

PROGRAMME D'EDUCATION EN SANTÉ DE LA SECOYA



PROJET « PROMOTION DE LA SANTÉ PAR LES AGENTS MULTIPLICATEURS YANOMAMI »



Manaus, septembre 2015

SOMMAIRE

1. Données institutionnelles.....	3
2. Historique et mission de l'Association Secoya.....	4
3. Contexte.....	5
3.1. Peuple Yanomami.....	5
3.2. Groupe cible bénéficiaire du projet	7
3.3. Santé en Terre Yanomami.....	7
4. Le programme d'éducation en santé	9
4.1. Besoins au départ.....	9
4.2. Activités réalisées	9
5. Propositions pour la poursuite du projet.....	12
6. Objectif.....	13
7. Justificatif.....	13
8. Méthodologie.....	15
9. Cadre logique	17
Annexe: Arbre de problèmes.....	21

1. DONNEES INSTITUTIONNELLES

Organisation sollicitante:

Association Service et Coopération avec le Peuple Yanomami – SECOYA.

Numéro du Cadastre National de Personne Juridique/CNPJ de l'organisation sollicitante
02.176.472/0001-25

Adresse:

Rua Q, N° 04, Quadra 21 - Conjunto Eldorado
Parque 10

Manaus/AM. Cep: 69.050.310

Tél: 0055 92 3646-2775 ou 0055 92 3648 1096.

E-mail: secoya.org@gmail.com

Site: www.secoya.org.br

Direction de la Secoya: Présidente: Celina Cadena - Baré; Secrétaire: Carlito Iximauteri – Yanomami; Trésorier : Vitor Py-Daniel.

Représentant légal de l'Association :

Silvio Cavuscens

Fonction: Coordinateur Général

Adresse: Conjunto Arthur Reis – Rua A casa 65 – Parque dez – 69.055-000 Manaus/AM – Brésil

E-mail: silvio.cavuscens@gmail.com



2. HISTORIQUE ET MISSION DE L'ASSOCIATION SECOYA

La mission de l'association Secoya est clairement indiquée dans son logotype « Service et Coopération avec le Peuple Yanomami », exprimant ainsi sa volonté de rendre un service, en coopération avec les Yanomami, évitant l'engrenage du paternalisme et du « faire pour eux ».

La Secoya débuta ses activités avec le peuple Yanomami du rio Marauíá en 1991 avec, comme objectif principal, secourir un nombre significatif d'Indigènes atteints de tuberculose, malaria et maladies respiratoires aiguës. A cette époque, la présence d'un appui gouvernemental faisait gravement défaut et aucune structure de santé ni d'éducation n'était présente dans cette région.

Par la suite, des programmes éducatifs furent planifiés et mis en œuvre dès 1992. Dans un premier temps, une étude approfondie de la langue Yanomami (le Xamatarí) fut réalisée afin de pouvoir proposer un enseignement bilingue, en adéquation avec la réalité des Yanomami. L'association Secoya assumait alors les programmes d'éducation scolaire indigène dans les municipalités de Santa Isabel du Rio Negro et de Barcelos, Etat d'Amazonas. Ce travail se focalise prioritairement sur l'alphabétisation en langue maternelle, préservant et valorisant la culture Yanomami, avant d'introduire l'enseignement de la langue portugaise. Pour mener à bien ce travail, des professeurs Yanomami sont actuellement formés par la Secoya. Ce sont eux qui administrent les cours du niveau primaire dans les villages tout en étant régulièrement supervisés par l'équipe pédagogique de la Secoya.

En 1994, la Secoya débuta un processus de formation d'agents de santé indigène. En 1999, elle signa une convention avec la Fondation Nationale de la Santé-FUNASA¹ et exécuta dès lors, durant dix ans, l'assistance médicale aux Yanomami de l'Amazonas. En 2007, un nouvel accord avec la FUNASA amplifia son rayon d'action, incluant également le territoire Yanomami de l'état de Roraima. Elle développa au long des années divers programmes spécifiques, comme des programmes de vaccination, de santé de la femme, de santé des personnes âgées, de contrôle de la tuberculose, de combat contre la malaria, de participation citoyenne.

Au vu des changements d'habitudes de vie des Yanomami induits par le contact de plus en plus régulier avec la société régionale, la Secoya initia en 2002 un programme de développement durable, visant une amélioration de l'alimentation par une valorisation des techniques traditionnelles d'agriculture. Avec ce programme, des agents agro-forestiers Yanomami furent formés dans chaque village, afin de travailler dans des domaines tels que la sécurité alimentaire, la commercialisation des produits Yanomami et la sauvegarde des savoirs ancestraux.

En 2009, les accords entre la FUNASA et la Secoya prirent fin et l'assistance primaire revint sous la responsabilité unique du gouvernement. Dès lors, afin de répondre à la demande de la population Yanomami, la Secoya chercha à redéfinir son action dans la santé. Ainsi en collaboration avec les leaders Yanomami, les lignes d'un nouveau domaine d'activités basé sur la promotion et l'éducation en santé furent élaborées. Ce programme, initié à la fin 2010, prétend construire des stratégies conjointement avec les Yanomami afin de diminuer la dépendance envers la santé allopathique, valoriser les savoirs traditionnels et défendre le droit du peuple à participer aux instances de décisions au sein du District Sanitaire Spécial Yanomami-DSY, droit garanti par la Constitution.

1 Organisme fédéral en charge à l'époque de la santé indigène

Au long de ses 20 ans de présence permanente auprès du peuple Yanomami, la Secoya a pu construire avec celui-ci une relation privilégiée, à travers une lutte continue pour la défense de ses droits et un respect total de sa culture, contribuant de façon marquante à améliorer ses conditions de vie. Les indicateurs de santé démontrent une augmentation démographique significative, malgré les ravages que causèrent de grandes épidémies (de tuberculose, malaria, infections respiratoires aiguës) dans les années huitante et nonante. Les bases d'une éducation différenciée, respectueuse des modes de vie et traditions Yanomami, ont été établies. La mise en place de processus organisationnels a permis également aux Yanomami d'être plus conscients de leurs droits et d'être présents dans les sphères politiques (décisions dans les politiques de santé par exemple).

3. CONTEXTE

3.1. Peuple Yanomami

Le peuple Yanomami, divisé en quatre groupes linguistiques distincts, occupe une région de forêt équatoriale dense se situant entre les frontières du Brésil et du Venezuela. Au Brésil, le territoire Yanomami fut démarqué et homologué en 1992 et compte 9.419.108 hectares pour une population de 22.000 personnes. Au Venezuela, la population est d'approximativement 16.500 personnes. Dans l'état d'Amazonas, il y a un peu moins de 8'000 Yanomami. Les premiers contacts avec la société occidentale eurent lieu autour des années 1960.



Depuis des temps immémoriaux, ils vivent dans de grandes maisons circulaires (xapono²). Semi-nomades, ils vivent de la chasse, pêche et cueillette, et pratiquent une agriculture de subsistance. Traditionnellement, tous les trois ans, les Yanomami déménagent leur village pour préserver la fertilité de la terre. Chaque communauté Yanomami vit en groupe de 50 à 200 individus, dans une grande maison collective (xapono) fabriquée en bois et couverte de feuilles de palmier. Cette maison a la forme d'un grand anneau, où chaque famille possède son propre foyer et dont le centre est un espace dégagé à ciel ouvert où ont lieu danses et cérémonies.

Le peuple Yanomami est le plus grand peuple d'Amazonie à avoir eu si peu de contact avec la «société occidentale». Mais c'est également l'un des plus menacés. Les exploitants forestiers et les mineurs non-Indigènes exploitent illégalement les richesses de ces territoires et apportent des germes de pathologies infectieuses qui affectent la population. D'autres préjudices résultent de cette situation :

- la gestion de leur environnement naturel est gravement perturbée ;
- leur culture et leurs connaissances ancestrales sont menacées ;
- la protection de leurs territoires et de leur patrimoine n'est plus assurée.

La survie des Yanomami est donc menacée. La « société occidentale » ne tient pas compte :

² Prononcé « chapono »

- de leurs richesses culturelles ;
- de leurs besoins fondamentaux ;
- de leurs connaissances de l'environnement ;
- de leurs compétences à préserver les ressources naturelles de leur écosystème (développement durable) ;
- de leur savoir médical ancestral ;
- de leur droit et volonté à prendre part et être sujets des affaires qui les concernent.



Les luttes menées par les Yanomami pour préserver leurs droits fondamentaux ont déjà apporté des résultats concrets, mais il reste encore beaucoup à faire. Même si des droits ont été inscrits dans la Constitution, les Indigènes ne sont toujours pas reconnus comme citoyens brésiliens à part entière. Légalement, ils sont encore sous la tutelle de l'Etat. Des lois de protection existent, mais ne sont pas appliquées et la politique indigéniste du gouvernement reste trop timide. Cette politique ne fait que desservir les intérêts indigènes sur leur propre territoire pourtant reconnu officiellement. La passivité des autorités favorise les invasions illégales d'orpailleurs, d'exploitants forestiers, de grands propriétaires fonciers, etc.

Depuis les premiers contacts (il y a environ 50 ans), l'histoire du peuple Yanomami est fortement marquée par des conflits culturels et sociaux avec la société occidentale. Les principales conséquences de ce contact sont l'apparition de nouvelles épidémies comme la tuberculose et la malaria, les interférences dans leur culture et la disparition de langues d'origine. Même s'il reste encore un nombre réduit de communautés isolées qui préservent leur culture traditionnelle, ce problème représente une menace croissante.

En effet, depuis quelques années, des changements dans leur mode de vie ont pu être constatés. De part des contacts toujours plus fréquents avec la société occidentale et l'implantation de postes de santé fixes, les Yanomami se sédentarisent, ce qui a de graves conséquences sur leur état de santé: les terres s'appauvrissent, entraînant de sérieux problèmes de dénutrition. Les épidémies, comme la malaria, sont de plus en plus fréquentes et les enfants de moins de cinq ans en sont les premières victimes. Dans certains villages proches des villes, on constate une perte significative des traditions et une apparition de nouvelles pratiques nocives pour la population, comme la consommation d'alcool et la prostitution. Ceci est encore accentué par l'introduction de programmes d'aides sociales du gouvernement, tel que le programme « Bolsa familia », inadapté à la réalité des peuples indigènes. Ceci provoque une multiplication des déplacements des Yanomami en ville, augmentant ces problématiques.



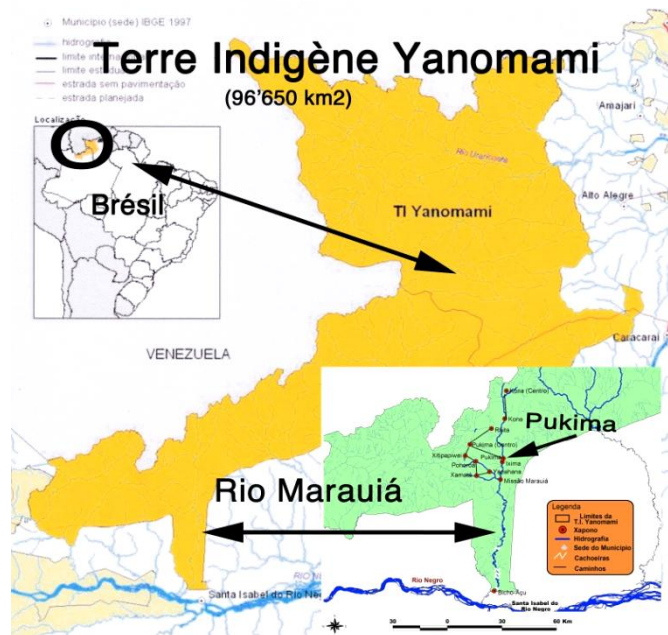
D'autre part, la politique publique du gouvernement brésilien pour la santé des peuples autochtones n'a jamais atteint le peuple Yanomami de façon respectueuse et efficace. La Secoya en tant que partenaire du gouvernement, n'a jamais eu suffisamment de ressources pour son travail dans les régions très éloignées et d'accès difficile.

3.2. Groupe cible bénéficiaire du projet

Ethnie Yanomami habitant sur la **Terre Indigène Yanomami**, le long du Rio Marauíá.

Villages (Xapono): Kona, Raita, Pukima, Cachoeira, Pukima Beira, Ixima, Missão Komixiwë, Pohoroá, Bicho-Açu, Balaio, Tabuleiro, Jutai: municipalité de Santa Isabel do Rio Negro.

Les activités réalisées dans le cadre de ce projet seront dirigées aux enfants de 0 à 5 ans des villages de la rivière Marauíá, ayant pour cible la lutte contre la dénutrition infantile. Ainsi les bénéficiaires directes seront 350 enfants de 0 à 5 ans. Les activités seront réalisées avec l'implication directe de 28 Agents Indigènes de Santé (AIS) ainsi qu'un réseau de femmes « multiplicateurs » auparavant identifiées. A moyen terme, les bénéficiaires indirectes du projet seront atteints, c'est-à-dire les 2000 Yanomami vivant dans cette région.



3.3. Santé en Terre Yanomami

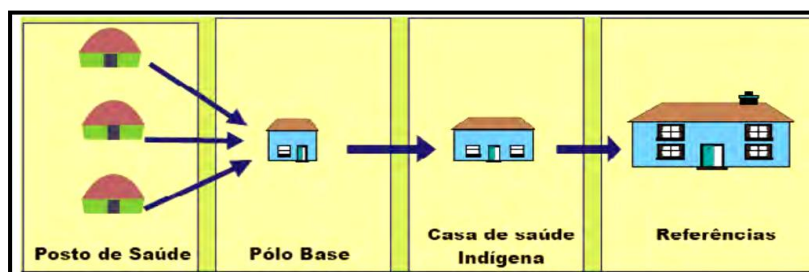
La politique indigéniste de l'Etat brésilien a été caractérisée au long de l'histoire, par une forte intervention du pouvoir public visant à promouvoir l'assimilation des peuples indigènes à la société brésilienne. Ces politiques furent fondées sur le postulat que les groupes indigènes étaient condamnés à disparaître, perdant leur identité et culture différenciée. Cependant, au cours des dernières décennies, ce postulat fut contredit. Les luttes et revendications des peuples autochtones leurs permirent d'une part d'affirmer leur identité culturelle forte et d'acquérir des droits liés à la santé et l'éducation qui favorisèrent une augmentation démographique significative.

Ainsi, en 1988, la nouvelle Constitution prit en considération les luttes indigènes et reconnut aux peuples originaires les droits à leurs terres, à des politiques sociales différenciées, en adéquation à leurs spécificités culturelles, à l'auto représentation juridique et politique et à la préservation de leurs langues et cultures.

Au niveau de la santé, la Constitution de 1988 permit encore l'implantation au niveau national du « Système Unique de Santé-SUS » dont les principes d'universalité, d'intégralité et d'équité représentèrent une véritable révolution. Cependant, il fut rapidement évident que le SUS, élaboré afin de répondre aux nécessités de la société régionale, ne disposait pas d'outils suffisants à la prise en charge des spécificités géographiques, sociales et culturelles des peuples indigènes. Cette constatation leva à l'élaboration de la loi « Arouca » en 1999, créant ainsi un « sous-système » de santé indigène intégré au SUS.

Le sous système de santé indigène se caractérise par la division du territoire en Districts Sanitaires Spéciaux Indigènes (DSEI), chacun défini selon des critères ethniques, géographiques et

démographiques. Ainsi le Brésil compte 34 Districts Sanitaires. Chaque DSEI compte un réseau de services hiérarchisés en quatre niveaux d'attention que sont les postes de santé, implantés dans les villages indigènes et représentant l'unité primaire d'attention, le « Pólo Base » unité de seconde complexité, répondant aux besoins des villages géographiquement proches, les « maisons de santé de l'Indien – CASAI », présentes dans les villes de référence du District et correspondant en une structure d'accueil des Indigènes en attente d'hospitalisation, d'examens ou en convalescence.



L'ultime niveau de ce réseau et l'unité de référence, désignant des services ambulatoires ou des hôpitaux spécialisés intégrés au SUS et situés en général dans les grandes villes de l'Etat.

Malgré des lois indigénistes favorables et une conception de l'assistance en santé extrêmement avancée, le sous système de santé indigène ne réussit jamais depuis sa création à être totalement structuré ni à remplir son rôle. De constantes dénonciations de la part des peuples indigènes révèlent une assistance primaire discontinue, de basse qualité technique avec un manque chronique de personnel qualifié, ceci aggravé par le manque de matériel et de médicaments ainsi que la discontinuité des ressources financières repassées aux districts et les failles au niveau de la logistique.

De part ces conditions précaires, les postes de santé n'offrant pas les ressources nécessaires afin de garantir une assistance de base minimale, il est observé depuis longtemps un fort taux de transfère de patients aux CASAI, ceci provoquant surpopulation et augmentation des transmissions d'infections. De plus, de cette grande promiscuité naissent fréquemment des conflits interethniques entre les patients.

Suite à des années de luttes indigènes, le gouvernement brésilien développa et instaura, fin 2011, un nouveau Secrétariat Spécial de Santé Indigène (SESAI), sensé mettre un terme à ce constant chaos de l'attention à la santé des peuples autochtones, mais sans grand résultat.

Au vu des remarques ci-dessus, la Secoya observe un besoin accru de solutions sanitaires spécifiques aux Yanomami.

4. LE PROGRAMME D'ÉDUCATION EN SANTÉ

4.1. Besoins au départ

Le programme d'éducation en santé initia en novembre 2010 dans un contexte où les Yanomami exprimaient une totale perte de confiance envers les organisations responsables de la santé indigène. Les innombrables problèmes de gestion de l'assistance primaire eurent un impact direct sur la santé en aggravant considérablement les taux d'incidence de pathologies comme la malaria, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques dont les premières victimes furent les enfants de moins de cinq ans.

Dès les débuts du programme d'éducation en santé, l'objectif principal a été de rechercher avec la population, des moyens simples pouvant pallier aux failles de l'assistance en santé primaire ceci par la prévention, l'appui aux processus organisationnels et au contrôle social ainsi que la valorisation de la santé traditionnelle.

Durant la phase d'implantation du programme, il fut nécessaire d'entreprendre une analyse de la situation, afin de définir avec la population, les lignes de priorités en termes de prévention. Des démarches furent également entreprises afin d'obtenir une collaboration avec la SESAI et accéder aux données épidémiologiques officielles de la région du Marauíá. Cependant, seules de rares informations concernant l'incidence de la malaria furent repassées. Comme dans la majorité des pays du Sud, on constate dans la population Yanomami, un taux élevé de mortalité infantile provoqué par des pathologies comme la malaria, la diarrhée, les infections respiratoires, ceci dans un contexte de dénutrition infantile considérable. De ce fait, sur la base d'observations directes dans les villages et en se référant aux témoignages des Yanomami recueillis lors de réunions et de visites à domicile, fut défini un axe prioritaire basé sur l'hygiène du milieu (diarrhées, parasitoses, infestation de blattes, gestion des déchets, etc.) ainsi que la dénutrition maternelle et infantile.

De part le contexte politique et l'absence d'initiatives gouvernementales favorisant le droit à la démocratie participative (contrôle social), un second axe prioritaire fut défini dans le sens de reprendre les discussions politiques dans les villages et d'accompagner les Yanomami dans leurs revendications, ceci en vu de faire entendre leurs droits et dénoncer les failles mettant en péril leur style de vie, leur culture et leur futur comme peuple indigène.



4.2. Activités réalisées

Suite à l'analyse de la situation de santé, des actions de prévention furent développées dans les villages, planifiées et exécutées tant en fonction de la demande des Yanomami que suite à l'analyse des problèmes épidémiologiques prioritaires. Ainsi des activités relatives à l'hygiène du milieu ont été réalisées comme la recherche d'alternatives dans le traitement de l'eau de consommation, la conscientisation sur la nécessité d'assainissement des points de prolifération du moustique anophèle, vecteur de la malaria, la gestion des déchets et la lutte contre l'invasion de blattes

germaniques, agents responsables de la contamination des aliments par des salmonelles. D'autre part, dans chaque village, ont été organisées des discussions avec les femmes afin d'aborder le thème de la dénutrition infantile, les sensibilisant sur les principes d'une alimentation équilibrée et fortifiée ainsi que les risques liés à la consommation de produits industrialisés notamment celle du lait en poudre.

En initiant les activités de promotion de la santé, certaines difficultés de compréhension de la part des Yanomami furent observées en relation au concept de santé/maladie et plus particulièrement celui de prévention. Au niveau de la culture Yanomami, toute action relative à la santé intervient dans un contexte de changement issue du contact encore récent avec la société occidentale. Ainsi le propre concept de « maladie » est une notion récente pour le peuple Yanomami. Auparavant, les problématiques de santé découlaient uniquement de causes spirituelles et leur prise en charge était assurée par les Hekura (chamanes). Avec l'émergence de nouvelles maladies, les Yanomami durent modifier leur représentation et appréhender la notion d'épidémie. En initiant le programme d'éducation en santé, il a été constaté que le concept de prévention représenta également une nouvelle idée qu'il a été nécessaire introduire. Alors qu'il aura fallu des années afin que les Yanomami comprennent l'existence des épidémies et acceptent de prendre des traitements, maintenant il leurs faut intégrer qu'il est possible d'agir avant la maladie afin de l'éviter.



Pour ce faire mais également afin de répondre à une forte demande des Agents de Santé Indigène (AIS), des cours en promotion de la santé furent réalisés. Auparavant, la formation des AIS fut administrée par la Secoya, des années 1994 à 2008. Cependant, depuis la fin des accords entre la Secoya et la FUNASA, plus aucun cours ne fut proposée aux AIS de la part de l'organisation responsable-SESAI. Les discussions dans les villages révélèrent un fort sentiment d'impuissance et une faible estime de soi des jeunes AIS, ne possédant pas les connaissances nécessaires afin de garantir des soins de qualité. Ainsi entre 2012 et 2015, quatre cours furent réalisés ayant pour thèmes le contrôle social, l'hygiène du milieu, la dénutrition maternelle et infantile. Ceci afin de renforcer les activités menées avec la population, revaloriser le rôle des AIS comme intermédiaire culturel entre la santé allopathique et la santé traditionnelle et proposer des outils leurs permettant d'exercer un rôle plus autonome.



En ce qui concerne le contrôle social, la préoccupation première fut d'encourager la reprise de réunions dans les villages (conseil local), permettant ainsi de relever des informations sur l'état de santé de la population et les problèmes rencontrés dans l'assistance primaire. Ces réunions furent également propices pour aborder les représentations de la santé des Yanomami, leurs besoins ainsi que les initiatives autonomes pouvant être entreprises face aux problématiques rencontrées.

En collaboration avec le programme d'appui au processus organisationnel, il fut possible de divulguer la précaire situation de santé dans les médias ainsi qu'accompagner les revendications des Yanomami au Ministère Public. D'autre part, la Secoya a accompagné le processus de création d'une association Yanomami de la région de la rivière Marauia. Cette association, baptisée « Kurikama », a comme objectif de donner plus de visibilité aux luttes des Yanomami de l'état d'Amazonas et renforcer leur principale revendication qu'est la création d'un sous-district de santé pour la population Yanomami de l'État d'Amazonas, avec autonomie financière et de gestion par rapport au siège de Boa Vista-Roraima. Ceci leur permettrait un rapprochement avec les gestionnaires régionaux afin d'avoir un impact plus direct sur l'exécution des actions de santé primaire.



Un troisième axe du programme d'éducation en santé se réfère à la valorisation de la médecine traditionnelle. Dans la phase initiale du programme, les bases d'une relation de confiance ont été établies autant avec la population qu'avec les Hekura, conditions nécessaires afin d'aborder cet aspect important de la culture Yanomami. Les premières réunions dans les villages permirent de discuter diverses approches de soin, que ce soit par la phytothérapie ou d'un abord énergétique, ces approches étant pratiquées autant dans la culture Yanomami que dans la culture occidentale. Les similitudes qu'il fut possible d'entrevoir permirent d'initier un premier dialogue interculturel sur une vision différenciée des soins.



5. PROPOSITIONS POUR LA POURSUITE DU PROJET

Le premier projet financé par la ville de Genève en 2012-2013 permit de préciser les actions développées dans l'axe prévention du programme en se focalisant sur la problématique de la dénutrition infantile. A travers les cours de formation pour les Agents Indigènes de Santé (AIS) et les activités de terrain, il fut possible d'identifier les principaux acteurs ayant un fort potentiel comme agents multiplicateurs des actions de prévention. Ces acteurs représentent les AIS, les professeurs Yanomami, les femmes et les leaders traditionnels.



Dans le cadre de ce nouveau projet, un accent particulier sera mis sur la formation des AIS. Les objectifs visés sont de fortifier leurs connaissances sur le thème de la dénutrition, développer leurs capacités de reconnaître et suivre les cas de dénutrition afin de pouvoir accompagner et conseiller les parents et la population. De réguliers relevés de la situation nutritionnelle des enfants seront réalisés par les AIS. Ces relevés, déjà effectués dans la première phase du projet financé par la ville de Genève, représentent souvent les seules données accessibles au niveau régional et sont régulièrement retransmis à des organisations partenaires telles que l'UNICEF.

Les professeurs Yanomami ont, quant à eux, un rôle essentiel afin d'enseigner et implanter des habitudes favorisant la santé auprès des enfants. Le travail de sensibilisation réalisé dans les écoles contribue également au processus de changement au sein des familles, par le biais des discussions des enfants en ce qui concerne l'environnement, la qualité de l'eau et l'hygiène.

Les femmes, de part leurs connaissances des pratiques alimentaires traditionnelles, leurs responsabilités liés au maintien des familles et leur rôle de conseillères au sein des foyers représentent des agents fondamentaux de lutte contre la dénutrition.

Ainsi, ce nouveau projet mise sur la formation de ces agents multiplicateurs afin de pouvoir, en trois ans, réduire de moitié le taux de dénutrition infantile. Les autres axes du programme, comme la valorisation de la santé traditionnelle et l'appui au contrôle social seront développés de manière parallèle, constituant une ligne transversale des actions de la Secoya.

Un autre axe transversal du programme se réfère à la notion de « genre ». Durant l'année 2014 et 2015, une réflexion fut initiée avec l'appui de l'organisation partenaire « Terre des Hommes », au travers de modules d'échanges dirigés par deux consultants externes, ainsi que des activités de terrain auprès des Yanomami. Cette première réflexion représente l'opportunité d'approfondir la notion de genre dans un contexte culturel totalement distinct. Ces modules permirent de sensibiliser l'équipe de la Secoya sur la nécessité de récolter de plus amples informations afin de pouvoir élaborer une proposition d'action concrète. Un objectif à moyen terme serait de dominer suffisamment le concept afin de travailler avec les Yanomami pour que les inégalités de genre courantes dans notre société ne soient pas transférées dans la leur.

6. OBJECTIF

Objectif :

Diminution de 50% du taux de dénutrition infantile des enfants de 0 à 5 ans après 3 ans.

Résultats espérés :

Résultat 1 : Un réseau d'AIS (Agents Indigènes de Santé) capables de suivre la population en ce qui concerne la dénutrition (surveillance et conseils) ;

Résultat 2 : Un réseau de femmes formées à l'équilibre nutritionnel et aux conditions d'hygiène nécessaires à la bonne croissance des enfants.

Résultat 3 : L'eau potable est accessible et utilisée par 50% de la population.

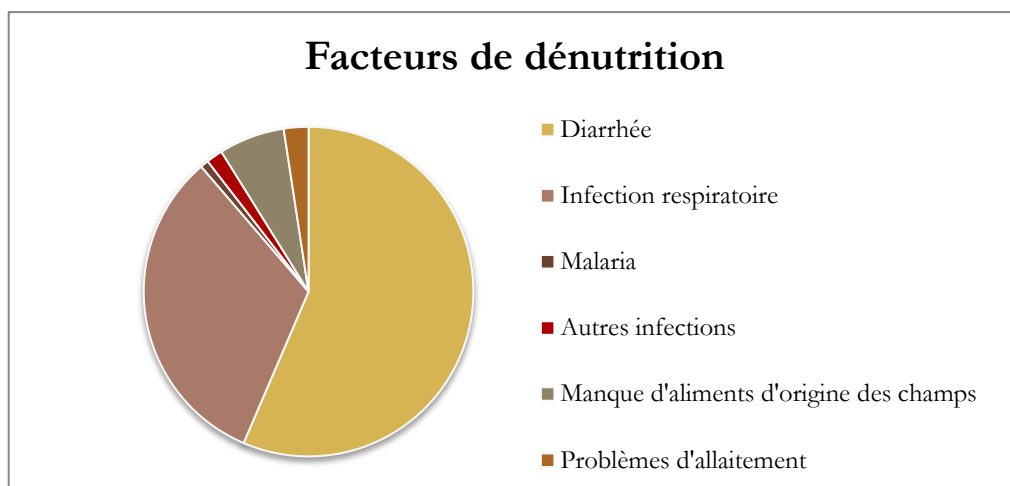
Résultat 4 : 40% de la population a des pratiques d'hygiène sûres (hygiène du milieu, domestique et personnelle).

Résultat 5 : 60% de la population sont sensibilisées sur l'importance d'un apport quotidien en protéine et sur les possibilités d'augmenter cet apport en valorisant les ressources traditionnelles.

7. JUSTIFICATIF

Au final du premier projet financé par la ville de Genève, il fut possible de réaliser une recherche de terrain afin d'approfondir la situation de dénutrition dans les xapono. Cette enquête confirma l'importance de ce problème qui affecta, en novembre 2013, 44 % des enfants de 0 à 5 ans. Ce résultat révèle une situation particulièrement préoccupante, sachant que les enfants dénutris présentent une plus grande prédisposition à développer des complications en cas de maladies infectieuses comme les infections respiratoires, les diarrhées ou la malaria, en plus d'augmenter le taux de mortalité infantile. Suite à ce constat, une nouvelle stratégie dirigée sur la problématique de la dénutrition infantile fut élaborée. Celle-ci fait suite au dernier cours pour AIS réalisé, durant lequel ils démontrèrent un grand intérêt à cette thématique. Ainsi, en complément au système de vigilance alimentaire réalisé par la SESAI, il fut proposé aux AIS, de réintroduire les fiches de croissance des enfants dans les villages (analysant les indices poids/âge comme défini par l'OMS). Ceci leur permet de visualiser rapidement la perte de poids d'un enfant, analyser les causes de la dénutrition afin d'accompagner et conseiller les parents tout en développant un rôle plus autonome.

L'introduction des fiches de croissance permet également de réaliser des enquêtes de terrain afin de définir les causes de la dénutrition. Ainsi, l'enquête réalisée en 2013, dans le cadre du premier projet soutenu par la ville de Genève, démontra les facteurs suivants comme causes directes de dénutrition :



Afin de comprendre plus en détail les causes de la diarrhée (étant la cause principale d'une diminution de poids), la qualité de l'eau disponible dans les xapono a été analysée à plusieurs occasions. Des échantillons ont été collectés dans les diverses sources d'eau présentes dans les xapono, c'est-à-dire la rivière, les ruisseaux, les conteneurs d'eau de pluie ainsi que l'eau traitée au chlore. À l'aide de plaques « Compact Dry EC », il a été démontré que tous les échantillons étaient contaminés par des bactéries coliformes fécales, sauf l'eau traitée. Cette contamination se doit principalement à l'absence d'installation sanitaire (proposition fortement rejetée par la population) et de ce fait, à la pratique de la défécation à l'air libre. La forte incidence de maladies liées à l'eau, en particulier les diarrhées, représentent la cause principale de perte de poids chez les enfants. Sans un suivi approprié, une grande majorité de ces enfants tombent dans le cercle vicieux de la dénutrition infantile.



Outre les problèmes liés aux maladies diarrhéiques, helminthiases et infections respiratoires, il fut possible d'entrevoir l'importance de l'insécurité alimentaire dans cette région. Celle-ci se caractérise par des périodes de pénurie (lorsque les champs s'épuisent et que les suivants ne sont pas encore matures) et par la difficulté d'assurer un apport en protéine continu. Face à ces constatations, des actions seront menées afin de conscientiser les Yanomami sur l'importance des protéines et la recherche d'alternative pour en augmenter les apports.

Des cours ponctuel pour les femmes seront également réalisés afin d'aborder des thèmes comme : la relation entre le processus de contact avec la société régionale, le sédentarisme et la dénutrition ; l'importance de l'allaitement maternel, les composants nécessaires afin d'assurer une alimentation complémentaire de qualité et les mesures d'hygiène permettant de diminuer

l'incidence de la diarrhée. De part leur fort encrage aux traditions Yanomami, les femmes peuvent sensibiliser les xapono sur l'importance d'une gestion traditionnelle du territoire, afin de diminuer les impacts du sédentarisme.

Des réunions et discussions avec les leaders et principalement avec la nouvelle Association Yanomami « Kurikama » seront menées en parallèle afin de potentialiser les compromis de la population, susciter les débats politiques et encourager l'organisation sociale des Yanomami.

La participation des Agents de Santé Yanomami et autres intervenants locaux en la qualité de multiplicateurs est importante afin de garantir un travail de prévention à la hauteur des actuels besoins de la population. Ceux-ci jouent un rôle d'intermédiaires permanents dans les villages, où, reproduisant les coutumes orales, ils repassent de nouvelles informations par le biais de réunions, ou encore à travers les messages retransmis quotidiennement.

8. MÉTHODOLOGIE

La dynamique de travail développée dans la première phase du programme d'éducation en santé sera maintenue. Des visites régulières dans chaque village de la région du Marauíá permettent de définir avec la population les besoins spécifiques, les demandes ainsi que les ressources présentes nécessaires au développement des activités. L'axe principal de ce travail est conçu à travers la participation active des Yanomami visant une gestion commune du programme, ceci afin de répondre à la philosophie de la Secoya de « faire avec les Yanomami et non pas pour eux ». Le programme est coordonné par une infirmière volontaire de l'organisation suisse de coopération par l'échange de personne E-CHANGER, de façon articulée avec les professionnels des départements d'éducation et d'appui au processus organisationnel de la Secoya.

S'appuyant sur l'analyse des causes de la dénutrition infantile (réalisée durant les cours pour les AIS) et les enquêtes de terrain, un axe particulier sera dirigé sur la lutte contre les maladies diarrhéiques. Dans ce sens, un partenariat a d'ores et déjà été conclu avec l'INPA (Institut National de Recherches en Amazonie) afin d'installer deux systèmes de purification de l'eau dans deux villages.

Ce système, nommé Ecolágua, fonctionne à l'énergie solaire et permet de fournir de l'eau potable aux personnes vivant dans des localités distantes, démunies d'électricité. Ce purificateur élimine 99,5% des germes présents dans l'eau grâce à l'action d'une lampe qui émet des rayons ultraviolet de type C. L'eau est acheminée de la rivière jusqu'à un réservoir par l'action d'une pompe



fonctionnant à l'énergie solaire. Ce réservoir est relié au système ECOLAGUA, boîtier de la taille d'une valise dans lequel se trouve la lampe ultraviolette. L'eau est canalisée dans un tube afin d'être irradiée par cette lampe. Les rayons ultraviolets provoquent un dommage photochimique instantané des gènes des micro-organismes, désinfectant rapidement l'eau. L'équipement, de taille compact, pèse 13 kilos et peut purifier jusqu'à 400 litres d'eau par heure. Fonctionnant uniquement à l'énergie solaire, la seule manutention future se réfère au changement de batterie et de la lampe ultraviolette qui a une durée de vie de 10 mille heures, équivalant à 3 ans d'utilisation.

En parallèle à l'installation de ce système, des actions sur l'hygiène sont menées avec la population du xapono. Ceci dans l'optique de travailler l'ensemble des causes des maladies diarrhéiques, qui, sans une bonne prise en charge, sont fatales pour les enfants. De plus, un travail systématique sera réalisé par les AIS afin d'analyser les facteurs provoquant un amaigrissement et ainsi évaluer l'impact du purificateur d'eau ECOLAGUA sur l'incidence de diarrhée ainsi que sur le taux de dénutrition infantile. Périodiquement, seront réalisées des enquêtes de terrain sur la situation nutritionnelles des enfants, afin de pouvoir déterminer l'évolution de la santé Yanomami avant et après l'installation des systèmes de désinfection solaire de l'eau.

Cette étape sera fondamentale afin de prouver l'impact de cette initiative et apporter de solides arguments dans les débats politiques des Yanomami face à la SESAI. En effet, il est de la responsabilité de cette institution gouvernementale de garantir l'accès à l'eau potable aux peuples indigènes. Celle-ci, par ailleurs, possède de conséquentes ressources financières dans ce but. Cependant, les actions menées par la SESAI, ces dernières années, n'ont malheureusement pas démontré grande efficacité. De grandes sommes furent utilisées pour monter des systèmes dont la manutention ne put pas être garantie, paralysant de ce fait le fonctionnement desdits systèmes. Ainsi, la Secoya accompagnera également les leaders et AIS dans leurs actions de lobbying politique afin de défendre l'accès à l'eau potable pour les villages Yanomami.

Outre les activités dirigés aux AIS et aux femmes, il est aussi prévu de fortifier les actions d'éducation en santé dans les écoles. Ainsi des modules spécifiques seront réalisés lors des cours de formation des professeurs afin qu'ils puissent être le relais auprès des enfants et parents. Conscient du fait que des changements d'habitudes au sein d'une société représentent un processus sur le long terme, il est primordial d'offrir un espace au niveau scolaire afin que les enfants puissent intégrer des notions comme l'hygiène personnelle et environnementale dès le plus jeune âge.

La dynamique développée avec des activités d'échange entre AIS permettra également de mener d'autres enquêtes de terrain afin d'évaluer l'évolution de la situation de dénutrition, les causes de ce problème ainsi que la sécurité alimentaire.

9. CADRE LOGIQUE

	Résumé	Indicateurs	Preuves	Risques	Activités
Objet	Diminution de 50% du taux de dénutrition infantile des enfants de 0 à 5 ans après 3 ans ³	Z-score Pourcentage d'enfants ayant perdu ou gagné du poids Evolution des facteurs d'influence (causes ayant provoqué une stagnation ou une perte de poids)	Courbe poids-âge Systématisation des courbes de croissance Documents de suivi produits par les AIS	Risques: 1. Une recrudescence de la malaria liée aux failles de la vigilance sanitaire de la SESAI (Secrétariat Spéciale de Santé Indigène), entrainerait une augmentation significative du taux de dénutrition infantile et compromettrait l'objectif visé. En cas de nouvelle endémie, des actions spécifiques seront menées afin de surveiller les conséquences sur la dénutrition et de renforcer l'utilisation de moustiquaire dans les villages concernés. 2. Certains xapono pourraient ne pas accepter les activités proposées pour des motifs internes (situation de faim, deuil, non compréhension des enjeux), ce qui entrainerait une réduction de la population bénéficiaire du projet. 3. Résistance aux changements : dans le contexte Yanomami, toute action en santé publique doit être appréhendée dans une vision à long terme. Pour ce peuple, dont le contact avec la société régionale est récent, dont la cosmovision est extrêmement liée au monde spirituel, les critères d'évaluation de projet doivent être adaptés au rythme spécifique des Yanomami.	

³ Le taux de dénutrition qui sera analysé prend en compte l'indice Poids/Âge. Celui-ci permet de déterminer le taux de dénutrition mixte (autant les cas aigus que chroniques). Fin 2013, les enquêtes de terrain démontrèrent un taux de 44% de dénutrition. Dans le cadre de ce projet, une nouvelle étude sera réalisée durant le dernier trimestre 2015 afin de déterminer le taux de départ.

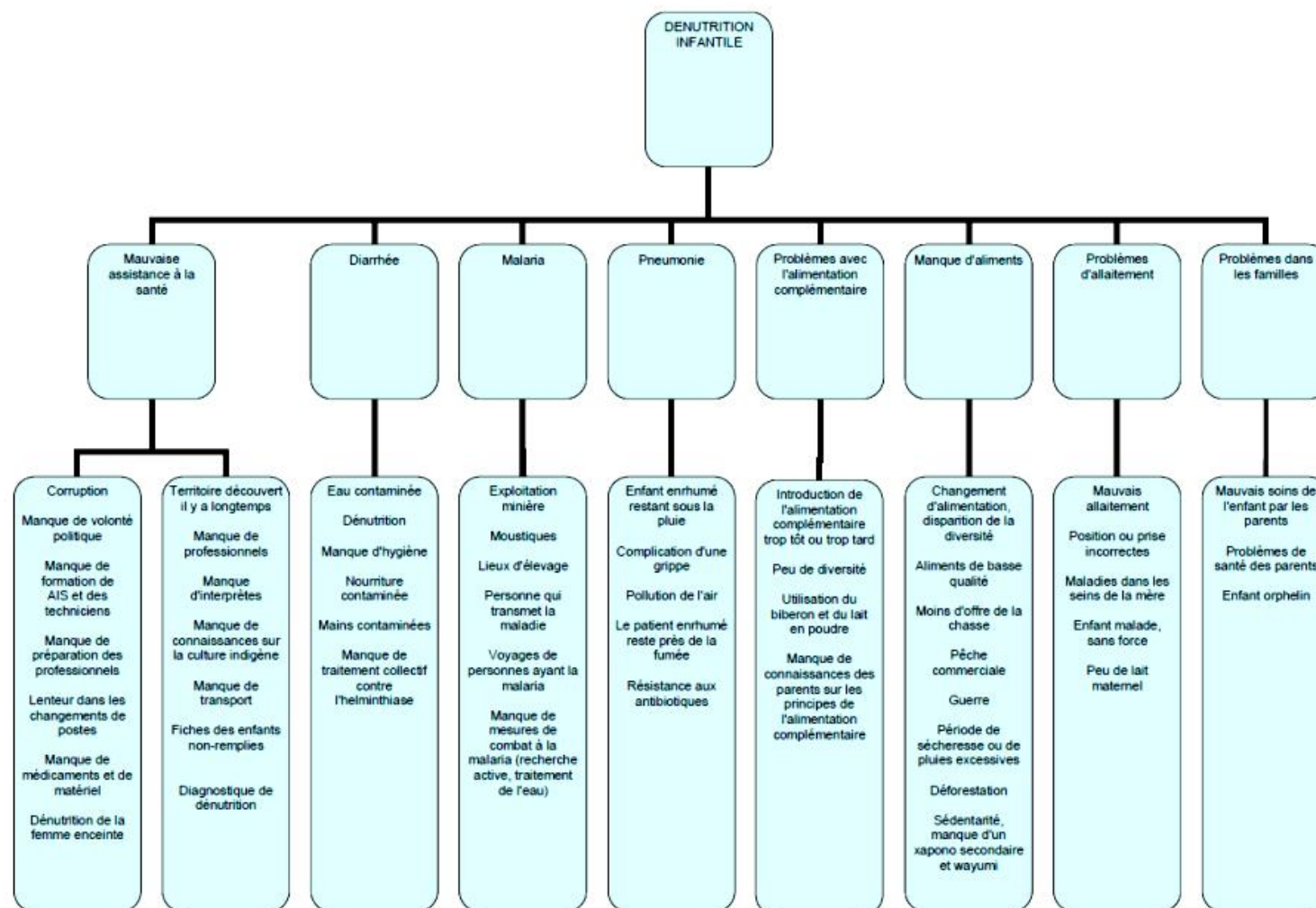
Résultats	Résultat 1 : un réseau d'AIS (agents indigènes de santé) capables de suivre la population en ce qui concerne la dénutrition (surveillance et conseils).	R1/T1 : 90% des AIS qui participent aux cours, accompagnent les enfants en utilisant les fiches de croissances et conseillent les parents en fonction des problèmes relevés. R2/I2 : Nombre d'AIS qui adoptent une attitude proactive et défendent le concept de prévention face à d'autres groupes d'intérêt.	Fiches de croissance (poids/âge) Rapport de terrain avec description des entretiens entre l'équipe de terrain, les AIS et la population. Rapport de cours	Les AIS ne donnent pas suite aux fiches de croissance, ou seulement dans un nombre restreint de xapono. Interférence de certains groupes d'intérêts (SESAI, Salésiens) dans le développement des activités. Réaction de passivité des Yanomami face au paternalisme d'autres organisations (politique de la FUNAI, programmes gouvernementaux comme « Bolsa Familia » etc.).	R1/A1 (résultat1/activité1) : établir et organiser un programme de cours pour les AIS, et réaliser 2 cours de 10 jours par année ; R1/A2 : organiser et réaliser un échange de 4 semaines par année entre les AIS, dans le but de partager leurs connaissances, développer les capacités d'accompagnement des familles et récolter des données ; R1/A3 : l'équipe de la Secoya accompagne le travail des AIS dans les villages à chaque séjour en terre Yanomami, soit 3 périodes de 60 jours par année; R1/A4 : informer et sensibiliser l'organisation Yanomami Kurikama au sujet du programme.
-----------	---	--	--	---	---

	Résultat 2 : Un réseau de femmes formées à l'équilibre nutritionnel et aux conditions d'hygiène nécessaires à la bonne croissance des enfants.	R2/I1 : Un réseau de 24 femmes participe aux cours administrés par la Secoya. R2/I2 : N° de femmes soulevant des discussions sur les thèmes abordés durant les cours dans les xapono R2/I3: Modifications alimentaires perceptibles dans les familles des femmes participant aux cours.	Rapport de cours Rapport d'activités Enquête de terrain sur la variété alimentaire	Les femmes, du fait de leur position culturelle dans les communautés, ont des difficultés pour retransmettre les contenus étudiés. Certaines hommes (ou villages) ne laissent pas participer leurs femmes aux cours	R2/A1 : établir et organiser un programme de cours pour les femmes et réaliser 1 cours d'une semaine par année ; R2/A2 : encourager la participation des femmes dans les activités de prévention développées dans les xapono par les professeurs et les AIS ; R2/A3 : développer des animations spécifiques pour les femmes, réalisées par l'équipe de la Secoya dans ces activités de terrain ; R2/A4 : l'équipe de la Secoya (programme d'éducation et d'éducation en santé) accompagne et conseille les femmes dont les enfants souffrent de dénutrition (Z-score en dessous de -2).
	Résultat 3 : L'eau potable est accessible et utilisée par 50% de la population.	R3/I1 : 100% des xapono bénéficient de connaissances suffisantes permettant l'adoption d'un mode de purification de l'eau R3/I2 : 50% des villages mettent en pratique un système de purification de l'eau R3/I3 : 60% des AIS accompagnent les familles dans le traitement de l'eau	Rapport d'activités Relevé d'observations, rapport Rapport de terrain	Les Yanomami restent en attente de solutions externes (puits, filtres, etc).	R3/A1 : les professeurs Yanomami réalisent des activités de prévention et d'information sur les modes de transmission des maladies diarrhéique dans les écoles ; R3/A2 : l'équipe de la Secoya et les AIS réalisent des discussions et débats dans les villages sur l'importance du traitement de l'eau ; R3/A3 : la Secoya accompagne la recherche de fonds des Yanomami en vue de l'achat de filtres à eau, ou autres stratégies choisies par la population.

	Résultat 4 : 40% de la population a des pratiques d'hygiène sûres (hygiène du milieu, domestique et personnelle).	R4/I1 : 75% des xapono concernés contrôlent de manière autonome l'infestation de blattes R4/ I2 : Numéro d'initiatives de gestion des déchets observées R4/I3 : Evolution des mesures d'hygiène observées dans les xapono selon les critères établis	Rapport de terrain Témoignages et observations directes dans les xapono Relevé d'observation dans les villages		R4/A1 : les professeurs Yanomami et les AIS réalisent des cours sur l'hygiène dans les écoles ; R4/A2 : établir et organiser un programme de réunions informatives pour les femmes ; R4/A3 : mettre à disposition l'acide borique aux Yanomami et encourager la confection du venin à blatte ; R4/A4 : réaliser des discussions et démonstrations pratiques dans les xapono en ce qui concerne l'hygiène domestique et personnelle ; R4/A5 : élaborer des critères de mesures d'hygiène et évaluer périodiquement la situation dans les xapono.
	Résultat 5 : 60% de la population sont sensibilisées sur l'importance d'un apport quotidien en protéine et sur les possibilités d'augmenter cet apport en valorisant les ressources traditionnelles.	R5/I1 : Consommation de protéines observée (nombre de portion par jour et variété) dans une population cible auparavant définie et régulièrement sondée R5/I2 : Valorisation des ressources traditionnelles en protéine	Relevé d'entretiens Observations directes dans les xapono, entretiens Enquête de terrain sur la variété alimentaire		R5/A1 : élaborer un relevé des ressources traditionnelles en protéine des Yanomami de la région du Marauia ; R5/A2 : développer les connaissances des AIS, des professeurs et des femmes durant les différents cours de la Secoya sur les sources de protéines disponibles tout en encourageant leur consommation ; R5/A3 : soulever des discussions avec l'association Kurikama sur les bénéfices de la gestion traditionnelle du territoire ; R5/A4 : discuter aux seins des xapono l'utilisation des ressources financières issues du programme « Bolsa Familia » dans l'achat d'aliments ; R5/A5 : définir une population cible et évaluer périodiquement sa consommation de protéines par des visites domiciliaires et des entretiens.

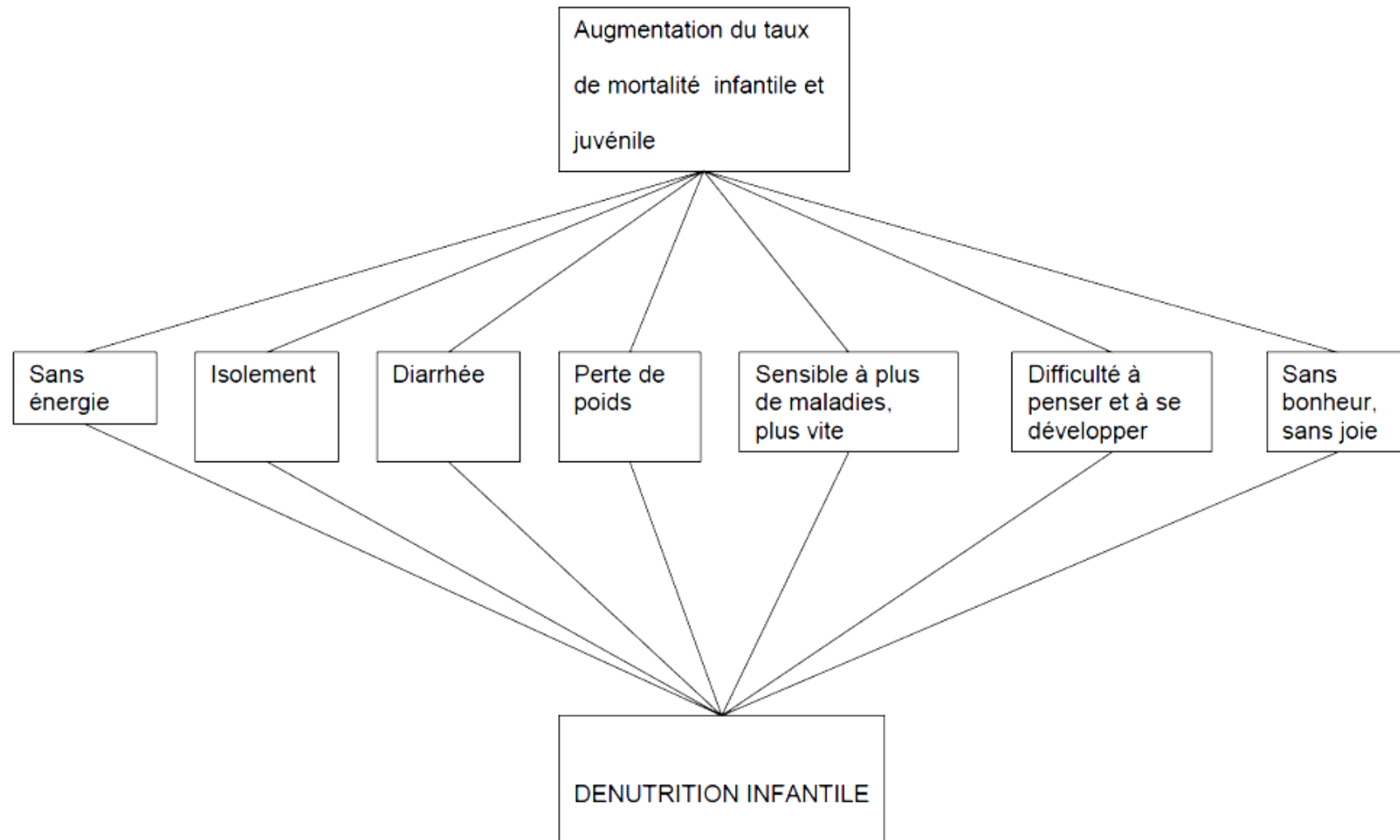
ANNEXE : ARBRE DE PROBLEMES ⁴

Arbre de problèmes: les causes de la dénutrition



⁴ Cette analyse de la dénutrition a été réalisée par les AIS durant un cours.

Arbre de problèmes: Conséquences



Arbre de solutions

