

Participation caritative ou concertation :

alternatives à l'assistance médico-sanitaire
prodiguée aux Yanomami du Venezuela

Jean CHIAPPINO*

L'assistance sanitaire dispensée à des sociétés de culture très éloignée de la nôtre, telles que les sociétés amérindiennes de forêt, serait-elle condamnée à ne dépendre que de « bricolage » et de bonnes volontés ? C'est ce que pourrait donner à penser l'apparente paralysie du dispositif de soins concernant les Yanomami du Venezuela, si l'on ne prenait en compte la différence majeure entre les tâtonnements initiaux et les hésitations d'aujourd'hui face aux limitations de la biomédecine.

L'évolution de l'assistance médico-sanitaire destinée aux Yanomami du Venezuela (1) se caractérise non seulement par une adaptation à la situation épidémiologique et sociologique de cette population, mais aussi par l'intégration d'un personnel indigène. Aucune des techniques traditionnelles ne sont néanmoins incorporées. De la diversité des enjeux dont fut l'objet l'assistance médicale et de la divergence des stratégies déployées peuvent être dégagées les conditions formelles

* UCV. FACES (faculté des Sciences économiques et sociales - section d'Ethnographie - Caracas, Orstom-Venezuela.

(1) Les Yanomami constituent un groupe de chasseurs-essarteurs de plus de 21 000 personnes, occupant un territoire qui s'étend de part et d'autre de la frontière vénézo-lano-brésilienne. Dans la partie vénézuélienne, le territoire des Yanomami — un des quatre sous-groupes linguistiques composant la société Yanomami dont il sera question dans le texte — recouvre l'aire des sources de l'Orénoque et celle de ses premiers affluents. Ces Yanomami forment une population de plus de 10 000 personnes, sans compter les Sanema, sous-groupe linguistique septentrional dont on dénombre quelque 2 500 individus (cf. recensement de 1982 : OCEI, 1985). C'est le groupe amérindien le plus important du Territoire Fédéral Amazonas, le plus isolé aussi géographiquement et le moins intégré à la vie nationale.

d'organisation, qui permirent aux dispositifs d'assistance successifs de dépasser les obstacles rencontrés. Nous verrons que cet effort ne peut se réaliser ni à travers l'autonomie du personnel, pas toujours médical, employé dans ce type d'assistance ni à travers l'indépendance de l'institution médicale. S'il veut avoir quelque chance d'être efficace, le fonctionnement d'un dispositif sanitaire concernant de telles populations ne doit pas seulement relever d'une politique de santé : il doit aussi tenir compte des particularités sociologiques des populations et de leur participation. La collaboration des sciences sociales au dispositif sanitaire est une forme d'assurance sur ses possibilités d'adaptation.

HISTORIQUE

La période de participation caritative

Jusque dans les années soixante-dix, le service de soins concernant les Yanomami était confié aux deux ordres missionnaires en place : les Salésiens — ordre catholique italien — et les New Tribes Missions (NTM) — organisation évangéliste fondamentaliste nord-américaine (voir à ce sujet TAYLOR C.W. et COGGINS W. T., 1961).

L'assistance prodiguée par les congrégations salésiennes était et se trouve encore régie par la « loi des Missions ». Cette loi, votée en 1915, et ses décrets d'application définissaient les devoirs des missions catholiques — les premières implantées sur le territoire national et les seules reconnues par cette loi — à l'égard des communautés indigènes et de la nation. Leur revenait ainsi le droit d'évangéliser les populations du Territoire Fédéral Amazonas (TFA).

Or, en 1946, après un premier repérage effectué depuis la Colombie, un missionnaire des New Tribes Missions s'installa inopinément en territoire Yanomami, territoire non encore soumis à l'influence salésienne. Cette installation souleva de vives polémiques de la part des Salésiens, forts du droit que leur avait accordé la loi des Missions. Saisi de l'affaire, le ministère de la Justice, assisté par le département des Affaires indigènes, autorisa en 1954 les New Tribes Missions à séjourner dans les zones où les Salésiens n'avaient pas encore pénétré. Pour fixer les droits et les devoirs de cet ordre, on eut recours au décret contrôlant le motif et la durée du séjour des personnes dans les zones indigènes du territoire national.

Cette solution, habilement retenue, permettait aux autorités de manifester un respect de la liberté constitutionnelle de culte et d'expression et de mettre un terme aux querelles souvent épiques

entamées par les deux ordres sur le terrain. Cette alternative n'empêcha cependant pas ces derniers de poursuivre une lutte larvée, afin d'affirmer leur hégémonie sur la population yanomami, chaque ordre suivant alors une stratégie conforme aux impératifs légaux régissant leur présence et leurs rôles respectifs. Les Salésiens multiplièrent leurs missions le long de l'Orénoque, développèrent en hâte leurs actions à la fois d'évangélisation et d'assistance éducative et sanitaire, afin de démontrer leur capacité à remplir la tâche qui leur était confiée et d'acquérir une zone d'influence optimale. Les NTM, quant à eux, quittèrent finalement leur mission de Mavaka sur les rives de l'Orénoque et se retranchèrent, en 1968, dans la Sierra Parima, zone vierge de tout contact. Ils consacrèrent leurs efforts non seulement à la traduction de leur Bible, mais aussi à la formation de quelques Yanomami destinés à les relayer dans l'action prosélyte qu'ils voulaient mener le plus rapidement possible dans cette zone isolée et difficile d'accès.

De facto, ce contexte stratégique fut le cadre dans lequel allait se situer l'assistance sanitaire dispensée aux Yanomami. Il fut en partie responsable des résistances yanomami au dispositif sanitaire, résistances qui se perpétuèrent bien au-delà de la fixation dans les années soixante-dix des centres missionnaires et de leur zone d'influence respective (cf. fig. 1).

Au moment de l'installation de ces missions, la politique de santé vénézuélienne était entièrement engagée dans l'organisation du dispositif de contrôle de l'endémie paludique, qui sévissait dans toute la partie australe du pays, et s'opposait au développement de cette zone du territoire national (cf. *Ministerio de Obras Publicas*, n. d.). Le service régional de la « Malariologie » était la pièce maîtresse de ce contrôle. Située à Puerto Ayacucho — capitale du Territoire Fédéral Amazonas (TFA) où se déroulent ces événements —, cette institution était chargée d'établir le diagnostic des cas, d'évaluer les résistances aux remèdes antimalariques distribués, de visiter les communautés afin de stériliser (par des fumigations) les gîtes d'anophèles et d'apprécier la progression de l'affection. Ce projet faisait suite aux très importants travaux de drainage et d'assainissement entrepris dès 1936 (2) sur tout le territoire national afin d'éradiquer cette endémie. Les moyens logistiques et financiers dont disposait ce service depuis des années mobilisaient toute l'énergie de la politique de santé et maintenaient dans un état critique les autres services médico-sanitaires (centre hospitalier régional et dispensaires). On comprend dans ces

(2) Ce travail gigantesque a été l'œuvre du Dr. A. Gabaldon quand il était directeur du département de la « Malariologie » du ministère de la Santé.

La période d'organisation de la médecine rurale et des soins de santé primaires

Si les chiffres avancés à l'époque par le service de la « Malariologie » soulignaient une diminution régulière du taux de paludisme dans la région de Puerto Ayacucho — l'effort entrepris pour contrôler l'endémie se révélait efficace, le bilan était bien moins satisfaisant dans le haut Orénoque. Cette situation démontrait la fragilité du contrôle du paludisme dans cette région de Puerto Ayacucho où le risque de réapparition de l'endémie demeurait. L'état sanitaire du TFA, y compris celui des Yanomami dont on découvrait la culture et l'importante population (3), passaient d'ailleurs pour l'exemple de la pénurie médico-sanitaire dans laquelle on maintenait certaines populations du territoire national. Cet ensemble de faits contraignit les planificateurs à envisager dans les années soixante-dix une réorganisation de l'ensemble du dispositif d'assistance sanitaire régional. Des anthropologues travaillant dans la région (cf. J. CHIAPPINO, 1974, 1975; J. LIZOT, 1976; H. SEIJAS et N. ARVELLO JIMENEZ, 1978; C. ALÈS et J. CHIAPPINO, 1985 a, b), commençaient à analyser la situation et à proposer des solutions à l'inadaptation du service de la « Malariologie » et de son application médicale. Pour eux, la résistance des Yanomami à la lutte antimalarique (cause supposée de la persistance du paludisme dans le TFA) relevait de plusieurs explications : quasi-inexistence de l'assistance sanitaire et absence de toute politique indigéniste (concentration des populations autour des centres missionnaires, épuisement des ressources, modifications de leur habitus alimentaire); mais tout autant : imposition brutale des protocoles biomédicaux opérée par le service de « Malariologie » et exploitation de la maladie par certains missionnaires pour satisfaire leurs fins de prosélytes (4). Travaillant sur place en mettant mes compétences de

- (3) Les Yanomami sont l'un des derniers groupes amérindiens vénézuéliens à avoir été « contacté ». Jusqu'à l'expédition franco-vénézuélienne aux sources de l'Orénoque en 1951, l'on ignorait à peu près tout des Yanomami; seuls quelques missionnaires des NTM avaient établi des contacts avec certaines communautés. C'est autour des années soixante-dix que les premiers écrits sur la société yanomami commencèrent à être divulgués (O. ZERRIES, 1964; E. BIOCCHA, 1965; J. WILBERT, 1966; N.A. CHAGNON, 1966, 1968, 1974; L. COCCO, 1972; E. MIGLIAZZA, 1972; A. RAMOS, 1972; J. SHAPIRO, 1972; K.I. TAYLOR, 1974; N. et A. LHERMILLET, 1974; D. de BARANDIARAN, 1974, J. LIZOT, 1975 a et b).
- (4) Les Yanomami jugeaient la pratique médicale occidentale, dans son mode parfois brutal d'application, très agressive à l'égard de la personne et contraire, en cela, à leur conception de la santé (les protocoles de lutte antimalarique, en particulier, qui comportaient la fumigation répétée des toitures des maisons, faites contre le gré des Yanomami pour lesquels les fumées sont, au contraire, porteuses des maladies épidémiques). En ce qui concerne l'exploitation de la maladie à des fins prosélytes, nous renvoyons à C. ALÈS et J. CHIAPPINO, 1985 b).

médecin à la disposition des Yanomami (5), j'obtins de collaborer avec le dispositif sanitaire. Je pus dès lors attirer l'attention du département d'Épidémiologie du ministère de la Santé et des Affaires sociales sur ces facteurs et avancer certaines recommandations ; une des premières nécessités était l'indépendance du service sanitaire à l'égard des missions, garantie d'une meilleure acceptation de la médecine par les Yanomami. Les réactions que provoquèrent ces interventions devaient se traduire par une « surenchère médicale » tant des missions salésiennes, voulant manifester leur participation, que des planificateurs dont le propre désir de réforme se trouvait ainsi stimulé. Le désordre produit par cette surenchère s'atténua lorsque ces derniers imposèrent une nouvelle orientation à l'assistance sanitaire régionale et créèrent le service de Médecine rurale et celui des « Soins simplifiés » (*Asistencia Primaria en Salud - APS*), s'inscrivant ainsi dans les perspectives affirmées lors de la Conférence de Alma Ata (1978).

Selon ce nouveau dispositif, les étudiants de médecine étaient tenus d'effectuer, en fin d'études, un an de stage pratique dans un milieu rural et d'assister les auxiliaires de santé autochtones formés à dispenser les soins de base. Cette organisation, qui avait pour but de compenser le manque en personnel des zones les plus défavorisées, devait conduire le service médical à prendre en compte des aspects plus sociologiques des faits de maladie et de santé. La confrontation du terrain permettait aux futurs médecins d'adapter aux circonstances locales l'enseignement académique reçu. Le personnel indigène employé de préférence comme auxiliaire sanitaire aidant, on attendait de ce dispositif une diminution de la résistance des populations, très éloignées de la culture occidentale, à l'application médicale en général et à la lutte antimalarique en particulier. Remarquons toutefois que ce dispositif n'envisageait pas d'intégrer les techniques des thérapeutes traditionnels, comme ce fut le cas dans d'autres pays (la Colombie par exemple). Les médecins étaient responsables de dispensaires ruraux à partir desquels ils contrôlaient les auxiliaires sanitaires chargés de postes de soins, situés dans les communautés plus petites et plus isolées. Dans le cas yanomami, il y avait un seul médecin pour toute la zone. Basé à la Esmeralda, il bénéficiait d'un service

(5) Mon premier contact avec les Yanomami remonte à 1974, date à laquelle j'ai initié à la fois une étude anthropologique de l'activité chamanique yanomami et une recherche sur les modalités d'application de la médecine occidentale à ce type de société. J'ai effectué plusieurs séjours dans la région du haut Orénoque durant les années 1974-1976, dans le cadre d'une mission effectuée pour le compte de *Survival International*, l'Université de Paris VII, puis dans les *highlands* de la Sierra Parima de 1980 à 1991, pour le compte de l'Orstom avec l'appui de l'UCV, de Cordiplan, de la DAI, de la DGRST et du CNRS.

de transport (fluvial ou aérien) et se trouvait relié par radio aux différents postes sanitaires, au service de la « Malariologie » et des Grandes Endémies, ainsi qu'à l'Hôpital régional. Les auxiliaires de santé choisis furent des Ye'kuana, certains d'entre eux, voisins des Yanomami, pratiquant à la fois l'espagnol et la langue yanomami, bilinguisme que les Yanomami de l'époque ne maîtrisaient pas.

Dans une première étape et par facilité logistique (des postes sanitaires propres au service médical ayant été construits à proximité des centres missionnaires), cette organisation déploya ses forces à partir des missions salésiennes du haut Orénoque. En effet, les autorités médicales, qui visitèrent les NTM afin d'analyser la situation de la Sierra Parima et d'intégrer ces missions au dispositif sanitaire, constatèrent tout d'abord que le paludisme n'était pas endémique dans cette zone (les *highlands* de la Sierra Parima ayant une altitude supérieure à 800 m, l'anophèle en principe ne s'y développe pas (6)). Elles jugèrent par ailleurs que ces missionnaires se montraient très réservés à l'égard d'un travail sanitaire pour lequel ils affirmaient n'être pas formés. Ils préféraient — disaient-ils — privilégier leur travail linguistique, et se contentaient d'intervenir dans les cas de maladies graves; ils prenaient pour cela l'avis de médecins de leurs relations, contactés par radio ou invités à un bref séjour dans leurs missions. Outre leur intervention discrète dans le domaine médical, ces missionnaires soulignaient le choix laissé aux Yanomami de les suivre — ou non — dans leur entreprise de conversion, par l'emprunt de concepts métaphysiques indigènes (7) dans l'enseignement de leur doctrine. C'est pourquoi, malgré l'ambiguïté de cette argumentation, les personnalités médicales amenées à les inspecter leur accordèrent la liberté en matière d'assistance sanitaire, au regard du nombre limité des urgences et de l'impossibilité pour le service médical de

- (6) Les cas de paludisme dans la Sierra Parima étaient à cette époque plus rares qu'aujourd'hui. Leur augmentation depuis 1990 semble être due à la recrudescence des séjours effectués par les Yanomami des *highlands* de la Sierra (900-1000 m) dans des zones plus basses du piémont, à l'augmentation de l'infestation paludique dans le bassin supérieur de l'Orénoque et, peut-être, à l'apparition d'une souche d'anophèles supportant l'altitude — ce qui reste à démontrer. De façon plus générale, il y a eu aussi un brusque accroissement de la fréquentation de l'ensemble de ce territoire par des agents externes (*garimpeiros*, touristes, commerçants, pilotes, soldats, etc.).
- (7) Cette organisation suit les méthodes du célèbre *Summer's Institute of Linguistics* (cf., à ce sujet, HVALKO et AABYÈS, 1981) et a pour principe d'éduquer et de communiquer dans la langue vernaculaire. Cette conduite explique qu'il n'y a toujours pas, après plus de 20 ans de présence des NTM à la Parima, de Yanomami parlant l'espagnol dans cette zone. Les Salésiens, qui pratiquaient une éducation en espagnol, étaient accusés, à la même époque et avant l'obligation due à un décret de 1979 de diriger un enseignement bilingue, d'imposer des concepts peu compréhensibles pour les Yanomami, en raison de la censure de la langue yanomami qu'ils opéraient.

contrôler cette région dans l'immédiat ; les autorités médicales, par ailleurs, se firent les fervents défenseurs de la prolongation du séjour de ces missionnaires sur le terrain, accusés, rappelons-le, à plusieurs reprises de prosélytisme fanatique. La prétendue discrétion d'intervention de ces missionnaires masquait en fait de graves conflits liés à leur tactique d'évangélisation — nous ne l'analyserons pas ici —, phénomènes d'anomie que ne pouvaient découvrir les autorités lors de leurs éphémères passages. De fait, grâce à leur réserve, ces missionnaires évitaient les polémiques et le risque de se faire expulser avant de marquer la société de leur influence et de former un petit nombre de familles yanomami destinées à leur succéder dans leur œuvre de conversion des mœurs et des croyances.

Les missions salésiennes, par contre, n'allaient plus pouvoir bénéficier de la liberté d'action qu'elles avaient connue jusque-là. La réforme leur imposait les nouvelles structures du dispositif. Sous l'impulsion œcuménique de Vatican II, ces missions adoptèrent, comme dans d'autres pays, une nouvelle stratégie démontrant désormais une volonté d'adaptation aux spécificités locales. S'intéressant plus profondément à la société yanomami (8) et s'efforçant de lui adjoindre les éléments occidentaux indispensables à sa survie et à l'amélioration de son bien-être (9), ces missions collaborèrent à la nouvelle politique de santé. Elles acceptèrent d'aider le médecin du service de Médecine rurale, lorsqu'il visitait les postes sanitaires proches d'elles (dont certains étaient pourvus d'un auxiliaire de santé *ye'kuana*, d'autres, d'une religieuse, habilitée par le service médical). Les missions salésiennes devinrent même parfois des lieux de débats, où médecins et anthropologues discutaient de l'aide à apporter et des méthodes à employer pour adapter l'assistance sanitaire ou l'enseignement. Cependant, si l'effort d'adaptation (10) aux conditions sociologiques se traduisit, dans cette région, par un fléchissement des résistances yanomami aux pratiques médicales, le fonctionnement du dispositif rencontrait toujours de graves difficultés et l'état sanitaire des Yanomami ne s'améliorait pas notablement.

En effet, l'assistance, conçue par la nouvelle politique de santé, escomptait obtenir des résultats en misant, d'un côté, sur le savoir-faire des jeunes médecins du service de Médecine rurale et, de l'autre, sur sa position de force en tant qu'institution nationale. Mais c'était

(8) Certains Salésiens se formèrent même à l'anthropologie (cf. M. I. EGUILLOR GARCIA, 1984).

(9) Ils prévoyaient la création de coopératives autogérées, ce qui est aujourd'hui réalisé.

(10) La tolérance médicale avait conduit certains planificateurs à envisager de rendre obligatoire la présence d'un chamane, chargé de conduire une prestation chamannique de cure parallèlement à la consultation médicale.

faire abstraction des problèmes de relations entre les parties présentes sur le terrain, comme des difficultés logistiques et matérielles qui sont le propre de ces régions isolées. Fort de leur position officielle et afin d'imposer leur indépendance face aux missions, les médecins adoptèrent parfois des comportements d'autorité à l'égard des missionnaires, dont le service public était dépendant, ne fut-ce que pour communiquer avec les Yanomami. Les tensions ainsi provoquées mirent en péril le bon fonctionnement du dispositif. De plus, le manque de conscience professionnelle des auxiliaires de santé non missionnaires, dont on avait surestimé les services qu'ils devaient rendre, aggravait la situation. Des facteurs d'ordre économique entraient également en jeu. L'importance du budget nécessaire au fonctionnement du dispositif fut très vite source de critiques et de réticences de la part du gouvernement régional, responsable des transports aériens, comme du service de la « Malariologie » chargé des transports fluviaux. Ces résistances allaient progressivement entraver le programme et un phénomène sociologique propre à l'époque finit par le paralyser définitivement. En effet, le Venezuela connaissait alors un « boom pétrolier » qui laissait espérer une facilité de vie telle que les médecins, épuisés par les déplacements que l'on exigeait d'eux, délaissèrent rapidement leur poste, considéré de surcroît comme risqué suivant la représentation populaire de "l'enfer vert". Les auxiliaires de santé indigènes, la plupart du temps abandonnés à eux-mêmes, rejoignaient leur communauté d'origine pour de longues périodes. Les Salésiens, prenant à nouveau la charge des soins dont ils avaient été dessaisis, préféraient travailler dans l'infirmerie de la mission, les centres de soins officiels étant alors abandonnés. De son côté, le service de la « Malariologie » ne parvenait plus à obtenir de son personnel l'abnégation qu'on exigeait de lui (11).

L'euphorie qui avait présidé à la création de ce dispositif décrut. Les planificateurs avaient surestimé le rôle des auxiliaires non médicaux et négligé les rapports de force entre les diverses institutions impliquées dans l'assistance (missions, gouvernement régional, service de la « Malariologie »). Le dispositif perdit ainsi rapidement toute efficacité. Il ne put diagnostiquer à temps certains cas d'hépatite rapidement mortelle et s'opposer à leur apparition dans certaines zones du haut Orénoque. Il fut en outre totalement démuné face à l'endémie paludique à *Plasmodium falciparum*, qui commençait à décimer certaines communautés. Alerté, le département des Grandes Endémies

(11) C'est ainsi que, dès 1975, on assiste à la fois au déclin des activités du service de la « Malariologie » et à la mort du projet de développement du sud du pays (projet « Conquista Del Sur » : Codesur).

du ministère de la Santé organisa alors à grands frais une série d'expéditions, afin d'étudier ces affectations du point de vue immunologique et épidémiologique. Mais ces recherches de prestige, entreprises de façon très épisodique, occasionnaient des dépenses importantes et ne laissaient prévoir que des solutions lointaines ; elles ne pouvaient enrayer le dysfonctionnement du dispositif.

Si, au regard de l'opinion publique de Puerto Ayacucho inquiète de la menace de ces endémies graves, la création du service de Médecine rurale et du service des Soins simplifiés était responsable de l'anéantissement des efforts opérés par le service de la « Malariologie », les planificateurs, eux plus conscients des défaillances du dispositif, envisagèrent de le réorganiser, le considérant comme une solution à ne pas écarter malgré ses difficultés.

La période de concertation sur l'organisation d'une assistance sanitaire intégrée

Dans les années quatre-vingt la présence à des postes clés du ministère de la Santé et du gouvernement régional de certains médecins ayant participé à l'élaboration du dispositif précédent (et donc au fait des erreurs commises) fut nécessaire pour que l'assistance aborde une phase constructive. Ces personnalités décidèrent en effet que l'alternative médicale à retenir devait être un moyen terme entre un service de Médecine rurale et de Soins simplifiés et une recherche biomédicale fondamentale. Selon elles, il était nécessaire de conduire une recherche biomédicale sur les grandes endémies, de s'efforcer d'appliquer les recommandations émanant de ces recherches, et de former et de contrôler le personnel non médical chargé de l'application des soins. Ainsi tous les acteurs de l'assistance devaient travailler en étroite collaboration au sein même du TFA. Ces principes allaient être à l'origine de la création d'un centre original de recherche et d'application chargé de guider, sous le contrôle du ministère de la Santé garant de l'éthique, le dispositif de Médecine rurale et de Soins simplifiés.

C'est ainsi que fut créé en 1983, à Puerto Ayacucho, le Centre amazonien de recherche et de contrôle des maladies transmissibles *Simon Bolivar (Caicet)*.

La situation économique encore florissante du pays fut à l'origine de l'ampleur immobilière du centre (12) et du nombre de ses chercheurs,

- (12) Il se compose d'un vaste ensemble formé de laboratoires (immunologie, parasitologie, mycologie), d'un centre de soins, d'un ensemble administratif, d'une bibliothèque, d'un laboratoire photographique et d'une résidence. Il dépend à la fois du ministère de la Santé et des Affaires sociales, de la Médicature rurale (organisme responsable de la logistique médico-sanitaire) et de la *Gobernación* (gouvernement régional) du TFA.

mais ce sont les principes revendiqués dans son projet d'établissement qui furent responsables d'emblée de sa notoriété, de sa pérennité (13) comme de son influence dans l'adaptation de l'assistance sanitaire régionale. Les chercheurs du centre étaient tenus de diffuser très directement l'information sur les processus morbides de la région et sur leurs recommandations prophylactiques ou thérapeutiques.

Ils animaient des conférences-débats auxquels devaient participer d'autres chercheurs du centre (médecins et sociologues), les acteurs de l'application des soins et les représentants des diverses institutions concernées (hôpital régional, école des infirmiers, auxiliaires et inspecteurs de santé, voire membres du ministère de la Santé). L'aspect régional de l'assistance, soutenu de façon globale par le centre, et le sentiment de participation de chacun — y compris des populations — furent la cause de l'enthousiasme que souleva sa création et des appuis reçus de toute part (14). Ses divers programmes (enquête épidémiologique sur l'onchocercose yanomami — YARZABAL *et coll.*, 1983, 1985 — étude de l'infection tuberculeuse ou des maladies vénériennes présentes dans d'autres groupes ethniques du TFA) lui permirent d'élaborer, progressivement et de manière concertée, un plan d'assistance sanitaire mieux adapté aux besoins et à l'éthique des populations concernées, ainsi qu'aux ressources en personnel de la région (cf. la première réunion de synthèse, intitulée « *Aspectos Antropológicos y Sociológicos de la Atención Primaria en Salud en el Territorio Federal Amazonas* »; CAICET, 1987).

Cette procédure finit par entraîner l'élaboration d'un véritable programme « intégré », le « Projet expérimental APS-Piaroa » (CAICET, 1988), directement appuyé par le ministère de la Santé. Ce projet se proposait, à partir de l'exemple des communautés piaroa choisies

- (13) Les principes revendiqués par cette institution lui permirent de survivre à un changement gouvernemental qui impliquait, à l'époque, le changement des pouvoirs locaux.
- (14) Le ministère de la Santé et des Affaires sociales, le ministère de la Recherche, la faculté de Médecine, l'institut de Médecine tropicale et le département d'Ethnographie — ces deux derniers de l'université centrale du Venezuela de Caracas —, les sections régionales du ministère de la Santé et le conseil de l'Ordre, mais aussi le gouvernement régional et l'archevêché appuyèrent ou collaborèrent avec cette institution.

pour leur facilité d'accès (15), d'analyser les besoins en matière de santé et de déterminer les modalités d'adaptation de l'assistance sanitaire du TFA. Les résultats de ce programme expérimental devaient faire l'objet d'une proposition soumise par le Caicet au ministère de la Santé, afin que ce dernier puisse envisager une refonte de l'assistance sanitaire régionale dans l'ensemble du pays, en tenant compte des particularités épidémiologiques et sociologiques des populations. Jusque-là, cette problématique ne pouvait se dégager qu'avec difficulté de l'analyse des projets diversifiés et ponctuels menés par le Caicet.

La période de déstabilisation de la concertation : la multiplication de projets indépendants

L'apparition de nouveaux acteurs dans l'assistance médicale régionale va cependant bouleverser ce programme. En 1985, des personnalités non médicales élaborèrent un projet d'assistance intitulé « Parima-Culebra ». Ce programme, financé par de grandes entreprises privées, établissait une aide spécifique à la population yanomami. Son objectif était de subvenir au fonctionnement d'un groupe de médecins volontaires, chargés durant leur année de médecine rurale des centres de soins créés à la période précédente. Leur intervention devait suppléer aux visites — trop sporadiques — du médecin du service de la médecine rurale, installé par le Caicet afin de diriger et de contrôler les auxiliaires de santé.

Cette nouvelle entreprise avait l'intérêt de garantir la présence permanente de médecins en territoire yanomami. Néanmoins, les problèmes soulevés jadis par les rapports entre les multiples institutions ne purent être évités. Forts de leur indépendance (due à l'origine privée de leur projet) et de l'appui inconditionnel des missionnaires

- (15) Le Caicet avait en effet réussi, une fois constitué le programme expérimental APS-Piaroa, à rassembler autour d'un dispensaire des médecins praticiens, des étudiants en médecine (en stage de médecine pratique ou sociale), des nutritionnistes, des odontologues, des médecins planificateurs, des anthropologues, ainsi qu'un personnel d'infirmiers et d'auxiliaires sanitaires. Ce dispensaire fonctionnait comme un centre de médecine rurale; il était ouvert à la fois à la population créole des quartiers populaires l'environnant et à la population piaroa (Wothiha) qui en était proche. Les anthropologues dispensaient au personnel une formation anthropologique spécifique. Mandaté par le ministère de la Santé, le Caicet devait, pour sa part, servir de lieu de réflexion (moyennant les salles de réunion qu'il mettait à la disposition du programme) et de relai à l'institution médicale, afin de faciliter le transfert d'un savoir et d'une éthique entre le monde académique et institutionnel et le monde rural et indien. Le ministère de la Santé attendait du Caicet qu'il l'informe des solutions d'adaptation à envisager afin de revoir certaines composantes de la politique de santé régionale.

— lassés de voir l'état sanitaire yanomami abandonné au savoir-faire limité des auxiliaires de santé — trop rarement visités par le responsable du service de médecine rurale, ces médecins ne cherchèrent pas à se joindre à l'effort de coordination et de concertation du Caicet. Fortement impliqués par ailleurs dans leur rôle de praticiens, ils ne participaient pas à l'organisation régionale de l'assistance et du contrôle des maladies transmissibles. Aussi se placèrent-ils dans une position concurrentielle et fortement critique à l'égard du travail de coordination soutenu par cette institution, attitude renforcée par une compétition instaurée avec un autre mouvement associatif d'origine universitaire, porteur du « projet Amazonas » (16).

La multiplication des projets médicaux (il en existe de nombreux autres dans le TFA) est certes une alternative bénéfique au regard des actes pratiqués. Mais l'utilisation politique de ce bénéfice, notamment à des fins privées, peut avoir des effets néfastes sur une assistance concertée. Ce fut d'ailleurs un coup fatal porté aux solutions qui auraient pu se dégager de l'action du Caicet.

Le parallèle établi par la propagande journalistique entre le travail de chacun des mouvements associatifs, sur la base du nombre de cas traités, de la baisse de la mortalité et des processus morbides, ainsi que des personnalités politiques appuyant ces projets, allait à l'encontre des préoccupations du Caicet qui portaient sur le taux croissant du paludisme, le développement de l'hépatite mortelle ou la persistance de la tuberculose. L'autocensure à laquelle devait se soumettre le Caicet, afin de ne pas compromettre le gouvernement au moment où l'opinion publique découvrait la situation dramatique de l'économie du pays et des grands services de l'État, rendait impossible la poursuite de son œuvre. Ce centre ne pouvait divulguer ses observations sans renforcer les critiques violentes adressées au gouvernement par l'opposition, critiques qui annonçaient les sanglants événements de février 1989. À la fin de 1988, au moment où le Caicet devait appuyer son projet de réforme de la politique de santé régionale sur la réalité épidémiologique du Territoire Amazonas, la présentation publique des résultats du travail de personnalités scientifiques, toutes spécialistes des grandes endémies, ne suffit pas

- (16) Ce mouvement associatif s'était de fait créé peu avant l'autre, à l'initiative de chercheurs de l'université centrale du Venezuela. Regroupant des programmes qui émanaient des différentes facultés de cette université (Sciences sociales et économiques, Médecine, Odontologie, Pharmacie et Architecture), ce projet posait comme condition pour tout jeune intellectuel d'aider les populations du TFA. Jugeant que la situation des populations, dans leur ensemble, ne pouvaient se résoudre qu'à travers une perspective régionale, le projet était en accord, dans ses principes, avec l'idée de coordination soutenue par le Caicet. Dans ce sens, il se démarquait nettement du projet Parima-Culebra.

à empêcher la disgrâce du centre (cf. le séminaire « *Primer Curso de Actualizacion sobre las Enfermedades Transmisibles de la Region Amazonica* »; CAICET, 1989). Les mesures budgétaires drastiques, qui paralysèrent alors la vie économique du pays, finirent par avoir raison de la perspective développée par cette institution. Son directeur démissionna et les chercheurs (notamment en sciences sociales), travaillant sur le projet d'adaptation de la politique de santé, durent se disperser. Convaincu que l'effort de réflexion et de coordination conduit par le Caicet demeurerait d'une grande valeur, son nouveau directeur prit la résolution de ne plus diriger que des recherches biomédicales, sans s'occuper de la formation du personnel médico-sanitaire, ni de la divulgation publique des résultats. Pour assurer sa survie, le centre développerait l'aspect élitiste des publications scientifiques, afin de prévenir l'accès du grand public à un état sanitaire éventuellement compromettant.

Le dispositif de soins régional sombra de nouveau dans l'improvisation. Aucun programme ni aucun organisme ou mouvement associatif n'étaient dès lors à même de contrôler l'assistance sanitaire, dispensée aux populations les plus défavorisées du territoire (dont les Yanomami).

Résurgence des bénéfiques de la réflexion et nouvelles perspectives

L'effort de réflexion du Caicet, régulièrement diffusé lors des réunions-débats qu'il organisait, a toutefois eu l'impact escompté. Aujourd'hui les personnels véritablement impliqués dans le dispositif sanitaire sont convaincus qu'il ne faut plus se contenter d'imposer des protocoles biomédicaux et d'abandonner les problèmes de l'application de la médecine à l'initiative individuelle. Bien que la situation actuelle des Yanomami puisse prêter à l'improvisation, en raison de l'état d'urgence que constitue l'envahissement de leur territoire par les *garimpeiros* brésiliens (17) assorti d'une recrudescence d'infections graves, les religieux, les médecins de certains mouvements associatifs, ceux de l'Institut de médecine tropicale et du département d'Épidémiologie du ministère, manifestent un profond désir de concertation. Il semblerait que les problèmes épidémiologiques, écologiques et juridiques, liés à cette situation, conduisent à mieux comprendre les discussions soutenues autrefois au sein du Caicet. L'assistance sanitaire est considérée aujourd'hui comme un problème de stratégie collective,

(17) L'envahissement du territoire yanomami vénézuélien par les *garimpeiros* a été découvert en 1989 (sur ce point, voir J. BORTOLI, 1989).

d'identification des urgences et de programmation d'objectifs; elle dépasse le niveau de la médecine praticienne et concerne de nombreux facteurs sociologiques et épidémiologiques, relevant d'une politique de santé. L'expérience des limites de la toute-puissance de la pratique médicale, confrontée aux endémies, aux mouvements incontrôlés de populations et à la résistance des Yanonami, a accru la sensibilité aux aspects sociologiques de la maladie et de la santé. Le corps médical est désormais convaincu de la nécessité d'une concertation avec les populations — condition indispensable à l'organisation d'un programme d'assistance sanitaire et à l'efficacité d'une politique de santé.

La diffusion de la réflexion par le Caicet a aussi influencé certaines communautés, conscientes aujourd'hui de la nécessité de certains principes biomédicaux. Une demande de participation toute nouvelle émane des auxiliaires de santé, parmi lesquels on trouve deux Yanomami. Il suivent, avec l'accord de leur communauté, la voie empruntée par des auxiliaires ye'kuana et demandent, comme eux, à se former à la « lecture des gouttes épaisses » (élément diagnostic du paludisme) et à la distribution des antipaludiques correspondants. En appuyant le projet des auxiliaires ye'kuana, les NTM, qui les ont tout d'abord formés, manifestent leur désir de collaboration avec l'assistance sanitaire.

De son côté, le département d'Ethnologie de l'université centrale du Venezuela, afin de compenser le manque de formation de ses chercheurs dans le domaine de l'anthropologie « médicale », vient d'ouvrir un enseignement dans cette discipline (intitulé « Culture et Santé - 1991 - »), auquel est associé un programme multidisciplinaire de recherche (en collaboration avec des médecins de l'Institut de médecine tropicale); programme où la recherche fondamentale sur la sociologie de la maladie et de la santé doit servir à l'application médicale, et les connaissances des socio-anthropologues sur les cultures autochtones à former les médecins du service de Médecine rurale et des mouvements associatifs.

Au regard de ces diverses demandes de participation et de l'effort de réflexion poursuivi, il ressort que la situation a grandement évolué, aussi bien pour les anciens tenants d'une assistance caritative ou individuelle, que pour les populations jusque-là contraintes de subir une aide providentielle plus ou moins adaptée à leurs besoins. Néanmoins, si toutes ces manifestations expriment des besoins et une volonté de participation, les acteurs de l'assistance savent aujourd'hui qu'il convient de les situer à leur juste place, au sein de la vaste chaîne d'entr'aide que constitue le dispositif d'assistance sanitaire.

LES CONDITIONS FORMELLES DE LA CONCERTATION

Les principaux agents concernés par l'assistance régionale sont actuellement en quête d'un lieu de débat sur les améliorations envisagées et sur les modalités d'organisation qu'impliquent leurs demandes de formation et de participation ; lieu où s'impliquerait le ministère de la Santé afin que les projets voient le jour et présentent une continuité. Depuis que le Caicet ne remplit plus ces fonctions, ces acteurs s'inquiètent de la multiplication des mouvements associatifs, qui ne sont portés par aucune politique de santé et qui ne prévoient aucune suite à leur action.

La nécessité d'un lieu de concertation et de formation

Afin de poursuivre l'effort de concertation et d'adaptation commencé par le Caicet, les divers acteurs de l'assistance (médecins, anthropologues, missionnaires, auxiliaires de santé ou représentants des groupes indigènes) fréquentent deux types de lieux. Tout d'abord des salles de réunions (sur le terrain à Puerto Ayacucho ou à l'université) qui leur offrent la possibilité de se former et de sélectionner certaines stratégies d'urgence, grâce à la diffusion d'informations favorisées par des institutions telles que le service régional de la « Malariologie », le musée ethnographique de Puerto Ayacucho, le Conseil national de l'indien vénézuélien (Conive) ou l'UCV. Des lieux, ensuite, plus élevés dans la hiérarchie organisatrice de l'assistance sanitaire (département des Grandes Endémies du ministère de la Santé ou Conseil national de la recherche scientifique et technologique — Conicit), qui leur servent de moyen pour étayer leurs projets de participation à la politique de santé nationale (participation notamment à l'élaboration du Plan national concernant l'assistance sanitaire). En effet, bien que l'expérience du Caicet ait échoué, elle a néanmoins permis de prendre conscience d'une nécessaire articulation entre les institutions de soins et les institutions socio-anthropologiques intéressées par les faits de santé, mais aussi entre celles-ci et le ministère de la Santé ; ultime articulation qui doit permettre des adaptations conformes à une politique de santé nationale. Or, aucun des lieux actuellement exploités par les acteurs de l'assistance n'est à même de remplir, à lui seul, les conditions conjointes d'information et de réflexion indispensables à la réalisation de l'adaptation souhaitée.

Face à la situation médico-sanitaire d'un milieu rural isolé, mal connu sur le plan épidémiologique, qui de plus, contraint à recourir à un personnel de recherche et de soins non médical, l'existence d'un lieu de formation, de concertation et de coordination est indispensable ; d'autant plus que la collaboration de ce personnel impose, d'une

part, que celui-ci reçoive une certaine formation médicale et anthropologique et, d'autre part, qu'il soit soumis à un contrôle du savoir acquis et des conduites à tenir. Les acteurs de l'assistance sont aujourd'hui conscients de l'importance de ces conditions nécessaires pour juger de l'utilité d'un tel personnel et de l'opportunité de ses interventions, tant au regard des protocoles biomédicaux que de la politique de santé et de l'éthique médicale. Ce lieu doit donc se charger de la formation médicale du personnel polymorphe employé, mais aussi de sa formation sociologique en l'initiant à des principes éthiques fondamentaux adaptés aux populations. Cette volonté rejoint d'ailleurs les principes éthiques de l'institution médicale qui précise, rappelons-le, que tout soignant a pour devoir de respecter, dans ses actes, les croyances et la morale des personnes à sa charge sur le plan de la santé.

Définition du lieu de concertation

Les fonctions de ce lieu sont précisément celles prises en charge par le Caicet, pour surmonter les difficultés des dispositifs d'assistance successivement élaborés.

La proximité du lieu avec les populations bénéficiaires des recherches entreprises semble capitale pour faciliter le rapprochement des divers acteurs de l'assistance.

La variété immédiatement perceptible des parcours thérapeutiques et la limite des ressources du territoire en personnel rapprochent en effet les deux tenants de cette assistance : d'une part, les plus acharnés d'une politique sanitaire strictement régie par la rationalité biomédicale et, d'autre part, les plus obstinés à clamer l'inadéquation du dispositif médical aux sociétés chamanistiques qui composent, aujourd'hui encore, une très grande partie de la population de cette région (18). Les premiers se recrutent plutôt parmi les médecins, les seconds, plutôt parmi les ethnologues. De plus, la réalité du terrain entraîne leur adhésion à la seule politique de santé viable qui, tenant compte du pluralisme médical et de la limitation des moyens,

- (18) Cette région a la particularité d'être la partie du Venezuela où il y a le plus grand nombre de cultures ; celles-ci présentent par ailleurs un degré d'intégration à la société nationale extrêmement diversifié (15 sociétés amérindiennes représentant, tous groupes confondus, quelque 30000 individus, et une population créole de 46000 personnes — recensement national de 1982 : OCEI, 1986 —). De plus, si les sociétés amérindiennes ont toutes traditionnellement recours — d'un point de vue thérapeutique — à l'activité chamanique, la population créole a elle aussi traditionnellement recours à une activité chamanique singulière, symbolisée par le « culte à Maria Lionza » (technique thérapeutique synchrétique afro-amérindienne).

n'envisage que les priorités médicales (les grandes endémies) et s'efforce d'organiser la complémentarité médicale que les populations tentent de réaliser. La stratégie se limite donc à déterminer les modalités médico-thérapeutiques et prophylactiques à opposer à ces priorités, tout en tenant compte des résistances possibles aux principes éthiques traditionnels les plus irréductibles. Les populations sont progressivement devenues conscientes que les urgences ne peuvent être jugulées par les seules pratiques traditionnelles : il n'est donc pas nécessaire d'intégrer ces pratiques au dispositif (19). Mais il appartient alors à ce centre d'informer le personnel sur les objectifs biomédicaux et sur l'indispensable adaptation des modalités d'application qui peuvent varier d'une population à l'autre (cela constitue la partie socio-anthropologique du programme).

Le transfert des connaissances médicales ou anthropologiques sur les faits de maladies et de santé doit s'effectuer de manière suivie et permanente, pour que le personnel et les populations soient tenus informés de l'avancée des connaissances et bénéficient rapidement des possibilités de contrôle sur la diffusion des maladies ; par ailleurs, il doit emprunter un type de communication orale. Déjà revendiquées par le Caicet, ces conditions permirent aux acteurs de l'assistance d'être aujourd'hui conscients de la nécessité de concertation et d'adaptation de la politique de santé : certains résultats obtenus n'ont jamais été publiés et, quand bien même l'auraient-ils été, ce mode de communication du savoir n'aurait pas eu un tel impact. Afin de résoudre ces problèmes, le lieu de concertation recherché doit être équipé pour autoriser tant les séances de travail qui réuniront médecins et anthropologues que la formation du personnel médico-sanitaire. Il devrait être aussi le lieu de grands débats publics afin que la population soit informée des principes biologiques des affections majeures et assimile la politique de santé suivie et les mesures prophylactiques. Sans la participation de la société civile à ces ultimes mesures, il n'y a aucune possibilité de contrôler ces endémies contre lesquelles la science médicale est elle-même encore très limitée.

Si ces manifestations publiques facilitent la circulation immédiate de l'information, la forme orale favorise à la fois l'établissement d'un

(19) Cette attitude permet d'éviter, dans le cas où la politique de santé consent à intégrer en son sein des tradipraticiens ou des techniques traditionnelles, de s'exposer à la difficulté d'évaluer scientifiquement la valeur de cette catégorie de thérapeutes et de leurs techniques (comme ce fut le cas par exemple en Colombie — cf. M. LOBO-GUERRERO et XOCHITL HERRERA, 1989). En revanche, le fait de former des thérapeutes locaux comme auxiliaires de santé et de leur donner ainsi les moyens d'expliquer, dans leur langue, les bienfaits de tel ou tel protocole, permet d'envisager l'évaluation de la technique médico-sanitaire enseignée à l'auxiliaire, même si cela implique le contrôle de l'application qu'il en fait.

consensus et la communication interdisciplinaire — par l'élaboration d'un langage commun entre chercheurs d'horizons distincts. Elles stimulent aussi d'un point de vue collectif la participation au programme. Chacun étant libre d'intervenir, ces débats permettent que tous (personnel médical, anthropologues, planificateurs, missionnaires, auxiliaires de santé indigènes et public) se sentent concernés par une politique de santé qui se définit au cours de ces réunions. Ces dernières constituent enfin, pour la plupart des personnels et pour la population, la seule source d'information et l'unique moyen de comprendre les objectifs biomédicaux et sociologiques de l'assistance.

Ce fonctionnement soulève cependant un certain nombre de difficultés. Il exige la présence des chercheurs et leur demande du temps. Si ces efforts sont une question de choix pour ceux qui s'engagent, ils doivent être cependant compensés, notamment par des publications sur le travail effectué, puisque c'est sur ce type de production que les socio-anthropologues, plus encore que les médecins, sont évalués. Or il faut bien reconnaître que cette forme de compensation, entre autres, n'a pas été véritablement envisagée par le Caicet; celui-ci favorisait l'enseignement et exaltait le pragmatisme de l'action des médecins, au détriment de la réflexion sur l'assistance et de la reconnaissance de ses acteurs principaux : les socio-anthropologues (20).

Les représentants des sciences sociales étaient considérés, au sein du dispositif de santé, comme de simples conseillers. Leur collaboration se limitait, aux yeux des médecins, au seul domaine de l'épidémiologie traditionnelle. Malgré leur ouverture d'esprit sur le sujet, ces médecins doutaient fortement que l'apport socio-anthropologique puisse produire des informations autres que celles portant sur des représentations

- (20) Il suffit d'analyser le retentissement sur le programme d'adaptation de l'assistance, au moment critique où le Caicet avait à défendre son programme, pour comprendre le malentendu que cela entraîna au Ministère et la réduction opérée par certains médecins à propos de l'aspect socio-anthropologique de la problématique que le centre avait en charge de développer. La rédaction de l'expérience des socio-anthropologues engagés dans le programme ASP-Piaroa aurait permis d'explicitier la problématique de recherche entreprise et d'en faire ressortir l'intérêt. Or cela ne fut pas considéré : d'une part, du fait de la timidité des représentants des sciences sociales à affirmer leur point de vue (ils étaient minoritaires et les médecins du groupe craignaient que leurs arguments soient jugés subversifs par le Ministère) et, d'autre part, du fait de l'assurance des médecins en la valeur, suffisante en soi, de l'énumération quantifiée des processus morbides du TFA pour démontrer la nécessité d'une réforme. La brève présentation de l'organisation et des travaux conduits à partir du dispensaire « pilote » ne pouvaient convaincre le Ministère de l'intérêt de l'entreprise, en raison du manque d'analyse des éléments d'adaptation qu'elle comportait. Aussi peut-on penser que cette stratégie joua aussi un rôle dans le discrédit que connut le Caicet suite à l'audit dont ce centre avait alors été l'objet.

indigènes, immédiatement exploitables par le service médical. Renforçant ce malentendu, les socio-anthropologues, de leur côté, ne démontreraient pas une cohésion suffisante pour stimuler la réflexion sur la réforme de l'assistance.

La création en 1991, à l'école d'Anthropologie de l'UCV, d'un enseignement « Culture et Santé » qui définit les divers aspects de l'anthropologie médicale, devrait favoriser l'adaptation du programme d'assistance en facilitant la collaboration des médecins et des socio-anthropologues au sein du projet. Cet enseignement pourra compenser une certaine carence dans la formation d'un grand nombre d'anthropologues et clarifier, à la fois, leur position face au travail qu'ils accomplissent dans un tel programme et celle des médecins face à la collaboration qu'ils peuvent en attendre. En effet, les aspects recouverts par le libellé « anthropologie médicale » ne permettent pas de définir un rôle dans un programme d'adaptation d'un dispositif de soins. Seuls ceux qui abordent véritablement les aspects sociologiques de la maladie et de la santé, en considérant la totalité de l'organisation des dispositifs institutionnels d'une société, laissent envisager une participation fructueuse — ce que ne permettent d'entrevoir ni le point de vue du relativisme culturel défendu par l'ethnomédecine, ni les aspects plus « transversaux » de l'« anthropologie médicale » constitués par l'écologie humaine ou l'étude de soins en institution (*health care delivery systems*) — (à ce sujet voir AUGÉ, 1980).

Le lieu de concertation comme parc technologique

Les multiples articulations des institutions et des représentations de la maladie (tant celles du personnel polymorphe employé que celles des populations elles-mêmes), que doit considérer le lieu de concertation et de formation, relèvent d'une analyse dont surgira un modèle adapté d'assistance qui ne concerne pas seulement la situation yanomami. Cette entité doit tout d'abord diriger de manière équilibrée un programme « intégré » de recherches biomédicales et de recherches socio-anthropologiques sur les modalités d'application de l'assistance. Elle doit aussi, vis-à-vis du ministère de la Santé, tenir le rôle complexe de « parc technologique » (pour recourir à une notion à la mode utilisée dans les entreprises commerciales, afin de définir une fonction comparable d'innovation et de transfert de technologies); rôle que le Caicet avait fini par s'octroyer sous l'influence des sciences sociales. Cette mission doit lui être confiée par le Ministère, ce qui lui permettra de mener à terme le programme souhaité et de dépasser les difficultés dues, entre autres, au clientélisme politique.

L'évolution de l'assistance sanitaire dispensée à la société yanomami, au Venezuela, nous a montré que sa pratique comme son organisation se sont sensiblement améliorées au cours des années; et ce, en dépit des diverses stratégies — politiques ecclésiastiques, gouvernementales, non gouvernementales — que nous avons vu faire obstacle au dispositif sanitaire. Observons toutefois que, si la participation des sciences sociales a joué un rôle important dans l'avancée de la réflexion, celles-ci n'ont jamais été reconnues par les médecins comme le moteur principal de cette évolution. À ce propos, l'institution médicale a préféré ici adapter son assistance par pragmatisme plutôt que par reconnaissance de la cohérence du projet due aux analyses socio-anthropologiques. Vraisemblablement en rapport avec le mode de fonctionnement de la discipline médicale, fondé sur l'expérimentation, cette attitude est néanmoins à rapprocher de ce qu'il est convenu d'appeler le « pouvoir médical »; il se manifeste ici à l'encontre d'une véritable intégration des sciences sociales au sein des programmes d'assistance sanitaire. Force est de constater que cette prise de position a conduit le projet que nous avons analysé à une relative impasse, même si l'on peut ajouter que celle-ci résulte aussi de la responsabilité des socio-anthropologues. En effet, ces derniers étaient à la fois divisés face à leur rôle au sein de cette réflexion, et inefficaces à faire admettre à leurs partenaires la complexité d'un dispositif médico-sanitaire; complexité due aux particularités sociologiques, et principalement à l'intégration d'un personnel polymorphe et à l'application du dispositif à des minorités ethniques très éloignées, dans leur mode de fonctionnement et de pensée, de la société occidentale. Il convient alors de faire une ultime remarque expliquant, en partie, la lenteur évolutive du processus d'adaptation du dispositif comme son apparente paralysie actuelle. Même si le rôle des sciences sociales dans la réflexion sur un tel dispositif était mieux compris et leurs recommandations mieux intégrées, cela ne permettrait pas semble-t-il, de gagner du temps dans la concrétisation de l'adaptation, ni d'éviter la stagnation présente du processus.

Il existe des phénomènes incontournables, responsables des lenteurs observées. Le temps de formation des responsables médicaux, afin qu'ils intègrent au dispositif des éléments sociologiques différents des représentations occidentales, ne peut être réduit pas plus que le temps de formation du personnel indigène. De plus, les populations, à l'instar de la société yanomami, doivent d'abord se convaincre de l'efficacité des protocoles biomédicaux par rapport à leur propre dispositif médico-thérapeutique. Rappelons enfin la lenteur de la biomédecine à dominer les moyens de contrôle des grandes endémies comme ses difficultés à choisir, parmi les solutions seulement palliatives le plus souvent proposées, celles qui peuvent être les mieux adaptées.

BIBLIOGRAPHIE

- ALÈS (C) et CHIAPPINO (J.), 1985 a. — Medical Aid, Shamanism and Acculturation among the Yanomami of Venezuela, *ARC/IWIGIA/SI*, Document 53 : 73-90.
- ALÈS (C.) et CHIAPPINO (J.), 1985 b. — Chamanisme et médecine : rationalités divergentes ou complémentaires ? Le problème de l'intégration de l'assistance médicale chez les Yanomami du Venezuela, *Bulletin d'Ethnomédecine*, 34 : 23-48.
- AUGÉ (M.), 1980. — Maladie-Anthropologie. *Encyclopaedia universalis*, suppl. 2.
- BIOCCA (E.), 1965. — *Yanoama. Dal racconto di una donna rapita degli indi*, Leonardo Da Vinci, Bari.
- BORTOLI (J.), 1989. — Misa de Requiem en el Cerro Delgado Chalbaud, *La Iglesia en Amazonas* 45 : 33-40.
- BARANDIARÁN (D. de), 1974. — *Los Hijos de la Luna*, Caracas, Ediciones del Congreso de la Republica.
- CAICET, 1987. — *Aspecto Antropológicos y Sociológicos de la Atención Primaria en Salud en el Territorio Federal Amazonas*. Doc. Caicet, Puerto Ayacucho.
- CAICET, 1988. — *El proyecto experimental APS-piaros*, Puerto Ayacucho. Doc. Caicet.
- CAICET, 1989. — *Primer Curso de Actualización de la Enfermedades Transmisibles en el Territorio Federal Amazonas*, Puerto Ayacucho. Doc. Caicet.
- CHAGNON (N.A.), 1966. — *Yanomamö Warfare, social organization and marriage alliances*, Michigan, Ph. Dissertation, University of Ann Arbor.
- CHAGNON (N.A.), 1968. — *Yanomamö, The Fierce People*, New York, Holt, Rinehart and Winston.
- CHAGNON (N.A.), 1974. — *Studying the Yanomamö*, New York, Holt, Rinehart and Winston.
- CHIAPPINO (J.), 1974. — *Informe sobre la situación sanitaria de los Yanomami* (ms déposé au Ministerio de la Salud, Caracas).
- CHIAPPINO (J.), 1975. — *Informe sobre la situación sanitaria de los Yanomami, Perspectiva de asistencia primaria en salud*. (ms déposé au Ministerio de la Salud, Caracas).
- CHIAPPINO (J.), 1987. — « Medicina tradicional y medicina occidental : un analisis del contraste », in *Actas del Seminario « Aspectos antropológicos y sociológicos de la Atención primaria en salud del Territorio Federal Amazonas »* (à paraître).
- COCCO (L.), 1972. — *Iyëwei-teri, Quince años entre los Yanomamos*, Caracas. Libreria Editorial Salesiana.
- EGUILLOR GARCIA (M.I.). 1984. — *Shamanes, Yopo y Hekura*, Puerto Ayacucho, Libreria Editorial Salesiana.
- HVALKOF (S.) et AABY (P.) (eds), 1981. — Is God an American? An anthropological perspective on the missionary work of the Summer Institute of Linguistics. *IWIGIA/SI Document*.

- LHERMILLET (N.) et LHERMILLET (A.), 1974. — *Vie économique et sociale d'une unité familiale yanomamí*, Paris, Mém. de l'École pratique des hautes études.
- LIZOT (J.), 1975 a. — *El hombre de la pantorilla preñada y otros mitos yanomami*, Caracas, Fundación La Salle de Ciencias Naturales, monografía n° 21.
- LIZOT (J.), 1975 b. — *Diccionario Yanomami-Español*, Traducido por Roberto Lizarralde, Caracas, UCV.
- LIZOT (J.), 1976. — *The Yanomami in the face of ethnocide*, IWGLA n° 22, Copenhagen.
- LOBO-GUERRERO (M.) et HERRERA (X.), 1989. — *Los Programas de atención primaria en comunidades indígenas, esfuerzos. Opiniones y necesidades del personal de Salud*, Bogotá, Avances de Investigación n° 1, Fundación Etnollano.
- MIGLIAZZA (E.), 1972. — *Yanoama Grammar and Intelligibility*, Ph. Dissertation, Indiana University.
- Ministerio de Obras Públicas, (n.d.). — *Codesur (Comisión para el Desarrollo del Sur)*, 2 t., Caracas, República de Venezuela - Ministerio de Obras Públicas - Secretaría general.
- OCEI (Oficina Central de Estadística e Informática), 1985. — *Censo Indígena de Venezuela, Nomenclador de comunidades y colectividades*, Caracas, República de Venezuela, Presidencia de la República, OCEI.
- OCEI, 1986. — *Nomenclador de Centros poblados, Región de Guyana, Región insular, XI Censo general de población y vivienda*, Caracas, República de Venezuela, Presidencia de la República, OCEI.
- RAMOS (A.), 1972. — *The Social System of the Sanúma of northern Brazil*, Ph. Dissertation, Madison, Wisconsin.
- SEIJAS (H.) et ARVELLO JIMENEZ (N.), 1978. — Factores Condicionantes de los Niveles de Salud en Grupos Indígenas Venezolanos, Estudio preliminar, *Unidad y Variedades, Ensayos en Homenaje a José M. Oruxent*, Caracas, IVIC, Centro de Estudios Avanzados.
- SHAPIRO (J.), 1972. — *Sex roles and social structure among the Yanoama Indians of northern Brazil*, Ph. Dissertation, New York, Columbia University.
- TAYLOR (C.W.) et COGGINS (W.T.) (eds) 1961. — *Protestant Missions In Latin America. A Statistical Survey*, Washington, Evangelical Foreign Missions Association.
- TAYLOR (K.I.), 1974. — *Sanuma Food Prohibitions and Classifications*, Caracas, Fundación La Salle de Ciencias Naturales, monografía n° 18.
- WILBERT (J.), 1966. — *Indios de la región Orinoco-Ventuari*, Caracas, Fundación La Salle de Ciencias Naturales, monografía n° 8.
- YARZABAL (L.) et coll., 1983. — Las Filariasis humanas en el Territorio Federal Amazonas (Venezuela), *Programa para la Investigación y Control de Enfermedades tropicales del Territorio Federal Amazonas* (Proicet Amazonas) n° 2, Caracas, ed. Yrgoy C.A.
- YARZABAL (L.), BOTTO (C.) et ALLAN (R.), 1985. — La Oncocercosis en America, *Programa para la Investigación y Control de Enfermedades Tropicales del Territorio Federal Amazonas* (Proicet Amazonas) n° 3, Caracas, ed. La Galeria de Artes Gráficas.
- ZERRIES (O.), 1964. — *Waika. Die Kulture geschichtliche stellung der Waika-Indianer des oberen Orinoca im rahmen der völkerkunde südamerikas*, Bande 1, München, Klaus Penner.