

## Table des matières

Introduction.....	p.2
Histoire.....	p.3
Le Chili actuellement.....	p.7
Démographie.....	p.8
Organisation étatique.....	p.9
Notre stage.....	p.10
Le système de santé.....	p.14
Le ministère de la santé.....	p.14
FONASA.....	p.15
ISAPRES.....	p.16
AUGE.....	p.17
CESFAM.....	p.18
Stage en milieu rural.....	p.28
Introduction.....	p.28
Niebla.....	p.30
Visites à domicile.....	p.32
Los Pellines.....	p.34
Indiens Mapuche.....	p.39
Histoire.....	p.40
Médecine mapuche.....	p.45
Fêtes.....	p.49
Annexes	

# Rapport immersion en communauté 2005

## Le Chili

### Introduction

Avec une superficie de 748'800 km<sup>2</sup> (environ 19 fois la Suisse), le Chili est l'un des plus petits pays d'Amérique Latine. Il est bordé au nord par le Pérou et la Bolivie, à l'est par l'Argentine et à l'ouest par l'océan Pacifique et, se trouvant à la jonction des plaques Nazca et Sud-américaine, il est l'un des pays où l'activité sismique est la plus forte au monde. En résumé, le Chili est une immense bande de territoire de 4'300 kilomètres de long sur environ 200 kilomètres de large, qui s'étire entre la cordillère des Andes et le Pacifique. Et comme dit ce vieux proverbe chilien: « Quand le pays s'étire, les habitants bâillent. » C'est pourquoi les Chiliens sont fainéants.

Mais commençons plus sérieusement par un peu d'histoire.

### Histoire

Durant l'époque précolombienne, diverses tribus peuplaient le territoire que l'on appelle désormais le Chili. L'une d'entre elles, la tribu Mapuche, a tenté de repousser les envahisseurs à travers les siècles et de nombreux descendants de ce peuple revendiquent aujourd'hui la reconnaissance de leur culture par le gouvernement chilien. Nous nous attarderons plus longuement sur ce sujet par la suite, car il a eu une importance particulière pendant notre stage.

Au moment de l'invasion espagnole de l'Amérique du Sud, au début du XVI<sup>ème</sup> siècle, le nord du Chili faisait partie de l'empire Inca et le sud était dominé par les tribus indigènes. La conquête du Chili par les Espagnols débuta en 1536, les conquistadores espérant découvrir un « autre Pérou », regorgeant de richesses, et se solda par un échec. Quelques années plus tard, les Espagnols, menés par Pedro de Valdivia, tentèrent à nouveau de conquérir le pays et, en 1541, fondèrent Santiago. Pedrito (c'est le nom que lui donnait sa femme) fonda plusieurs villes, dont celle qui porte



aujourd'hui son nom et où nous avons effectué notre stage : Valdivia. Les indigènes durent se soumettre à l'autorité espagnole et les prisonniers de guerre devinrent des esclaves. Les conquistadores ne réussirent cependant pas à prendre le sud du Chili qui resta durant trois siècles encore sous la domination du peuple des Araucaniens – dont les Mapuches faisaient partie.

L'invasion du royaume d'Espagne par Napoléon au début du XIX<sup>ème</sup> siècle mena à la perte du contrôle des colonies espagnoles et finalement à l'indépendance du Chili en 1810. Le pays est alors dirigé par Bernardo O'Higgins, fils illégitime d'un gouverneur irlandais au Pérou et d'une Chilienne (d'ailleurs les Chiliens l'adorent : dans chaque ville, il y a au minimum une rue qui porte son nom).

Aux environs de 1870, alors que l'économie du Chili n'avait fait que croître depuis son indépendance, le gouvernement dut trouver un moyen de financer les investissements massifs effectués dans l'importation de marchandises européennes.



Le territoire qui constitue aujourd'hui le nord du Chili appartenait à cette époque à la Bolivie ainsi qu'au Pérou et comprenait de nombreuses exploitations minières, dans lesquelles travaillaient majoritairement des Chiliens. La décision de la Bolivie d'augmenter les taxes sur les exploitations minières et les peines infligées aux contrevenants jugées inadéquates par le gouvernement chilien donnèrent à ce dernier l'excuse parfaite pour déclarer la guerre à la

Bolivie qui s'allia au Pérou. La guerre du Pacifique débuta en 1879 et allait permettre au Chili de conquérir cette région pleine de ressources et de s'enrichir considérablement, alors que la Bolivie allait perdre son seul accès au Pacifique, entraînant des conséquences économiques désastreuses pour ce pays. Les tensions causées par la guerre du Pacifique entre ces deux nations se ressentent encore aujourd'hui.

A l'autre bout du Chili, en 1881, les Mapuches furent contraints de signer un traité autorisant les Européens à s'établir sur leurs terres, ce qui ouvrit la voie à une importante immigration allemande dans le sud (raison pour laquelle le plat national chilien est la Bratwurst mit Sauerkraut et non pas le chili con carne, qui est Mexicain). Mentionnons au passage que quelques années plus tard, le Chili annexa également

l'Île de Pâques et, au même instant, il prit le contrôle de la Patagonie (un endroit où il fait froid, mais qui est stratégiquement bien placé).



Malgré un début de XX<sup>ème</sup> siècle prospère, les mines de nitrates durent fermer, à cause du remplacement de ces matériaux par des nitrates synthétiques, la construction du canal de Panama réduisit brusquement la circulation autour du cap Horn et la première guerre mondiale freina fortement le commerce avec l'Europe. Ces événements entraînèrent une migration en masse d'ouvriers et de paysans en quête de travail vers les villes. Sur le plan politique, la classe moyenne et celle des travailleurs commençant à prendre de l'importance, ce fut l'émergence de nouveaux partis démocratiques de gauche, qui allaient s'opposer à l'élite au pouvoir. En 1964, les partis conservateur et libéral s'unirent pour former le parti national et pour soutenir le parti démocrate chrétien, avec l'appui de nombreux pays étrangers, dont les États-Unis, dans le but d'empêcher la gauche d'accéder au pouvoir.

Lors des élections suivantes, en 1970, les partis socialiste et communiste ainsi que d'autres partis s'allièrent pour créer *La Unidad Popular* et propulser Salvador Allende Gossens (premier chef d'état marxiste élu démocratiquement) à la présidence. Pour la première fois de son histoire, le Chili était gouverné par des socialistes. Cependant, les réformes entreprises par Allende ne parvinrent à satisfaire ni la droite, ni la gauche ; il avait pour objectif une redistribution totale des richesses. En une année, une douzaine d'industries majeures, telle que l'industrie du cuivre, furent nationalisées. La charge financière de ces nationalisations, combinée à la chute du prix du cuivre ainsi qu'à des problèmes dans le secteur public laissaient envisager le début d'une sérieuse crise économique. C'est pourquoi le gouvernement commença à perdre le soutien du peuple et le pays devint instable.



En 1973, l'armée chilienne, emmenée par le général Augusto Pinochet Ugarte, lança une attaque sans précédent, mettant un terme au régime démocratique en place depuis plusieurs décennies, en bombardant le palais présidentiel. Allende mit alors fin à ses

jours. Ce violent *golpe de estado* (coup d'état) marqua le commencement d'une longue dictature militaire. Pour établir solidement son pouvoir, le général Pinochet fit incarcérer des dizaines de milliers de partisans d'Allende dans des prisons et des centres clandestins de torture à travers le pays. Au total, plus de trois mille personnes furent exécutées. Il prit le contrôle des journaux et autres médias, suspendit l'activité des partis politiques et lorsque le congrès national fut dissout, il se proclama dictateur. Pinochet créa ensuite la DINA, police secrète supposée assurer la sécurité nationale, mais qui devint rapidement l'une des associations terroristes les plus redoutées au monde.

Il introduisit également une réforme économique brutale: toutes les industries furent privatisées, les dépenses publiques réduites drastiquement et le commerce libéralisé. Ce traitement de choc était destiné à stopper l'inflation et ses effets furent immédiats ; le taux de personnes sans emploi dépassa vite les 20% et les salaires chutèrent



brusquement, touchant en majeure partie les classes moyenne et basse de la population, ce qui est encore visible à ce jour. Néanmoins, comme Pinochet l'avait prévu, ces mesures parvinrent à arrêter l'inflation et à relancer l'économie du pays, donc à enrichir les gens au pouvoir. Cette « réussite » incita le dictateur, en 1980, à rédiger une

nouvelle constitution, lui permettant de garder sa place à la tête du pays pendant encore de nombreuses années. La constitution fut acceptée, mais peu de temps après, les Etats-Unis entrant dans une période de récession, les crédits internationaux diminuèrent et le Chili dut faire face à une nouvelle crise économique. Pinochet instaura une fois encore des mesures d'austérité, mais cette seconde vague de réductions de salaires et de pertes d'emplois lui fit perdre son soutien.

En 1983, après dix ans de dictature, le régime commençait à montrer ses faiblesses et plusieurs groupes se formèrent pour s'y opposer et militer pour de nouvelles élections. Cependant, ils ne réussirent pas à renverser le pouvoir avant 1988, année où les élections présidentielles devaient avoir lieu, selon la constitution de 1980. L'instabilité du pays et la pression internationale pour une démocratie ne cessant de

croître, le général ne put pas cette fois-ci contrôler le plébiscite et, en octobre 1988, 55% de la population votèrent Non à l'extension de son mandat. Une année plus tard, la *Concertación*, une coalition des partis centristes, remporta les élections et Patricio Aylwin fut élu président. Après 16 ans de régime dictatorial, la démocratie était de retour au Chili.

Ce retour à la démocratie ne fut pas un processus rapide, car le gouvernement dut faire des compromis. Les commandants de l'armée gardèrent leurs places et ne furent pas poursuivis en justice et Pinochet demeura à la tête des forces militaires. Des réformes ne purent pas être entreprises avant l'élection d'Eduardo Frei Ruiz-Tagle en 1993. Ces réformes économiques et sociales avaient pour buts de réduire le niveau extrême de pauvreté et de diminuer le taux de personnes sans emploi.

En 1998, alors qu'il s'était finalement retiré de son poste de général et avait obtenu une place de sénateur à vie, Pinochet fut arrêté à Londres pour violations des droits humains, suite aux investigations d'un juge espagnol sur les morts et disparitions de citoyens espagnols, après le coup d'état de 1973. Malgré la requête du gouvernement chilien de faire rapatrier l'ex-dictateur pour qu'il soit jugé dans son pays, les Anglais furent contraints de le relâcher et donc de mettre un terme aux procès pour des raisons de santé en mars 2000.

Quelques temps après son retour au Chili, une étude des plaintes déposées pour violation des droits humains par le général Pinochet lui fit perdre son immunité sénatoriale. Malheureusement, la cour d'appel décida de suspendre les procédures judiciaires en cours, car l'état de santé du général l'empêchait d'organiser sa défense. Vu son âge avancé (né en 1915), l'amélioration de son état de santé paraît improbable – pour ne pas dire indésirable – et l'ex-dictateur ne sera probablement jamais condamné pour les crimes qu'il a commis.



## La situation actuelle au Chili

Aujourd'hui, le pays est dirigé par le parti de la *Concertación* et plus précisément par le président socialiste Ricardo Lagos. De plus en plus de femmes et d'activistes libéraux accèdent à des postes importants, des réformes constitutionnelles sont en cours et des fonds sont collectés pour poursuivre les réformes sociales. Toutefois, le gouvernement ne parvient toujours pas à se débarrasser des sénateurs mis en place par Pinochet. Mais le Chili se libère peu à peu des souffrances et tensions dues à la dictature en condamnant les responsables des atrocités commises durant cette période.

Voici quelques chiffres pour mieux connaître ce beau pays.

Il y avait, début 2005, environ 16.1 millions d'habitants au Chili, dont plus d'un tiers vivant à Santiago, la capitale et 86% habitant en milieu urbain. 26.4% de la population avaient entre 0 et 14 ans, alors que seulement 7.5% dépassaient les 65 ans, mais ces données tendent vers une égalisation, car la population vieillit (en Suisse : 16% et 16% pour une population d'environ 7.4 millions d'habitants). La population active en 2004 au Chili comptait 6.757 millions de personnes, avec un taux de chômage de 8.8% (en Suisse : 4.368 millions de personnes actives, taux de chômage de 4.4%). Les statistiques suisses sont simplement données comme valeurs de référence.

Sur le plan économique, bien que n'étant pas le plus grand pays d'Amérique Latine, c'est l'un des plus stables et des plus dynamiques de la région, avec une croissance moyenne de 3.7% par année ces cinq dernières années (6.1% en 2004!). Son PIB est

de 183.286 milliards de dollars US (US\$) et même si le revenu moyen par habitant est de US\$ 11'487, ce nombre ne reflète pas les énormes disparités existant au sein du pays (en Suisse : croissance moyenne de 1.3% par année, PIB de US\$ 251.161 milliards et revenu moyen par habitant de US\$



33'982). En 1998, une étude a montré que les salaires additionnés de 10% des Chiliens (les plus riches) constituaient 46% du revenu total de la population, alors que 20% des

Chiliens (les plus pauvres) ne percevaient en tout que 3.5% de ce revenu. Aujourd'hui au Chili, 3 millions de personnes (20% de la population) gagnent moins de US\$ 66 par mois, dont 850'000 en-dessous de US\$ 33 par mois. Toutefois, ce taux de pauvreté représente une amélioration par rapport à la période de dictature, où il atteignait 40%. Les climats du Chili étant variés du nord au sud, son agriculture l'est aussi et représente une source de revenu non négligeable pour ce pays ; chaque année, il exporte pour US\$ 1.6 milliards de fruits frais vers les nations de l'hémisphère nord. Mais la plus importante des matières premières exportées est le cuivre, avec US\$ 7.3 milliards en 2000, équivalent à 40% de toutes les exportations. Cependant, ce secteur de l'économie est vulnérable, étant donné que le prix du cuivre fluctue beaucoup et a plutôt tendance à chuter dernièrement. Après l'activité minière, le bois constitue 11% des exportations, rapportant au Chili US\$ 2.1 milliards en 2001.

Mentionnons encore que plus de 200'000 Chiliens sont employés dans le secteur touristique en pleine expansion et les revenus dus au tourisme, en 2000, ont atteint US\$ 2.8 milliards, environ 4% du PIB à l'époque.

Les données concernant la santé seront discutées plus loin dans le texte. Pour plus d'informations statistiques sur le Chili et la Suisse, voir les tableaux en annexe.

## Démographie

Plus de deux tiers des Chiliens sont métisses. Ceci est dû au mélange entre les indigènes et les Européens à travers les siècles. Néanmoins, les communautés indigènes constituent aujourd'hui environ 3% de la population : 40'000 Aymara peuplent la région nord, près de la frontière bolivienne ; les Araucaniens résident dans le sud du pays, surtout autour de Temuco ; près d'un million de Mapuches sont établis dans la vallée centrale ; et il existe de nombreux autres peuples plus petits répartis sur tout le territoire chilien.



Parallèlement à ces populations indigènes, il y a les descendants d'immigrés européens du XIX<sup>ème</sup> siècle : principalement des Allemands, qui se sont installés dans la région des lacs (voir ci-

dessous) ; beaucoup de ressortissants d'ex-Yougoslavie et de Croatie ; et une importante population venant du Moyen-Orient. Malgré la diversité des ethnies, il existe une forte identité chilienne, due à l'influence homogénéisante de la langue espagnole, à la religion catholique romaine prévalente, à sa tradition littéraire (avec Pablo Neruda, le poète, et Isabel Allende, la nièce de l'ancien président), à l'isolement relatif du Chili par rapport aux autres pays sud-américains – entre autres, par la cordillère des Andes qui crée une sorte de barrière – et finalement à son équipe de foot, assez médiocre il faut l'avouer.

Bien que l'espagnol soit la langue officielle du Chili, plusieurs dialectes sont parlés par les indigènes, comme le Mapudungun par les Mapuches, l'Aymara (par la population Aymara!) et le Rapanui par les habitants de l'île de Pâques. Malheureusement, ces dialectes sont de moins en moins utilisés, parce que c'est l'espagnol qui est enseigné dans les écoles et les parents ne font pas toujours l'effort de transmettre leur culture à leurs enfants. Il existe davantage de dialectes, mais ne nous attardons pas trop, car vous devez mourir d'impatience de découvrir la suite de notre rapport...

Juste un mot sur l'éducation : elle est obligatoire jusqu'à 12 ans et gratuite jusque vers 18 ans (éducation secondaire). Pourtant, 1.2 millions des 6.7 millions de travailleurs du pays n'ont pas terminé leur éducation secondaire et une grande partie d'entre eux est illettrée.



## **Organisation étatique**

Les trois branches du gouvernement : exécutive, législative et judiciaire fonctionnent séparément et de manière indépendante. Le président élu par le peuple pour une durée de six ans dirige le pays depuis Santiago. Le congrès national, situé à Valparaiso, consiste en un sénat de 46 membres et une chambre des députés de 120 membres. Seuls 38 des sénateurs ont été élus, les autres étant « institutionnels », héritage de la période dictatoriale. La présence de ces huit sénateurs rend

l'introduction de certaines réformes difficiles, car une majorité de deux tiers des votes du sénat est nécessaire pour qu'une réforme soit acceptée. La plus haute autorité judiciaire est la Cour Suprême, composée de 21 membres, qui se trouve à Santiago.

Le pays est divisé en treize régions ; le gouvernement central attribue à chaque région un gouverneur et des dirigeants, mais les municipalités ou *comunas* élisent leurs propres maires et conseillers. Les régions I à XIII sont réparties du nord au sud.

Nous allons nous concentrer sur la région X, aussi appelée *Region Los Lagos*, qui fait partie du *Sur Chico*, territoire au sud du Biobío (région VIII). Dans cette magnifique région se trouve la ville de Valdivia, avec ses 124'000 habitants, ses trois rivières se rejoignant et surtout, ses 230 centimètres de pluie par an! Fondée en 1552 par Pedrito, cette ville se situe à 160 kilomètres au sud-ouest de Temuco, à 100 kilomètres au nord d'Osorno, à une vingtaine de kilomètres du Pacifique et à environ 800 kilomètres de Santiago. Elle connut une importante immigration européenne et en particulier allemande, comme mentionné plus haut, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, au début du XX<sup>ème</sup> siècle et après la seconde guerre mondiale. L'architecture allemande est d'ailleurs bien visible dans les rues de la ville ; un journal allemand est également édité à Valdivia et il y a même une brasserie (la fameuse brasserie Kunstmann). La population mapuche aussi est représentée en grand nombre dans la région X. En 1960, la ville fut partiellement détruite par l'un des plus violents tremblements de terres de l'histoire du pays, mais la ville a été reconstruite et il ne reste aucune trace de cet évènement.

## Notre Stage

Et maintenant, nous allons tout d'abord décrire brièvement nos activités pendant les six semaines de stage, puis explorer plus en profondeur les sujets-clés de notre projet. Mais qu'avons-nous donc fait au Chili ?



Pendant la première semaine, du 6 au 11 juin, des séminaires étaient organisés par la ville de Valdivia, auxquels une dizaine de personnes

venant de tout le pays et exerçant diverses professions de la santé devaient assister. Nous nous sommes joints à eux, ce qui nous a permis de connaître rapidement le milieu dans lequel nous allions évoluer durant les cinq semaines suivantes. Les séminaires (en espagnol bien sûr) nous ont donné un premier aperçu du système de santé chilien et plus précisément de Valdivia ; en effet, des séminaires avaient lieu dans cette ville, car son organisation en terme de soins est bien plus moderne que dans d'autres parties du Chili et l'objectif est que tous les centres de soins du pays soient organisés de la même façon. (La description de ces centres se fera plus tard, lorsque nous parlerons du système de santé au Chili.) Pendant cette semaine d'introduction, nous avons également visité les quatre centres de soins primaires pour les personnes démunies (appelés CESFAM) rattachés à la municipalité de Valdivia. Cette semaine nous a permis de découvrir le milieu médical chilien en tant que spectateurs et de commencer notre stage la deuxième semaine en connaissant déjà mieux le fonctionnement des centres. Finalement, nous sommes aussi allés voir un centre de loisir pour personnes âgées, faisant partie d'un des nombreux programmes de développement de ces CESFAM, où nous avons appris à danser la cueca, danse nationale chilienne.

Comme nous l'avions demandé, notre stage s'est ensuite déroulé en deux parties : deux semaines et demie dans un centre de soins primaires en milieu urbain, puis la même durée dans un centre en milieu rural. Nous nous sommes séparés en deux groupes de deux et avons effectué une rotation après deux semaines et demie de travail.

Le CESFAM urbain se trouvait dans la commune d'Angachilla, à 30 minutes de notre logement et nous travaillions de 8h à 17h du lundi au vendredi. Nous n'avions ni poste fixe, ni responsabilité. Nous étions surtout là pour apprendre et aider en cas de besoin. Nous avons donc fait un tournus pour voir le rôle de tous les employés du centre et discuter avec eux des problèmes rencontrés quotidiennement. Nous avons participé aux consultations médicales, aux consultations

des infirmiers, des sage-femmes, du dentistes, etc. Les points de vue différents de toutes ces personnes nous ont permis de voir la situation



d'une autre manière. Nous avons également pu nous rendre compte du genre de patients venant consulter ; beaucoup avaient du diabète ou de l'hypertension et venaient pour des contrôles, un grand nombre avaient pris froid – c'était l'hiver – et voulaient des médicaments ou un permis d'arrêt de travail (délivré par le médecin) et d'autres encore venaient pour un contrôle gynécologique ou pour se faire arracher des dents. Pour les consultations, certains malades chroniques avaient rendez-vous et les autres patients, qui débarquaient le matin, prenaient un ticket et attendaient leur tour. Nos après-midi se passaient soit dans le centre, soit à l'extérieur pour effectuer des visites à domicile de personnes trop âgées ou trop faibles pour se déplacer. Un infirmier était chargé de planifier ces visites, lors desquelles nous contrôlions l'état de santé des patients, nous leur amenions des médicaments ou nous leur refaisions des pansements. Contrairement au CESFAM en milieu rural, nos journées n'étaient pas très variées dans le centre urbain et c'est à peu près tout ce que nous avons fait. Mais non, sommes-nous bêtes! (là ça le fait pas trop de m'exprimer à la première personne du pluriel, permettez-moi de recommencer). Mais non, suis-je bête, nous avons aussi passé une soirée aux urgences du CESFAM! Elles ont été mises en place pour que les habitants d'Angachilla qui, la plupart du temps, n'ont pas de voiture n'aient pas besoin de se déplacer jusqu'à l'hôpital s'il leur arrivent quelque chose en fin de journée.

Le centre rural, situé dans la commune de Niebla au bord du Pacifique et à une vingtaine de kilomètres de notre logement, était bien moins sophistiqué que celui d'Angachilla. Ce centre étant plus petit, nous avons eu plus de facilité à nous intégrer. Pour pouvoir comparer, nous avons à nouveau assisté aux consultations, mais cette

fois-ci en étant plus actifs ; entre autres, nous faisons souvent les pansements de patients avec des ulcères, nécessitant un suivi régulier et nous remplissons des formulaires concernant les malades chroniques. Toutefois, les consultations n'étaient pas extrêmement différentes dans les deux CESFAM. Sa situation



rurale impliquait qu'un grand nombre de patients dépendant de ce centre vivaient assez loin. Les visites à domiciles se faisaient donc en camionnette et tous les après-midi, ce qui nous a permis de nous rendre compte des conditions de vie à la campagne

au Chili. Comme en ville, les gens vivent nombreux dans des petites maisons d'une à trois pièces en général et la famille s'occupe presque toujours des grands-parents. Cependant, contrairement à la ville où ils ont un accès rapide à toutes les facilités, les habitants de la campagne vivent dans des conditions nettement plus précaires. Mais ces derniers ont souvent l'air plus heureux, parce qu'ils possèdent des terres et peuvent survivre grâce à leurs cultures, alors qu'en milieu urbain, les gens n'ont pas de travail ou gagnent un salaire de misère. La grande différence avec le centre d'Angachilla était que plusieurs postes de soins situés le long de la côte pacifique dépendaient du centre de Niebla. Une à deux fois par semaine, nous partions donc avec une grande partie de l'équipe soignante et notre chauffeur préféré, Christian – qui s'imaginait dans un rallye sur les petites routes au bord des falaises – dans un de ces postes (dans chaque poste à une date fixe) pour effectuer les consultations médicales des habitants du coin ainsi que les divers contrôles de patients diabétiques et hypertendus et nous leur apportions leurs médicaments mensuels. Nous en



profitons pour passer par les écoles faire quelques tests (de vision, par exemple) et actions de prévention (apprendre à se brosser les dents, etc.), point sur



lequel nous reviendrons par la suite. Une de ces rondes rurale s'est d'ailleurs transformée en course contre la montre, quand un homme nous a appelé pour nous dire que sa femme avait perdu connaissance. L'hôpital se trouvant à une trentaine de kilomètres, Christian fut tout content de pouvoir mettre nos vies en danger en pratiquant son sport favori : le rallye. Pour ceux qui se feraient du souci, l'histoire s'est bien terminée et la femme a survécu. Voilà en gros nos activités dans les centres de soins à Valdivia. A côté de cela, nous avons rencontré plusieurs personnes avec lesquelles nous avons discuté du système de santé chilien, de ses failles, de ses progrès et des nombreux programmes de développement en cours. Nous avons aussi pu rencontrer des Mapuches qui nous ont fait découvrir leur très riche culture (voir plus loin).

## **SYSTEME DE SANTE**

### **Généralités**

Dépenses totales	% du PIB	5,8
Dépenses par habitants	US\$ PPA	558
Espérance de vie hommes	Années	73,4
Espérance de vie femmes	Années	79,6

### **Ministère de la santé publique : Organisation**

Créé officiellement en 1959 perpétuant une longue histoire d'organisations de santé, de remaniement de ministères.

En 79, création de FONASA (système d'assurance publique un peu similaire à la sécurité sociale).

En 80 création des premiers consultorios de atención primaria (dispensaires de premier recours). Instauration de la cotisation obligatoire de 4% du salaire pour la santé.

En 81 se créent les Instituciones de Salud Previsional (Isapres), entités privées avec systèmes de libre choix qui octroient des prestations à ces bénéficiaires. En 86 la cotisation monte à 7%.

Le ministère de la santé formule et fixe les politiques de santé. Dicte les normes administratives, financières des organismes et entités du système de santé ainsi que les politiques de prévention et de promotion. Il fixe les minima auxquels les patients ont droit (plan AUGE), les budgets, les aides etc. Le ministère est ensuite représenté au niveau de chaque région SEREMIs (Secrétaires régionaux ministériels). Ce sont des personnes (une par région) en charge d'appliquer tout ce que dit le ministère et de fournir les informations, les statistiques etc, ce sont comme des conseillers d'Etat. Notre stage était précisément organisé par le SEREMI de la Xème région, le docteur

Dagoberto Duarte. Puis, chaque région à des services de santé, des secrétariats. Il y en avait 3 dans la Xème région, dont un pour Valdivia, il y en a 26 au total au Chili.

## FONASA

FONASA = Fondo Nacional de Salud (fond national de santé) est l'assurance publique chilienne, la sécurité sociale. Couvre 10,9 millions de personnes sans discrimination d'âge, de sexe, de situation, de santé, assumant les coûts soit totalement soit partiellement des prestations de santé octroyées par des institutions tantôt publiques que privées (ça dépend du contrat)... Prend en charge la maladie comme les accidents et la perte de gain et fournit de prêts de santé (je ne sais pas ce que c'est)...

Les bénéficiaires paient le 7% de leur salaire (s'ils en ont) et ont accès aux institutions (consultorios (attention primaire), services d'urgence, hôpitaux publics) ainsi que des professionnels « privés » agrégés par FONASA (médecins, physio, sages femmes, infirmières, cliniques et hôpitaux privés, centres d'imagerie, laboratoires...). Ce que paiera le bénéficiaire pour sa prise en charge dépendra du groupe auquel il appartient (B, C ou D). Les personnes du groupe A ne perçoivent pas de salaire et ne paient donc pas le 7%.

Groupe	Description	Montant Assumé
A et B	Revenu mensuel imposable plus petit ou égal à \$127.500 (~ 345 CHF)	Gratuit
C	Revenu mensuel imposable plus grand que \$127.500 et plus petit ou égal à	Paie le 10% de la prise en charge

	\$186.150 (~503 CHF). Si 3 enfants ou plus, devient B	
D	Revenu mensuel imposable plus grand que \$186.150. Si 3 enfants ou plus, devient C	Paie le 20% de la prise en charge

Valable jusqu'en Juin 2006.

Le ministère de la Santé dicte les politiques appliquées par FONASA. Les services de santé exécutent les dites politiques au travers de ses réseaux : hôpitaux, consultorios et postas (dispensaires). Il ne faut pas oublier que les médecins privés pourraient recevoir des patients du système publique, ce s'ils appliquaient des tarifs remboursables par FONASA. En pratique, aucun médecin privé ne reçoit de patients assurés chez FONASA.

Les bénéficiaires de FONASA sont les travailleurs employés dans le système publique ou privé, les travailleurs indépendants, les bénéficiaires de pensions d'assistance pour invalidité ou retraite, les femmes enceintes qui n'ont pas d'assurances, les enfants de moins de 6 ans, les chômeurs, les « indigents ».

## **ISAPRES**

ISAPRES : Instituciones de Salud Previsional = regroupement des assurances privées... 16 au total.

Selon le site d'ISAPRES : le développement en 1981 du système privé a permis l'expansion de l'activité médicale privée et les investissements dans les cliniques, les centres médicaux et les laboratoires. Il a contribué au développement global de la santé au Chili, décongestionnant le système publique et permettant à ce dernier de concentrer ses efforts en faveur des personnes les plus démunies. ISAPRES regroupe

les institutions privées qui encaissent les cotisations obligatoires des travailleurs qui ont optés librement et individuellement pour leurs services.

Finance les prestations de santé de 18% de la population chilienne.

C'est un système libéral, toutes les assurances se font concurrence et devraient offrir les meilleures prestations possibles pour les assurés au prix les plus concurrentiels. Les assurances établissent des contrats avec des cliniques, des laboratoires, des médecins installés et se mettent d'accord sur les prix. L'assuré n'est ensuite remboursé que s'il se rend chez les partenaires de l'assurance. Ainsi, les assurés privés ont accès aux meilleures cliniques, médecins, traitements et médicaments. Ils ont très peu de temps d'attente pour les examens par exemple.

Néanmoins, l'assuré paie un certain pourcentage de la facture. Suivant le contrat, le pourcentage est plus ou moins élevé. Soit, si quelqu'un avec des moyens limités, a un contrat avec 60% (pourcentage maximal) des frais médicaux à sa charge et qu'il lui arrive un gros accident avec des soins lourds, il peut se retrouver endetté pendant des années !!! Ainsi, beaucoup d'assurés quittent le système ISAPRES dès qu'ils apprennent qu'ils ont une maladie chronique engendrant des frais importants.

## **AUGE**

El Plan AUGE : Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Plan d'accès universel de garanties explicites)

C'est le système de santé intégrale dont bénéficient tous les chiliens assurés en FONASA (assurances publiques), un listing des priorités sanitaires où les pathologies graves, les plus fréquentes et coûteuses sont assumées intégralement par l'Etat. En revanche, les pathologies avec un risque plus faible pour la santé et moins coûteuses seront assumées en partie par l'assuré suivant le groupe dont il fait partie. Le plan AUGE est entré en vigueur au mois de juillet 2005. Ce plan est le même pour tout le monde, c'est en quelque sorte ce à quoi on a le droit en tant qu'assuré chilien. Le ministère de la santé se porte garant des prestations. Pour le moment, les ISAPRES (assurances privées) ne sont pas obligées d'appliquer ces prestations. En pratique, plusieurs assurances privées vont au-delà des prestations incluses dans le plan AUGE.

Ce système est très controversé, particulièrement en ce qui concerne son financement. Semblerait que le 86% des assurés FONASA n'auraient pas les moyens

(en payant le 7% de leur salaire) de financer le plan AUGE. Soit seulement 1million 400 mils assurés des 10millions 500 mils pourraient par leurs propres moyens accéder au plan alors que le reste devrait avoir recours aux subsides étatiques.

En revanche, 90% des 2 millions 931mils assurés ISAPRES pourraient assumer les coûts s'ils devaient cotiser 7% de leur salaire comme le préconise FONASA. On estime que si le plan AUGE est appliqué de manière intégrale il coûterait 124 mille 45 pesos annuels par assuré publique, soit la cotisation mensuelle devrait s'élever à 10 milles 337 pesos (environ 27 francs) soit un salaire au minimum de 400 francs par mois en sachant que le salaire moyen au Chili est 200\$ par mois et le salaire minimum de 80\$ par mois !

### **CESFAM (Centro de Salud Familiar) = Centre de santé familial**

C'est un model d'attention sanitaire avec un accent porté sur la famille s'orientant vers l'amélioration de la qualité de vie des personnes, des familles et des communautés. Il offre une attention particulière aux aspects biopsychosociaux et multidisciplinaires pour construire une stratégie qui réponde de manière plus efficace aux nécessités des individus en prenant en considération son histoire et son entourage familial. Il développe particulièrement la promotion de la santé et les stratégies de prévention. Ces centres sont très polyvalents (prise en charge des enfants, adultes et personnes âgées, prise en charge gynécologique, pharmacie, physiothérapie, dentiste, distribution de lait et nourriture, organisation d'activités récréatives, cours de sport et de danse...)

Un projet pilote de réforme lancé par l'ancienne ministre de la santé Micheline Bachelet (qui n'est pas la femme à Pierre) a vu le jour en 1997 - "Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar". Le but était de changer 35 établissements « consultorios » en CESFAM : intégrer un médecin de famille (pas la même signification), un spécialiste en santé de la famille, des normes aux niveaux des effectifs, des infrastructures, l'introduction d'un agenda (inexistant auparavant, les patients venaient sans rendez-vous, les plus riches étaient vus avant les plus pauvres, il n'y avait aucune priorité : personnes âgées ou enfants). Le CESFAM adhérait au

plan de salud familial II (voir plan de salud familial III ci-dessous) et en ce sens ils étaient soumis aux cibles et aux programmes dictés par l'Etat (programme pour l'hypertendu, le diabétique, la personne âgée, l'enfant etc.). Il devait adopter des stratégies de gestions spécifiques, sujettes à l'évaluation périodique et la re-certification. Il devait analyser des stratégies de développement, la gestion des ressources humaines ainsi que les financements. Le but était d'offrir une infrastructure adaptée à une population, à une communauté donnée en fonction par exemple de l'offre et de la demande, des pathologies ou problématiques locales. Le CESFAM prend en charge un nombre défini de personnes, bénéficiaires et inscrites à FONASA, en accord avec le service de santé de la commune. Les non inscrits sont tout de même pris en charge... Ainsi, certaines personnes profitent du système. Ils ne se déclarent pas au FONASA malgré le fait qu'ils auraient les moyens de payer le 7% et se présentent tout de même aux CESFAM qui doit les accueillir. Ces pratiques deviennent de plus en plus rares et l'état procède à des contrôles de plus en plus strictes.

La réforme fut un succès et en 2000, tous les 35 centres devinrent officiellement des CESFAM. Aujourd'hui le but est de convertir tous les consultorios en CESFAM.

## Equipe de santé

### **Spécialiste en médecine de famille**

Les études de médecine durent 7 ans. Les études ne sont pas uniformes dans tout le pays. A Valdivia les étudiants voient des patients dès la 3<sup>ème</sup> année et passent les 2 dernières années à l'hôpital, le but étant de former des médecins généralistes utiles dans les milieux ruraux. A Santiago en revanche, dans les grandes universités privées on forme les étudiants pour devenir des spécialistes. La spécialisation en médecine de famille (instaurée en '97) dure 3 ans pendant lesquelles le médecin travail à 50% à l'hôpital et 50% dans un centre d'attention primaire (CESFAM ou consultorio). Cette spécialisation a pour but de former et motiver des médecins à travailler dans des centres d'attention primaire d'intégrer les composantes psycho-sociales et familiales. Beaucoup de jeunes médecins allaient travailler dans des CESFAM dans l'attente

d'obtenir une place pour une spécialisation, ils travaillaient 6 mois dans un centre puis partaient ce qui n'entraîne pas tout à fait dans la philosophie du CESFAM : réel suivi d'un patient et de sa famille...

Le revenu du médecin varie en fonction de la région ; plus le lieu est isolé, plus le salaire augmente. Ainsi, un médecin dans un CESFAM à Punta Arenas ou Hanga Roa peut gagner jusqu'à 4000\$ par mois (un salaire très élevé). A Valdivia, les médecins gagnaient 1100\$ par mois mais tous combinaient cela avec une pratique privée (souvent le soir en sortant du travail) dans des cabinets communs.

*Le médecin peut choisir de payer 50\$ par année et il a accès à un service juridique qui le défendra en cas de poursuite.*

**Dentiste** : les études d'odontologie ne font pas parties du cursus de médecine et durent 5 ans. Le dentiste s'occupe de la prévention et de la promotion et promulgue des soins. Le plus souvent il arrache des dents mais parfois il fait des plombages ou utilise du matériel composite.

**Infirmière** : les études d'infirmières sont universitaires et durent 5 ans. L'infirmière est en charge de tous les contrôles des patients chroniques : cardiovasculaires, diabète, épilepsie, vieux, TEPSI (test de développement psychomoteur chez l'enfant), ESPA (examen de santé préventif de l'adulte), EFAM (examen fonctionnel de la personne âgée), HIV. Elle fait le boulot du médecin, contrôle les paramètres, fait de l'éducation, renouvelle les traitements s'il n'y a pas d'aggravation ou de plaintes du patient. Elle fait les contrôles de la santé de l'enfant : contrôle de croissance, vaccins etc.

**Matrone** : Les études sont universitaires et durent 5 ans. La matrone est en réalité la gynécologue du centre. Elle fait les contrôles gynécologiques, l'examen de papanicolaou, pose les stérilets, pratique des US, suit la grossesse et le nouveau-né. Elle peut prescrire des antibiotiques mycophenolate, chloramphenicol et tetracycline. Elle tient un rôle primordial dans l'éducation sexuelle et l'information ainsi que la promotion de moyens de contraception. Il y a d'ailleurs une relation directe entre l'augmentation du nombre de matrones et les changements démographiques au cours de ces 30 dernières années.

**Assistante sociale** : les études sont universitaires et durent 4 ans.

**Kinésithérapeute** : prend en charge tout le suivi des pathologies respiratoires : asthme, COPD, pneumonies (surtout les enfants).

**Psychologue**

**Technicien paramédical** : s'occupe des soins, prises de sang, pansements. Souvent ce sont les seuls professionnels présents dans les dispensaires en milieu rural.

**Personnel administratif et auxiliaire (exemple chauffeur).**

Le nombre de personnel est proportionnel aux besoins qui sont déterminés par le ministère de la santé. Les fonctionnaires deviennent de plus en plus polyvalent (infirmière fait de l'éducation, des contrôles, des suivis, la sage femme suit la grossesse, contrôle, accouchement suivant l'endroit...).

**Financement** : Le ministère de la santé octroie une certaine somme aux différents services de santé qui son eux chargés de les redistribuer en fonction des besoins. Ainsi le ministère donne 450 millions de pesos (1'216'000 CHF), par année, à la commune de Valdivia.

Il y a en outre un système de per capita, l'état donne l'équivalent de 3.5 francs suisses par mois pour chaque personne inscrite dans un CESFAM, cette somme doit tout couvrir, médecin, soins, médicaments, examens complémentaires. La commune de Valdivia donne 1.2 francs suisses par patient, par mois, inscrit dans un CESFAM. C'est une somme élevée pour le Chili. Ainsi, suivant la commune ou la personne habite, l'accès aux soins sera plus ou moins performant.

De plus, depuis 1995 l'Etat accorde des bonus si certaines cibles sont atteintes (système de metas = quotas). Il existe en tout 17 quotas et le bonus s'élève à un maximum de 15% des subventions totales mensuelles (en réalité c'est beaucoup plus bas, environ 5%). Les CESFAM doivent fournir des statistiques détaillées de tous les examens faits, ils doivent atteindre des minimums (ex : tant de papanicolaou faits par mois, tant d'examen de la personne âgée etc. voir aussi le plan de salud familiar III en annexe) sans quoi l'état supprime les subventions annexes.

### Exemple de quotas pour Angachilla

	Population bénéficiaire	Meta annuelle	Meta mensuelle	Meta journalière
ESPA	> 15 ans	30 % (1684 pat)	187 patients	10 patients
EFAM	> 65 ans	85% (896 pat)	100 patients	6 patients
PAP	25 – 64 ans	90% (808 pat)	90 patients	5 patients

Bien sûr, les membres pourraient tricher et donner des statistiques erronées en vue d'obtenir des subventions. Cela arrive de temps à autre mais, des feedback statistiques sont faits chaque mois par des officiels du gouvernement et de grosses variations sont impossibles. D'autre part il n'est pas réellement bénéfique pour les CESFAM d'atteindre les quotas, comme le système est très libéral, la conséquence serait de devoir atteindre des quotas plus élevés pour le même bonus. Ou bien effectuer le même travail pour des bonus diminués. On nous a assuré que ni l'un ni l'autre n'était pour le moment envisageable... à bon entendeur.

Dans la réalité nous avons vu quelques attitudes un peu surprenantes. Comme, par exemple lors de la semaine précédant l'évaluation statistique, les infirmières et les techniciens paramédicaux quittaient leurs postes pour chercher les personnes âgées chez eux afin d'effectuer des contrôles EFAM... peu importe, par ailleurs si la personne avait déjà été contrôlée le mois précédant...

### **Plan de Salud Familiar III**

Le plan de santé de la famille comprend non seulement les quotas à atteindre mais dicte aussi un certain nombre de programmes dont nous donnons quelques exemples ici :

**Programme pour la femme** : pour le cancer cervico-utérin et le cancer du sein. Un papanicolaou tous les 3 ans (si la patiente ne vient pas on va la chercher chez lui). Contrôle 10 jours après l'accouchement avec le nouveau-né. Toute femme enceinte peut retirer du lait !

**PNAC** : plan national d'alimentation complémentaire dans lequel est intégré le lait donné aux femmes enceintes mais aussi aux enfants de moins de 5 ans. Ils distribuent aussi des purées et soupes pour les personnes âgées.

**Cardiovasculaire** : Chaque patient a un carnet avec l'indication de la date et heure du contrôle ainsi que les observations (générales, tension, résultats etc.), les médicaments, allergies.

ECG tous les 2 ans, diabétique 1x par an

HTA contrôle avec sang et urine par médecin.

MAIS si TA < 130/85 contrôle 1x tous les 6 mois avec l'infirmier et 1x par année avec le médecin. Si > 130/85, contrôle tous les 4 mois avec l'infirmier et 1x par année avec le médecin.

Si le patient est mal stabilisé (>150/90mmHg) : contrôle tous les mois avec l'infirmier et 1x par année avec le médecin.

On débute les investigations chez les adolescents déjà, TA, cholestérol, glycémies !!!

**Diabétique** : contrôle tous les 2 mois. Ne se contrôlent pas eux-mêmes, la machine est trop onéreuse. Soit viennent au centre, soit un infirmier va à domicile tous les jours. Tout dépend du traitement administré.

**Dentiste** : Une primigeste au Chili a eu en moyenne 11 caries. Beaucoup de Chiliens inscrits n'ont pas les moyens de s'offrir une brosse à dent. Il n'y a, d'autre part, pas de culture de brossage de dent. Gros investissements dans l'éducation. Programme de prise en charge stricte de la famille : primipare, son enfant jusqu'à 3 ans et le mari car transmission de Streptococcus Mutans prédispose aux caries.

#### **Conditions pour devenir un CESFAM :**

Doit y avoir un Box pour les consultations qui puisse accueillir plus d'une personne, une salle de « conférence » pour des activités groupales, une salle pour de la chirurgie mineure ou pour des examens. Un certain nombre d'équipements, en plus de ceux présents dans les consultorios :

Echo, ECG, Hémogluco-test, équipement pour transférer des patients graves, spiromètre, équipement de chirurgie mineure.

Il doit y avoir des programmes d'enseignements aux membres de l'équipe pour l'utilisation de l'équipement.

**Gestion** : aborder l'organisation du CESFAM comme un centre de coûts pour l'administration efficace des ressources. La participation de toute l'équipe médicale dans l'établissement du budget de pharmacie. Une analyse annuelle de dépenses. Le Service de Santé de la commune a la responsabilité de superviser et de s'assurer que les objectifs sont accomplis.

**Postulation et accréditation** : processus graduel et par étape. Doit d'abord être un centre de santé et non pas une posta (dispensaire de premier recours) par exemple. Doit avoir l'équipe sus décrite avec en tout cas un médecin spécialiste en médecine de famille. La population ne doit pas excéder 20'000. Il doit y avoir les infrastructures et équipements adéquats et une multitude pré requis administratifs.

### **Les CESFAM à Valdivia**

Il y a 74'000 inscrits dans les 4 différents CESFAM dépendant de la commune de Valdivia.

**Centre de Gil de Castro** : c'est le plus pauvre, le plus vieux (bâtiment très détérioré datant de 1960), et le plus grand (120 fonctionnaires pour plus de 42'000 patients). Il ne couvre qu'une population urbaine.

**Angachilla** : c'était un petit dispensaire qui dépendait de Gil de Castro puis entre '97 et 2001 il y eu de nombreux remaniements et il devint indépendant et CESFAM. Il y a 21'000 inscrits ôtés à Gil de Castro. Le centre est divisé en 2 secteurs (géographiques). Population jeune et nouvelle, urbaine mais très pauvre, la plus pauvre de Valdivia.

C'est le centre le plus moderne. Tout y est informatisé, les dossiers des patients par exemple. C'est aussi le centre avec le moins de ressources financières mais, paradoxalement, le plus développé. Selon son directeur « ce qui coûte c'est le

personnel, pas les ordinateurs » c'est donc le centre avec les plus faibles ressources humaines. La majorité des patients sont en classe A et B et pas mal en C.

#### Organisation :

Les médecins sont divisés par secteurs, environ 2 médecins par secteur.

Un médecin prend en charge la « polyclinique ». Les patients arrivent, tirent un numéro sont évalués par l'infirmière du triage, les < 5ans et les > 65ans sont vus en premier. La polyclinique n'est ouverte que le matin.

Les autres médecins voient les gens qui ont pris rendez-vous, somme toute les chroniques.

L'après-midi les patients voient des patients sur rendez-vous. Pour les urgences, les patients vont soit aux urgences de l'hôpital ou de Gil de Castro qui a un service d'urgence 24h/24h, ou ils attendent 17h30 que les urgences d'Angachilla ouvrent (jusqu'à minuit).

**Las Animas :** dispensaire depuis 30 ans, devient consultorio en 93, puis, en 96 comme Gil de Castro est intégré dans le programme pilote et devient CESFAM. Couvre une population urbaine et rurale. Il y a 3 secteurs : 2 médecins, 1 infirmière et 1 sage femme par secteur. Le reste de fonctionnaires ne sont pas rattachés à un secteur. Il y a 16'444 patients inscrits et 60 fonctionnaires.

**Niebla :** Niebla est une petite ville de la côte à trente minutes en voiture de Valdivia. Il y a 73'000 habitants dont 10% indigènes. Le dispensaire de Niebla dépendait de Las Animas et devint indépendant et CESFAM en 2001. Il y a 4 infirmières, 1 médecin (44 heures), 1 dentiste, 1 sage femme. 20 fonctionnaires en tout pour 4500 inscrits. La ville de Niebla est néanmoins très touristique et le nombre de patients augmente drastiquement pendant l'été ! Le CESFAM de Niebla est considéré en milieu semirural et toute la Costa (côte) un milieu rural avec 80% de la population considérée indigène Mapuche.

Il semble que le système de santé publique soit performant et équitable. De notre expérience dans les différents centres. Les malades ont accès aux médecins et aux soins dans des délais raisonnables (la journée si c'est urgent). Ils ont aussi accès à de nombreux médicaments, particulièrement pour tout ce qui est chronique (traitement de l'hypertension) mais il y a de nombreuses restrictions financières ; les antibiotiques à large spectre manquent par exemple. Il y a, d'autre part, une énorme attente pour tout ce qui concerne les examens complémentaires (laboratoire, radiologie, endoscopies, spécialistes). La prise en charge thérapeutique n'est parfois pas aussi optimale que celle offerte par les ISAPRES. Différence dans la prise en charge aigüe et la réhabilitation de l'infarctus du myocarde (sans rentrer dans les détails).

Les CESFAM sont des centres performants mais parfois, les contraintes administratives ralentissent le travail, particulièrement dans le centre rural où les professionnels passent plus de temps à remplir de fiches statistiques qu'autre chose. D'autre part, les professionnels sont tellement polyvalent (très peu de ressources humaines) qu'ils se marchent un peu sur les pieds et personne ne sait vraiment ce qu'il a à faire. On peut aussi questionner l'importance attribuée aux différents acteurs non médecins. A plusieurs reprises les infirmières voir même les techniciens paramédicaux étaient confrontés à des problèmes médicaux qui relevaient des médecins mais ne prenaient pas la peine de transférer le patient. Souvent seules les infirmières prennent en charge les cas d'urgences (même vitales) dans les milieux ruraux.

Nous avons aussi été surpris par les mesures d'hygiène plus que primaires. Aucun lavage de main entre les patients, actes de chirurgie mineure avec du matériel « stérilisé »... Aussi, les prises de tension ne sont pas du tout faites selon les normes de l'OMS : par exemple, juste après que le patient ait marché, le stéthoscope sous le manche a plusieurs centimètres de l'artère humérale, prise beaucoup trop rapide. A chaque fois que nous prenions la tension après un des professionnels nous obtenions des valeurs beaucoup plus basses...

Tout le système de santé est axé sur la prévention, un sujet un peu délaissé dans nos contrées... Hypertension, obésité et diabète sont les pathologies les plus fréquentes et les points d'orgues des différents programmes (plus de parasitoses ou de dénutrition) Malheureusement, aucun fond n'est débloqué pour des études sur les différents programmes et leurs réelles efficacités. D'ailleurs il y a très peu de fonds attribués à la recherche en général.

Un nouveau sujet qui commence à être abordé concerne la prise en charge des personnes âgées. Il n'y a pas d'EMS ou de structures similaires. Les personnes âgées vivent chez elles et sont prises en charge par la famille et particulièrement par les enfants qui de ce fait ne vont plus à l'école. Les infirmiers font les visites à domicile et chaque CESFAM commence à développer des centres journaliers pour les personnes âgées avec organisation d'activités récréatives.

Un dernier sujet qui nous semblait assez préoccupant était celui des mères adolescentes. Il y a 33% de mères adolescentes (-19ans). Même s'ils sont informés sur les moyens de contraception, les jeunes ont la pensée magique (je ne vais pas tomber enceinte si je ne veux pas, ou je fume donc c'est bon). Un fait intéressant sont les statistiques avancées par la matrone : 33% de femmes enceintes ont moins de 20 ans... Ceci est une proportion en réalité le chiffre des femmes enceintes de plus de 20 ans diminue donc la proportion augmente mais le chiffre absolu n'augmente il reste stable, soit environ à 2% des adolescentes ont des enfants (ceci n'a pas changé depuis 20 ans!). Et 10.5 % des femmes entre 20 et 30 ans en 2002 ont eu un enfant.

Dans les milieux ruraux très isolés, le mariage et la grossesse sont un moyen pour les filles d'obtenir une considération sociale voir de survivre. Les filles se marient aussi jeunes que 14 ans. La loi dit que, tant que la différence d'âge ne dépasse pas 5 ans entre les deux individus, le mariage est légal même si les mariés ont moins de 18 ans (il faut tout de même l'accord de la famille).

## Notre expérience en milieu rural

### Introduction

Comme décrit précédemment, notre stage s'est déroulé en 2 phases : la première, en milieu urbain, dans le CESFAM d'Angachilla, et la deuxième dans la campagne aux environs de Valdivia, où se trouve le CESFAM de NIEBLA.

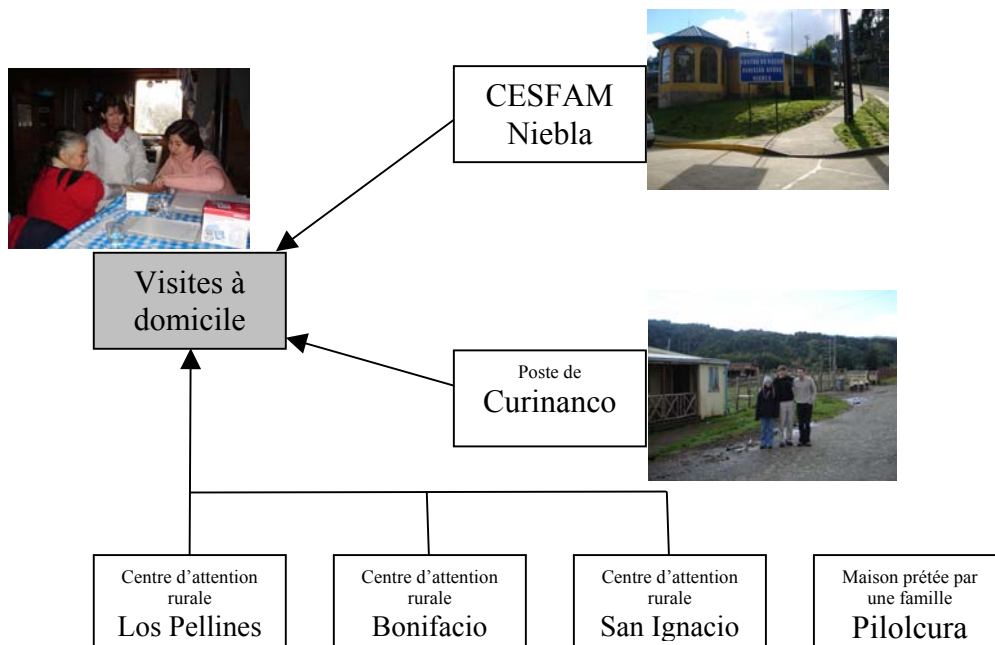
Lors des bilans quotidiens que nous effectuions chaque soir au « Café Moro » en centre ville, nous nous sommes vite rendus compte que le stage en milieu rural nous offrait des expériences absolument uniques que le stage à Angachilla n'égalerait pas. Tout d'abord, il faut avouer que la campagne chilienne bordant l'océan Pacifique sud était d'une beauté qui faisait du contexte de travail un lieu exceptionnel. D'autre part, l'interaction avec des patients issus d'un milieu si différent du notre était enrichissante au plus haut point, tant pour les Chiliens que pour nous.



Le CESFAM de Niebla, qui constituait le centre de soins le plus complexe de la région rurale, se situait à environ une demi-heure en bus de la ville de Valdivia où nous résidions.

A cela s'ajoutaient d'autres structures de soins moins équipées qui, éparpillées dans la campagne, nous permettaient d'effectuer des rondes bimensuelles destinées aux personnes vivant loin du centre.

Le diagramme ci-dessous illustre ces différentes structures de soins qui couvrent la zone rurale où nous avons travaillé.



De plus, contrairement à la population qui se rendait au centre d'Angachilla, celle des environs de Niebla était très souvent d'origine Mapuche. C'est donc précisément dans ce contexte rural que nous avons pu nous familiariser avec les chiliens indigènes et leurs us et coutumes.

Distribution de la population indigène rattachée au CESFAM rural de Niebla

<i>Population totale des environs de la commune de Niebla</i>	<i>~73 000</i>
<i>Pop. indigène :</i>	<i>~10,17% du tot.</i>
<i>Pop. inscrite au CESFAM de Niebla</i>	<i>1300 familles = 4235 personnes</i>
<i>Pop. indigène</i>	<i>1 614 (40%)</i>
<i>Pop indigène inscrite au poste de Curiñanco</i>	<i>93%</i>

Quelques données concernant la population inscrite à Niebla:

48%: pêcheurs

30%: femmes au foyer
17 %: enfants de moins de 10 ans 8,3%: personnes âgées de plus de 65 ans
81%: familles ayant un revenu inférieur au revenu minimal 80%: scolarité obligatoire incomplète

### Niebla, expériences au centre et visites à domiciles

La Centre de Santé Familial de Niebla ouvrait ses portes chaque jour pour accueillir la population rurale locale qui s’y déplaçait à pied ou en bus. Nous sommes tous d’accord pour dire que rien qu’à la vue des patients qui défilaient sous nos yeux, nous savions que nous allions avoir affaire à des gens qui vivaient dans des conditions de pauvreté et d’hygiène comme nous n’en avons jamais vues auparavant.

Au centre même, nous étions principalement des observateurs curieux de baigner dans un système de santé quelque peu différent du notre. Nous nous étions mis d’accord avec le personnel pour

pouvoir suivre le travail de tous les membres de l’équipe médicale, afin de comprendre le rôle de chacun et d’apprécier l’organisation du travail au CESFAM.

Le déroulement des consultations dans le box du médecin comportait quelques points intéressants qui nous ont plus marqués et qui illustrent bien l’ambiance qui règne entre patients et soignants dans un CESFAM rural.

Tous d’abord, il faut rappeler ici que le concept de CESFAM implique que des familles entières y sont inscrites et suivies par des médecins identiques. Ajouté à cela, beaucoup de membres du personnel habitaient à Niebla même, côtoyant souvent leurs patients dans la vie de tous les jours. Ces éléments combinés créaient une atmosphère de familiarité exceptionnelle entre l’équipe soignante et les patients. Nous avons

<p><b>Niebla : effectif de l’équipe médicale</b></p> <p><b>-2 médecins</b>  <b>-1 dentiste</b>  <b>-1 gynécologue (« matrona »)</b>  <b>-1 physiothérapeute</b>  <b>-1 éducatrice pour enfants souffrants de troubles psychomoteurs</b>  <b>-1 psychologue</b>  <b>-1 assistante sociale</b>  <b>-2 infirmières</b>  <b>-4 aides-soignants</b></p>
--

parfois l'impression d'être immergés au sein d'une grande famille, où les médecins se permettent d'embrasser leurs patients en leur lançant des « Chao mamita ! » pour clore une consultation.

D'autre part, l'importance du rôle et de la position du médecin dans la société semblait inégalée dans le contexte pauvre où nous travaillions. Les études universitaires au Chili étant hors de prix, le médecin était visiblement perçu comme un individu immensément savant et riche. De plus, de par leur manque d'éducation, nous avions affaire à des patients particulièrement ignorants en ce qui concerne la médecine, et nous étions étonnés de voir que les médecins ne fournissaient aucun effort pour leur donner des explications concernant leurs maladies et leurs traitements. Nous étions ainsi bien loin des patients informés et plus critiques que nous pouvons rencontrer dans les milieux plus éduqués.

Les pathologies dont souffraient nos patients chiliens étaient pour la quasi-totalité rencontrées également chez nous. Beaucoup de patients se présentaient au centre pour un contrôle de leur hypertension ou pour une infection respiratoire. C'était là l'occasion d'affiner nos compétences cliniques et de discuter des cas avec le médecin entre chaque consultation.

Pour ce qui est des autres membres du staff de Niebla, l'éducatrice spécialiste des troubles psychomoteurs, Daniela, tenait un rôle particulièrement intéressant. Avec près de 80% d'enfants n'ayant pas complété leur scolarité obligatoire et un environnement familial généralement peu stimulant, beaucoup d'enfants présentaient un retard mental important. Le travail de notre collègue consistait en premier lieu à faire un screening de tous les enfants afin d'évaluer leur statut psychomoteur. Ce screening était l'une des fameuses « metas » imposées aux CESFAM. Il était effectué à l'aide du TEPSI (*test de evaluacion psicomotor*), qui permettait de dresser un score pour chaque enfant, basé sur leur capacité à effectuer des tests physiques et mentaux. Nous avons pu nous-mêmes pratiquer ce TEPSI, ce qui nous a permis d'apprécier le retard parfois critique de certains enfants.

A partir d'un certain score, il s'agissait pour Daniela de passer à l'acte, en enseignant aux parents des façons de stimuler le développement de leurs enfants. Il fallait également encourager certains parents réticents à scolariser leurs enfants.

Nous pourrions passer en revue nos expériences auprès des autres membres de l'équipe du CESFAM, mais cela n'apporterait pas un grand intérêt à ce rapport. En revanche, il faut retenir qu'en six semaines de stage, nous avons eu l'occasion de suivre des mêmes patients auprès des différents spécialistes ainsi que plusieurs membre d'une même famille inscrite au centre. Ce phénomène illustre bien à quel point le personnel soignant d'un CESFAM connaît chaque patient dans sa globalité.

Ainsi en est-il pour le déroulement de nos activités au centre de Niebla. Mais le travail de nos collègues ne s'arrêtait pas là. L'une des particularités du stage en campagne furent les nombreuses consultations à domicile que nous effectuions quotidiennement. C'est justement ces consultations à domicile qui nous ont immergé en communauté de façon inoubliable.

### **Visites à domiciles**

Une à deux fois par jour, nous embarquions à bord de la fourgonnette du CESFAM pour se rendre chez les patients qui étaient dans l'impossibilité de se déplacer au centre, à savoir principalement des personnes âgées. Ces visites étaient à buts multiples : urgences, contrôles de routine, vaccinations et évaluation de l'état général constituaient l'essentiel de ces expéditions dans les profondeurs de la campagne chilienne. L'équipe qui se déplaçait était alors constituée d'un médecin ou d'une infirmière accompagné d'un aide-soignant, et c'est généralement cette fonction que nous remplissions pendant les rondes. A savoir que quelques 240 visites à domicile étaient effectuées chaque année.



Une autre « meta » imposée au CESFAM était d'effectuer un EFAM (*Evaluacion Funcional de los Adultos Mayores*) chez toutes les personnes âgées inscrites au centre.



Là encore nous avons l'occasion d'effectuer nous-mêmes ces tests, ce qui nous permet de rentrer en contact direct avec des individus qui nous accueillent chaque fois avec chaleur et bonne humeur.

En effet, les consultations à domicile se déroulaient

chaque fois dans une atmosphère marquée par la convivialité et on voyait chaque fois la joie se dessiner sur les visages lorsque nous effectuions des gestes aussi simples qu'une prise de tension ou une auscultation. En outre, les patients et leur famille montraient chaque fois une reconnaissance extrême pour le travail de l'équipe de Niebla. Typiquement, après une consultation, nous étions invités à prendre « la once » (*le goûter traditionnel*), et le fait d'accueillir des extraterrestres européens dans leurs modestes demeures n'était qu'un prétexte de plus pour nous servir des tartines et boire un « maté ».

Mais cette bonne ambiance ne nous empêchait pas d'être choqués par la pauvreté extrême dans laquelle vivaient nos patients. Maisons délabrées et non chauffées, conditions d'hygiène déplorables et précarité étaient omniprésentes. Nous avons affaire à des individus qui survivaient. Pour se faire un ordre d'idée, les



personnes âgées vivaient grâce aux quelques 50 \$US qui leur étaient alloués chaque mois par le gouvernement.

Mais, malgré cela, les patients gardaient systématiquement leur sourire et leur bonne humeur. Ce paradoxe nous laissa initialement perplexes, mais il ne fallait pas



chercher très loin pour lui trouver une explication, qui est mieux illustrée en images qu'avec des mots. Il faut rappeler ici que nous avons affaire aux descendants directs des Mapuche, c'est-à-dire du « peuple de la terre », et ces gens

semblaient se contenter de la splendeur du paysage qui les entourait pour être heureux. D'autre part, à l'instar du CESFAM, une atmosphère très familiale égayait la plupart des demeures que nous avons eu l'occasion de visiter. En effet, nous voyions souvent une multitude de gens aller et venir dans la chambre où se déroulait la consultation. Ainsi, il semblait que les plus âgés recevaient le soutien de toute la famille dans leurs moments difficiles.

### **Los Pellines, santé et éducation**

Le poste de *Los Pellines* est un exemple qui illustre à quel point les autorités sanitaires et la population locale travaillent main dans la main. Nous avons choisi d'en parler dans ce rapport car il est pour nous l'objet de souvenirs sans pareils. Le principe est le suivant : 2 fois par mois, une équipe complète (médecin, assistante sociale, infirmière, aide soignant) embarquait dans la camionnette du CESFAM afin de rejoindre un local qui nous était prêté par les habitants des environs de Los Pellines, à environ trois-quarts d'heure de notre quartier général de Niebla.

La camionnette étant chargée de matériel, il s'agissait une fois sur place d'aider l'équipe à monter une petite permanence de campagne capable d'accueillir jusqu'à

trente patients dans la journée. L'objectif de cette journée était multiple. Il s'agissait de :

- prendre en charge des patients souffrant de pathologies aiguës ou chroniques sur place ou à domicile
- vérifier l'état de santé général des enfants de la population locale
- enseigner aux enfants quelques règles de santé basiques

Il faut avouer que pendant un stage qui s'averrait être particulièrement passif, ce dernier point fut pour certains d'entre nous l'occasion de se rendre agréablement actifs.

### **Immersion dans une « école ethnique »**

En plus du local transformé bimensuellement en centre de soins, on trouvait également une salle de classe qui accueillait des enfants du niveau de l'école enfantine et une autre qui accueillait des enfants âgés de 7 à 12 ans. Cette école miniature accueillait les enfants des paysans vivant dans les environs. Nous fûmes très rapidement présentés au professeur de l'école, un certain Nelson Rios, qui nous expliqua en quoi son école était ce qu'on appelait une « école ethnique ». Les enfants qui fréquentaient cette école étant tous issus de familles Mapuche, il s'agissait ici pour le ministère de l'éducation de les sensibiliser à leur origine culturelle. Cela passait par l'enseignement –en plus du programme de base traditionnel- de quelques rudiments du mapudungun ainsi que des chansons et des rituels typiques de la culture Mapuche.

Mais il s'agissait avant tout d'offrir l'accès à l'éducation à des enfants issus de milieux où le taux de scolarisation était particulièrement bas. En effet, nous avions affaire principalement à des jeunes issus de familles pour qui la scolarisation des enfants n'était pas une priorité, contrairement à la main d'œuvre précieuse qu'ils pouvaient apporter au commerce familial.

Concernant l'éducation sanitaire des enfants, 2 points cruciaux étaient abordés :

- l'étude et l'application d'un régime alimentaire approprié
- l'enseignement des règles d'hygiène buccale

Ayant suivi une formation dispensée par nos collègues de Niebla, il s'agissait également pour le professeur d'effectuer auprès de ses élèves quelques tests de dépistage mensuels. Ces tests comprenaient l'évaluation des acuités auditive et visuelle ainsi qu'une évaluation de la posture afin de déceler d'éventuels troubles de la croissance.

Nous avons très vite compris que l'école était le seul lieu où les enfants étaient sensibilisés aux règles alimentaires et hygiéniques de base.

Pour ce qui concernait le régime alimentaire, on enseignait aux enfants à s'alimenter selon la pyramide alimentaire et on leur servait un petit déjeuner ainsi qu'un repas de midi équilibré. Il s'agissait là de s'assurer un certain contrôle sur l'alimentation de ces jeunes qui, à la maison, aurait été composée essentiellement de pain et de féculents.



cours d'alimentation selon la pyramide alimentaire

L'éducation de l'hygiène buccale passait par l'achat de brosses à dents et de dentifrices personnels pour chaque élève, avec brossage de dent systématique après les deux repas. D'autre part, les enfants avaient droit à un cours de santé buccale donné par une éducatrice membre de notre équipe. Il faut avouer que l'hygiène dentaire était absolument déplorable chez la quasi-totalité des patients que nous rencontrions. De fait, les extractions de dents étaient devenue la routine des dentistes locaux.



Les élèves présentant fièrement leurs *Diplômes de santé buccale* et leurs brosses à dents

### **Notre interaction avec les enfants**

L'infirmière qui nous prenait en charge a jugé bon d'interrompre le cours le jour où nous étions à Los Pellines afin de présenter « los Suizos » à la classe du professeur Nelson Rios. Cette présentation avait un caractère unique dans le sens où les jeunes de Los Pellines n'avaient tout simplement jamais rencontré d'étrangers, qui plus est ne parlant pas la même langue qu'eux. Quel ne fut pas l'émerveillement des enfants lorsque nous leur montrions sur une carte d'où nous étions venus pour les rencontrer.

C'est ce même jour que le professeur nous proposa de participer activement à l'éducation de ses élèves et de l'aider dans l'évaluation de leur état de santé. Il voyait là une occasion unique de faire interagir des jeunes que tout sépare.

A partir de ce moment, en accord avec nos collègues du CESFAM de Niebla, deux d'entre nous (Moira et Dan) se sont engagés à revenir régulièrement à los Pellines et le stage prit dès lors une nouvelle dimension.

Nous avons donc passé une dizaine de journées avec ces enfants, et nous nous sommes fixés quelques objectifs que nous allions aborder avec eux.

De notre côté, nous pouvions apporter aux enfants des connaissances nouvelles sur deux plans, qu'ils n'allaient très probablement plus jamais aborder après notre départ.

D'une part, étant tous deux anglophones, nous pouvions parfaire les notions d'anglais qu'ils avaient avec les cours dispensés par *el Señor Rios*, et ce notamment au niveau de la prononciation.



cours de physiologie improvisé

D'autre part, de part notre fonction, nous avons la possibilité de leur donner des petits cours de physiologie comme ils n'en avaient jamais eu. On sentait alors la soif de connaissance chez ces enfants émerveillés à l'idée d'écouter leur cœur battre avec un stéthoscope ou encore en apprenant comment fonctionnent leurs différents organes. En échange, en plus d'une affection et d'une reconnaissance des plus touchantes, les enfants avaient reçu l'ordre de corriger nos moindres erreurs en espagnol, nous offrant ainsi l'occasion de parfaire nos notions dans cette langue que nous nous étions mis en tête de maîtriser à la fin du séjour.

### **Angachilla et Niebla : deux stages différents**

Comme décrit précédemment, le stage en milieu urbain à Angachilla n'offrait pas de quoi capter particulièrement notre attention. En plus de l'ambiance morose qui régnait dans le quartier le plus défavorisé de Valdivia, l'attitude des patients et l'ambiance générale de travail au CESFAM étaient beaucoup moins agréables qu'en campagne. Tout d'abord, l'aspect familial était difficile à respecter en raison de la taille du centre qui accueillait plusieurs centaines de patients par jour. Les quelques consultations à domiciles que nous avons effectuée nous ont permis de rencontrer une population vivant dans un confort matériel bien supérieur à celui de

leurs compatriotes de Niebla. Ils n'en étaient pas heureux pour autant, en témoignent les taux de dépression et de violence intrafamiliale sans pareil dans la région.

Pour conclure, Niebla était pour nous ce qui se rapprochait le plus fidèlement du concept de *Centro de Salud Familiar*. Se donnant pour mission de soigner les gens dans un esprit communautaire respectant l'identité culturelle des Mapuche, le centre rural était le seul à nous offrir l'opportunité de vivre quelque chose de nouveau en tous points.

## Mapuche

« Les *pikunches* ( les gens du nord) racontent que *Ngenechén* ( la divinité principale mapuche) créa le monde avec [...] les lacs, les ruisseaux, les sommets enneigés, la mer infinie qui s'étend derrière ceux-ci, et la plaine qui se termine où commence la forêt. *Ngenechén* fit aussi *Antü*, l'astre roi, son épouse *Küyen*, la lune, le vent, la neige, la pluie, et toutes les plantes, du gigantesque *pehuén* au petit *chakai* avec ses fleurs jaunes. Ensuite il amena les animaux : le renard, le ñandú, le tigre et tous les autres. Finalement, et pour sa propre satisfaction, il mis en place l'homme sur la *Mapu* (terre), maître du Mapudungun (langue parlée par les Mapuches) et des rêves. »

*Cuentos, mitos y leyendas patagónicos*

Suite à la « Pacification de l'Aurancanie » (voir plus bas), une grande partie des familles mapuche a été éliminée par les Espagnols (guerre et maladies). Ce peuple a perdu ses terres ainsi que sa langue, les choses les plus importantes pour lui. Le nom Mapuche n'a d'ailleurs pas été choisi par hasard : il veut dire « gens de la terre » (*Mapu* =terre, *che*= les gens). Les familles indigènes se sont vues attribuer des parcelles de terre, qui ne représentent qu'une très petite partie de leur territoire initial. Concernant leur langue, une étude a montré que sur 2700 chefs de famille, 50% parlent espagnol et mapudungun, 40% parlent plus l'espagnol et 10% utilisent exclusivement le mapudungun. Sur 117 mères, seulement 8% parlent plus le mapudungun.

Les Mapuche sont un peuple autochtone arbitrairement séparé par la frontière entre l'Argentine et le Chili. Selon le recensement chilien de 1992, environ 1 million de personnes ont déclaré « appartenir » à la culture mapuche. Cela correspond à environ 10% de la population totale. Les Mapuche vivent majoritairement dans trois régions entre Concepción et l'île de Chiloé, ainsi que dans la capitale, Santiago de Chile. La majorité vit dans les villes, et seulement 15% vivent encore en Aurançanie, leur terre d'origine. En Argentine, les Mapuche vivent dans les provinces de Buenos Aires, La Pampa, Neuquen, Chubut et Rio Negro ; ils sont approximativement 250000.

La structure politique traditionnelle des Mapuche est reproduite dans la structure du territoire mapuche ; elle est organisée en 4 régions géographiques ou Meli wixan-mapu, lesquelles sont chacune constituées de 8 districts. Chaque district est fait de communautés. Ces quatre Meli wixan-mapu sont Puelmapu (terre de l'Est), Pikunmapu (terre du nord), Lafquenmapu (terre du côté du Pacifique, à l'Ouest) et Huillimapu (terre du Nord).

La communauté est représentée par le lonko, qui est le chef de groupe des autorités ; ce groupe inclut la machi , guide spirituel ou médecin ; le werrken , le messenger ou ambassadeur ; le ngenpin, le représentant physique, maître de cérémonie et historien ; et enfin celui qui instruit la communauté des lois et des codes. Il faut dire ici que, durant notre expérience sur place, nous avons surtout rencontré ou entendu parlé des lonko et des machi, et il semble que ce soit eux qui occupent les places les plus importantes. Le lonko est souvent aussi ambassadeur, maître de cérémonie, etc. Nous verrons plus en avant le rôle de la machi .

### **UN PEU D'HISTOIRE...**

Les Espagnols foulent les terres mapuche pour la première fois en 1536. Pedro de Valdivia, le capitaine général de la « conquête » du Chili quitte le Pérou pour conquérir le territoire mapuche et fonde Santiago de Chile en 1541. En arrivant dans le sud du continent, plusieurs confrontations avec l'armée mapuche ont lieu, et chaque fois les Espagnols sortent perdants. En 1554, Pedro de Valdivia est fait prisonnier et exécuté. Les forces mapuche, sous le commandement de Toki Leftrarú, remontent vers le nord, vers Santiago, accumulant les victoires et expulsant les Espagnols de leur territoire. Le 6 janvier 1641, la nation mapuche et l'empire espagnol signent le traité de Killin, dans lequel la couronne espagnole reconnaît l'autonomie territoriale de la nation mapuche. Depuis cette date et pour plus de 200 ans, la rivière Bío-Bío est

respectée en tant que barrière naturelle ; tous les territoires au sud de celle-ci sont gérés de manière autonome. Cet événement est le résultat de la défaite des Espagnols sur le champ de bataille. Ceci a d'exceptionnel que c'est la première et la seule nation indigène du continent dont l'autonomie est reconnue légalement.

En 1810, une nouvelle génération de descendants espagnols déclarent leur indépendance de l'Espagne, suivie d'une guerre contre cette dernière pendant une dizaine d'années. Suite à la défaite de l'Espagne, le traité de Killin est abrogé. Entre 1860 et 1885, des campagnes militaires, connues comme la « Pacification de l'Auracanie » au Chili et la « Conquête du désert » en Argentine, résultent en un massacre de milliers de Mapuche. Les territoires mapuche sont alors occupés et ses habitants déportés dans des réserves. Par la suite, les miliciens et les propriétaires terriens se répartissent ces terres.

En plus des pertes sur le champ de bataille, il faut signaler les épidémies dues à la transmission de nouvelles maladies comme la fièvre jaune et la varicelle. Dès les années 1560, ces maladies causèrent des centaines de milliers de morts.

Le siècle dernier est caractérisé par de nombreuses dictatures et populismes, et les revendications ne sont pas écoutées. Il n'y a qu'une période, brève, durant laquelle le président Allende a un projet de répartition des terres. Mais tout échoue avec Pinochet; il s'oppose au concept de propriété communautaire des terres, créant des conflits.



## **Aujourd'hui...**

Depuis quelques années, le gouvernement chilien a mis en place des programmes, dont le programme Orígenes, pour la revalorisation et la reconnaissance des peuples indigènes. Le programme Orígenes veut avoir pour base les communautés indigènes elles-mêmes, plutôt que de suivre un modèle paternaliste ; il a été mis en place dans 5 régions du Chili, en zones rurales, et travaille avec 642 communautés des peuples Aymara, Atacameño et Mapuche. Il comprend des projets communautaires, culturels et de médecine traditionnelle ; 162 écoles sont appuyées pour la mise en place d'un modèle d'éducation interculturelle bilingue, et il existe aussi un projet d'attention interculturelle de santé. En ce qui concerne ce dernier modèle, les objectifs visés sont :

- fortifier la médecine indigène ;
- améliorer l'accès physique aux services publiques ;
- augmenter la pertinence et l'adéquation entre les pratiques des fonctionnaires publiques dans l'attention des populations indigènes ;
- améliorer la situation de santé des populations indigènes.

Pour développer des projets, les demandes et les nécessités des communautés sont recueillies par les équipes locales du programme.

Pendant notre stage, nous avons aussi eu l'occasion d'assister à l'aboutissement d'un projet important dans le cadre du programme Orígenes: l'inauguration du premier espace destiné à la pratique d'une yerbatera ( guérisseuse qui soigne avec des herbes), à côté de l'hôpital de Llanco. Cette yerbatera avait été élue, par la communauté, la plus apte à travailler pour ce projet. Cet espace était mis à la disposition des patients de l'hôpital qui souhaiteraient la consulter. Pendant une période d'essai, tous les frais seraient pris en charge par la municipalité.

La cérémonie d'inauguration a commencé par un rite exécuté par un *lonko*, au pied de l'arbre sacré mapuche, et qui consiste à demander aux dieux de protéger l'endroit et la guérisseuse (principalement). Les prières se font toujours en regardant vers l'est, car le soleil est source d'énergie. D'ailleurs, les malades ont leur lit orienté dans la même direction de façon à ce que le soleil levant leur apporte son énergie d'abord aux pieds puis à la tête. De nombreux lonkos ainsi que des personnalités de la municipalité étaient présents pour honorer ce jour important.

Même si la loi ne reconnaît pas la médecine mapuche (qui n'est donc pas remboursée), avec ce projet qui prend forme, c'est le signe que le gouvernement commence à l'accepter. En même temps, pour l'hôpital, c'est une manière de contrôler toute une

population qui ne vient pas se faire soigner dans une structure où l'on ne trouve que la médecine occidentale. Du coup, tout le monde est gagnant.

Il existe un autre programme, « El programa de salud indigena ». Il a été lancé en 1992, d'après une initiative ministérielle. Il vise à améliorer l'état de santé de la population indigène, appliquant un modèle d'attention de qualité avec une perspective interculturelle. Les objectifs spécifiques sont :

- améliorer la gestion de la santé ;
- fortifier le travail communautaire et l'articulation intersectorielle ;
- collaborer à la préservation du patrimoine culturel ( cérémonies sociales, religieuses, etc.) ;
- et promouvoir la récupération des traditions et pratiques ancestrales (plantes, jeux ; croyances, etc.).

Le programme est fondé sur l'idée que l'on doit reconnaître qu'aucun système médical ne peut satisfaire l'ensemble des demandes de la population à lui seul. Ceci implique d'arrêter de considérer le modèle biomédical comme le seul valide. Le programme propose donc un modèle de médecine interculturelle ou complémentaire, qui contient les connaissances des médecines occidentale et mapuche.

Le centre de santé de Niebla fait partie du programme de santé indigène. Près de 40% des personnes inscrites à ce centre sont d'origine Mapuche. Les objectifs sont les suivants :

1) Le développement d'un modèle d'attention avec une pertinence culturelle

Par exemple, le personnel du centre (ou en tout cas une partie) conseille des traitements mapuche complémentaires à base de plantes aux patients atteints d'hypertension ou de diabète. Dans le poste médical de Curiñanco, certaines informations sont affichées en Castillan et en Mapudungun.

Pour faire le sigle du centre, un concours, ouvert à tous, avait été organisé. Voici le projet gagnant :



On y voit le kultrun en arrière plan, instrument traditionnel mapuche (voir plus bas). Les couleurs ont été choisies avec attention ; à la place du rouge, on a mis du bordeaux car le rouge représente le sang chez les mapuche. D'ailleurs, le rouge du drapeau chilien symbolise le sang indigène versé pendant la conquête espagnole.

#### 2) Accès et qualité de l'attention

Le nombre de rondes et de postes ruraux a été augmenté. De plus, on trouve maintenant une unité dentaire dans certains postes, et un dentiste a été intégré aux rondes sociomédicales. Peu à peu, les postes sont mieux équipés en matériel médical, chauffage, chauffe-eau (il fait très froid !), etc.

#### 3) Développement des ressources humaines

17 fonctionnaires formés en histoire et traditions de la population mapuche et formation des professeurs des écoles rurales (voir partie sur notre expérience à Niebla)

#### 4) Participation aux activités culturelles, ainsi que leurs promotion

Le centre organise des expositions d'objets, de photographies et de peintures avec pour thème la culture mapuche ; ont lieu aussi des rencontres culturelles autour de la musique, le théâtre et le chant mapuche. Certaines personnes du CESFAM ont parfois aussi l'occasion de participer aux fêtes traditionnelles.

#### 5) Etudes

Une étude porte sur la situation du savoir local concernant la médecine mapuche qu'ont les communautés de la région ; une autre cherche à retrouver/ préserver les jeux et jouets populaires.

#### 6) Participation aux réunions communautaires et intercommunautaires.

#### Travail entre le centre et la communauté

Assez souvent, Sandra (infirmière, ancienne directrice du centre) réunissait tous les représentants des communautés, pour parler des projets en cours ou de problèmes

importants. A côté de l'importance des projets, il y avait aussi tout le travail de motivation et de responsabilisations des communautés pour les effectuer. Un jour il était par exemple question des problèmes environnementaux de la Côte, habitée par toutes ces personnes: projet d'une nouvelle autoroute, exploitations des forêts natives, contamination des eaux, etc. L'objectif de la session était de trouver des moyens d'intervenir en tant que communauté. Sandra donnait certaines clés, motivait la réflexion, mais il était clair que le travail devait venir des gens et pas d'elle.

Certains des postes rattachés au centre de Niebla étaient en fait des baraquements appartenant aux communautés indigènes locales ; certains responsables de la communauté étaient en charge de préparer le local, de rappeler aux gens le jour de nos visites, et de nous dire quelles personnes nécessitaient une visite à domicile. Sandra profitait souvent d'avoir un grand nombre de personnes (patients et responsables) présentes au centre ces jours là pour discuter avec elles. Lors d'une de ces séances improvisées, il était question du problème des routes ; la pluie étant toujours au rendez-vous dans cette région, et plus encore pendant ces mois d'hiver, les routes en terre qui menaient au centre étaient difficilement praticables. Sandra prévenait qu'il pourrait arriver un jour où la ronde ne pourrait pas avoir lieu, ceci dû à ce problème d'accès, si les gens ne faisaient rien ; notre minibus s'était d'ailleurs enlisé plusieurs fois en chemin, mais ce jour-là nous étions accompagnés par un des représentant du maire, et surtout par son 4x4, qui nous avait tiré d'affaire. Sandra nous expliqua ensuite qu'elle devait parfois parler aux gens, de ce centre précisément, « comme à des enfants » pour essayer de les motiver à s'organiser par eux-mêmes et à travailler ensemble (tâche apparemment difficile).

### **Médecine mapuche**

Alors que le lonko est le chef politique, élu (ou démis de ses fonctions) par les gens de la communauté, la machi est le chef spirituel, et une fois qu'on est machi, c'est pour toujours. Dans ses rêves, la machi sait qui lui succèdera (toujours dans sa famille). La machi a en effet le don de voir l'avenir dans ses rêves, ainsi que celui de soigner, et de chasser les mauvais esprits des corps malades. Ces machis sont très peu nombreuses à l'heure qu'il est, ou en tous cas peu se sont manifestées comme telle, ayant été réprimées

et traitées de sorcières à l'arrivée des Espagnols. Elles soignent tous types de maladies, posent des diagnostics en lisant dans les urines, et connaissent les plantes médicinales. D'autres guérisseurs existent, mais ceux-ci n'ont qu'une spécialité, et ont un rôle moins important dans la communauté : il s'agit des *kimche*, parmi lesquels on peut trouver le/la *punenel chefe* (celui qui répare les os), le/la *keyukonkelu* (sorte de sage-femme), le/la *lawentuchefe* ( le/la yerbatero/a ; celui qui soigne avec les herbes). Un kimche peut parfois avoir plusieurs spécialités.

Pour ce qui est de la transmission des connaissances, elle se fit à la base par le dieu *Ngenechén* qui enseigna les secrets des plantes à la première machi (c'est d'ailleurs la seule personne capable de communiquer avec les dieux). Puis celle-ci se fit entre la machi et sa successeur; dès le plus jeune âge de cette dernière, la machi la voyait en rêve et la désignait comme apprentie. La novice et la guérisseuse allaient alors cueillir des plantes et voir les malades ensemble.

De nos jours, les gens savent quelles plantes utiliser pour les maladies communes. Et ceci est valable aussi dans les autres régions du Chili où les gens se soignent, entre autres, avec ce type de médecine. Pendant notre voyage dans le désert de l'Atacama, nous avons pu récolter nous-même des plantes, grâce aux conseils des habitants du village dans lequel nous logions : des traitements pour le mal de tête, pour le mal d'altitude et pour les problèmes rénaux. Les habitants savaient quelles plantes chercher et où les trouver. Pour les maladies plus complexes ou inexplicables, la machi va choisir les herbes nécessaires. On nous a raconté que souvent la machi savait de quoi souffrait un tel avant même qu'il vienne la consulter, et qu'ainsi elle pouvait aller chercher et préparer les remèdes en attendant son visiteur.

Il existe des maladies qui ne sont décrites que par la médecine mapuche. Par exemple, le *sobreparto* s'attrape quand une femme se lave tout de suite après son accouchement. Après avoir bu du maté (boisson à base d'herbes), il faut se couvrir la bouche quand on sort et qu'il fait froid, pour éviter de tomber malade. De plus, chaque maladie mentale a une cause bien précise.

Pendant notre stage, nous sommes allés rendre visite à une femme qui avait des problèmes de dos. Selon elle, les douleurs venaient du coup que lui avait donné un mauvais esprit. Son fils était allé cueillir des plantes, selon les prescriptions d'un yerbatero. Ce dernier venait alors soigner sa patiente à l'aide de ces remèdes. Nous avons pu parlé un peu avec lui, car il est arrivé au moment où nous finissions notre consultation.

Il nous a parlé de son apprentissage, qui s'est fait en suivant sa mère auprès des malades (elle-même était guérisseuse), depuis son plus jeune âge. Il nous a parlé également de toutes les personnes qu'il avait soignées. L'infirmière avec qui nous étions, a insisté sur l'efficacité de ses traitements, et sur le fait qu'il était important d'avoir ces deux approches médicales différentes ; elle a appuyé aussi sur le respect que l'on doit avoir pour les représentations que les patients se font de leur maladie.

### Le machitun

Le machitun est un rite de guérison, exécuté par la machi. Cette dernière soigne la maladie en l'expulsant du corps du souffrant. Ceci se fait dans une ambiance de fête avec de la musique, des danses et des mouvements rituels. Un des instruments utilisés est le Kultrun, tambour cérémonial sur lequel l'univers est représenté, divisé en quatre quadrants ; les quadrants supérieurs représentent le ciel et les inférieurs la terre. Les quatre parties symbolisent aussi les saisons. Pendant le rituel, la machi utilise des hallucinogènes, des herbes et des remèdes qu'elle seule connaît.

### **Les plantes médicinales**

Dans la culture indigène, les plantes doivent pousser à l'état sauvage ; les plantes cultivées perdent en effet une partie de leurs pouvoirs. Malheureusement, certaines espèces sont en voie d'extinction, ou ont déjà disparues, car les forêts sont détruites, entre autres par les entreprises d'exploitation. Certains programmes de l'état promeuvent donc la culture de ces herbes.

Il est aussi important que ce soit la machi/kimche qui prépare les remèdes, car sinon ceux-ci n'ont pas la même puissance.

Nous avons eu l'occasion de parler avec un couple Mapuche qui tenait une pharmacie, qui a pour nom Mapulawen (remède de la terre), avec uniquement des herbes médicinales, sous différentes formes (capsules, gouttes, pommades, infusions). On trouve des traitements contre les ulcères, les insomnies, les allergies, la toux, et encore bien d'autres. Une fois par mois, une machi vient au magasin pour recevoir des patients. La clientèle est autant mapuche que wingka (non mapuche).

Selon les patrons de cette pharmacie, Mapulawen a permis d'offrir un travail régulier aux familles de la communauté qui participent à la récolte et à la dissection des plantes, en permettant en même temps de garder les coutumes ancestrales. Les connaissances et les

formules données par la machi sont intégrées dans ce processus industriel allant de la récolte jusqu'à la mise en capsule.

## **FETES**

Le Nguillatun a lieu tous les deux à trois ans et dure deux à trois jours selon la région. Lors de cette cérémonie, les mapuche de tous âges vont remercier *Ngenechén*, le dieu mapuche, au pied d'un autel en plein air. Il s'agit de demander un meilleur climat, de bonnes récoltes, une nourriture abondante, ou d'éviter les maladies. On sacrifie un animal, généralement une brebis, avec le sang duquel on asperge les invités, avant de le cuire et de le manger. Le Ngenpin est le chef de cérémonie, mais la machi et le lonko jouent aussi un rôle important dans la préparation et le déroulement de l'événement.

Le Wetripantu célèbre la nouvelle année, au solstice d'hiver. Nous avons eu la chance d'être au Chili à cette période là et d'être invités à une cérémonie grâce à Sandra, qui entretient de très bons rapports avec la communauté de la région. La célébration avait lieu dans une école, près du centre de santé de Niebla où nous travaillions. C'était une grande première pour les écoliers de la région d'avoir le droit de fêter ce jour, et les enfants de deux autres écoles s'étaient joints à la fête. Le tout avait été organisé par les professeurs et surtout par un couple de jeunes mapuche, très désireux d'enseigner les traditions mapuche aux plus petits. La femme travaillait toute l'année, d'école en école (en milieu rural), avec pour but d'apprendre aux enfants leur langue, leurs coutumes et leurs légendes, en un mot, de leur rendre leur culture. Ce jour-là, les grands comme les petits, vêtus de leur habit traditionnel, s'étaient réunis autour de l'arbre sacré. La cérémonie consista en prières pour remercier Dieu pour la nourriture et la fertilité des sols, et pour lui demander que l'année suivante soit bonne. Il y eut aussi de nombreuses danses et des chants.



