encore de bouleversements, font partie des caractéristiques actuelles de ces populations.

Contemporaine de la sédentarisation récente des populations, l'apparition de villages regroupant plus de 300 personnes réparties en maisons individuelles, a généré la création de cellules familiales constituées uniquement d'individus aux liens de parenté directs.

Mise à part l'insalubrité de ce nouveau type d'habitat, qui pose de véritables problèmes d'hygiène collective, la possibilité d'isolement qu'il procure entre les différents clans existant maintenant au sein de ces grandes communautés, paraît être un gage de paix sociale. Il correspond sans doute aussi à une certaine forme d'adaptation vis à vis de l'individualisation des comportements qui caractérise les circuits économiques des villages les plus en contact.

Le recours aux objets et vêtements manufacturés, à l'alimentation industrielle, se répand chaque année davantage, entretenus par, et entretenant, la multiplication des contacts avec la ville et les quelques sources d'approvisionnement locales (mission salésienne, peloton militaires, "épicerie" tenue par un Yanomami).

La production alimentaire traditionnelle a souffert du processus de sédentarisation : appauvrissement rapide du sol et des territoires de chasse qui menace déjà quelques familles de déficit alimentaire.

L'utilisation de l'argent est réservé à des achats effectués lors de séjours en ville. Les sources de revenu concernent la vente d'un artisanat réduit et essentiellement utilitaire ; l'exportation vers la cité de farine de manioc, d'oranges, de poissons ornementaux ; un orpaillage "familial" ; et quelques rares emplois temporaires à la mission salésienne (cuisinière, employé à l'entretien, pilote de bateau, manoeuvre). Ces trocs ou achats ne pallient que difficilement à la perte de l'autosuffisance des communautés.

La hiérarchie de chaque village est un autre exemple de cette évolution économique ambivalente vers le monde contemporain. Il y a le(s) chef(s) "traditionnel(s), garant(s) et représentant(s) de la culture

ancestrale, avec son clan familial auquel appartient souvent le chaman, et le chef "moderne", reconnu par le peuple grâce à son expérience exceptionnelle du monde extérieur, acquise le plus souvent au contact des missionnaires et lors de séjours dans les cités. Chacun intervient suivant les circonstances, dans le cadre des spécificités de ses connaissances et de ses fonctions.

Il est intéressant de noter que les deux clans habitent, chacun, à une extrémité du village, comme pour équilibrer son architecture sociale, et bien que séparés, cohabitent avec une certaine harmonie, garante de la cohésion actuelle du groupe.

La famille du chef moderne paraît cependant avoir plus facilement accès à certains privilèges, notamment dans l'acquisition de biens matériels en provenance de l'extérieur.

Une partie des adolescents et quelques adultes des communautés sont en cours d'alphabétisation, principalement grâce aux missionnaires salésiens.

Les Yanomami comptent un, deux et... beaucoup.

Le temps est donc divisé en un, deux et plusieurs jours. Puis vient la lune, car entre deux pleines lunes il y a un mois (28 jours).

Même si leurs conceptions de la réalité sont actuellement modulées par l'enseignement dont ils bénéficient et par la nécessité, voire la volonté, de s'adapter au monde extérieur, les Yanomami vivent davantage cette évolution comme un "plaquage", comme on suit un mode d'emploi, que comme une transformation profonde et véritable. Sauf peut-être chez les plus jeunes et de rares individus spontanément versés à cet exercice.

Une grande curiosité, une grande faculté à imiter et à reproduire, et un pragmatisme à toute épreuve sont les constantes qui serviront de vecteurs à notre enseignement, qui tiendra aussi compte des faibles capacités de nos recrues à synthétiser ou à modéliser les messages transmis. Tout simplement parce qu'il faut du temps pour comprendre et assimiler des éléments, avant de concevoir les relations qui les unient ou qui les opposent, et enfin produire une logique qui permet de les reconnaître et de les exploiter dans diverses situations.

7.2.1.1.1 - Représentations de la maladie et techniques traditionnelles de soins

Les 8 individus recrutés, avant toute formation, différenciaient spontanément les pathologies en 2 groupes :

* les phénomènes aigus évoluant sur un mode épidémique et les phénomènes aigus de manifestation habituelle et bénigne (grippe, diarrhée modérée, paludisme, bronchites et pathologies des voies aériennes supérieures, dermatites, conjonctivites, traumatologie...).

Il s'agit-là de perturbations de la santé dont l'apparition récente ou la multiplication des cas n'est pas directement liée, le plus souvent, à l'équilibre spirituel de l'individu, mais est davantage considérée comme un symptôme de la modification du mode de vie des communautés et en particulier de l'augmentation des contacts avec les étrangers. Les modifications du milieu ambiant y sont très souvent associées, et en premier lieu celles occasionnées par les activités des chercheurs d'or (rejet de mercure, fumée et bruit des moteurs, modification du lit des rivières par le dragage des barges...).

La transmission à une partie du village de pathologies contractées à la ville par un ou plusieurs individus y ayant séjourné avait déjà été observée par les AIS. Il s'agissait d'une constatation qu'ils expliquaient par la propagation d'une "souillure", physique et morale, qui avait contaminé les voyageurs temporaires.

Les représentations des mécanismes aboutissant à l'état de maladie et aux manifestations de ces maladies étaient variées, résultant d'une interprétation personnelle à chaque AIS, basée sur ses connaissances fragmentaires en matière de physiopathologie moderne et ses observations.

En ce qui concerne les pathologies transmissibles, seuls les 3 AIS qui avaient déjà participé à une formation avaient acquis la notion d'organismes vivants, assimilés à de petites bêtes invisibles qui rendent malade le patient en pénétrant son corps et que les médicaments éliminent par un processus non identifié.

* certaines phénomènes aigus graves (pneumopathie sévère, kérato-conjonctivite, diarrhée sévère de "couleur verte", occlusion intestinale...) ou chroniques intenses (céphalées, douleur abdominale, douleur articulaire et douleur chronique en général, toux, amaigrissement et asthénie, fièvre isolée, trouble du comportement et de l'humeur...), relèvent le plus souvent du "mauvais oeil", d'un esprit mauvais envoyé par un chaman appartenant à une communauté Yanomami historiquement ennemie, le plus souvent située au Venezuela ou dans le bassin du Marauia.

La médecine moderne est ici conçue comme un moyen de soulager les symptômes qui témoignent du "travail" qu'exécute "l'esprit mauvais" sur le malade, et en aucun cas ne peut guérir ; seul le chaman est capable de combattre son confrère ennemi et de retirer "le mauvais esprit" de l'âme et du corps du patient.

D'une façon générale, toute pathologie, lorsqu'elle devient menaçante pour le groupe par son caractère endémique ou épidémique, ou lorsqu'elle affecte gravement un individu, suscite, chez la population et son chaman, des interprétations concernant la source du mal qui s'enracinent dans l'histoire récente du malade ou de la communauté et sa mémoire collective. Les modes de manifestation de la maladie sont pris en compte dans les explications, toujours cohérentes, qui sont fournies. Les interprétations, une fois élaborées par le chaman et admises par tous, indiquent le cheminement rituel évident à suivre pour résoudre la situation et rétablir l'équilibre bipolaire du bien-être social et individuel, que se soit en combattant des esprits ou en contrariant leurs plans, ou encore en absorbant les remèdes de ce nouvel allié qu'est le médecin étranger.

Les limites sont en effet encore très floues, chez la population, entre le spirituel (sacré) et le mode d'action des médicaments.

Il est ainsi illusoire, voire dangereux, d'espérer confier à un patient son traitement, même si l'on pense avoir été clair ou convaincant quant à son mode d'utilisation. Le rôle de l' AIS est ici primordial.

Ceci ne provoque ni conflit, ni remise en question douloureuse, ni lutte de pouvoir, le pragmatisme étant l'une des caractéristiques de la culture Yanomami. On assiste d'avantage à la naissance d'une complémentarité, nécessaire aux yeux de tous, et dont la justification se situe dans le processus d'ouverture vers le monde extérieur. L'ordre social, dont le chaman est un des piliers, ne paraît pas menacé par cette dualité des nouvelles représentations de la maladie et de ses modes de traitement.

Au cours de nos activités, nous avons très souvent travaillé en alternance et en collaboration avec le ou les chamans de la communauté pour toutes sortes de pathologies lorsque celles-ci étaient en particulier graves d'emblée et tardaient à s'améliorer.

La guérison, lorsqu'elle est obtenue, est alors le plus souvent attribuée à l'intervention de chacun des deux soignants, dans son domaine d'action spécifique.

La formation dispensée aux AIS Yanomami n'a pas posé, à notre connaissance, de difficultés psychologiques ou culturelles particulières, ni à nos élèves, ni à la population des villages. Elle a probablement simplement mieux défini les mécanismes de ce nouveau monde, que l'on appelle scientifique ou moderne, à travers sa conception de la santé.

7.2.1.1.2 -Statut social de l' AIS

* La majorité des individus recrutés appartient à la famille des chefs ou leaders des villages ; ils sont parmi les "plus informés" au sujet du monde extérieur. Leur nouvelle fonction constitue une promotion sociale appréciable dans le cadre de l'ouverture progressive des populations sur la modernité.

Deux éléments, culturel et psychologique, sont à prendre en compte :

** les difficultés que peut ressentir l' AIS à s'installer dans son nouveau statut de représentant du monde moderne. Il n'y a pas de confusion, son rôle et celui du tradipraticien sont actuellement bien distincts.

Il sera situé automatiquement, par rapport au différents courants d'opinion présents dans la communauté en matière de transformation sociale, parmi ceux qui ne souhaitent plus vivre uniquement des productions économiques ancestrales du groupe. La fracture avec certains clans est consommée, sans que l' AIS n'ait en fait renié ses convictions et son attachement au groupe.

Cet aspect nous est apparu mineur en comparaison de la convoitise, la jalousie que suscite la recrue chez une bonne partie du village, qui trouve là prétexte à poursuivre d'anciennes querelles personnelles ou familiales, notamment en manipulant le formateur responsable, ou l'équipe médicale, par des plaintes injustifiées et parfois malveillantes concernant les prestations fournies par l'auxiliaire de santé Yanomami.

Il est donc primordial que le formateur, en particulier lors de ses évaluations, entretienne une relation avec l'AIS qui lui permette d'identifier et de résoudre ce type de difficulté.

** la gestion des nouveaux pouvoirs qui lui sont conférés. Il est indéniable que son nouveau statut est socialement valorisant pour l'AIS, qui a accès à une partie de la connaissance et des pouvoirs du monde extérieur dont il devient un intermédiaire, si ce n'est un représentant. Il distribue les remèdes et possède certaines clefs du nouveau système de santé. Il y a création d'un nouvel espace pour l'exercice du pouvoir. Cet espace est systématiquement et spontanément occupé par la famille des "leaders modernes" du village (cf "composition et profil de l'équipe d'AIS"), ce qui a l'avantage de maintenir la cohérence actuelle du groupe.

L'assimilation, la récupération des prestations sanitaires par cette hiérarchie qu'elle renforce dans sa position d'une manière générale, est fréquemment associée à la recherche de nouveaux privilèges (transport vers la ville et hébergement dans la cité grâce à la logistique des moyens sanitaires, augmentation du pouvoir d'achat du clan...). Ils risquent d'accentuer certaines divisions sociales et peuvent générer certains abus de pouvoir (distribution élective des médicaments prescrits en fonction de lien de parenté ou d'affinité particulière) incompatibles avec le rôle de soignant. De même, le détournement de certains traitements à des fins commerciales peut poser un réel problème, que nous avons évité, dans cette phase d'implantation, par la création d'un système de distribution des soins.

Il est donc essentiel de définir et redéfinir en permanence, avec la hiérarchie, les spécificités du système de santé proposé, le rôle du soignant, ses devoirs et ses objectifs, de ne pas céder à certaines exigences et à certains passe-droits du clan dirigeant lorsqu'ils menacent l'équité de l'action menée, et de questionner régulièrement la population et l'agent de santé sur les caractéristiques de ses prestations.

* Dans les villages du Parc National de la Néblina, les agents de santé Yanomami doivent être salariés. La prise en charge par la communauté, sous forme de dons en nature, des actes exécutés par l'auxiliaire médical est illusoire dans l'immédiat. Le chaman, même s'il bénéficie de quelques privilèges, doit aussi subvenir à ses besoins. Et l'agent de santé Yanomami est considéré comme une solution apportée par les étrangers aux conséquences de la multiplication des contacts qui ne peuvent être évités avec le monde extérieur.

Si l'organisation de sa vie privée et familiale (3 AIS sont des mères de famille), en fonction des contraintes imposées par sa nouvelle activité, ne paraît pas poser de problèmes à l'auxiliaire médical, il n'en va pas de même en ce qui concerne l'abandon de tout ou partie de ses occupations économiques et alimentaires. Et la possibilité de rémunération représente un élément très attractif qui garantit la pérennité de l'intérêt de l'AIS pour ses attributions.

Pour des villages de moins de 100 habitants, l'agent de santé peut être employé à mi-temps.

L'expérience que nous menons au Maià (communauté la plus traditionnelle), où deux postes à mi-temps ont été ouverts au lieu d'un seul à plein temps, nous apparaît très intéressante. Elle permet à chacun de pouvoir continuer à participer pleinement aux activités traditionnelles du groupe sans léser le système de soins mis en place, et de s'absenter de temps en temps pour effectuer des achats à la cité (une semaine à 10 jours de voyage).

Le salaire de l'AIS à plein temps doit se situer aux alentours de 200 à 300 reais par mois (1000 à 1500 francs; 2 à 3 fois le salaire minimum au Brésil) pour lui permettre actuellement de vivre dans de bonnes conditions au milieu des siens.

Nous avons pris contact avec les responsables locaux de la FUNAI, de la FNS, de la FOIRN et de

l'Association des Agents indigènes de santé du Rio Negro pour que le personnel que nous avons recruté soit contractualisé ou affilié à ces organismes (cf "collaboration avec les autorités locales").

7.2.1.2 - ORGANISATION DE L'APPRENTISSAGE

7.2.1.2.1 -A propos des niveaux de compétence

A cause de l'hétérogénéité des niveaux de compétences et des connaissances, de toute façon fragmentaires, acquises par l'ensemble du personnel recruté, l'enseignement n'a nécessité aucune connaissance particulière préalable pour être assimilable par tous les membres du groupe "alphabétisé". Une mise à niveau progressive a été ainsi effectuée.

Une recherche spécifique a été réalisée avec l' AIS du village Cauaburis (non alphabétisé) pour la production de supports pédagogiques et utilitaires sous forme de pictogrammes.

7.2.1.2.2 -Formation théorique

Elle s'est déroulée dans plusieurs situations :

- à l'occasion de 12 séances de une après-midi chacune, organisées dans l'école de la mission salésienne de Maturaca (pour les AIS de Maturaca et Ariabu) ;
- lors d'un stage d'une semaine à Maturaca (où est basée notre équipe médicale) pour l'auxiliaire médical du village Cauaburis ;
- au cours des 2 missions itinérantes qui ont été réalisées dans les communautés Maià et Nazaré.

Chaque thème abordé a été traité, en portugais, en 4 phases :

- identification des connaissances et des représentations des AIS sur le sujet ;
- discussion interactive avec le formateur qui suscite, en complétant les éléments collectés à la phase précédente, l'émergence des concepts et l'acquisition du savoir souhaités ;
- mise en forme par écrit des données et du cheminement intellectuel utilisé (le formateur note les phrases, élaborées collégialement, sur un tableau noir, ou les dicte directement aux élèves). Une élève, Floriza Goes Pinto, qui possède le meilleur niveau d'alphabétisation du groupe, a été mise à contribution pour aider ses camarades de travail à cet effet ;
- évaluation et perfectionnement des acquisitions au cours des séances suivantes.

Les thèmes abordés ont été chronologiquement les suivants :

- définition du rôle de l' AIS, statut des AIS, composants du système de santé brésilien et rôle des institutions locales ;
- milieu ambiant (naturel et social) et être humain ;
- microbes, définition et mécanismes de la maladie à travers l'exemple des pathologies transmissibles ;
- pathologies transmissibles et classification succincte des maladies ;
- hygiène individuelle et collective ;
- familiarisation avec le mode d'action des médicaments ;
- les différentes formes de présentation des médicament et leur mode d'utilisation ;
- classification succincte des médicaments ;
- système de distribution des remèdes ;
- soins infirmiers : utilisation du thermomètre, application d'injections, parage et traitement des plaies, confection de gouttes épaisses et de frottis (diagnostic du paludisme).

7.2.1.2.3 -Formation pratique et évaluation des acquis

La formation pratique s'est déroulée principalement à l'occasion des consultations réalisées par le médecin, soit lors de visites dans les cases communautaires des villages ou au domicile des malades, soit dans les postes de soins. Les agents de santé du village concerné accompagnaient et assistaient systématiquement le médecin dans ses activités.

Des informations étaient ainsi échangées et un apprentissage des gestes effectué, sous la surveillance du

formateur, au cours de mises en situation pratiques. Ceci soit à la demande de l'agent de santé, soit à la convenance du formateur lors d'une consultation jugée potentiellement intéressante.

Ont été ainsi traités : les soins infirmiers, le diagnostic biologique du paludisme, l'organisation de la distribution des médicaments (en particulier aux jeunes enfants), la reconnaissance des symptômes des pathologies les plus courantes localement, et l'hygiène.

Grâce à ce type de rapports interactifs permanents, des échanges très fructueux ont pu avoir lieu. Ils ont facilité, pour le médecin, l'identification d'éléments techniques et culturels primordiaux non seulement pour ses objectifs d'enseignant mais aussi pour son rôle de soignant, et ont favorisé, chez l'agent de santé, la compréhension et l'intégration des informations qui lui étaient transmises.

C'est également au cours de ces situations que nous avons contrôlé les connaissances théoriques et pratiques des auxiliaires médicaux, et vérifié, auprès de la population, la qualité de leurs prestations.

Un stage pratique d'une semaine a été réalisé à Maturaca par les AIS du Maià, du Cauaburis et de Nazaré, afin de compléter et contrôler leurs acquis. Ils ont aussi pu confronter, à cette occasion, leur méthode de travail et leur expérience à celle des quatre agents de santé de la localité.

7.2.2 - RESULTATS

7.2.2.1 - CREATION D'UN SYSTEME DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS

Il est basé sur l'utilisation par l'AIS de fiches individuelles de traitement. Toute prescription faite par le médecin est consignée sur une fiche qui comporte les informations suivantes : date de la prescription, nom complet du patient, dénomination du médicament prescrit, posologie lors de chaque administration et fréquence quotidienne des administrations, durée du traitement et date à laquelle s'achève la prescription.

Cette fiche est placée dans un petit sachet en plastique qui contient également la quantité exacte de produit thérapeutique nécessaire à la durée du traitement.

L'après-midi, l'AIS se présente donc au poste de soins pour recevoir le lot de "kits individuels de traitement" correspondant aux prescriptions qui ont été réalisées dans la matinée, en sa présence et avec sa collaboration, par le médecin. La fiche de chaque nouveau "kit" est en totalité lue par l'AIS, en présence du médecin qui vérifie ainsi la bonne compréhension de ses indications et qui peut, à cette occasion, une nouvelle fois évoquer avec l'AIS le cas du patient.

A la fin du traitement (une semaine par exemple), la pochette en plastique ne contenant plus que la fiche individuelle est remise par l'AIS au médecin qui, en vérifiant la date correspondante, contrôle la bonne observance de la durée de la prescription.

La transmission des informations concernant les soins infirmiers à effectuer par l'AIS utilise le même support.

Un contrôle régulier est également effectué par le médecin, au cours de son suivi des patients, en vérifiant auprès de ce dernier la conformité de la distribution des remèdes exécutée par l'AIS.

Chaque auxiliaire médical a reçu un équipement, pour ses activités, comprenant : un petit sac à dos (20 l), un jeu de boîtes en plastique étanches destinées au conditionnement de son matériel de soins et de diagnostic, des champs opératoires en plastique, un sachet pour recueillir les déchets, une cape de pluie et une lampe torche.

7.2.2.2 -REALISATION DE FICHES DE CONDUITE THERAPEUTIQUE SIMPLE

Elles concernent les infections respiratoires aiguës (légères ou graves), les diarrhées (avec ou sans sang, avec ou sans fièvre, avec ou sans déshydratation), le paludisme, les gastrites, la constipation, les dermatoses (plaies, mycoses, staphylococcies et abcès, gale, ectoparasitoses et brûlures), les conjonctivites et kératoconjonctivites, les rhumatismes et la pathologie abarticulaire, les douleurs dentaires.

Chaque fiche comprend une première partie dans laquelle figure les principaux symptômes liés à la maladie.

Une seconde partie est consacrée à l'utilisation adéquate des médicaments à disposition de l' AIS dans le poste de soins. Elle comprend le nom du (ou des) remède(s), sa présentation, la dose journalière à administrer en fonction de l'âge du patient, et la durée du traitement, de manière claire, systématique, voire répétitive.

Ces documents ont été conçus, évalués et améliorés grâce à tous les AIS, avec lesquels ils ont été étudiés et modifiés.

Pour l'agent de santé non alphabétisé du village Cauaburis, des pictogrammes ont été mis au point pour la réalisation de fiches destinées au traitement des diarrhées et des infections respiratoires aiguës. La pharmacie a également été aménagée de manière à éviter toute erreur de prescription. Il s'agit d'une phase expérimentale, et beaucoup de chemin reste à parcourir en la matière.

Un administrateur local de la FUNAI est en poste permanent dans cette communauté. Nous lui avons confié, en les commentant, un exemplaire des fiches de conduites thérapeutiques ci-dessus mentionnées. Il a la charge de superviser les activités de l' AIS de ce village, et est en contact radiophonique quotidien avec notre base de Maturaca.

7.2.2.3 -ROLE ET PRESTATIONS DES AIS AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE IMPLANTE

Le système de santé que nous proposons obéit à quatre constantes : les priorités identifiées localement en matière de santé publique ; les spécificités culturelles des Yanomami ; les directives nationales de la FNS en matière de formation d' AIS ; et les contraintes logistiques et géographiques imposées par l'isolement des villages .

Les AIS sont actuellement les intermédiaires entre la population de leur communauté et l'équipe médicale de l'IDS, basée au coeur du territoire Yanomami du rio Cauaburis (à proximité immédiate des deux principales localités de Maturaca et Ariabu - 683 individus) :

- en amont, en participant à l'interrogatoire et à l'examen des patients par le médecin, ou en transmettant les plaintes spontanées des malades qui n'ont pas encore consulté ;
- en aval, en distribuant les médicaments, en réalisant les soins infirmiers prescrits (cf "système de distribution des médicaments") et en préconisant les mesures d'hygiène et de prévention qui s'imposent.

L'enseignement dont ils ont bénéficié, adapté aux priorités épidémiologiques locales et aux directives de la FNS, leur permet d'assurer cette tâche par la mise en pratique des connaissances acquises.

Pour les quatre AIS de Maturaca et Ariabu, un contrôle et une orientation de leurs prestations et de leurs connaissances est réalisé régulièrement grâce à la présence permanente de l'équipe médicale dans ces communautés.

Ils ont participé également aux recensements de la population qui ont été effectués par cette même équipe.

Pour les quatre agents de santé des villages Maià, Nazaré, et Cauaburis, les fiches de conduite thérapeutique simple qui ont été produites viennent compléter leur formation théorique et leur permet de travailler en toute sécurité.

Ils sont tous les jours en contact radiophonique avec le médecin basé à Maturaca, soit pour orienter leur prestation, soit pour organiser une évacuation sanitaire vers l'hôpital de Sao Gabriel, lorsque celle-ci s'avère nécessaire.

Une liste actualisée, par ordre alphabétique et par famille, de la population du village dont il a la charge, a été confiée à l'AIS.

Ce dernier doit noter, sur des documents qui lui ont été remis à cet effet, les décès et les naissances, ainsi que tout diagnostic et acte thérapeutique qu'il effectue.

Ces données sont relevées par l'équipe médicale lors de ses missions itinérantes qui ont lieu tous les trimestres.

VIII

MISSIONS ITINERANTES

Deux missions itinérantes, de 21 jours chacune, ont été effectuées ; la première du 20 décembre 1996 au 10 janvier 1997, la seconde du 14 février 1997 au 6 mars 1997.

La durée de chacune des missions a été répartie de la manière suivante :

- 5 jours de trajet aller et retour en canoë à moteur,
- 10 jours de présence au Maià,
- 3 jours au village Nazaré,
- 3 jours au village Cauaburis,
- 1 jour au village Inambu.

L'équipe comprenait :

- un médecin de l'IDS,
- un agent indigène de santé Yanomami du village Ariabu, formé et rémunéré par l'IDS,
- un pilote Yanomami, rémunéré par l'IDS,
- un technicien de la FUNAI, futur chef de poste du Maià (2ème séjour).

Les capacités opérationnelles de notre équipe étaient pratiquement identiques à celles de notre base de Maturaca.

Le fret transporté était réparti ainsi : alimentation (la chasse et le troc ont été d'un appoint très appréciable), matériel logistique (de cuisine et de couchage, outillages divers), médicaments et petit matériel de soins, matériel de diagnostic biologique (dont microscope, groupe électrogène), carburant (350 litres) et lubrifiants adéquats.

Au cours de nos séjours, nous avons été hébergés dans les maisons communautaires (paillottes) des villages ou dans les postes administratifs de la FUNAI.

Ces missions itinérantes nous ont permis d'étendre le système de santé que nous implantons dans le haut Cauaburis aux communautés Nazaré, Cauaburis, Maià et Inambu.

Le système de radiotransmission de ces villages, installé par la FUNAI, a été réactivé et mis à disposition des objectifs sanitaires de l'IDS. Le poste de soins provisoire du Maià, qui en était dépourvu, a été équipé d'une radiophonie, et les AIS de cette communauté ont été formés à son utilisation.

Les activités menées ont consisté en :

- soins de santé primaire, traitement systématique contre les parasitoses intestinales, évacuation des malades qui nécessitaient une hospitalisation,
- approvisionnement des villages en médicaments et aménagement de postes de soins provisoires,
- formation d'agent indigène de santé.

IX

COLLABORATION AVEC LES INSTITUTIONS LOCALES

9.1 - LA FONDATION NATIONALE DE L'INDIEN (FUNAI, Ministère de la Justice)

La FUNAI est l'institution gouvernementale locale avec laquelle nous avons le plus collaboré sur le terrain. C'est le seul organisme administratif et sanitaire ayant des représentants à l'intérieur du Parc National.

Cette coopération, qui fait l'objet d'une convention signée en 1995 à Brasilia, s'est déroulée à de maintes reprises et dans plusieurs secteurs d'activités. Elle a été définie au cours de diverses réunions de travail avec les représentants de cet organisme.

Elle concerne :

- l'organisation logistique commune de la prise en charge des évacuations sanitaires,
- l'aménagement de postes de soins provisoires dans des locaux de la FUNAI, à Maturaca et au Cauaburis,
- la mise à disposition de l'IDS du dispensaire de Maturaca construit par la FNS,
- l'aménagement et le développement du système de radiotransmission de la FUNAI à l'intérieur du Parc National, afin que le réseau des AIS mis en place soit en liaison avec notre équipe médicale locale. Un poste de radiotransmission de la FUNAI a également été mis à la disposition de notre base logistique de Sao Gabriel.

A ce chapitre, l'IDS et Pompiers Sans Frontières étudient actuellement avec les représentants de la FUNAI les possibilités d'une donation de matériel de radiotransmission qui permettrait de renouveler l'ensemble de l'équipement en place dans le territoire Yanomami.

- la "Casa do Indio" de Sao Gabriel : une réflexion collégiale sur la prise en charge des patients atteints ou suspectés de tuberculose devrait permettre de lutter plus efficacement contre cette pathologie qui progresse de manière inquiétante, non seulement au sein des Yanomami, mais sur l'ensemble de la commune.

Des accords ont été également passés concernant une contribution de l'IDS à l'approvisionnement de cette structure en matériel médical et en médicaments.

9.2 - LA FONDATION NATIONALE DE LA SANTE (FNS, Ministère de la Santé)

Notre coopération actuelle concerne plusieurs secteurs :

- le poste de soins de Maturaca :

Construit au cours du mois de février 1996, il apparaît conforme aux besoins locaux. Il restait cependant à l'équiper d'une source d'énergie, d'un système d'approvisionnement en eau potable, du matériel sanitaire et du mobilier nécessaires à son fonctionnement.

Nous avons réalisé ces aménagements, et l'équipe de l'IDS habite et travaille maintenant dans cette structure.

- les enquêtes épidémiologiques :

Les données épidémiologiques collectées par l'IDS au cours de ses activités sont transmises mensuellement à la FNS. Nous avons été conviés, au cours du mois d'octobre 1996, à une réunion au cours de laquelle a été étudié la mise en place d'une "cellule de vigilance épidémiologique".

- la formation d'Agents indigènes de santé (AIS):

La FNS est la responsable nationale et régionale de la formation des AIS. Elle organise

tous les ans à Sao Gabriel une série de stages et de cours auxquels, à ce jour, les Yanomami n'ont pas eu encore véritablement accès. Il s'agit d'un choix très cohérent de la FNS, qui estime que les particularités culturelles de cette population nécessitent une approche et un traitement spécifiques de l'enseignement qui serait dispensé aux futurs AIS de ces communautés, avant d'être en mesure de les intégrer au cursus du groupe des AIS du Haut Rio Negro.

Les informations que nous recueillons et la méthodologie que nous élaborons actuellement, vont être soumises à la FNS. Des réunions de travail destinées à l'étude de ces éléments devraient être planifiées afin que collégialement nous accompagnions cette entrée des Yanomami dans le pool des agents de santé de la région, placé sous la responsabilité technique de la FNS.

9.3 - LA FEDERATION DES ORGANISATIONS INDIGENES DU RIO NEGRO (FOIRN)

Nous avons régulièrement tenu informée la FOIRN du déroulement de nos actions et consulté ses représentants, en particulier pour l'organisation de notre programme de formation.

Une réunion a été organisée à Maturaca au cours du mois de décembre 1996, avec l'appui logistique de l'IDS. C'est la première fois que les représentants de la FOIRN se rendaient dans le territoire Yanomami. Les leaders des communautés et les AIS Yanomami ont participé à cette rencontre. Ils ont pu exprimer leurs besoins et leurs préoccupations, et prendre connaissance des possibilités et des modalités de collaboration que leur offrait la Fédération.

Il est apparu important aux yeux de tous, que soit créée une association Yanomami, afin que ces derniers soient représentés au sein de la Fédération et puissent ainsi davantage s'investir et participer à la vie économique et politique de la région.

De plus, le président de l'Association des Agents de Santé Indigène du Rio Negro (AASIRN, membre de la FOIRN), qui avait fait le déplacement, a jugé opportun que les AIS Yanomami en cours de formation soient affiliés à l'AASIRN, une fois leurs compétences techniques reconnues par la FNS.

Ceci est également un point important, auquel l'IDS est attaché, car c'est la FOIRN qui a la charge administrative et financière de la corporation des agents de santé.

9.4 - L'HOPITAL MILITAIRE DE SAO GABRIEL

Les Yanomami que nous avons adressés à l'hôpital de Sao Gabriel, soit pour examen complémentaire, soit pour prise en charge thérapeutique, ont tous été remarquablement suivis, dans la mesure des capacités techniques de cet hôpital. Nous avons pu leur rendre visite, participer à l'étude de leur cas et aux décisions thérapeutiques les concernant avec l'équipe soignante, et obtenir par la suite les informations que nous souhaitions sur leur état de santé.

Nous tenons à souligner ici toute l'importance du travail effectué par les équipes de cette structure pour l'amélioration de l'état de santé des populations de la municipalité de Sao Gabriel.

9.5 - L'INSTITUT DE MEDECINE TROPICALE DE MANAUS

Des accords de coopération scientifique et technique sont en cours d'élaboration entre l'IMTM d'une part, l'Assistance Publique/Hôpitaux de Marseille et l'IDS d'autre part. Des activités de recherche appliquée et de formation de personnel médical constitueront les secteurs d'activités principaux concernés par ces échanges.

L'analyse sérologique des prélèvements sanguins (623 unités) et la lecture de la moitié des gouttes épaisses et des frottis (diagnostic biologique du paludisme) que nous avons effectuées au cours de notre précédente mission sont en cours de réalisation à l'IMTM et à l'hôpital Gétulio Vargas.

9.6 -LA MISSION SALESIENNE DE MATURACA

Nous tenons ici à remercier vivement le Père Génésio, et les frères salésiens qui l'accompagnent. Ils nous ont offert l'hospitalité à la mission de Maturaca, et ont tout fait pour faciliter le bon déroulement de notre action, notamment par le soutien moral et l'aide logistique qu'ils nous ont apportés. Nous avons utilisé, lorsque cela s'est avéré indispensable, le système de radio-communication de la mission, et notre stock de médicaments a été conditionné et conservé dans la pharmacie du bâtiment.

Nous associons à nos remerciements le Père Franco Dalla Valle, Inspecteur des missions salésiennes d'Amazonas, et Don Walter, évêque du diocèse de Sao Gabriel, pour son accueil aux sein du Centre Ecole Santé de la ville.

9.7 -LE PELOTON DE MATURACA

Il n'y a actuellement pratiquement aucune forme de coopération systématisée (cf chapitre "présence sanitaire locale") en dehors des situations d'urgence (évacuations sanitaires vers Sao Gabriel ou Manaus, extractions dentaires). Ce qui est fort dommage car est présent dans les locaux sanitaires du peloton de Maturaca, un équipement médical et de diagnostic biologique unique sur le site, qui pourrait profiter aux populations indigènes, et qui reste sous utilisé puisqu'il est réservé uniquement à la soixantaine de militaires présents dans l'enceinte du peloton.

X

SYNTHESE

ANNEE I
PREMIER SEMESTRE

Le premier semestre de l'année I de notre programme, qui vise à promouvoir le fonctionnement d'un système de santé adapté aux besoins spécifiques des communautés Yanomami du Parc National de la Néblina, a été consacré à la mise en place de nos activités.

Il a fait suite à une phase d'enquêtes préliminaires et à une identification des besoins réalisées avec la collaboration de nos partenaires locaux de juillet 1995 à mars 1996.

D'une durée de six mois, cette première mission, qui a réuni du personnel expatrié (un médecin, une infirmière, un logisticien) et du personnel local (un médecin, huit agents de santé Yanomami, deux pilotes de bateau), s'est déroulée principalement au sein des six villages Yanomami du territoire (1134 individus).

Ont été réalisés simultanément :

- des actions de soins de santé primaire :

2 682 consultations, 1709 diagnostics et 15 évacuations sanitaires ont été effectués. Tous les Yanomami de la Néblina ont reçu un traitement contre les parasitoses intestinales.

- des aménagements de poste de soins :

Un poste de soins provisoire a été installé dans les locaux de la FUNAI à Maturaca (684 habitants), dans lequel notre équipe médicale était basée, avant d'équiper le dispensaire construit récemment par la FNS près de cette localité ; un poste de soins provisoire a été également aménagé au Maià (290 individus) avant la construction d'une structure définitive planifiée par l'IDS au cours du prochain semestre. Pour les villages de Nazaré et Cauaburis (131 personnes) une pharmacie provisoire a été installée dans les locaux administratifs de la FUNAI de ces communautés.

Le système de radiotransmission de la FUNAI, qui équipait les villages, a été réactivé et une radiophonie installée au Maià afin que toutes les communautés aient la possibilité de communiquer avec le médecin de notre équipe.

- une enquête démographique :

Elle nous a permis de compléter l'identification des caractéristiques épidémiologiques des communautés, que nous avons débutée au cours de notre précédent séjour.

Il s'agit d'une population jeune, au taux de fécondité élevé, présentant un taux de morbidité et de mortalité importants, similaires à toutes les populations qui ne bénéficient que très partiellement d'une prise en charge sanitaire adaptée.

Des transformations culturelles récentes (habitat, comportement alimentaire, circuits économiques, sédentarisation et multiplication des contacts avec le milieu extérieur et surtout urbain), sont à l'origine d'une situation épidémiologique nouvelle, caractérisée par une hygiène individuelle et collective dégradée et une forte incidence des pathologies transmissibles, dont certaines, comme la tuberculose et les syndromes diarrhéiques, posent d'importantes difficultés en matière de prise en charge et de prévention.

- des activités de formation d'Agent indigène de santé (AIS) :

Elle a été réalisée par le médecin de l'équipe. Sa conception, sa planification et son évaluation ont été élaborées grâce au travail conjoint du médecin formateur et d'un ethnologue spécialiste de la culture Yanomami.

Huit Yanomami ont été recrutés (au moins un par village).

Ils ont bénéficié d'un enseignement théorique et pratique spécifique, qui a tenu compte des caractéristiques culturelles et intellectuelles des recrues et des priorités locales en matière de santé publique, conformément aux directives de la Fondation Nationale de Santé.

Des fiches de conduite thérapeutique simple, consacrées aux pathologies les plus courantes localement, ont été élaborées avec la participation des AIS et leurs ont été confiées par la suite.

L'évaluation et le contrôle des connaissances acquises ont été effectués régulièrement par le médecin formateur, soit lors de ses consultations journalières en compagnie des AIS de Maturaca et Ariabu, soit lors de missions itinérantes pour les AIS de Maià, Nazaré et Cauaburis.

Une étude est actuellement en cours avec l'AIS du Cauaburis qui n'est pas alphabétisé. Elle concerne l'utilisation de pictogrammes pour la conception de matériel didactique.

Nous avons recueilli une somme importante d'informations socioculturelles qui orienteront les modalités des futures étapes de notre enseignement et qui nous permettront de développer harmonieusement les capacités du réseau d'agents indigènes de santé que nous venons d'implanter dans le Parc National de la Néblina.

Les AIS formés ont été rémunérés par l'IDS sur la base du salaire minimum brésilien (100 réais).

- deux missions itinérantes de vingt jours chacune, qui nous ont permis d'étendre l'ensemble de nos activités aux villages Cauaburis, Nazaré, Maià et Inambu.

- des actions de collaboration avec nos partenaires locaux :

* FUNAI : organisation logistique des soins de santé primaire (postes de soins provisoires et dispensaire de Maturaca, radiotransmission, évacuations sanitaires, prise en charge des patients, en particulier suspectés de tuberculose, par la "Casa do Indio") ;

* FNS : échange de données épidémiologiques, étude des modalités d'intégration des AIS Yanomami au cycle de formation de la FNS ;

* hôpital militaire de Sao Gabriel : prise en charge des patients nécessitant une hospitalisation ;

* FOIRN : étude des possibilités de rattachement administratif des AIS Yanomami à cet organisme ;

* Mission salésienne de Maturaca : appuis logistiques dans le cadre de l'hébergement de notre équipe et de la formation des agents de santé.

L'ensemble des objectifs que nous avons planifiés a été atteint au cours de cette phase de mise en place de notre programme.

Le plan de financement de l'action a été globalement respecté, les moyens budgétaires qui nous ont été alloués par l'Union Européenne (DG VIII) et le Ministère des Affaires Étrangères (Service de l'Action Humanitaire) ont été attribués aux activités projetées.

Une quantité importante de données sanitaires et culturelles a été recueillie, soit au cours de nos actions de soins de santé primaire, soit lors de nos activités de formation.

Ces informations nous ont permis d'identifier précisément les prochains développements que nous aurons à apporter à l'implantation et à la viabilisation du système de santé que nous proposons aux communautés Yanomami du rio Cauaburis et aux autorités sanitaires brésiliennes.

Le second semestre de l'année I de notre action, dont l'échéance est au 12 septembre 1997, est destiné à la poursuite des activités précédemment décrites (soins de santé primaire, aménagement de postes de soins, étude épidémiologique, formation des AIS) par un médecin et une infirmière brésiliens, accompagnés d'un administrateur expatrié, qui sont actuellement sur le terrain.

Nous attacherons une importance toute particulière au développement de notre collaboration avec la FNS, la FUNAI, la FOIRN et l'AASIRN, notamment pour que les AIS Yanomami puissent bénéficier des compétences techniques de la FNS en matière d'évaluation et de formation, et pour qu'ils soient reconnus, représentés et administrativement pris en charge par la FOIRN.

L'exploitation des données épidémiologiques recueillies et une première évaluation des réalisations et des acquis de l'année I de notre projet seront consignées dans un rapport intermédiaire qui sera édité dans le courant du mois d'octobre 1997.

Le système de santé proposé, tel qu'il sera définitivement identifié à la suite de cette phase initiale d'implantation et de modélisation dans le rio Cauaburis, sera étendu, dès l'année II de notre programme, aux villages du rio Marauia et du rio Padauri, bénéficiant ainsi, au terme de l'action, à environ 3000 Yanomami.

Ses caractéristiques principales seront les suivantes :

- création d'un réseau d'agents indigènes de santé, responsables, à l'avenir, des soins de santé primaire et des actions de prévention au sein de leur communauté, capables de collecter systématiquement les données démographiques et épidémiologiques locales ;

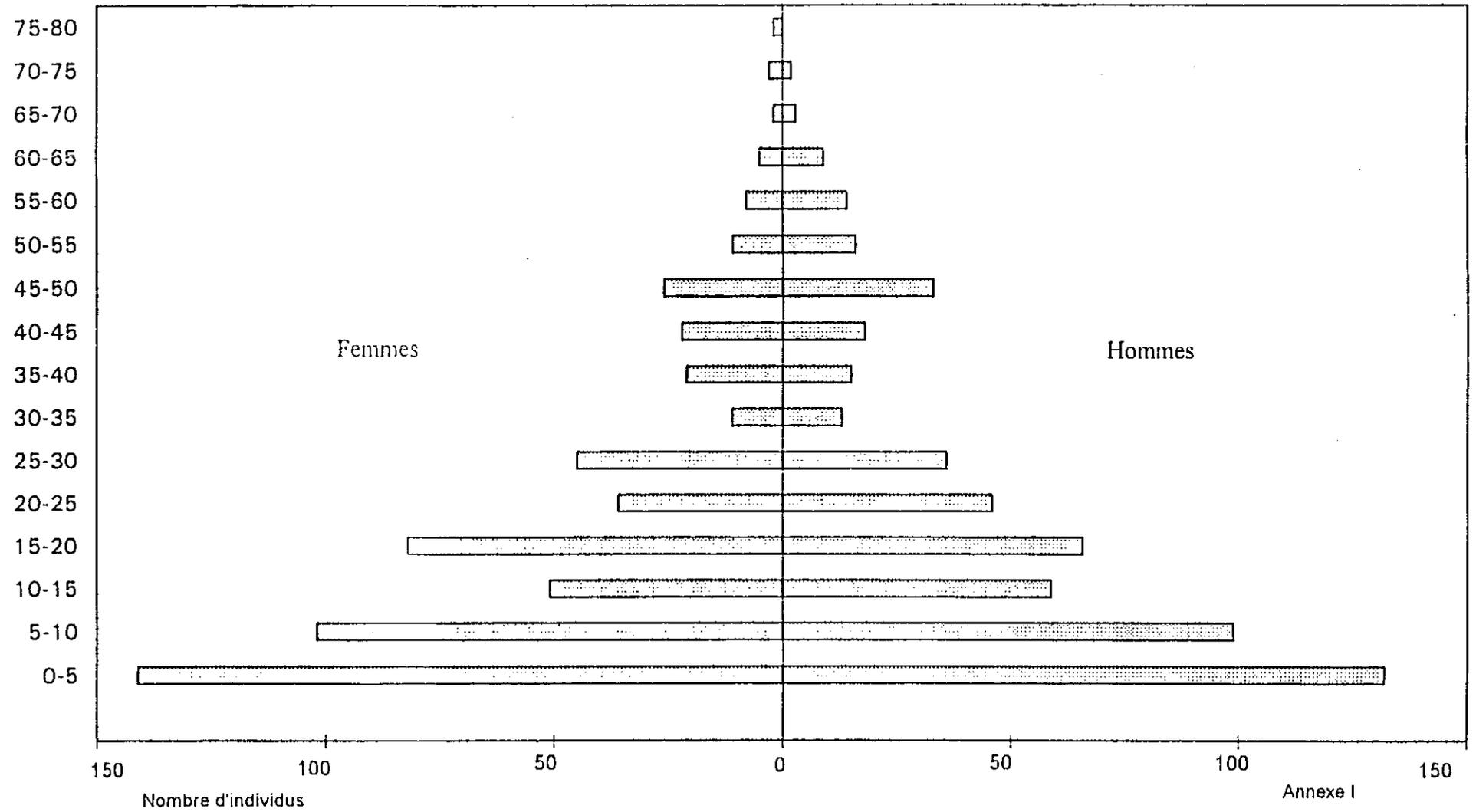
- équipement du territoire en postes de soins et procédés d'évacuation sanitaire fluviaux et terrestres qui permettront aux AIS d'accomplir efficacement leurs tâches, en liaison avec les représentants des structures sanitaires de Sao Gabriel ou de Santa Isabel, grâce au système de radiocommunication implanté.

L'extension de ce système de santé sera précédée, à chacune de ses étapes géographiques, par des soins de santé primaire, des enquêtes épidémiologiques, des études anthropologiques et des actions de formation.

ANNEXES

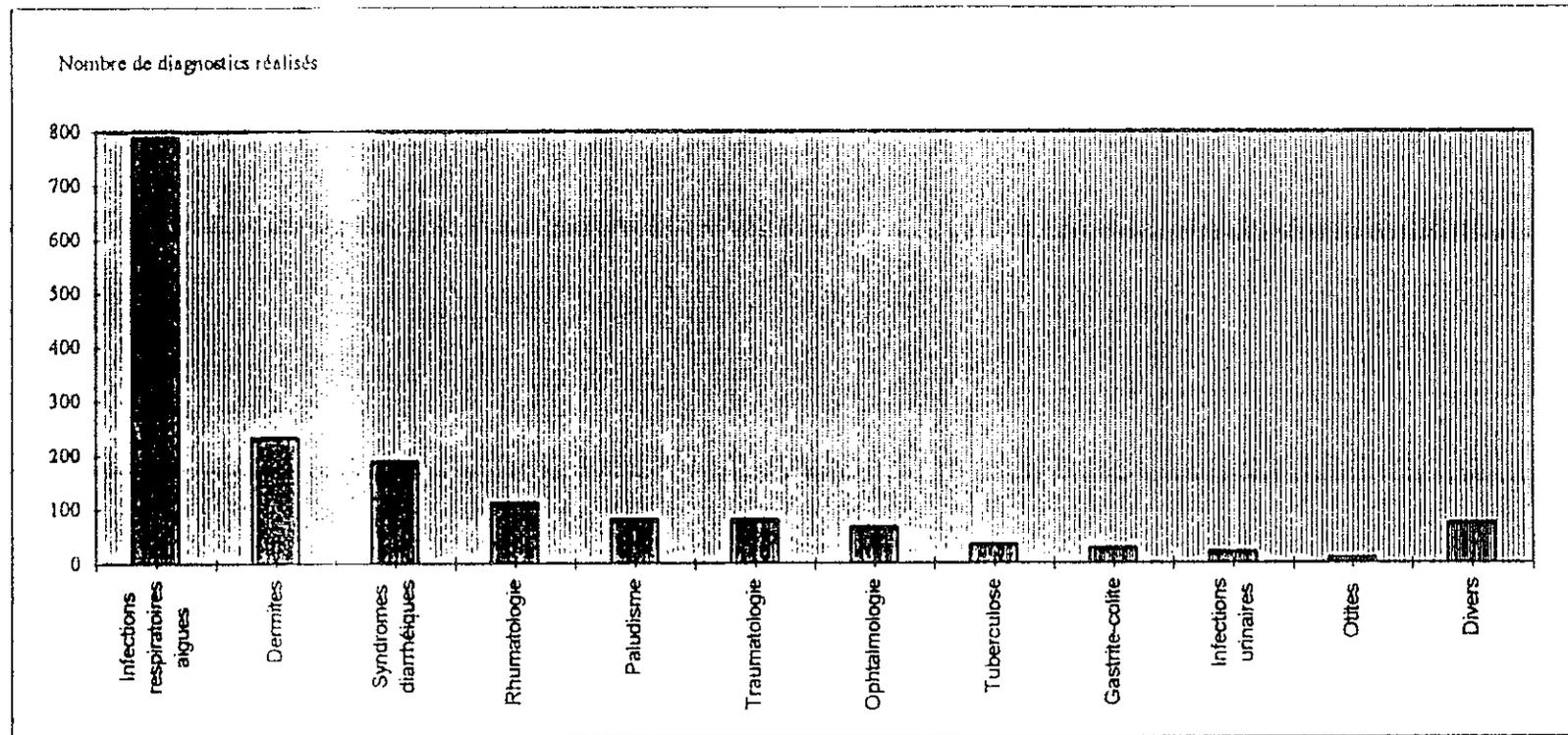
Pyramide des ages Repartition Hommes / Femmes

Agés-Années



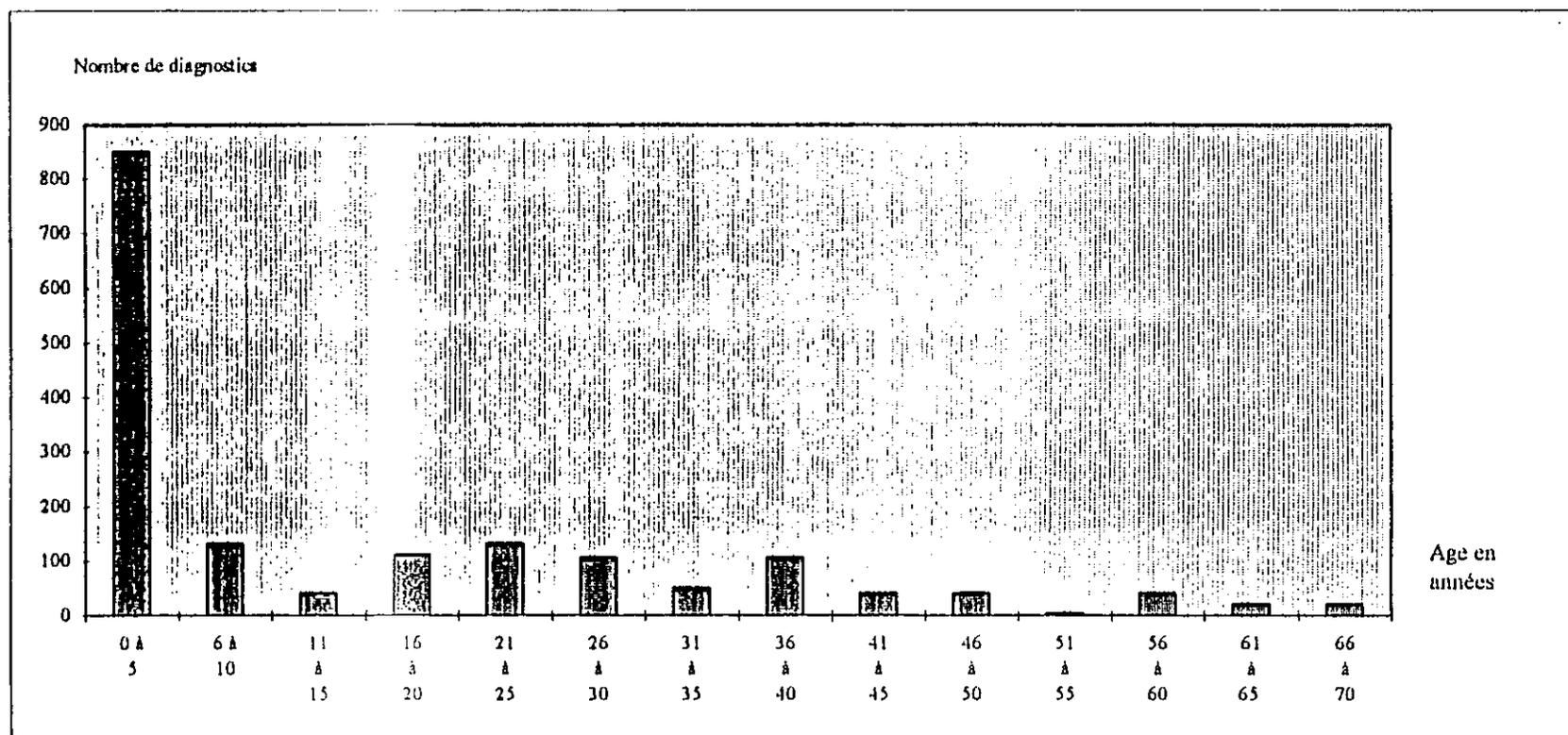
Annexe I

Pathologies rencontrées

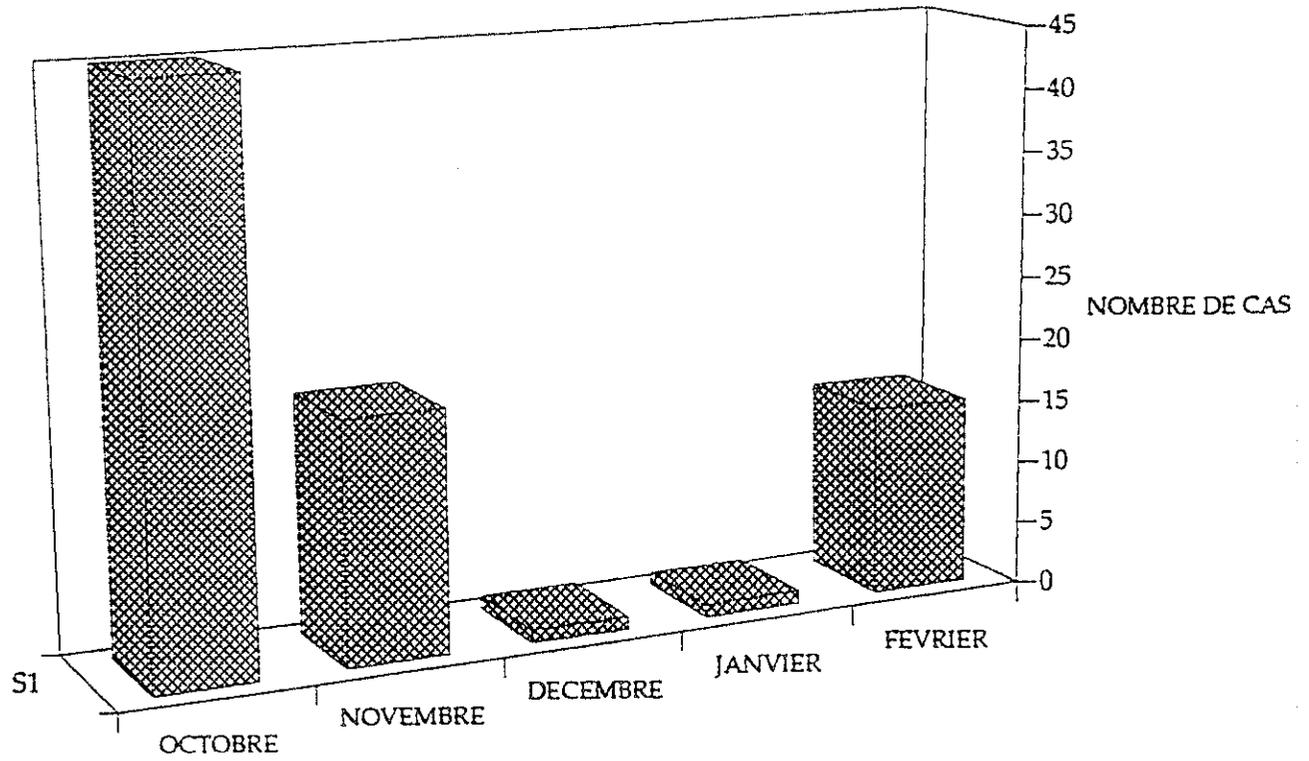


Répartition des diagnostics par tranches d'âge

36



PALUDISME : REPARTITION PAR PERIODE



PALUDISME : REPARTITION PAR TRANCHE D'AGE

