

# IMMERSION EN COMMUNAUTE EN ARGENTINE



Noémie Assir  
Marie Zenobi  
Abdolsalam Jamei

## SOMMAIRE

HISTOIRE .....	3
ECONOMIE ET POLITIQUE .....	4
GEOGRAPHIE .....	6
BUENOS AIRES .....	7
SANTE EN ARGENTINE .....	9
SYSTEME DE SANTE .....	13
I. UN SYSTÈME DE SANTÉ COMPLEXE ET FRAGMENTÉ .....	13
A. UN SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE INSUFFISANT POUR GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS.....	14
B. DES EFFORTS RÉPÉTÉS POUR DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE QUI RÉPONDE AUX BESOINS DE LA POPULATION .....	19
II. RETRAITES, FAMILLE, LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS : UNE COUVERTURE PARTIELLE DE LA POPULATION .....	25
A. RETRAITES : UN SYSTÈME RÉFORMÉ AU COURS DES QUINZE DERNIÈRES ANNÉES .....	25
B. DES POLITIQUES DE SOLIDARITÉ À L'EFFICACITÉ LIMITÉE .....	27
LE SYSTEME EDUCATIF ARGENTIN.....	32
ASSOCIATION MATE COCIDO.....	36
PROJET «LA BOCA» .....	36
NOTRE ACTIVITE .....	37
POLLUTION DU RIACHUELO .....	42
RED ARGENTINA DE MUJERES VIVIENDO CON VIH-SIDA (RAMVIHS) .....	44
VISITE DE LA FABRIQUE COOPERATIVE GRAFICA PATRICIO .....	48
LES COMEDORS .....	49
NOTRE ACTIVITE .....	52
VISITES DIVERSES .....	52
CONCLUSION .....	52

Quel sens donner à ce rapport ? Cette question nous avait à peine effleurés lorsque nous nous étions immergés, en Argentine. Nous y sommes allées avec une idée bien précise de ce qu'allait être notre stage, nous en sommes revenus bouleversés, confus, mais avec le sentiment d'avoir appris beaucoup plus, et autre chose, que ce que nous espérions. Plus d'un mois s'est écoulé depuis notre retour, le caractère éminemment émotionnel du voyage s'est quelque peu estompé et nos souvenirs son moins vifs. Nous relisons nos notes, nous regardons les photos que nous y avons pris, nous évoquons en riant quelques anecdotes, nous nous disputons gentiment sur la forme que nous allons donner à notre rapport : allons-nous dresser un panorama du système de santé argentin, allons-nous témoigner de ce que nous y avons découvert, allons-nous raconter ce que nous y avons fait ? Nous nous regardons les uns les autres avec la vague impression que quelque soit le plan que nous adoptions, nous allons trahir un peu l'originalité et l'essence même de ce que ce stage nous a apporté. Sur le fond, nous sommes d'accord, nous aimerions que ce rapport puisse être à l'image de notre stage d'immersion et le reflet de notre voyage : déconstruit, surchargé, essoufflant et diablement enrichissant.

## HISTOIRE

En bons étudiants bien organisés et propres sur eux, nous avons bien préparé notre voyage. Pensant que le fait de connaître l'histoire, l'économie et la culture du pays, nous aiderait à nous y immergé, nous avons acheté des livres d'informations destinés aux touristes et nous avons effectués nos petites recherches sur internet. Par exemple, nous y avons appris que l'Argentine comprend 39 millions d'habitants (environs 6 fois la population de la Suisse), répartis inégalement sur 2'780'000 km<sup>2</sup> (soit plus de 67 fois la Suisse), d'où la densité de population qui y est de 14 habitants au km<sup>2</sup>. Nous savions déjà que la capitale dite fédérale est Buenos Aires, que la religion est catholique pour plus de 92% de la population et que la langue officielle est l'espagnol parlé par 100% des argentins (les quelques langues indigènes sont de moins en moins usitées et les anglophones y sont une denrée rare, cela même dans le milieu médical). Internet nous avait appris que la monnaie est le peso argentin, divisé en 100 centavos (1 franc = 2.2 pesos argentins), que le pays a pour emblème le ceibo, fleur rouge, et pour régime politique, une démocratie présidentielle, dont le chef d'Etat est Nestor Kirchner.

Nous avons beaucoup lu sur l'histoire récente, la crise économique de 2001 et la dévaluation de 2002. Grosso modo, les sources disaient à peu près toutes la même chose, à savoir que l'Argentine a un rapport complexe avec l'argent, et que ses dirigeants croient souvent régler les problèmes économiques du pays seulement en changeant la devise ou son cours : Pour des raisons plus ou moins bonnes, le peso a été remplacé par l'austral dans les années 80 puis par le nouveau peso en 1992. En début 2002, le peso a été dévalué de 40% pour finalement perdre 70% de sa valeur fin 2002, flottant au gré du marché. A chaque changement, les petites gens y perdent. Conséquence de tout ceci, disaient les textes : plus personne n'a confiance ni dans le peso, ni dans les banques, ni dans le gouvernement. Nous ne nous en doutions pas lors de nos premières lectures, mais ce phénomène, nous nous en sommes vite aperçu, se répercute jusque dans la manière de vivre des argentins et donc dans leur façon de s'instruire, de se soigner et de consommer les soins. A plusieurs reprises, lors de notre stage, nous avons été étonnés par

le fait que les patients argentins insistent pour bénéficier de soins palliatifs, tout en faisant preuve d'une nonchalance parfois effrayante face au traitement de fond de leurs maladies. «Ils vivent au jour le jour, nous disaient les jeunes internes en haussant les épaules, c'est le tempérament argentin». Il va de soi qu'avec une telle instabilité économique et politique, il n'est pas évident de se projeter dans le long terme, de songer à bâtir un capital financier, intellectuel ou un capital santé... Mais ne nous égarons pas, nous reviendrons à ce phénomène en temps voulu.

## ECONOMIE ET POLITIQUE

Nos lectures racontaient également que l'économie argentine repose en grande partie sur l'agriculture, en particulier l'élevage de bovins. Buenos Aires, paraît-il, a de tout temps servi de port pour exporter les viandes venues de la Pampa, ainsi que le blé, les fruits et le vin. Le secteur industriel, plus réduit, se concentre, nous n'inventons rien, principalement sur l'agro-alimentaire et la mécanique lourde. Le tourisme se développe grâce aux brésiliens et chiliens ainsi qu'aux européens, notamment les étudiants en médecine suisse.

Les coupures de presses et les articles qu'on peut trouver en tapotant sur internet nous avaient appris qu'après divers scandales concernant le président Carlos Menem, instigateur de la loi sur la parité (d'après ce que nous avons retenu, il s'agit d'une loi économique compliquée qui aligne le nouveau peso sur le dollar US), le pays a sombré dans le chaos le plus complet en 2000. L'élection de De La Rúa en 2000 n'a pu enrayer la crise, au contraire, et les exportations ont souffert du niveau trop élevé du dollar. Fin 2001, les banques étant au bord de la banqueroute, y compris la banque centrale, l'Etat ne pouvait même plus payer ses fonctionnaires. S'en sont ensuivi des manifestations géantes (dont le petit nom est : «manifestation géante de 2001»), des pillages et finalement la chute de De La Rúa.

Son successeur, Eduardo Duhalde, prit, racontent encore nos sources, des mesures énergétiques, notamment la dévaluation du peso (qui perdit 70% de sa valeur en quelques mois) et l'interruption du remboursement de la dette extérieure. Payant les conséquences de l'ultralibéralisme des années Menem, plus d'un tiers des Argentins tombèrent en dessous du seuil de pauvreté au cours de l'année 2002. Pour faire face à cette crise, le pays a dû emprunter des sommes gigantesques qui n'ont à ce jour pas encore été remboursées au fond monétaire international.

Depuis mai 2003, Nestor Kirchner a repris les rênes d'un pays en déroute et progressivement, a tenté de redonner espoir aux Argentins désabusés. Dès son arrivée au gouvernement, les décisions fermes se sont succédées. Il semble même que le président Kirchner en ait surpris plus d'un lorsqu'il a dénoncé publiquement l'impunité d'une classe politique dirigeante. Mais étrangement, ajoutaient nos sources les plus critiques, on retrouve aujourd'hui dans le gouvernement des figures politiques déjà présentes dans le giron corrompu de Menem.

La dévaluation (2002) a permis de relancer les exportations agricoles et 2003 a connu une croissance industrielle de 13%. Le chômage avoisine toujours les 20% et reste à savoir si le gouvernement sera assez solide pour que cette relance économique ne soit pas factice.

Bien entendu, nous avons lu tout cela en diagonale, sans en retirer quoi que ce soit de réellement concret. Cependant, s'il est un point qu'il nous semble important d'avoir retenu après la lecture de ces paragraphes rébarbatifs, c'est le suivant :

L'argentine est un pays qui tente de se remettre d'une grave crise faisant suite à des décennies d'instabilité économique et politique, mêlés de scandales et de corruption (et nous vous avons épargné les longues pages sur le Péronisme. Si ça vous intéresse, faites un tour sur [fr.wikipedia.org](http://fr.wikipedia.org), c'est assez complet et très utile si vous voulez tenir une conversation politique avec un argentin). Les argentins, et ce quel que soit leur classe sociale, connaissent l'histoire de leur pays et aiment parler de politique. Cependant, s'ils s'intéressent à cette dernière, c'est sans trop y croire. Tous sont très méfiants à l'égard de leurs dirigeants et cette méfiance a tendance à déteindre sur d'autres domaines. Lors de notre stage, nous avons pu constater comme la population se montrait incrédule face au système éducationnel et face à la prévention médicale, et à quel point les professionnels de la santé et les responsables de structures à but humanitaire se montraient désabusés lorsque nous leur parlions d'aide gouvernementale ou de système de santé centralisé. «Les dirigeants sont trop occupés à faire leurs affaires, nous disaient-ils, ici ce sont les médecins qui s'occupent de la médecine et les affamés qui s'occupent de la soupe populaire : La solidarité sociale n'est instituée qu'en théorie, mais chacun a la solidarité dans le sang. »

Concernant la désillusion généralisée, permettez-nous de vous raconter cette anecdote :

Nous avons rendez-vous dans un comedor (il s'agit d'une sorte de soupe populaire autogérée dont nous parlerons plus en détails plus loin) pour y distribuer des brosses-à-dents et du dentifrice à des enfants de 5 à 8 ans. Nous profitons de ces distributions pour donner des petits cours rapides sur l'hygiène dentaire et pour discuter avec les responsables du lieu et les cuisinières dans l'espoir de trouver une solution pour mieux équilibrer les repas qu'on y sert. Ce jour-là nous sortions de la visite d'une école et nous étions en retard pour nous rendre à ce comedor. Nous nous sommes donc dépêchés de passer à notre auberge chercher le matériel. En descendant les escaliers, un sac s'est déchiré et une centaine de petits tubes de dentifrices se sont retrouvés éparpillés sur les marches. Etant donné que nous étions pressés par le temps, Marie a décidé de rester à l'auberge pour les ramasser, pendant que Noémie et Omid courraient au comedor pour donner le cours. Arrivé au comedor, nous vîmes que les enfants nous regardaient avec de grands yeux pleins d'attente. La responsable, une veuve du quartier qui s'occupait de l'administration et de la cuisine, nous a attiré dans un coin pour nous demander où étaient les brosses-à-dents et les tubes de dentifrice. Quand nous avons fini de lui raconter la mésaventure, elle s'est frappé le front avec la paume de la main et a dit que c'était une malédiction car les enfants espéraient vraiment ces brosses aujourd'hui. Nous avons beau lui expliquer que ce n'était pas un problème, que nous allions les apporter le surlendemain, elle a secoué la tête en disant ceci : «Ne faites plus jamais une chose pareille. Ce sont de petits enfants, ils n'ont pas encore l'habitude d'être déçus. Je m'épuise matins et soirs pour que ça arrive le plus tard possible. Et ici, ça relève de l'exploit.»

## GEOGRAPHIE



Dans nos lectures préparatoires nous avons aussi eu affaire à bon nombre de tableaux chiffrés témoignant du niveau développement du pays. Ils ne nous ont pas été d'une indispensable

utilité, mais nous pensons que leur absence dans un rapport de stage sérieux serait réprimandable :

Taux de croissance démographique annuel 2001-2015 : **1**

Espérance de vie : **75,7 ans**

Taux d'alphabétisation : **97,1**

Religion(s) : **catholique romaine 92 %**, protestante 2 %, juive 2 %, autres 4 %

Indice de développement humain (Classement ONU) : **34<sup>ème</sup>/175** (0,849)

PIB 2005: **186 Mds USD** (2001: 268,8 Mds USD)

PIB par habitant 2005 : **4 800 USD**

Taux de croissance PIB 2005 : **9 %** (2002 : -10,9 %)

Taux de chômage 2004 : **12 %**

Taux d'inflation 2005 : **9,6 %** (2004 : 4,4 %)

Solde budgétaire 2005 (excédent courant) : **1,5 % PIB** (objectif fixé par le FMI : 3 %)

Balance commerciale 2005 : **12,0 Mds USD**

Principaux clients : **Union européenne (20 %)**, Mercosur (19,5 %), ALENA (14 %), **Pays asiatiques (17 %)**

Principaux fournisseurs : **Mercosur (37 %)**, Union européenne (20 %), ALENA (19 %), **Pays asiatiques (13 %)**

Part des principaux secteurs d'activités dans le PIB : **agriculture : 12,2 % ; industrie et mines : 32,4 % ; services : 55,5 %**

Nous vous le donnons tel quel et nous ne sommes pas expert dans l'interprétation de ces chiffres, toutefois nous pensons pouvoir dire sans faire de bourde que sur le plan du développement, l'Argentine est plutôt sur la bonne voie.

## **BUENOS AIRES**

Nous avons effectué la totalité de notre stage dans la ville de Buenos Aires. S'il est courant de penser que l'Argentine diffère des autres pays d'Amérique du Sud, il faut également savoir que Buenos Aires est différente des autres villes d'Argentine : D'abord, c'est la capitale fédérale, mais pas la capitale de la province de Buenos Aires, qui est La Plata. Ensuite, elle rassemble, à elle seule, près de 75% des richesses et près d'un tiers de la population, alors qu'elle ne représente qu'à peine 1% du territoire du pays. La ville même compte 4 millions d'habitants, on arrive à 12 millions en incluant la banlieue de Buenos Aires. Nous mentionnons tous ces chiffres pour illustrer le fait qu'il s'agit d'une grande métropole, que nous avons été sérieux dans nos collectes d'informations et que si vous n'êtes pas sages, nous pourrions écrire un très long paragraphe sur l'histoire de cette incroyable ville (qui, soit dit en passant, contient la plus large avenue du monde).

En vérité, il y a une chose de vraiment frappant à Buenos Aires et qui mérite réellement de figurer dans ce rapport : c'est le contraste entre richesse et pauvreté. Autour du noyau central de la ville, se trouvent les quartiers riches : Recoleta, Belgrano et plus loin Palermo. On y trouve des hôtels de luxe, des magasins chics, de grands cinémas, des salles de théâtre, d'opéra, des cabarets et des boîtes de nuits. A quelques quadras (c'est ainsi qu'on nomme les

pâtés de maisons en Argentine) de ces quartiers huppés, il y a la misère des quartiers défavorisés comme celui de la Boca dans lequel nous avons passé le plus clair de notre temps : les bâtiments à demi écroulés, les villas miserias en taule où s'entassent les familles, les vitres cassés, les carcasses de voitures abandonnés, la violence et le racket. Dans tous les quartiers de la ville, riche ou pauvre, la nuit tombée, on voit sortir les cartoneros, souvent des adolescents, qui pour quelques sous, fouillent les poubelles de la ville à la recherche de matériel recyclable. Nous ne voudrions pas tomber dans les clichés ou les lieux communs, mais c'est à Buenos Aires qu'il faut jeter la pierre, nous ne faisons que rapporter ce que nous avons vu. Ce contraste est, bien entendu, aussi présent au niveau des écoles et, à moindre degré, des hôpitaux. Il se fait également sentir très fortement sur le plan des assurances.







## **SANTE EN ARGENTINE**

Avant de partir, nous avons également pris le soin de nous documenter de manière générale sur la santé en Argentine. Nous savions qu'il n'y avait, pour pouvoir s'y rendre, aucune obligation vaccinale, ce qui à notre sens signifiait qu'on n'y serait ni confronté à d'importantes épidémies, ni à de grandes maladies endémiques. Nous avons appris que la fièvre jaune n'y sévissait plus depuis un certain temps, mais que nous risquions de la contracter si nous franchissions la frontière bolivienne (ah ! ces maladies bien polies qui ne franchissent pas les frontières sans visa). On nous a également conseillé, de nous méfier de la rage si nous contions faire un séjour en zone rurale, car parait-il, des cas ont été recensés ces dernières années. Les autres maladies importantes que nous pouvions rencontrer en Argentine

sont des maladies principalement dues au manque d'hygiène et transmises par l'alimentation telles que l'hépatite A et la fièvre typhoïde. Nous avons décidé de concentrer notre stage sur l'hygiène et le HIV dont le nombre total de cas déclarés, et apparemment sous-estimé, est de 130'000, ce qui place l'argentine au 45<sup>ème</sup> rang mondial des pays les plus touchés entre la Guinée et la France (à titre informatif, la Suisse est au 85<sup>ème</sup> rang avec ces 13'000 cas). Toutefois, les psychologues de l'une des associations avec lesquelles nous avons travaillé, ont attiré notre attention sur deux problèmes plus spécifiques à Buenos Aires et contre lesquels nous pouvions réellement lutter activement : l'hyperactivité des enfants et l'absence de perspective d'avenir.

«Les enfants, nous disaient-elles, n'ont pas l'espace vital nécessaire à leur équilibre. A la maison, ils sont entassés avec leurs frères et sœurs, les cousins et les cousines, à l'école, ils passent leur journée assis derrière de petits pupitres, il n'y a pas d'endroit en ville où ils peuvent se défouler, courir, jouer, ou alors ces endroits ne sont pas sécurisés, résultat : ils sont hyperactifs, dès qu'ils sont dans la rue, ils chahutent, certains deviennent violents. Il suffit d'assister à un match à la Bombonera [stade de football de la Boca] pour être témoins de ce phénomène... L'autre problème est que les enfants voient leur monde réduit à leur quartier. Souvent, ils ignorent la vastitude du monde et les choix qui s'offrent à eux. Ils s'enfoncent dès le plus jeune âge dans une sorte de fatalisme trop réaliste. Ils suivent les mêmes schémas que leurs parents, font les mêmes métiers. Ils n'ont pas de rêve, pas d'espoir, à cet âge [les enfants du foyer de la Boca ont entre quatre et onze ans] c'est pathologique...»

En outre, comme nous avons cru utile de visiter le site de l'OMS pour voir ce qu'on pouvait y apprendre sur les indicateurs du système de santé en Argentine :

<b>Indicateur</b>	<b>Valeur (année)</b>
Total des dépenses de santé en % du PIB	9.6 (2004)
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	45.3 (2004)
Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	54.7 (2004)
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	15.1 (2004)
Ressources extérieures pour la santé en % du total des dépenses de santé	0.2 (2004)
Dépenses de sécurité sociale en % des dépenses publiques de santé	56.8 (2004)
Paiements directs en % des dépenses privées de santé	48.70 (2004)
Financement des assurances privées en % des dépenses privées de santé	45.6 (2004)
Total des dépenses de santé par habitant (au taux de change officiel de l'US \$)	382.9 (2004)
Total des dépenses de santé par habitant (en dollars internationaux)	1274.3 (2004)
Dépenses publiques de santé par habitant (au taux de change officiel de l'US \$)	173.5 (2004)
Dépenses publiques de santé par habitant (en dollars internationaux)	577.6 (2004)

Encore une série de chiffres qui ne nous disaient pas grand-chose. Nous avons cependant noté que d'une manière globale, l'Argentine dépensait proportionnellement moins que la Suisse

dans le domaine de la santé. Nous vous copions les indicateurs pour la Suisse pour le cas où vous aimeriez pousser la comparaison dans les détails plus subtils :

<b>Indicateur</b>	<b>Valeur (année)</b>
Total des dépenses de santé en % du PIB	11.5 (2004)
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	58.5 (2004)
Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	41.5 (2004)
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	18.6 (2004)
Ressources extérieures pour la santé en % du total des dépenses de santé	0.0 (2004)
Dépenses de sécurité sociale en % des dépenses publiques de santé	70.8 (2004)
Paiements directs en % des dépenses privées de santé	76.70 (2004)
Financement des assurances privées en % des dépenses privées de santé	21.1 (2004)
Total des dépenses de santé par habitant (au taux de change officiel de l'US \$)	5571.9 (2004)
Total des dépenses de santé par habitant (en dollars internationaux)	4011.3 (2004)
Dépenses publiques de santé par habitant (au taux de change officiel de l'US \$)	3260.5 (2004)
Dépenses publiques de santé par habitant (en dollars internationaux)	2347.3 (2004)

# NOTRE STAGE



Initialement, notre stage devait entièrement se dérouler dans le foyer de la Boca avec lequel nous étions en contact grâce à l'association Mate Cocido, basée à Genève. Nous avons également pris contact avec un membre d'une association de lutte contre le SIDA pour combler nos plages vides. Très vite, nous nous sommes aperçu que notre travail au foyer allait être très répétitif et, étant donné qu'il consistait en partie à donner des cours sur l'hygiène et la santé aux enfants, et que les enfants étaient à peu près tous les jours les mêmes, que notre participation serait de moins en moins utile. Nous avons donc décidé de continuer de nous rendre au foyer, mais à une fréquence plus basse que celle prévue et, en contrepartie, de prendre contact avec d'autres associations pour voir si nous pouvions y compléter notre stage. Nous avons visité des écoles, des hôpitaux et des obras sociales (ce sont une classe particulière d'assurance dont nous parlerons plus en détails dans les lignes qui suivent), dans le but de mener une enquête sur le système de santé Argentin et sur la prévention faite dans ce pays. Nous avons eu près d'une douzaine d'entretiens avec différents acteurs du système de santé et du système préventif. La partialité était la tendance générale: d'une part, il y avait ceux pour qui tout allait bien et se vantaient de la bonne marche du système et de l'autre, ceux qui se plaignaient et pour qui tout allait de travers. L'un dans l'autre, nous avons réussi à nous faire une idée, certes fragmentée, mais assez complète du système de santé. Les informations qui suivent sont majoritairement issues du site internet. Ce site très bien fait nous a permis de mettre de l'ordre dans nos multiples sources et il nous a semblé artificiel de le paraphraser étant donné qu'il recoupe exactement, et en les poussant plus dans le détail, les informations que nous avons recueillies. Nous avons préféré recopier ce qui nous semblait important et ce sur quoi nos interlocuteurs ont insisté en les commentant et les nuancant par notre propre expérience.

## **SYSTEME DE SANTE**

### **I. UN SYSTÈME DE SANTÉ COMPLEXE ET FRAGMENTÉ**

L'organisation du système de santé argentin est à l'image de l'histoire politique et institutionnelle du pays.

Politique, car les premières structures de prévoyance sont apparues dans le cadre du mouvement ouvrier.

Institutionnelle, car l'Argentine est un pays fédéral et que la santé y est une compétence partagée entre l'Etat central et les régions.

Le système d'assurance maladie et de santé s'est donc progressivement intégré dans ce cadre institutionnel, ce qui explique son manque d'homogénéité. Après une première tentative dans les années soixante-dix, les autorités argentines ont lancé dans les années quatre-vingt-dix une réforme globale visant à rendre plus efficient le système d'assurance maladie et à développer une politique de santé publique moderne.

## A. UN SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE INSUFFISANT POUR GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS

En Argentine, le système d'assurance maladie s'organise autour de **trois catégories distinctes d'opérateurs** : les *obras sociales*, le secteur privé aussi appelé médecine prépayée et le secteur public.

La répartition des rôles entre les acteurs fait que cette organisation n'est pas comparable aux systèmes de couverture maladie que nous connaissons en Suisse :

- premièrement, il ne s'agit pas d'un dispositif à plusieurs étages au sein duquel les interventions des opérateurs se complèteraient. En Argentine, les opérateurs privés ne sont pas des assureurs complémentaires dont l'intervention s'articule avec celle du régime obligatoire d'assurance maladie : ils assurent les mêmes prestations que le régime de base ;
- deuxièmement, la sécurité sociale et les assureurs privés se comportent comme des acheteurs de soins, c'est-à-dire qu'ils adressent leurs assurés à des professionnels de santé avec lesquels ils ont passé des contrats ; ils ne peuvent donc pas être comparés à nos organismes d'assurance maladie obligatoire ou complémentaire qui prennent en charge des demandes de remboursement ;
- troisièmement, le secteur public a une mission précise : la prise en charge médicale des personnes ne disposant d'aucune couverture santé, c'est-à-dire les franges les plus démunies de la population. Cet accueil est exclusif de tout rattachement à une caisse d'assurance maladie.

### 1. Les obras sociales : socle du régime d'assurance maladie

Les premières structures de protection sociale ont été créées en Argentine dès le début du XX<sup>e</sup> siècle. Ces structures d'origine ouvrière ont d'abord pris en charge les risques liés aux accidents du travail.

Il faut attendre les années quarante pour voir se développer des organismes dédiés à la prise en charge de la santé, puis le second plan quinquennal (1953-1957) pour que la protection de la santé devienne un objectif politique majeur. Ces structures sont au cœur du compromis social conclu entre les organisations syndicales et le gouvernement de Juan Perón. Ce développement d'un système d'assurance maladie coïncide avec la création, depuis 1949, d'un ministère de la santé.



Obra social dans le quartier de San Telmo

### a) Les étapes conduisant à la création du système d'assurance maladie

Les mutuelles ouvrières, devenues obras sociales, ont servi de base à l'essor d'une branche maladie au sein d'un système de sécurité sociale professionnelle.

Initialement réservé aux salariés du secteur privé, le bénéfice de l'assurance maladie a été étendu par étapes à de larges pans de la population : fonctionnaires gouvernementaux et locaux, cadres, retraités.

Le recours à des structures sectorisées n'a fait qu'ajouter à la complexité du système. Cette fragmentation est encore palpable aujourd'hui puisqu'au sein de cette fraction du régime obligatoire d'assurance maladie cohabitent différentes catégories d'*obras sociales* gérées par les organisations syndicales, les entreprises, l'état fédéral ou encore les régions.

Il faut attendre les années soixante-dix pour que les pouvoirs publics mettent en place les premières politiques de régulation des *obras sociales* et ébauchent les grandes lignes d'un système d'assurance maladie moderne et solidaire.

La loi 18610 de février 1970 assigne à l'Etat un pouvoir de contrôle sur le fonctionnement des obras sociales. Un Institut national des obras sociales (INOS) est chargé de la régulation du secteur.

Un fonds de solidarité (*Fondo de Redistribucion*), alimenté par une cotisation spécifique, assure une péréquation financière entre les différentes structures.

La couverture offerte par les différentes structures est harmonisée, l'affiliation des salariés au régime d'assurance maladie devient obligatoire et le bénéfice de cette couverture santé est systématiquement étendu à leurs familles. On organise l'unification des modes de financement et la fixation des règles de cotisations salariales et patronales.

En 1971, le développement du régime d'assurance maladie se poursuit avec la création d'obras sociales spécifiques pour les cadres ainsi que la constitution d'une structure spécifique pour les retraités - *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados* connu sous le nom de PAMI (*Programa de Atencion Medical Integral*).

\*

Ces *obras sociales*, fruit d'une longue histoire, constituent aujourd'hui la pierre angulaire du système d'assurance maladie argentin et assurent la couverture d'environ **52 % de la population**. A la fin des années soixante, elles ne bénéficiaient qu'à 3,5 millions de personnes, soit 27 % de la population.

Elles relèvent de trois catégories différentes :

- les **obras sociales nationales** (*Obras Sociales Nacionales* - OSN) gérées par les administrations publiques nationales. Sur les 285 OSN inscrites sur le registre national de la *Seguridad Social de Salud* (SSS), les dix plus importantes regroupent 55 % des assurés, 134 d'entre elles rassemblent moins de 10 000 bénéficiaires et quarante-quatre moins de 1 000 ;
- les **obras sociales régionales** (*Obras Sociales Provinciales* - OSP) gérées par les exécutifs régionaux. On en dénombre vingt-quatre, soit une par région ; les OSP assurent la couverture des agents publics employés dans la région. On constate une très grande disparité puisque, suivant les cas, elles couvrent entre 8 % et 40 % de la population active d'une région ;
- les **obras sociales syndicales** (OSS) gérées par les représentants du patronat et des employés. Il s'agit de structures organisées par branche professionnelle.

## b) Les réformes destinées à optimiser le système

Le retour à la démocratie au début des années quatre-vingt met en lumière la crise financière et structurelle au sein de laquelle se débattent les *obras sociales*. Afin d'assurer un meilleur encadrement du secteur, les pouvoirs publics affirment la distinction entre le secteur de la santé et les *obras sociales* en créant le système national de santé (*Sistema Nacional de Salud*) tandis que l'INOS est remplacé par une administration nationale de la santé (*Administracion Nacional del Seguro de Salud - ANSAAL*) au sein de laquelle les représentants de l'Etat disposent de la majorité des sièges dans les organes dirigeants.

Sous l'influence de la Banque mondiale, et après une première crise économique, de nouvelles réformes sont engagées au cours des années quatre-vingt-dix afin d'optimiser le fonctionnement des *obras sociales* d'une part, et du système d'assurance maladie, d'autre part. Elles répondent à quatre objectifs : l'introduction d'une dose de concurrence entre les différentes structures, la création d'un niveau minimal de prise en charge des assurés, l'harmonisation des règles de financement et l'introduction de nouvelles modalités de régulation.

Pour des raisons historiques, les affiliés étaient jusqu'alors captifs de l'obra sociale opérant dans leur secteur d'activité. A partir de 1993, les assurés sociaux appartenant à une obra sociale nationale se sont vu reconnaître la possibilité de s'affilier à la structure nationale de leur choix. Cette option n'a véritablement été effective qu'à compter de 1997. Entre 1998 et 2003, près d'un million d'assurés sociaux, hors retraités, ont fait valoir ce droit, soit environ 17 % des personnes concernées.

L'objectif était d'**introduire une forme de concurrence entre les opérateurs** afin de les contraindre à améliorer leur gestion ainsi que le niveau des prestations fournies aux assurés. Cette réforme est toutefois restée d'une ampleur limitée puisqu'elle n'a concerné que la catégorie des *obras sociales* nationales.

Dans un même mouvement, les autorités publiques ont mis en place un système de double appartenance. Les actifs exerçant pour le compte de plusieurs employeurs cotisent désormais à une caisse unique s'apparentant à une caisse pivot ou à un guichet unique.

Dans un souci d'harmonisation, le législateur a souhaité, en 1996, que les *obras sociales* offrent à chaque assuré social un **panier de biens et services minimum** (*Programa Medico Obligatoria - PMO*).

En 1996, le Gouvernement a transformé l'ANSSAL en *Superintendencia de Servicios de Salud* ou SSS, structure chargée d'assurer la coordination entre les 285 OSN placées sous son autorité, de garantir la régulation du système et le respect de la législation par les OSN et de superviser le recouvrement des cotisations.

Les *obras sociales* sont principalement financées par des cotisations salariales (3 %) et patronales (6 %). Une contribution spécifique (10 % du montant des ressources perçues par chaque OS, 15 % pour celles des cadres) est versée au fonds de solidarité et de péréquation (*Fondo Solidario de Redistribucion - FSR*). Toutefois, les mécanismes de redistribution du système sont insuffisants pour corriger les inégalités de ressources entre les caisses. Il n'existe pas de péréquation entre les obras sociales nationales et le PAMI alors qu'ils sont tous placés sous la tutelle du système national de sécurité sociale, ni entre les structures nationales et régionales.

Conséquence de cette architecture institutionnelle et de sa relative pesanteur administrative, les trois opérateurs en charge de l'assurance maladie connaissent des problèmes financiers récurrents. Entre 1995 et 2001, le PAMI a reçu des problèmes de trésorerie, sa dette accumulée est proche de deux milliards de pesos ; les OSN présentaient une dette de près d'un milliard de pesos et trente-huit d'entre elles ont fait l'objet de mesures de protection judiciaire



en raison de leur incapacité à honorer leurs dettes. Ces dernières années, sous l'effet de la crise, les ressources des OSN ont chuté de près de 20 %, et même de 40 % pour le PAMI, du fait de la réduction de la population active.

Depuis 2003, de nouvelles modifications ont été introduites dans le fonctionnement du système pour assurer son fonctionnement. Notamment, une cotisation supplémentaire est due pour chaque membre de la famille de l'assuré.

## **2. Les autres acteurs du système d'assurance maladie**

On l'a vu, le système d'assurance maladie organisé autour des *obras sociales* ne couvre qu'une proportion de la population estimée à environ 52 % de la population. Les statistiques demeurent imprécises mais il semble que les chiffres aient chuté avec la crise économique. De surcroît, cette donnée moyenne ne reflète pas la diversité des situations locales qui varient selon les provinces. Dans la province du nord-est, seuls 40 % de la population sont couverts ; dans les régions les plus riches, ce chiffre atteint 80 %.

Quoi qu'il en soit, il en résulte que les 48 % de la population non pris en charge par les *obras sociales* doivent être couverts par les deux autres opérateurs du système : les assureurs privés et le service public.

Cette situation fait peser une contrainte particulièrement lourde sur le secteur public qui doit être en mesure de prendre en charge les populations les plus démunies et ce, dans un contexte de crise économique qui entraîne une réduction des ressources financières et l'accroissement du nombre de patients potentiels.

### **a) Le secteur public et le secteur privé**

La position de deux autres acteurs, le secteur privé et le secteur public, est une nouvelle illustration de la fragmentation et de la complexité du système argentin d'assurance maladie. On y trouve d'un côté, le secteur privé, qui offre une couverture santé aux assurés ayant souscrit un contrat, soit dans le cadre d'une démarche individuelle, soit dans le cadre d'une souscription collective, et de l'autre le secteur public, qui n'est en aucun cas un assureur mais un prestataire de soins.

**Le secteur privé** n'intervient que très peu comme assureur complémentaire ; selon les médecins que nous avons rencontré, seuls 10 % environ des assurés auprès d'une obra sociale et 20 % des assurés pris en charge par le PAMI (les retraités) ont souscrit un contrat complémentaire santé.

Le mode traditionnel d'intervention des assureurs privés est donc identique à celui du régime obligatoire de base qui permet l'accès aux soins pour le souscripteur et ses ayants droit. Les prestations offertes par ces opérateurs privés permettent l'accès à des structures de soins performantes et onéreuses.

Ce secteur assure la couverture de 9 % environ de la population, pris en charge par près de deux cents opérateurs. Il convient toutefois de souligner que les bénéficiaires de ces contrats sont concentrés à plus de 80 % à Buenos Aires et ses alentours. 2/3 des assurés ont effectué une démarche individuelle pour bénéficier d'une couverture privée, le tiers restant étant affilié à des contrats "collectifs" souscrits dans le cadre professionnel.

**Le système public** demeure largement insuffisant pour offrir un service de qualité aux 40 % de la population qui en dépend. L'hôpital est la pierre angulaire du secteur public. Celui-ci assure les soins des plus démunis et de toutes les franges de la population qui ne disposent pas

d'une couverture sociale suffisante. La crise a augmenté le nombre de personnes dépendant de l'hôpital public.

En juin 2002, moins de la moitié de la population globale disposaient des services hospitaliers publics comme seul recours sanitaire.

**Le secteur public est gratuit et financé par les régions sur leurs ressources propres. Elles reçoivent également des aides de l'Etat fédéral.**

L'offre publique de soins ne correspond pas forcément aux besoins de la population : elle varie suivant les régions et, dans la majorité des cas, les établissements sont situés dans les zones urbaines et peu présents dans les zones rurales. Dans la mesure où le service public doit assurer les soins des populations les plus pauvres, il serait nécessaire de corriger sa répartition territoriale ; les autorités argentines semblent néanmoins conscientes de cette nécessité mais les mesures correctrices sont longues à se mettre en place en raison de la complexité du système de santé, mais aussi en raison de la faiblesse financière des principaux opérateurs sanitaires publics que sont les régions et les communes.

Le secteur public doit faire face à une difficulté supplémentaire : en effet, outre la prise en charge des personnes ne disposant d'aucune couverture, les hôpitaux assurent des prestations de soins pour le compte des *obras sociales* ou des assureurs privés. C'est ainsi qu'entre 30 % et 40 % de la patientèle qui accède aux établissements publics bénéficient de la sécurité sociale et ont droit aux services hospitaliers avec un système de tiers payant.

Cette situation est source de déséquilibres pour au moins trois raisons :

- premièrement, elle a pour effet de réduire les capacités hospitalières mises à la disposition des plus démunis. Cette situation est d'autant plus critique dans les régions où l'offre de soins est essentiellement publique ;
- deuxièmement, jusqu'à une période récente, le principe de la gratuité des établissements de santé conduisait à cette situation paradoxale dans laquelle les assurés étaient pris en charge par les établissements publics sans que leur assureur ne débourse d'argent. Les autorités publiques ont pris conscience de cette anomalie et ont mis en place un système de contractualisation entre les assureurs (*obras sociales* et médecine prépayée) afin que les hôpitaux soient rémunérés lorsqu'ils délivrent une prestation de soins à une personne bénéficiant d'une couverture sociale ;
- troisièmement, les hôpitaux subissent les conséquences de la fragilité financière, voire de l'impécuniosité des opérateurs du système d'assurance maladie.

## **b) Les faiblesses récurrentes du système d'assurance maladie**

Outre les problèmes de gouvernance générale du système dus à la présence d'opérateurs relevant de catégories gérées selon des règles différentes, il est important de souligner que le dispositif d'assurance n'offre qu'une couverture partielle à la population argentine et que la crise de 2001 a encore aggravé la situation.

Tout d'abord, on l'a vu, 40 % de la population ne dépendent que du secteur public pour la couverture santé et l'accès aux soins. Or, l'offre publique souffre de plusieurs faiblesses : hétérogénéité des financements assurés par les collectivités locales en fonction de leur richesse fiscale, absence d'objectifs de résultat.

Dans ce contexte, le système argentin n'est pas en mesure d'offrir une couverture minimale à l'ensemble de la population. La population couverte a même diminué de dix pour cent en 2001 (après la crise économique) passant de 60 % à 50 %. Donc l'organisation actuelle de la sécurité sociale ne permet pas la prise en charge intégrale de la population.

Le système a d'autres faiblesses, en effet même les personnes dûment assurées ne bénéficient pas toujours d'une couverture suffisante.

Dans les années quatre-vingt-dix, les autorités sanitaires ont souhaité améliorer la couverture offerte par les opérateurs d'assurance maladie, et notamment les *obras sociales*, en **rendant obligatoire un panier de biens et services minimum**, le PMO. Mais cette loi, bien qu'obligatoire n'a été que très peu respectée ; la *Superintendencia de Servicios de Salud* - SSS estime que le coût du PMO représente une dépense de 31 pesos par mois et par assuré. Entre les obras sociales nationales - OSN, les obras sociales provinciales - OSP et le système des retraités.

En 2002, près de 2/3 des OSN opérant à Buenos Aires et ses alentours ne respectaient pas le PMO ; dans les autres régions du pays, ce taux approcherait même 80 %.

Enfin, 26 % des assurés sociaux n'ont pas accès au médicament.

En 2002, il y a eu la création d'un PMO d'urgence rassemblant des prestations de base considérées comme indispensables. Cette politique a eu des effets indésirables puisque la plupart des *obras sociales* ont ajusté leurs services sur les obligations minimales de ce nouveau PMO.

De plus, ce PMO ne s'applique que pour les obras sociales nationales et les assureurs privés : le secteur public et les obras sociales régionales, organismes financés par les collectivités locales, n'y sont pas soumis. Chaque centre offre les services qu'il est en capacité de fournir ; dans la plupart des cas, il répond aux urgences mais n'a pas de consultations programmées pour développer une politique systématique de prévention et de santé publique.

61 % des personnes les plus démunies dépendent exclusivement de l'hôpital, à défaut de ressources financières propres, pour se soigner et se procurer des médicaments ; 33 % n'ont pas les moyens de faire exécuter les prescriptions médicamenteuses après une consultation!

## **B. DES EFFORTS RÉPÉTÉS POUR DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE QUI RÉPONDE AUX BESOINS DE LA POPULATION**

Jusqu'au début des années soixante-dix, le système d'assurance maladie et le système de santé se sont confondus. Cette situation, si elle permettait de promouvoir l'accès aux soins, était inopérant pour développer une véritable politique de santé publique et aller au-delà de la simple prise en charge curative de la population.

**Pour pallier cette déficience, les autorités argentines ont créé, en 1974, un système de santé national.** Cette structure a d'abord pris en charge la lutte contre les maladies infectieuses telles que la tuberculose ou la dengue.

Sous l'influence d'éléments structurels (état de santé de la population, défauts d'organisation) et conjoncturels (dégradation de la couverture maladie), le système de santé argentin doit désormais faire face à un défi d'une dimension nouvelle avec l'objectif de promouvoir une plus grande efficacité et le développement d'une politique de santé publique plus moderne.

## **1. Optimiser la gouvernance du système de santé**

L'Argentine consacre près de 10 % de son PIB aux dépenses de santé. Ces dépenses sont réparties entre les *obras sociales*, les ménages et le Gouvernement, le solde étant pris en charge par les autres acteurs.

### **a) Décentralisation et accès aux soins**

Le système de santé argentin se caractérise par son extrême décentralisation institutionnelle à tel point qu'il coexiste plus de 20 systèmes de santé distincts.

Cette situation est un effet du fédéralisme argentin qui a attribué aux régions des compétences importantes en matière de santé. Cette évolution est sous-tendue par la volonté de parvenir à une harmonisation, une égalisation progressive des systèmes de santé locaux qui disposent aujourd'hui de degrés d'autonomie variés.

Mais afin d'assurer la coordination des politiques de santé, les autorités argentines ont créé un Conseil fédéral de la santé (*Consejo federal de la salud* - COFESA) composé des représentants de l'Etat fédéral et des régions, sous l'autorité du ministère fédéral de la santé. C'est dans le cadre de ce conseil que se décident les modalités d'application des plans nationaux de santé.

Toutefois, cette évolution peine à produire ses effets ; l'essentiel des moyens débloqués par les collectivités régionales est affecté aux politiques d'accès aux soins déjà en vigueur, et plus particulièrement au fonctionnement des établissements publics hospitaliers.

A l'échelle nationale, les régions contrôlent plus de la moitié des établissements hospitaliers publics et aussi leurs propres caisses d'assurance maladie et sont, dans la majorité des cas, le principal acteur local en matière de sécurité sociale. A contrario, l'Etat central ne contrôle que 1 % des établissements. L'efficacité du service public hospitalier, qui est à la fois chargé d'accueillir les personnes les plus démunies et de fournir des prestations aux assurés sociaux, repose donc sur les finances publiques locales.

Chaque province décide de l'affectation de son propre budget santé qui varie beaucoup d'une province à l'autre. Ces crédits sont principalement affectés aux établissements hospitaliers. L'Etat fédéral souhaite promouvoir de manière plus dynamique les programmes de santé publique.

Les régions les plus riches doivent faire face au "nomadisme médical" croissant : dans le district de Buenos Aires, 1 consultation sur 3 réalisée dans les établissements de santé l'est pour le compte de patients résidant dans une autre province, ce qui est source de conflit entre provinces. Cette situation, qui paraît-il est constatée dans d'autres régions du pays, a pour effet de faire peser une contrainte financière supplémentaire sur ces régions.

## **b) Accroître l'efficacité du système de santé**

Selon un médecin que nous avons rencontré, le système argentin est inéquitable, inefficace et dispose de mécanismes de régulation trop faibles.

L'inégalité du système est caractérisée par son incapacité à garantir l'accès aux soins pour les populations qui ne disposent pas de couverture sociale, d'une part, et par l'existence de disparités territoriales en matière d'offre de soins, d'autre part.

L'inefficacité du système peut être jugée selon différents critères. On observe d'abord une mauvaise optimisation du système provoquée par le nombre important d'opérateurs comme nous l'avons dit auparavant et l'absence d'une politique de péréquation de leurs prestations, y compris dans le respect des obligations légales comme celles relatives au panier de biens et services (PMO).

Cette inefficacité est également constatée dans l'accès aux soins.

Deux exemples retiennent particulièrement l'attention des autorités publiques et nous ont semblé importantes.

Le premier est relatif aux horaires d'ouverture des établissements. Ces structures accueillent le public dans un créneau horaire très restreint (entre huit et quatorze heures) : les autorités sanitaires souhaiteraient élargir cette amplitude horaire afin d'améliorer l'accueil du public.

Le second concerne le fonctionnement de l'appareillage médical. Les établissements disposent d'un équipement moderne, souvent fourni grâce à l'aide internationale, mais pas toujours des moyens humains ou de l'environnement indispensables pour son bon fonctionnement.

Un troisième point important est la relative fragilité du système en matière de régulation du système d'assurance maladie. Cette remarque est justifiée par le fait de l'absence de normes s'appliquant à l'ensemble des opérateurs du secteur de l'assurance maladie, qu'il s'agisse de prestations minimales à délivrer ou de la liberté laissée aux assurés de changer d'opérateur. Mais les réformes entreprises dans la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix, dont l'application a été retardée à cause de la crise, semblent être autant de pas dans la direction d'une harmonisation du système et d'une meilleure régulation.

Plusieurs pistes d'optimisation sont évoquées par le gouvernement.

Les premières sont pragmatiques : elles consistent à poursuivre le processus d'harmonisation du système d'assurance maladie en étendant certaines de ces contraintes aux régimes régionaux ou encore à mettre en place des mécanismes de péréquation entre les différentes catégories *d'obras sociales* afin de leur permettre de mieux faire face à leurs obligations. De telles évolutions s'inscriraient logiquement dans le processus de réforme engagé au milieu des années quatre-vingt-dix.

Des réformes plus ambitieuses sont évoquées, comme la création d'un service d'assurance publique provinciale qui permettrait de garantir aux plus nécessiteux un accès à des soins garantis, par exemple pour la population maternelle et infantile. Une telle réforme nécessiterait une participation financière du gouvernement fédéral.

## **2. Développer une politique de santé publique**

Durant la crise, les autorités publiques ont tenté de maintenir les apports financiers nécessaires à la prise en charge des programmes sanitaires jugés prioritaires.

Mais les inégalités régionales en matière de développement économique et l'hétérogénéité des états sanitaires ont rendu indispensable le déploiement de politiques de promotion de la santé.

### **a) Les objectifs 2004-2007 en matière de santé publique**

Ces réformes, entamées dans le domaine de la santé publique, doivent agir à la fois sur l'équité et l'efficacité du système afin de favoriser l'accès aux soins de l'ensemble de la population. Cela suppose un Etat central suffisamment fort pour imposer une politique sectorielle suivie par l'ensemble des provinces, coordonner les actions et aider les régions les plus en difficulté.

Pour atteindre les objectifs de santé publique, les autorités argentines tentent de développer une politique de santé publique dynamique dont les principes sont inspirés de la Charte d'Ottawa<sup>2(\*)</sup> pour la promotion de la santé.

Selon les principes énoncés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette politique a pour but de donner à chacun davantage de maîtrise de sa propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé ; elle suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques de santé dans les secteurs non sanitaires. Elle passe également par la création d'environnement favorable et la participation de la communauté à la fixation des priorités, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification.

Pour associer la population à la politique sanitaire menée par les autorités publiques, il convient donc de développer des campagnes d'information centrées à la fois sur les droits des assurés mais également sur la promotion des conduites respectueuses de la santé.

Une telle politique s'accompagne d'objectifs chiffrés répartis en six catégories (santé de l'enfant, santé maternelle, éducation sexuelle et prise en charge de la grossesse, personnes handicapées, lutte contre le tabac et une rubrique « autres actions »). Il est frappant de constater que sur les quarante-quatre objectifs retenus dans ce plan triennal, vingt-cinq concernent les questions de natalité.

Le développement d'une telle politique se heurte à deux obstacles : le caractère hospitalo-centré du système de santé public, qui promeut presque exclusivement le recours aux soins curatifs, ce qui empêche un travail de proximité ; le coût de développement des centres de prise en charge de promotion de la santé que les instances régionales ne sont pas en mesure de financer.

Enfin, le plan 2004-2007 doit permettre à l'ensemble de la population d'accéder à un panier de biens et service minimum (*Nivel Basico de Prestaciones* - NSP). Pour atteindre cet objectif, le Gouvernement ne pouvait ignorer l'un des problèmes majeurs rencontrés par la population : **l'accès aux médicaments.**

Depuis 2002, le ministère fédéral de la santé a lancé un programme d'accès aux médicaments comportant deux axes : le premier prévoit la régulation de l'activité des pharmacies, le second concerne la fourniture de médicaments aux plus démunis.

La première tâche du ministère de la santé est de faciliter l'installation de centres de promotion de la santé dans des structures sanitaires existantes et de s'assurer qu'ils sont régulièrement approvisionnés en médicaments afin de prendre en charge les populations les plus démunies dans le cadre d'un programme dénommé *Remediar*. Au-delà des médicaments, l'Etat doit également assurer l'approvisionnement de ces centres en lait, vaccins et contraceptifs.

Ce programme a été intégré au programme national de santé.

## b) Le cas particulier de la santé maternelle et infantile

Les rencontres organisées avec les experts en santé du Gouvernement fédéral ou des gouvernements provinciaux, tout comme la visite de l'hôpital de Salta, témoignent de la préoccupation prioritaire des autorités publiques argentines pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Deux raisons principales justifient cet état de fait.

La première tient à la persistance d'un **taux de mortalité materno-infantile élevé**. En 2000, l'espérance de vie des Argentins était de soixante-quatorze ans (soixante-dix-neuf ans en France, la même année), donc supérieure à celle de la plupart des pays d'Amérique latine et comparable à celle des grands pays industrialisés. Or, on constate aussi le maintien d'une mortalité maternelle et infantile élevée. En effet, si le taux de mortalité infantile<sup>3(\*)</sup> s'est réduit de moitié au cours des vingt dernières années, passant de 33,2 décès pour 1 000 naissances en 1980 à 16,6 pour 1 000 en 2000, il est ensuite remonté en 2002 pour atteindre 16,8 décès (ce taux est de 4,1 pour 1 000 en France). Ce niveau demeure supérieur à celui d'autres pays de la région comme le Chili ou l'Uruguay et la majorité des décès seraient évitables avec le développement d'actions de prévention et de soins.

Cette mortalité infantile s'accompagne d'un taux de mortalité maternelle qui, bien que réduit dans des proportions importantes au cours des vingt dernières années, passant de 7 décès pour 10 000 en 1980 à 4,3 en 2001 (mais 3,8 pour 1 000 en 1998), demeure élevé.

Il existe une grande hétérogénéité entre les différentes provinces argentines et en leur sein. Les taux les plus élevés sont enregistrés dans les provinces les plus rurales et dans les zones urbaines les plus défavorisées.

Le développement d'une politique de prévention plus active doit permettre de réduire de façon significative les décès maternels et infantiles. Le ministère de la santé publique estime qu'un tiers des décès à la naissance sont évitables en développant un meilleur suivi des grossesses. De la même manière, 40 % des 4 000 décès de nourrissons pourraient être évités avec le développement d'une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant.

En Argentine, un tiers des décès de femmes enceintes est dû aux avortements clandestins pour les suites desquels plus de mille hospitalisations sont enregistrées chaque année. Dans un quart des situations, il s'agit d'adolescentes âgées de dix ans à dix-neuf ans. Si le recours à l'avortement est interdit, sauf dans des cas très spécifiques (mise en danger de la vie de la mère, viols de personnes handicapées), l'accès aux moyens de contraception est généralement assez difficile pour les couches les plus démunies de la population dénuées de moyens financiers.

Pourtant, au cours des dix dernières années, la moitié des provinces ont adopté des législations visant à favoriser la promotion de l'éducation sexuelle et l'information relative à l'emploi des contraceptifs. Les services publics hospitaliers ont été chargés de cette mission, mais la législation ne suffit pas à garantir l'accès à ces dispositifs.

Le Gouvernement fédéral a fait adopter, en 2002, une loi sur l'éducation sexuelle et la procréation responsable qui a prévu la mise en œuvre d'un programme national spécifique (*Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*) dont les objectifs visent à :

- réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile ;
- prévenir les grossesses non désirées ;
- promouvoir l'éducation sexuelle auprès des adolescentes ;
- prévenir les maladies sexuellement transmissibles ;
- respecter le droit des femmes à décider de leur sexualité.

La deuxième tient au **niveau de couverture médiocre de ces populations** par le système d'assurance maladie, notamment 3/4 des enfants argentins vivent en dessous du seuil de pauvreté.

### **Le comedor:**

#### **un exemple de lutte contre l'exclusion pris en charge par des privés**

Les différents plans de lutte contre l'exclusion mis en place par le Gouvernement argentin ne permettent pas aux parties les plus démunies de la population argentine d'assurer leur subsistance.

Cette population, composée en grande partie d'enfants, bénéficie néanmoins de prises en charge complémentaires assurées par divers opérateurs privés. C'est le cas dans le domaine de la santé avec l'intervention d'organisations, telles que l'ONG française Médecins du monde, ou dans le domaine de l'alimentation.

Nous avons pu visiter ce comedor, une structure qui assure la garde et la restauration des enfants d'un bidonville proche (sorte de soupe populaire).

Créé en 1986, le comedor s'est fixé comme mission de réduire la situation de précarité dans laquelle vivaient les enfants du quartier. Géré par le prêtre de la paroisse assisté de quelques religieuses, cette structure sert 450 repas par jour aux enfants du quartier.

Elle assure également la garderie d'environ 180 d'entre eux âgés entre quarante-cinq jours et cinq ans du matin au soir.

Ce comedor, dont il existe les équivalents dans d'autres villes argentines, est financé par des dotations versées par les autorités publiques et des donations de personnes privées ou d'ONG. Ses besoins financiers sont importants autant pour assurer la pérennité du comedor que pour augmenter ses capacités d'accueil qui ne sont pas suffisantes pour répondre aux besoins de la population voisine.

Le ministère de la santé a constaté, entre 2000 et 2002, une détérioration du suivi de la population maternelle et infantile, qu'il s'agisse du suivi des grossesses ou du suivi des nouveau-nés.

Les niveaux de couverture ne sont pas homogènes ni par sexe ni par âge. En 2001, la population infantile et juvénile enregistrait les plus bas taux de couverture, moins de la moitié des enfants entre zéro et quatre ans et environ la moitié des enfants entre cinq ans et dix-neuf ans ne bénéficiaient d'aucune couverture santé.

Le Gouvernement a donc prévu le recrutement de personnels actifs sur le terrain, le renforcement des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge des maladies sexuellement transmissibles et l'approvisionnement des services publics de santé en moyens contraceptifs. La loi dispose également que ces produits doivent figurer au sein du panier de biens et services pris en charge par les organismes de sécurité sociale.

Le service public de santé a développé un secours maternel et infantile afin de porter secours aux populations les plus pauvres ; son objet est de réduire les inégalités entre les régions, de disposer d'informations précises sur l'état de santé de la population maternelle et infantile et d'optimiser les actions menées dans ce domaine.



## **II. RETRAITES, FAMILLE, LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS : UNE COUVERTURE PARTIELLE DE LA POPULATION**

Le système de protection sociale argentin s'est développé depuis la moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Il était initialement centré sur les accidents du travail et la maladie, il s'est progressivement étendu à la vieillesse, la famille et la perte d'emploi. Plus récemment, pour pallier les effets de la grave crise économique et sociale, les autorités ont également mis en place une politique de lutte contre l'exclusion.

La prise en charge de ces risques est institutionnellement moins fragmentée que dans le domaine de l'assurance maladie et si une dimension régionale demeure, elle est moins marquée que dans le domaine de la santé.

### **A. RETRAITES : UN SYSTÈME RÉFORMÉ AU COURS DES QUINZE DERNIÈRES ANNÉES**

Si le système de retraites argentin a vu le jour dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, il faut attendre les années cinquante pour qu'il offre une couverture à une part importante de la population (avant 1950, moins d'une personne sur 10 de la population active bénéficiaient d'une retraite).

En 1958, la loi fixa le niveau des prestations à 82 % du dernier salaire perçu. Cette décision a eu pour effet de déséquilibrer le régime nouvellement mis en place, car la fixation du taux de substitution ne s'est pas accompagnée d'une modification de l'âge de la retraite et du niveau des cotisations.

Le régime de retraite a été réformé exactement dix ans plus tard, en 1968. Sans remettre en cause les principes du système (financement par cotisations sociales, régime par répartition), les autorités publiques ont alors adopté des mesures visant à assurer la viabilité financière du dispositif en fixant des règles de durée de cotisations et d'âge de départ à la retraite mieux adaptées à la population active. Cette réforme a permis le fonctionnement du système de retraite jusqu'au tournant des années quatre-vingt-dix.

#### **1993-2003 : la mise en place d'une nouvelle gouvernance**

Sous l'impulsion des organismes financiers internationaux, l'Argentine a procédé à une réforme de son système de sécurité sociale au milieu des années quatre-vingt-dix. Cette mutation destinée à optimiser le fonctionnement de la protection sociale a concerné à la fois l'assurance maladie et les retraites.

##### **a) Le regroupement des instances en charge de la gestion du système**

Les autorités argentines se sont d'abord attachées à unifier le fonctionnement du système de retraite. En 1994, un premier pas dans cette direction a été franchi avec le regroupement de l'ensemble des assurés au sein de trois caisses : une pour les travailleurs indépendants, une pour les travailleurs du secteur public au niveau fédéral et une pour les salariés du secteur privé.

Ces caisses sont regroupées au sein du système intégré des retraites et pensions. Ce système est organisé autour de deux piliers gérés par des structures distinctes : l'Agence nationale de la sécurité sociale (*Administracion Nacional de la Seguridad Social - ANSES*), établissement public en charge du régime par répartition, et l'Agence des fonds de retraites et pensions (*Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones - AFJPs*), structure qui assure la gestion du régime de retraites par capitalisation.

L'adhésion à ce système, équivalent à un régime général, est obligatoire pour tous les salariés âgés de dix-huit ans et plus ainsi que pour les professions libérales. Les employés du secteur public régional et municipal ont, dans un premier temps, conservé leurs propres systèmes de retraites, organisés dans le cadre de leur *obra sociale* de rattachement qui leur offrait donc une couverture globale pour les risques maladie et retraite.

En 1996, la décision fut prise d'intégrer plusieurs caisses locales au SIBJ. Sur les vingt-quatre caisses régionales et vingt caisses municipales existantes, onze caisses provinciales et une caisse municipale l'ont ainsi rejoint.

Les caisses ayant préservé leur autonomie se sont vu proposer, en 2003, un accord en vertu duquel le régime général pouvait prendre en charge une partie de leur déficit en contrepartie d'une harmonisation de leurs pratiques avec les règles de droit commun. Dans ce cadre, les assurés se sont vu octroyer le droit de conserver leur affiliation auprès de leur *obra sociale* ou bien de s'assurer auprès du régime général.

Cette réforme de la gouvernance du système de retraite s'est accompagnée d'un relèvement de l'âge de départ à la retraite et du niveau des cotisations. L'âge de la retraite a été fixé à soixante-cinq ans pour les hommes, avec une durée de cotisation de trente ans, et à soixante ans pour les femmes, avec vingt-cinq annuités de cotisation. Une période de transition de cinq ans a été prévue afin de permettre la montée en charge de ce nouveau système de retraites.

Cette harmonisation de la gouvernance du système de retraites a été quasiment complète laissant de côté seulement des régimes de retraites spéciaux pour les forces armées, la police, les magistrats, les employés gouvernementaux entre autres.

## **b) De nouveaux modes de calcul des droits à pension**

L'embellie économique de la période 1991-1994 a probablement conduit à l'élaboration de scénarios trop optimistes concernant les projections de réforme du système de retraites.

Les coûts de transition de la réforme occasionnés par le passage partiel à un régime financé par capitalisation ajoutés à la crise économique qui affectait fortement le régime de ressources propres du système de retraites conduisirent à une profonde crise de financement. Cette situation a contraint les gestionnaires du système à prendre des mesures drastiques en matière de niveau des pensions.

Par ailleurs, comme le système d'assurance maladie, le système de retraite peine à couvrir l'ensemble de la population. Des initiatives ont donc été prises pour pallier les inégalités les plus flagrantes.

## **a) L'impact de la crise économique sur le fonctionnement du système de retraite**

Le système de capitalisation a été frappé de plein fouet par la crise financière argentine, d'une part parce que ses avoirs étaient majoritairement constitués de titres publics, d'autre part parce que le gouvernement argentin a exercé de fortes pressions sur les fonds de pension pour qu'ils l'aident à trouver les financements nécessaires au paiement des intérêts de la dette publique.

## **b) Des pensions non contributives pour les populations les plus démunies**

**Le système argentin comporte un système de retraites dites non contributives (*pensiones non contributivas* - PNC), qui sont versées à des catégories de population déterminées par la loi sans versement préalable de cotisations. L'objectif premier de ce système est d'offrir une protection sociale aux populations en situation de précarité.**

**Il s'agit donc clairement d'un dispositif relevant de la solidarité nationale.**

Plusieurs catégories de personnes peuvent prétendre bénéficier de ces retraites non contributives : les personnes âgées, les invalides, les mères de plus de sept enfants, les anciens combattants de la guerre des Malouines, mais également des bénéficiaires spécifiques désignés par la loi. Cette dernière catégorie rassemble le Président, le Vice-président de la République, entre autres. Malgré ces efforts, la part de la population âgée ne disposant pas de prestation vieillesse, d'un autre revenu propre ou du revenu d'un conjoint a doublé entre 1994 et 2002.

## **B. DES POLITIQUES DE SOLIDARITÉ À L'EFFICACITÉ LIMITÉE**

### **1. La lutte contre l'exclusion**

#### **a) Le plan Jefes y Jefas**

Créé en janvier 2002 par le précédent Président de la République, Eduardo Duhalde, le plan *Jefes y Jefas* avait pour objectif d'apporter une aide aux familles les plus démunies. Ce plan constitue l'un des piliers de l'action sociale menée par le Gouvernement.

Conçu comme un plan d'urgence en réponse à la crise de 2001, sa durée initiale devait être d'un an ; il a, depuis, été reconduit chaque année.

Cette aide est accordée à toute personne sans emploi ayant des enfants mineurs ou handicapés à charge, en contrepartie d'une obligation de scolarisation et de vaccination des enfants et de travaux d'intérêts généraux. Il est géré par les collectivités locales.

Le financement de cette aide est assuré par les ressources fiscales fédérales et régionales et des crédits spécifiques obtenus auprès de la banque mondiale.

Le gouvernement du Président Duhalde a tenté de transformer ce programme en une stratégie de lutte contre le chômage.

L'entrepreneur devait verser au salarié le différentiel entre le salaire préalablement négocié par les autorités publiques et le montant de l'aide sociale versée par le Gouvernement. Le plan, appelé « retour au travail », prévoyait une étape de réinsertion de six mois au-delà de laquelle le bénéficiaire du programme était embauché par la PME.

Le volet réinsertion de ce plan s'est avéré être un échec. Outre les problèmes de gestion des bénéficiaires, ce programme a provoqué un effet d'aubaine pour les PME qui ont licencié leurs salariés pour les remplacer par des bénéficiaires du programme *Jefes y Jefas*, réduisant ainsi le coût de leur main-d'œuvre. Des détournements ont également été constatés au niveau local, le plan étant mis à profit pour la constitution de clientèles électorales.

Face à cet échec, le gouvernement du Président Kirchner a mis en place un nouveau dispositif intitulé *Mas y mejor Trabajo*. Pour être éligible à ce nouveau programme, une entreprise ne peut licencier aucun de ses employés pendant les trois mois qui précèdent le dépôt de sa demande. L'entreprise doit également s'engager à embaucher le bénéficiaire du programme après huit mois d'activité et payer ses contributions au système de sécurité sociale. En l'état, seuls 13 % des bénéficiaires du programme ont pu retrouver un emploi stable.

Depuis octobre 2006, le gouvernement argentin semble vouloir mener une politique plus dynamique, à la fois dans la prise en charge et dans la réinsertion des bénéficiaires du plan *Jefes y Jefas*. Deux axes ont été retenus : revoir le volet « travail et formation » et distinguer les personnes employables de celles qui ne le sont pas.

Le gouvernement annonce ainsi la création d'une assurance *capacitacion y empleo* qui s'adressera dans un premier temps aux bénéficiaires du plan *Jefes y Jefas*, âgés de moins de trente-cinq ans. Cette assurance leur ouvrira des droits pendant deux ans durant lesquels ils devront faire la preuve d'une recherche d'emploi et devront accepter les offres de formation ou d'emploi qui leur seront proposées. Ils recevront une aide dégressive dont le montant sera de 225 pesos (soit 75 pesos de plus que la prestation mensuelle versée aux bénéficiaires du plan *Jefes*) durant les dix-huit premiers mois, puis de 200 pesos pour les six mois suivants. Les bénéficiaires qui retrouveront un emploi pourront continuer à recevoir une aide de l'Etat pendant les six premiers mois suivant leur embauche.

## **b) Autres plans**

En complément du programme *Jefes y Jefas*, le gouvernement a mis en place, depuis 2002, un programme d'urgence alimentaire qui vise à assurer la satisfaction des besoins alimentaires de base des femmes enceintes, des enfants de moins de dix-huit ans, des personnes âgées et des handicapés. Ce programme assure à plus d'un 1,5 million de foyers un panier mensuel de onze kilos de denrées alimentaires de base (huile, riz, sucre, pâtes, farine de blé, lait, etc.).

Il existe toutefois d'autres programmes, comme le programme de rénovation des quartiers (*Programa de Mejoramiento de los Barrios - PROMEBA*). Ce programme doit favoriser la réhabilitation de l'habitat urbain et la réduction du nombre de bidonvilles en facilitant l'accès à la propriété et la construction d'équipements collectifs, notamment dans les villes les plus pauvres du grand Buenos Aires (égouts, distribution d'eau potable, construction de dispensaires et d'écoles).

### **Un exemple de réhabilitation urbaine : la villa Miseria Palito à La Matanza**

La Matanza est une commune limitrophe de Buenos Aires.

Ville de presque deux millions d'habitants, elle connaît un taux de chômage égal à 50 % de la population active, 57 % des administrés ne disposent pas de couverture maladie, 49 % de la population a moins de vingt-cinq ans, 63 % des enfants de moins de quatorze ans vivent en dessous du seuil de pauvreté, 40 % des habitants ne sont pas raccordés à l'égout et seuls 8 % des habitants sont diplômés de l'enseignement supérieur.

Aidées par le gouvernement fédéral, des organisations internationales, les autorités locales ont entrepris un vaste chantier de rénovation urbaine qui présente plusieurs aspects : création d'une zone industrielle, construction d'un hôpital pour enfants et réhabilitation du bidonville.

Dans ce quartier, la municipalité construit des écoles et des dispensaires, installe un réseau d'assainissement et construit de nouveaux logements. Le principe retenu est celui de l'habitat individuel ; destiné à une famille. Le coût de revient d'une telle maison est d'environ 5 000 euros. Les familles sont relogées dès que les logements neufs sont disponibles et les anciennes habitations insalubres sont immédiatement détruites pour empêcher l'installation de nouvelles familles pauvres dans le bidonville en voie de rénovation.

Un programme de développement social (PROSOFA) est également développé sur les zones frontalières du nord-est et du nord-ouest du pays, parmi les régions les plus déshéritées, afin d'améliorer les infrastructures locales.

## **2. Les aides à la famille et aux chômeurs**

### **a) Les allocations familiales**

La législation argentine relative aux allocations familiales s'est mise en place dès le milieu des années trente, mais il faudra attendre les années cinquante pour voir apparaître des structures chargées de la mettre en œuvre, avec la création de caisses d'allocations familiales ; cette politique sera amplifiée à compter de 1973.

Comme l'assurance maladie, il s'agit de structures publiques indépendantes de l'Etat et financées par des cotisations sociales.

Le bénéfice de cette politique familiale est ouvert aux cas suivants : maternité, naissance, adoption, handicap de l'enfant et aide scolaire, mariage. Le montant des prestations est défini par le gouvernement. La politique gouvernementale met clairement la priorité sur l'aide accordée aux enfants.

Depuis 1996, le système fonctionne sous conditions de ressources : les assurés disposant de revenus élevés (supérieur à 1 500 pesos) ne peuvent bénéficier que des aides prévues en cas de maternité ou d'enfant handicapé. Ces prestations sont financées sur la base des cotisations patronales, ce qui rend impossible la couverture de la totalité de la population, notamment les tranches les plus démunies.

### **b) La lutte contre le chômage**

La pénurie d'emplois en Argentine est un phénomène relativement récent. En effet, entre 1974 et 1993, le taux de chômage s'est toujours maintenu en deçà de 10 %. Il a commencé à croître à partir de 1995, a connu un premier pic à 18,4 % en mai 1995, après une baisse entre 1995 et 1998, et a atteint le niveau record de 21,5 % en mai 2002. Ce taux est retombé à 17,3 % en 2003, 13,8 % en 2004 et 11 % en 2006.

Pour faire face à cette situation, l'Argentine dispose d'un système d'assurance chômage qui est relativement développé.

En effet, les salariés argentins versent des cotisations à un Fonds national pour l'emploi et se voient, en théorie, ouvrir en contrepartie le bénéfice d'une assurance chômage.

Toutefois, moins de 100 000 personnes bénéficient aujourd'hui de l'assurance chômage. Ce chiffre est surprenant quand on considère que le nombre de personnes sans emploi approche les 2 millions en Argentine. Cet écart s'explique d'une part, en raison de la rigidité des critères exigibles avant de bénéficier d'une prise en charge, d'autre part, par le grand nombre de travailleurs au noir qui n'ont pas accès au système. En 2005, les autorités argentines ont évoqué la possibilité d'élargir cette prestation chômage aux travailleurs au noir, mais aucune décision n'a encore été prise alors que certaines activités informelles sont parfaitement identifiées et connues des services gouvernementaux.

### **Les *cartoneros* recyclent le carton récupéré dans la rue**

Chaque nuit, sauf le samedi, 10 000 *cartoneros* (pour la moitié, des enfants) déferlent sur Buenos Aires pour fouiller et trier les sacs poubelles déposés sur les trottoirs par les habitants de la ville.

On trouve parmi eux des professionnels qui ont des clients fixes, et d'autres qui alternent ce métier d'éboueurs informels et d'autres petits boulots. Leur activité consiste à trier les déchets avant l'arrivée des éboueurs. Le degré d'organisation des *cartoneros* varie suivant les cas. Au bas de l'échelle, on trouve ceux qui ne disposent que d'un chariot de supermarché pour transporter leurs déchets et qui vendent leur marchandise à ceux disposant de moyens de transport de plus grande capacité. Pour 50 kg de carton, ils touchent de 10 à 12 pesos (environ 3 euros). En travaillant quatre à cinq heures par nuit, une famille de *cartoneros* professionnels gagne environ 600 pesos par mois (environ 175 euros). Les déchets ainsi recyclés sont revendus à des intermédiaires, parfois organisés sous forme de coopératives regroupant les *cartoneros*. Compte tenu des difficultés économiques de l'Argentine et du coût du papier sur le marché international, les papeteries argentines ont recours au papier recyclé, ce qui favorise l'activité de cette chaîne de recyclage informelle.

Si les *cartoneros* existent depuis des décennies, leur nombre s'est considérablement accru depuis la crise économique.

Les autorités publiques qui n'ont aucun contrôle sur cette activité ont voulu encadrer l'intervention des *cartoneros*. Cette politique repose sur deux axes : d'une part, associer les *cartoneros* à la politique de recyclage des déchets (selon une étude internationale menée sous l'égide de l'Unicef, les *cartoneros* collectent entre 10 % et 17 % des déchets produits et permettent ainsi à l'administration locale de faire des économies substantielles en matière de ramassage des ordures), d'autre part, faire preuve d'une sévérité accrue aux entrées de la capitale désormais interdite aux camions sans assurance et aux véhicules tirés par des animaux, en application d'une loi de 1963 réactivée à cette occasion.

## LE SYSTEME EDUCATIF ARGENTIN

De même que pour le système de santé, nous avons mené une petite enquête sur le système éducatif. Nous avons rencontré des professeurs, visité des écoles, interrogé des étudiants parlé avec des stagiaires en science de l'éducation, eu un entretien avec un directeur d'école. Au début, nous nous cantonnions à poser des questions sur la prévention santé, faite à l'école, puis nous nous sommes intéressés à l'ouverture et au débouchés qu'offraient l'éducation, pour finir, nous nous sommes retrouvés malgré nous à poser des questions sur les bases même du système éducatif argentin.

Il existe de système éducatif distinct en argentine : le système public et le système privé. Les écoles privées sont très variés et donnent un enseignement très divers, elles sont autorisées et reconnus par le ministère de l'Education: on y trouve des écoles italiennes, des écoles allemandes, des écoles suisses, des écoles arméniennes, des écoles coréennes. S'y ajoutent des écoles essentiellement religieuses (catholiques, adventistes, protestantes, juives, mormones). L'importance des écoles privées est considérable en Argentine et elles sont fréquentées par des élèves appartenant à la classe moyenne et la classe aisée. Concernant les enfants avec lesquels nous travaillions dans le foyer de la Boca (voir plus loin), tous sans exceptions étaient issus des classes modestes et fréquentaient l'école publique.

Le système argentin distingue quatre niveaux d'enseignement: le niveau initial, l'EGB (éducation générale basique), le niveau polymodal et le niveau supérieur :

**Niveau initial** (*Educación Inicial*): c'est l'équivalent de la maternelle (*Jardín de Infantes*) dans laquelle les enfants de trois à cinq ans débutent leur scolarité préprimaire. Seule la dernière année est obligatoire. L'espagnol est la seule langue utilisée.

**Niveau d'éducation général de base** (*Educación General Básica*) ou **EGB**: ce niveau, pour les cinq à seize ans, est divisé en trois cycles de trois ans (neuf ans au total) et porte sur l'acquisition des compétences de base (mathématiques, géographie, histoire). Les langues enseignées sont l'espagnol (langue d'enseignement) et l'anglais (à partir de la 3 EGB) ou le français. Il y a donc en tout dix ans d'école obligatoire. Toutefois, en décembre 2006, une nouvelle loi a été votée. Parmi de multiples réforme, cette loi qui sera appliquée dès la rentrée 2007, prévoit à moyen terme d'augmenter le nombre d'année de scolarité obligatoire de dix à treize ans.

**Niveau polymodal** (*Educación Polimodal*): ce niveau, qui représente à peu près le collège en Suisse, non obligatoire, est offert gratuitement aux jeunes de 15 à 18 ans. Il correspond à un enseignement destiné à préparer les jeunes au monde du travail: questions humanistes, sciences sociales, économie de l'entreprise et gestion des opérations, sciences naturelles, production des produits et services, communication, art et conception. Les langues étrangères enseignées sont l'anglais, le français, l'allemand et le portugais. Cependant, comme nous le verrons plus tard, il y a de grandes différences d'une école à l'autre concernant les matières enseignées. .

**Niveau supérieur** (*Educación Superior*): il comprend les écoles non universitaires de formation des enseignants (*Tertiario* : celui que nous avons visité formait des enseignants en histoire-géographie. Il semble que l'enseignement des autres branches requiert un diplôme



universitaire), les instituts de formation technique pour tous les secteurs professionnels (appelés école de carrières courtes, nous en avons visités qui formaient des informaticiens, des analystes et des professionnels de la gastronomie) avec des programmes qui vont de deux à quatre ans, ainsi que tous les établissements universitaires.

Le nombre d'élève par classe est variable d'une ville à l'autre. Pour ce qui est de Buenos Aires et des écoles que nous avons visités, chaque classe de l'enseignement obligatoire compte en moyenne une quarantaine d'élèves. Ce nombre va en décroissant dans les classes d'études du niveau polymodal et supérieur.

Voici un schéma (trouvé sur le web) qui illustre ce système. Attention, il est ici question de la loi fédérale sur l'éducation de 1993, non pas de la nouvelle loi passée en 2006 et qui ne passera en application que cette année:

AUPARAVANT			Loi fédérale sur l'éducation ( <i>Ley Federal de Educación</i> )		
Niveau (Nivel)	Structure (Estructura)	Âge (Edad)	Structure (Estructura)		Niveau (Nivel)
<b>Préscolaire (Preescolar)</b>	Jardin d'enfants ( <i>Jardín de Infantes</i> )	- de 3	Maternelle ( <i>Jardín Maternal</i> )		<b>Initial (Inicial)</b>
		3 / 5	Jardin d'enfants ( <i>Jardín de Infantes</i> )		
<b>Primaire (Primario)</b>	1 <sup>o</sup> degré ( <i>grado</i> )	6	1 <sup>o</sup> année ( <i>año</i> )	1 <sup>o</sup> cycle ( <i>ciclo</i> )	<b>E. G. B.</b>
	2 <sup>o</sup> degré	7	2 <sup>o</sup> année		
	3 <sup>o</sup> degré	8	3 <sup>o</sup> année		
	4 <sup>o</sup> degré	9	4 <sup>o</sup> année	2 <sup>o</sup> cycle	
	5 <sup>o</sup> degré	10	5 <sup>o</sup> année		
	6 <sup>o</sup> degré	11	6 <sup>o</sup> année		
	7 <sup>o</sup> degré	12	7 <sup>o</sup> année	3 <sup>o</sup> cycle	
<b>Secondaire (Medio secundario)</b>	1 <sup>o</sup> année ( <i>año</i> )	13	8 <sup>o</sup> année		
	2 <sup>o</sup> année	14* (non obligatoire)	9 <sup>o</sup> année		
	3 <sup>o</sup> année	15	1 <sup>o</sup> année		<b>Polymodal (Polimodal)</b>
	4 <sup>o</sup> année	16	2 <sup>o</sup> année		
	5 <sup>o</sup> année	17	3 <sup>o</sup> année		

L'université peut être publique ou payante (entre 200 et 400 pesos par an, ce qui comparativement aux pays voisins est très bon marché) et attire des étudiants de toute l'Amérique du Sud. La formation universitaire dure minimum cinq ans et débouche sur une licence, un post grade, un master ou un doctorat. La majorité des étudiants universitaire sont des Argentins de souche (nous entendons non immigrés), issus des classes moyenne et haute. Lorsque nous interrogeons les étudiants sur leurs possibles débouchés professionnels, personne ne pouvait répondre avec certitude. Le fait d'avoir fait des études poussées ne semble rien garantir (nous avons rencontré un chauffeur de taxi qui se prétendait ingénieur de

formation. Une chose est sûre, nous le savons pour l'avoir quelque peu testé, c'est qu'il s'y connaissait en physique-chimie). Certains font des études pour le prestige, d'autre par intérêt pour la branche étudiée. D'un point de vue général, tout le monde s'accorde à dire que c'est une bonne chose de faire de longues études, mais nul n'est à même de nous en expliquer le pourquoi.

L'un des graves problèmes dont nous avons beaucoup entendu parler, en Argentine, est celui de l'intégration des autochtones et des immigrés. En ce qui concerne les premiers, une loi datant de 1994 visait à favoriser leur intégration en proposant, aux enfants autochtones, des cours dans leur dialecte maternelle avec l'objectif de se servir de l'école pour les ouvrir à l'espagnole. Pour diverses raisons que nous n'évoquerons pas ici, cette tentative n'a rien donné de convainquant. Ce problème touche principalement les autres provinces et nous n'y avons jamais été directement confrontés à Buenos Aires.

Par contre, le problème des immigrés et des enfants d'immigrés, est omniprésent à Buenos Aires. Pour des raisons historiques et culturelles, les enfants des autres pays sud Américains (surtout le Paraguay et la Colombie) sont victimes d'un racisme quotidien dans le cadre de l'école. Ils fréquentent en général les écoles publiques des quartiers pauvres. «Leurs parents, nous expliquait un professeur de second cycle, sont victimes de ségrégation sur le plan professionnel et social, eux sont exclus des groupes qui se forment à l'école. Ils vivent reclus et ce sont eux qui arrêtent leurs études le plus tôt. A cause de cela, ils ne gravissent pas les échelons sociaux et finissent dans des professions peu gratifiantes ou dans les affaires illicites. Cela fait que les Argentins se méfient d'eux et cela alimente le racisme dont ils sont victimes : c'est un cercle vicieux !» Malgré les efforts du corps professoral, l'intégration des immigrés reste très difficile, cela en partie du au fait que les enfants d'immigrés fréquentent souvent des écoles de quartier défavorisés dans lesquels les enseignants sont déjà submergés par le haut taux d'échecs et par les problèmes de délinquance juvénile.

Ce problème se rencontre moins dans les universités et les établissements d'études supérieures : d'une part, parce qu'on y trouve moins d'étrangers et d'autre part, parce que les immigrés qu'on y trouve sont des étudiants (selon nos statistiques personnelles, il s'agit majoritairement de Chiliens et de Brésiliens) d'un certain niveau social venus compléter leurs études en Argentine et qui, par ce fait, s'intègrent plus facilement.

L'autre sujet que nous avons souvent abordé dans les écoles, était celui de la prévention santé. Là encore, nous avons noté de grandes différences entre les différentes écoles. Michaela, une stagiaire en science de l'éducation, venue à Buenos Aires pour devenir professeur nous expliquait que comme pour la santé, le système éducatif Argentin souffrait d'un manque de coordination. Il y a des différences d'une province à l'autre, d'une ville à l'autre, d'une école à l'autre. Il existe un règlement et un programme centralisé par le ministère de l'Education, mais les contrôles d'applications sont quasi absents. Elle semblait nous dire que la qualité d'une école semblait dépendre avant tout du directeur et des enseignants et de leur zèle à appliquer les directives étatiques.

Lorsque nous lui avons parlé d'éducation sexuelle, elle nous a fait comprendre qu'en Argentine, les cours d'éducation sexuelle ne visaient pas à prévenir les maladies sexuellement transmissibles, mais à réduire le nombre de fille-mère et faire prendre conscience aux enfants, de la gravité de l'inceste : «Il y a énormément de promiscuité dans les familles Argentines, et l'inceste y est très fréquent, presque banal. Pour les enfants, c'est quelque chose de normal car personne ne leur explique que c'est grave. On pense que l'inceste est une des causes majeures du nombre élevé de filles-mères dans les classes sociales basses... en réaction à cela, l'Etat a voté une loi qui rend l'éducation sexuelle obligatoire dans les écoles pour les enfants de cinq à six ans. La loi prévoit qu'un docteur irait dans les écoles pour donner des cours aux enfants.

Mais le gouvernement ne paye pas de médecin pour le faire, et rien ne se passe... ». Lors de notre entretien avec un directeur d'école, nous avons appris que légalement, les professeurs sont obligés de déclarer toute suspicion sérieuse d'abus sur un élève, à la police. «Cependant, la majorité des professeurs ne le font pas, nous expliquait-il, par peur des représailles de la famille. Ils se donnent bonne conscience en se disant que de toute manière l'enfant serait replacé, par les services sociaux, dans une famille d'accueil qui peut-être serait pire que la sienne propre... Malheureusement, finissait-il, ce n'est pas tout faux.»



← Uniforme des écoliers de l'EGB à BsAs



## ASSOCIATION MATE COCIDO

Il s'agit d'une association pour l'intégration des enfants de la rue en Argentine; elle a pour but de promouvoir et soutenir les projets destinés aux enfants, adolescents et jeunes adultes en situation d'exclusion en Argentine.

Selon un rapport de l'UNICEF, plus de 40% de la population argentine vit en dessous du seuil de pauvreté. Les enfants de moins de 18 ans, représentant 70% de la population, sont les premières victimes de cette situation. Ce sont aujourd'hui plus de 9 millions d'enfants qui sont marginalisés à cause d'inégalités toujours croissantes, d'une forte urbanisation, ou encore d'une fragilisation des espaces d'intégration sociale tels que la famille, l'école ou le lieu de travail. Le gouvernement argentin a mis en œuvre des programmes sociaux en faveur des chômeurs et des familles mais la détérioration de la situation sociale empêche le pays d'atteindre certains des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui visent à la réduction de la pauvreté dans le monde. Différentes initiatives individuelles et communautaires se sont mises en place. Des organisations de quartier, des micro-entreprises, tout un réseau social et économique qui tente de solliciter l'Etat pour obtenir un appui. Mate Cocido, comme tant d'autres, soutient actuellement 6 projets qui s'occupent de 300 enfants, avec l'aide de 30 travailleurs sociaux et éducateurs. Un coordinateur local supervise chaque projet et administre l'ensemble des activités de l'association en Argentine avec l'aide des responsables de foyers et des éducateurs. C'est grâce à Mate Cocido que nous avons fait la connaissance du foyer de la Boca.

## PROJET «LA BOCA»



porte d'entrée et intérieur du foyer

Il s'agit d'un centre d'accueil *Casa Torquato Tasso*, situé dans le quartier de La Boca à Buenos Aires. Ce dernier se trouve au sud de la ville. C'est l'endroit où s'est formé le prolétariat de Buenos Aires au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Ce quartier est bien différent des autres et se situe à l'emplacement même de la première ville de Buenos Aires. Il se développa à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, le long du port, sur les rives bien souvent inondées du fleuve Riachuelo qui vient se jeter dans *l'antepuerto* (d'où le nom du quartier qui signifie "embouchure") et autour de nombreuses usines, symboles d'une ville alors en pleine croissance. En raison de la proximité du fleuve, qui débordait souvent à cause du vent, les habitants s'étaient accoutumés à des logements précaires: de petites maisons basses, en bois et tôle ondulée, parfois sur pilotis. Aujourd'hui encore quelques maisons et trottoirs surélevés témoignent de ces maigres défenses contre les inondations. Ce quartier a aussi été marqué par de fortes vagues d'immigrants au début du siècle, des Grecs, des Yougoslaves, des Turcs et des Italiens venus pour la plupart de Gênes, tous attirés par l'activité portuaire de la ville.

Aujourd'hui le port est envasé et pollué, habité par quelques carcasses de bateaux rouillées. Les usines sont désaffectées. Les Boliviens, les Paraguayens, les déracinés des provinces pauvres du nord du pays ont remplacé les italiens.

Le foyer en lui-même est un grand appartement, situé à l'étage d'un vieux bâtiment, entre un magasin de meuble et un vieux restaurant délabré. Les enfants, de 5 à 15 ans, s'y rendent en semaine après leurs cours ou le samedi. Ils peuvent y jouer, y faire leur devoirs, y prendre une collation. On leur y propose des jeux, des ateliers théâtre, des ateliers peinture. On leur parle, on les écoute et parfois, on les emmène voir une pièce ou un spectacle de danse. Les responsables de la *Casa Torquato Tasso* ont tous (ce sont majoritairement des femmes) une formation de psychologue. Ils travaillent comme assistant dans des écoles et participent bénévolement à l'animation du foyer. Hormis quelques rares exceptions telles que les sorties où il arrive de demander une petite contribution, les activités sont gratuites pour tous. Depuis 4 ans, le propriétaire du lieu mettait l'endroit gratuitement à disposition de l'association car il procédait à des réparations dans les structures sanitaires. A daté du mois de juillet 2007, les sanitaires étant réparés, le propriétaire demande un loyer de 900 pesos par mois, ce qui est totalement inabordable pour le foyer. Aujourd'hui, les responsables sont toujours à la recherche de fonds et nous essayons de les aider d'ici, tant que nous pouvons. Si on ne trouve pas de subside, la *Casa Torquato Tasso* fermera ses portes, laissant plus d'une soixantaine d'enfant qui n'avaient que cet endroit, livrés à eux-mêmes.

## **NOTRE ACTIVITE**

La *Casa Torquato Tasso* est l'endroit où nous avons passé la plus grande partie de notre temps en Argentine. Nous y avons participé à l'organisation et à l'animation des activités hebdomadaires récurrentes:

- Assistance aux devoirs
- Ateliers artistiques
- Ateliers cuisine
- Jeux d'équipe
- Ateliers couture (destinés aux mères des enfants du foyer)
- Groupes de discussion à thème (avenir, importance de l'école, famille, amitié, différences Argentine/Suisse, etc.)

Plus ponctuellement, nous avons organisé de petits évènements inédits au foyer et plus axés

sur la médecine:

- Cours interactif sur la nutrition
- Cours interactif sur l'hygiène (lavage des mains, poux, désinfection des blessures)
- Cours interactif sur l'hygiène buccodentaire (avec distribution de brosses-à-dents et de dentifrice)
- Cours d'éducation sexuelle
- Journée d'investigation sur la pollution du Riachuelo
- Journée "enseigne l'espagnol à Omid" (où pour une après-midi, les rôles se sont, de manière ludique, inversés entre professeurs et professés)

Sous le conseil des psychologues du foyer, nous nous sommes efforcés durant chacune de ces activités d'encourager les enfants à parler, de nous montrer admiratif devant leurs connaissances et leur créativité, de les pousser à approfondir leur talent et d'attiser leur curiosité. Car, comme elles nous l'ont expliqué, les principaux problèmes de ces enfants sont :

- **Hyperactivité** : Probablement lié au manque d'espace, à l'entassement des familles et à l'absence des terrains de jeux. Lors des ateliers coutures, les mères nous ont confié qu'un grand nombre d'enfant prennent des calmants.
- **Manque de perspective d'avenir et fermeture**: Les enfants ne connaissent que leur quartier, leur famille et leurs voisins. Ils ne côtoient que des gens qui vivent dans les mêmes conditions qu'eux. La plupart n'ont pas la télévision et lisent très peu. Pour eux, le reste du monde est quelque chose d'abstrait. Nous avons tenté de leur montrer que d'autre vie étaient possible, nous leur avons parlé de la suisse et nous faisons actuellement des démarches pour les mettre en contact avec une classe d'école primaire suisse, ce qui leur permettrait de correspondre par courrier avec des enfants européens de leur âge.
- **Absence de limite** : Souvent, les enfants sont livrés à eux-mêmes. Ils ne connaissent pas d'autorité parentale et l'école est laxiste. Ils habitent dans de toutes petites maisons où ils ne rentrent quasiment que pour dormir. Ils traînent dans les rues et se lient à de mauvaises fréquentations. Le foyer ne se veut pas une solution définitive, l'idée est d'apprendre aux enfants à s'occuper avec peu de moyen et à s'enrichir plutôt que d'attendre que le temps passe.









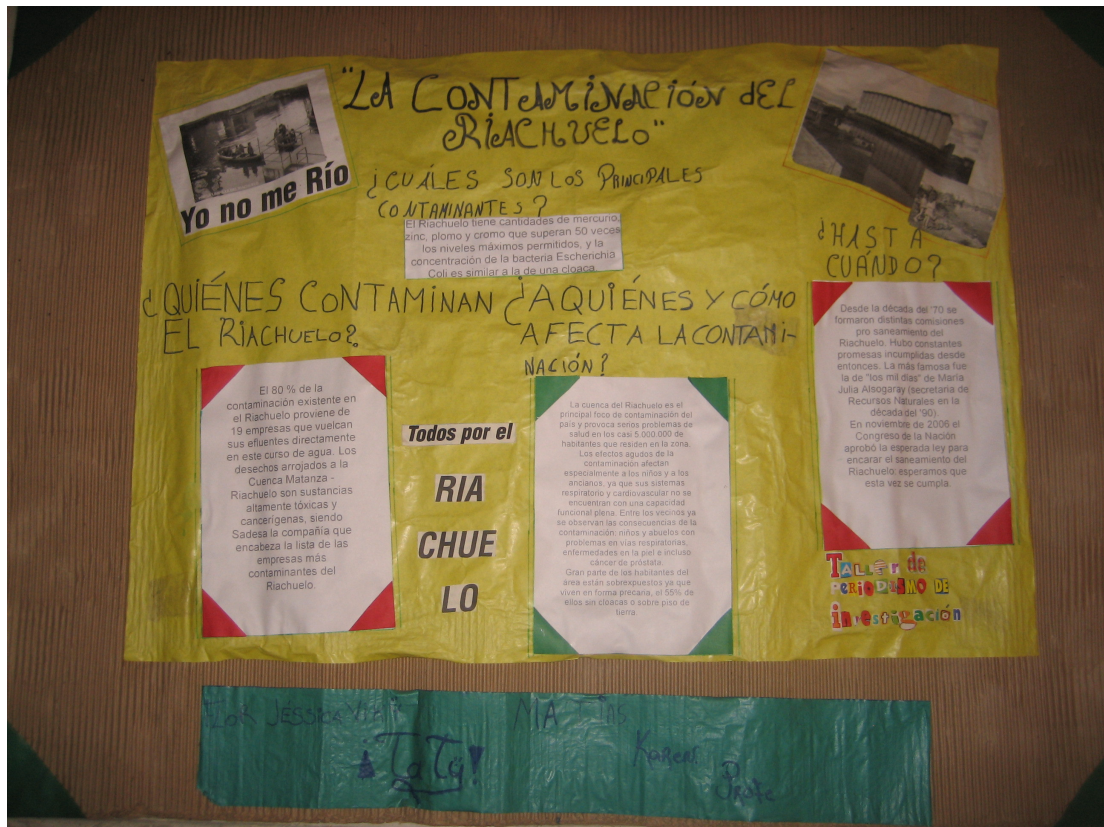


# POLLUTION DU RIACHUELO

Comme nous l'avons déjà dit, le quartier de la Boca se trouve à l'embouchure du fleuve Riachuelo. Depuis des décennies les usines qui la bordent, déversent leurs déchets à l'intérieur du Riachuelo. Résultats, la haute pollution de ce cours d'eau est associée à une plus grande prévalence des maladies de ses riverains (problèmes respiratoires, cancer de la prostate).

Nous avons proposé aux enfants du foyer de discuter de la pollution, ses causes et ses conséquences en essayant de partir du problème du Riachuelo pour aborder le problème de la pollution à l'échelle mondiale. Ensuite, nous les avons emmenés voir le fleuve en question pour qu'ils puissent se faire une idée plus concrète du problème et qu'ils comprennent que ce n'est pas qu'une rumeur lointaine, mais quelque chose de bien réel qu'on peut voir à deux pas de chez eux.

De retour au foyer, après la collation, nous avons aidé les enfants à fabriquer un panneau informatif sur le résultat de cette journée et la pollution du Riachuelo. Pour terminer, nous leur avons distribué une chanson d'un poète local qui déplore la détérioration de l'écologie et la pollution des eaux du fleuve.





¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES  
CONTAMINANTES?

El Riachuelo tiene cantidades de mercurio,  
zinc, plomo y cromo que superan 50 veces  
los niveles máximos permitidos, y la  
concentración de la bacteria Escherichia  
Coli es similar a la de una cloaca.

TAMINAN ¿A QUIÉN  
AFECTA  
NACIÓN?

## RED ARGENTINA DE MUJERES VIVIENDO CON VIH-SIDA (RAMVIHS)

En juin 2002 un groupe de femmes de différentes régions d'Argentine de sont réunies dans l'objectif de travailler ensemble en réseau en bénéfice des femmes atteintes du VIH et de leur entourage affectif et social, en mettant en place une organisation communautaire nommée Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH-SIDA. Actuellement cette dernière est composée de participantes atteintes de VIH ou SIDA et d'autres ayant des proches de leur famille atteints de la maladie. Toutes ces femmes collaborent volontairement en différents points du pays.

Cette association s'est donnée pour tâche d'informer, d'apporter un soutien psychologique aux personnes atteintes, et de faire de la prévention secondaire à propos du VIH-SIDA. A savoir les droites de l'homme, l'accès intégral au traitement, des contacts nécessaires à l'obtention des médicaments. Elles organisent entre autres des activités de prévention primaire dans les villes principales d'Argentine, conseillant les patientes avant et après le test de dépistage pour le HIV et distribuant et éduquant la population sur le bon usage des préservatifs.

Notre contact pour RAMVIHS a été Sandra, une femme très courageuse, elle-même atteinte du VIH et de l'hépatite C vivant seule avec son enfant de 14 ans après avoir perdu son mari l'an dernier suite à une agression.

Cette dernière nous a entre autres permis d'assister à une réunion de RAMVIHS qui se tient annuellement à Buenos Aires dans une salle de l'ambassade de Bolivie afin de faire la point sur l'année et de former les nouvelles participantes intéressées à faire de la prévention primaire, secondaire, le soutien psychologique dont nous parlions auparavant et des groupes de discussion dans les hôpitaux du pays. Les représentantes de l'organisation venues de toutes les villes étaient présentes ce jour-là. Lors de cette réunion nous avons remarqué à quel point le regard des autres était difficile à supporter pour les patients atteints du SIDA en Argentine. En effet les organisatrices ont consacré beaucoup de temps à faire des jeux de groupes, rapprochant les personnes, obligeant les personnes au contact physique, destinés à être refaits dans les différents hôpitaux du pays lors des rencontres organisées. Cette idée reviendra souvent lors de nos différentes entrevues avec patients et médecins, à propos du SIDA. Une patiente avec qui nous avons parlé à l'hôpital Muniz nous a fait part de son angoisse quant au fait que les médecins des autres hôpitaux ne touchaient jamais les patients séropositifs.

Toujours à cette occasion, lors de cette réunion annuelle, nous avons pu parler avec un médecin chilien spécialiste du VIH. Celui-ci est arrivé avec 2h de retard et nous a donné des informations basiques sur la maladie, que nous connaissions déjà pour la majeure partie. Ce qui nous a le plus marqué est que **le test de dépistage**, c'est-à-dire le Western Blot qui détermine si le patient est VIH positif ou non, **l'examen de laboratoire**, qui lui, donne la charge virale, le taux de CD4, en d'autres termes à quel stade du VIH se trouve le patient; et enfin **la trithérapie, sont gratuits en Argentine**. Pour information, les résultats du W. Blot prennent une semaine et les tests de laboratoire, 15 jours.

La gratuité du test et du traitement entraînent l'affluence de personnes des pays limitrophes. En effet, au Chili, le manque de gratuité du traitement (le test, lui est gratuit) est une grande cause de mortalité des patients atteints du VIH, qui même étant en connaissance de leur maladie, n'ont pas les moyens de se soigner.

Le médecin nous a aussi fait part d'un phénomène paraît-il assez répandu, mais au sujet duquel il ne nous a volontairement pas donné beaucoup de précision, à savoir le fait que des

laboratoires payent des malades afin de les utiliser comme cobayes, testant ainsi de nouveaux traitements. Les patients, souvent démunis et dans des conditions sociales difficiles acceptent volontiers, contents d'être rémunérés, ce qui amplifie ce phénomène.

La médication se fait obligatoirement au niveau national dès un taux inférieur à 250, et il existe 16 cocktails différents.

Une femme, que nous avons rencontrée via un des membres de Red, payée pour suivre une thérapie test, nous a fait part de sa satisfaction. En effet, elle jouit d'un suivi beaucoup plus régulier et fréquent que les patients suivant une trithérapie normale, soit 1 fois par mois.

Sandra, notre contact avec Red, très au courant du système de santé concernant le HIV et SIDA, et instigatrice d'une loi permettant aux patients atteints de l'hépatite C et du HIV de recevoir une trithérapie, nous a beaucoup parlé d'épidémiologie et nous a permis de nous faire une idée sur le VIH en Argentine.

L'éducation sexuelle se fait théoriquement dans les écoles à compter de la maternelle jusqu'à la dernière année des études secondaires. Ceci est assuré par la Fundación Buenos Aires SIDA. 48 000 écoles jusqu'à l'an passé ont fait partie du projet.

L'enregistrement des personnes atteintes de VIH se fait anonymement. Lors du premier entretien avec le médecin, ce dernier demande un enregistrement au niveau national. Nous avons fortement ressenti cette gêne par rapport à la population d'être atteint du VIH. Cette maladie est encore très mal vue de nos jours en Argentine, et plus encore dans les villes et villages de la province. A Buenos Aires sont recensés 40 000 malades, mais le nombre s'approcherait apparemment plus de 100 000 selon les dires de Sandra. Les personnes les plus touchées sont les jeunes dès 15 ans, ce qui renvoie nécessairement au manque d'éducation. En effet la prévention, l'éducation dans les écoles se font à Buenos Aires, et dans quelques grandes villes telles que Cordoba, Bariloche ou Mendoza mais dans les régions plus décentrées peu de projets sont réalisés. Les plus pauvres et les femmes représentent le reste de la population le plus touché par la maladie. Dans les campagnes, les préservatifs ne sont pas utilisés rigoureusement, et s'ils le sont, ils sont perçus plus comme moyen de contraception. Sandra s'est efforcée de nous faire comprendre qu'à Buenos Aires, les personnes de 30/40 ans de toute tranche sociale utilisent difficilement le préservatif. Ce sont les plus jeunes qui commencent à être sensibilisés par les différents moyens entrepris que récemment qui les utilisent majoritairement, et le pourcentage reste encore relativement faible.

En Argentine, toute femme enceinte est obligatoirement soumise au test de dépistage. Si pour une raison ou une autre, la femme a évité le test, ce dernier est effectué à l'accouchement et dans le cas où le résultat est positif, la médication est octroyée à la mère et à l'enfant.

En ce qui concerne la prévention, elle est scindée en deux sous-parties: la prévention primaire destinée à toute la population et la prévention secondaire destinée particulièrement aux personnes atteintes du VIH et concerne l'adhérence au traitement entre autres. Les organisations reçoivent des aides de la part des fonds mondial surtout pour la prévention secondaire que les membres des associations dispensent aux incarcérés, sur les lieux de travail, aux enfants, aux femmes.

La fundación Buenos Aires SIDA qui existe depuis 20 ans seulement, organise des concerts en fin de semaine à l'occasion desquels des stands de prévention sont placés, destinés prioritairement aux travestis et aux prostituées. Les homosexuels étant en Argentine très difficilement reconnaissables, à cause des contraintes sociales.

3 projets sont visés par la fundación Buenos Aires SIDA: l'adhérence, la prison pour les hommes et les séances de discussion et d'éducation dans les hôpitaux.

8 hôpitaux collaborent avec cette organisation et sont répartis dans tous le pays. Muniz, Ramos Mejia, Alvarez à Buenos Aires; Hospital Evita Alanus de Moreno dans le Gran Buenos Aires, un hôpital à Corrientes, un autre à Rosario.

Sandra nous a fait part de gros problèmes dans les hôpitaux argentins en ce qui concerne le SIDA, à savoir que les médicaments manquent, ou que les médecins prescrivent des médicaments inappropriés aux sidéens. Red a alors dénoncé plusieurs problèmes et des résultats encourageant ont été obtenus. Les patients qui étaient diagnostiqués pour le VIH étaient mis en aparté dans les hôpitaux publics, ce qui a changé dans quelques hôpitaux. Les chambres étant souvent insalubres, elles ont permis qu'il y ait des démarches qui se mettent en place afin de nettoyer les chambres. Certaines chambres comprenaient plus de 8 femmes sidéennes et après la mort d'une des patientes, aucun psychologue ne venait suivre les patientes.



Autocollant que nous donnions lors de nos distributions de préservatifs

Nous nous sommes rendus à l'hôpital Muniz, un des plus grands hôpitaux de Buenos Aires, s'occupant essentiellement de patients atteint du VIH-SIDA.

De dehors, le bâtiment nous a parut luxueux, surtout en comparaison avec la rue déserte, et le quartier malfamé. Mais rapidement nous nous sommes rendus compte que l'hygiène était médiocre et que la direction était le seul endroit réellement luxueux de l'hôpital. Lors de la visite, le médecin était très fier de nous montrer les différentes bâtisses composant l'hôpital. Les différents services étaient non pas répartis en étages dans un même bâtiment, mais en différentes constructions réparties dans un énorme parc vert qui rendait le cadre agréable. Certaines de ces maisons étaient destinées à des femmes sidéennes, vivant là tout au long de

leur cure. Néanmoins, certains bâtiments étaient insalubres, les vitres étant cassées, les pièces sales, malodorantes, les murs décrépis... à côté d'autres bâtiments bien conservés. Discutant avec ce médecin, nous avons demandé pourquoi rien n'était fait afin d'entretenir les structures. La réponse a été simple. Le gouvernement refuse d'octroyer plus d'argent à un patient sidéen qu'à un patient souffrant d'une autre pathologie. Or le sidéen nécessite un traitement plus onéreux. Ainsi, préfèrent-ils investir les subventions dans le traitement des malades que dans l'entretien des lieux. L'hôpital Muniz est en attente d'être reconnu "hôpital spécialisé" en SIDA afin d'obtenir des subventions supplémentaires.

Il a été très difficile d'accéder aux patients sidéens, l'hôpital étant très soigneux de l'anonymat des patients. Dans ce but précisément y a-t-il de nombreux agents de sécurité qui tournent sans cesse dans le parc. D'ailleurs, un d'eux nous ayant vu avec un appareil photo, nous a conduits à la direction de l'hôpital. Là bas, le directeur nous a gentiment expliqué que pour pouvoir prendre des photos, il nous fallait une autorisation du ministère de la Santé. Nous lui avons expliqué la situation, avons insisté; et nous avons pu continuer à prendre des photos contre vérification à notre sortie.

Nous sommes allés dans cet hôpital grâce à 3 femmes de Red. Ces dernières, une fois arrivées à l'hôpital, se sont réparties les différents bâtiments et nous les avons suivies. Il s'agissait de recruter des nouveaux membres pour Red, dans les salles d'attente où les patients attendent souvent plus d'une heure. Nous en avons déjà parlé, les sidéens sont stigmatisés. Ainsi, afin de recruter de nouveaux membres atteints du VIH, nous devons détourner notre phrase, en demandant: "Vous attendez pour cette porte?". La porte en question débouchait sur un secteur qui était dédié aux sidéens, et ainsi la réponse ne pouvait pas être ambiguë. Si la personne répondait oui, cela impliquait qu'elle était sidéenne et ainsi les démarches pouvaient être entreprises.

Nous avons, à cette occasion, remarqué que les sidéens étaient toujours accompagnés par un proche.

La consultation dure en moyenne 15 minutes. Le patient peut choisir son médecin dans les hôpitaux publics argentins. La salle d'attente est insalubre, où une vingtaine de chaises sont éparpillées; les toilettes sont sales. A la fin de la journée, les trois femmes se sont réunies afin de faire le bilan de la journée, dans une salle mise à disposition par Muniz pour Red.

Chaque mois, les patients atteints du VIH viennent à l'hôpital retirer l'ordonnance pour la trithérapie. Ensuite, ils se rendent à la pharmacie spécialisée de l'hôpital afin de recevoir la médication. Nous avons en outre rencontré un médecin dans le secteur public qui nous a expliqué à quel point ils étaient surmenés. Le gouvernement envoie à l'hôpital l'équivalent du salaire de trois médecins, or le travail à fournir en nécessite cinq. Aussi, les trois médecins doivent se répartir les heures de travail supplémentaire, mais ne reçoivent qu'un salaire très bas pour le nombre d'heures effectuées. Ce médecin a insisté sur le fait qu'il s'agit là d'un phénomène courant dans les hôpitaux publics en Argentine.

Dans le système des hôpitaux privés, comme nous avons pu le voir avec l'exemple de l'hôpital Naval, le suivi du patient sidéen est différent. Le médecin envoie l'ordonnance à un centre coordinateur, qui elle-même l'envoie à l'obra sociale du patient, qui se charge à son tour d'envoyer la trithérapie au domicile du patient.

Les hôpitaux privés diffèrent des publics à différents autres niveaux. Ils sont réputés pour être plus luxueux, mieux organisés, les patients attendent moins en salle d'attente, entre autres.

## VISITE DE LA FABRIQUE COOPERATIVE GRAFICA PATRICIO

C'est en cherchant à visiter des établissements médicaux, autres que les grands hôpitaux, que nous sommes entrés en contact avec M. Ariel W. le chargé de direction de la coopérative Grafica Patricio. Cette coopérative se situe dans un grand bâtiment, au milieu d'une zone industrielle située à une quinzaine de quadras (pâtés de maison) de la Boca. Ce bâtiment a la particularité de renfermer les locaux de quatre services qui du fait même qu'ils partagent le même bâtiment, sont étonnants:

- **Un centre de santé** : En réalité, il s'agit d'un cabinet dentaire, rattaché à l'hôpital Argerich de la Boca. Les deux médecins dentistes qui y travaillent sont payés par la ville et proposent gratuitement leurs services à la population.
- **Une imprimerie** : Il s'agit de la coopérative à proprement parler, on y imprime des pancartes publicitaires, des affiches et des journaux gauchistes. Les clients privés payent l'imprimerie à la commande et les bénéfices sont partagés à part égal par tous les "employés" de l'imprimerie.
- **Une radio** : M. Ariel W. est également responsable de la radio. C'est une radio locale qui, entre-autres, met à disposition une plage libre où les auditeurs peuvent venir s'exprimer sur les thèmes de leur choix ; et une plage santé où chaque semaine, un invité parle du système ou d'un problème de santé qui touche la population locale. Nous avons eu l'occasion de participer à cette émission. Nous en avons profité pour faire un peu de prévention et pour répondre aux questions des auditeurs sur le système de santé suisse.
- **Une école publique** : Destinés aux étudiants qui ont mis un terme à leurs études secondaires, les cours qu'on y donne recouvrent toutes les matières de base. Les classes comptent autant d'adolescents que d'adultes. Les professeurs y travaillent à temps complet et sont payés par le ministère de l'Education.







## LES COMEDORS

Les comedors sont des sortes de soupe populaires où n'importe qui peut venir, gratuitement, manger et boire un verre de maté. Il y a une multitude de ces comedors et ils fonctionnent de façon très différente les uns des autres. A titre d'exemple, voici les différences entre deux des comedors que nous avons visités.

- **Le comedor d'Irma** : Irma est une veuve qui avec l'aide de sa sœur se consacre a plein-temps au comedor qui porte son nom. Les locaux se trouvent dans le sous-sol d'un vieil immeuble abandonné C'est une petite pièce, dans lequel, malgré tout, peuvent s'entasser jusqu'à 40 enfants. L'entrée de l'immeuble est inondée et il s'en dégage une odeur de pourriture. Mais grâce aux efforts d'Irma, le coin qui sert de cuisine est presque propre et l'ambiance est chaleureuse. Cet établissement propose deux repas par jour : le premier à midi, le second vers 17h30, à l'heure où les argentins goûtent. La nourriture provient de la solidarité de quelques généreux donateurs : Chaque matin, Irma (nous l'avons accompagnée) fait le tour du quartier, et quémande de la nourriture en faisant du porte-à-porte. Les gens, les commerçants, la connaissent et même ceux qui ne donnent rien lui adressent de larges sourires et l'encouragent. Depuis quatre ans qu'elle fait ainsi chaque matin, elle connaît tous les

habitants du quartier et sait qui est susceptible, quel jour, de faire un don. Elle rentre ensuite dans sa cuisine pour improviser ensuite un plat gigantesque avec la nourriture qu'elle a recueillie.

- **Le comedor «Los Pibes»** : Le comedor fait partie d'une coopérative, installée dans un immeuble de trois étages. Au troisième, se trouve une fabrique de T-shirts, destinés à la vente et dont une partie des recettes est reversé au comedor (le reste étant partagé à parts égales entre les travailleurs de la fabrique, à la mode coopérativiste). Au second, se trouvent les locaux de la direction et une salle de réunion destinée à un groupe de professeurs bénévoles qui exercent dans différents lieux et se rassemblent là pour échanger leurs idées et leurs impressions. Au premier, se trouve la salle à manger et la cuisine du comedor. La cuisine est à disposition et les femmes du quartier viennent bénévolement, chaque lundi, faire la cuisine pour tout le monde, chacun apportant ce qu'il peut. Le mardi, la salle à manger se transforme en salle de réunion où les chefs de famille se rassemblent pour parler des problèmes locaux et de leurs projets pour l'amélioration de la vie dans le quartier.





## NOTRE ACTIVITE

Nous avons, dans les limites du possible, sensibilisés les cuisinières aux problèmes d'équilibre alimentaire. Il va de soi qu'elles font avec ce qu'elles ont et qu'on ne pouvait pas trop insister. Nous avons remarqué que la nourriture consommée dans ces établissements était très grasse (énormément de friture). Les légumes étant très chers (parfois plus coûteux que la viande), il était difficile de proposer une solution. Nous nous sommes résignés à ne faire qu'aider à l'organisation et à la cuisine et à faire de l'information sur l'hygiène des mains et l'hygiène dentaire.

## VISITES DIVERSES

Au cours de notre stage nous avons visité un grand nombre de lieux, sans y avoir une action véritable, dans le seul but de mieux comprendre le système Argentin:

- **Des établissements de santé** : Les principaux hôpitaux de Buenos Aires (Argerich, Naval, Lanus, Muniz), des centres de soins (la Boca et Corrientes), des pharmacies et une clinique d'échographie.
- **Des établissements scolaires** : Ecoles primaires et secondaires, Université (université interaméricaine, Haute Ecole d'ingénieur de Buenos Aires) et un bâtiment d'appui scolaire.
- **Des infrastructures du système de santé** : Obras sociales et assurances.
- **Des lieux en lien avec la politique** : Débats politiques sur les élections municipales de Buenos Aires, les fameuses mères de la place de Mai.
- **Des établissements à but humanitaires** : Organisation de solidarité pour la construction de maison et de meubles pour les familles défavorisées et des comedors.

## CONCLUSION

Que retenir de ce stage ? Nous sommes partis à la découverte d'un pays étranger, nous avons tenté de nous y intégrer, d'y agir, d'en comprendre le fonctionnement. Nous avons travaillé avec des gens simples, courageux, dont la solidarité nous a touchée et marquée. Nous avons connu des enfants, nous nous y sommes attachés, nous leur avons donné un peu, ils nous ont rendu beaucoup. De toute évidence, ces gens ont déteint sur nous et leur gratitude nous a bouleversés, mais tout ceci est-il durable ? Qu'est-ce qui a réellement changé en nous avant et après l'Argentine ? Ne sommes nous pas toujours ces étudiants en médecine, organisés et propres sur eux qui avons embarqué, il y a quatre mois, dans cet avion pour Buenos Aires ?

Avec le temps, l'émerveillement s'est estompé et nous redevenons ceux que nous étions. Nous allons sans doute aussi oublier le fonctionnement de système de santé et du système éducatif Argentin.

Mais nous ne croyons pas, au contraire que tout ait été vain : la rédaction de ce rapport nous a permis d'avoir une meilleure vue d'ensemble de notre stage. Nous pensons qu'il faut être objectif, et rechercher, sans sentimentalisme, ce que ce stage a transformé en nous. Nous sommes partis, sûrs de nous, et très vite nous avons compris que nous ne savions rien, que pour traiter l'individu, il faut avoir une idée de son quotidien, de son environnement, de sa mentalité ; connaître son histoire et sa culture, savoir dans quel monde il vit. Nous pensons que c'est l'objectif de toute immersion. Instinctivement, sans y réfléchir, nous nous sommes mis à faire des recherches. Ce qui devait être un simple stage, s'est transformé en une enquête. Plus nous en apprenions, plus nous nous apercevions qu'il nous manquait des pièces du puzzle.

Bien sûr, nous connaissions, en théorie, la complexité des interactions entre histoire, économie, politique, culture, système de santé, éducation et médecine. Ce stage nous a, malgré nous, contraint à en faire l'expérience pratique. Dans un pays qui n'est pas le notre, face à des gens qui considéraient comme évident des choses dont nous ignorions jusqu'à l'existence, nous avons été forcé, inconsciemment, de remettre en question tout ce qui nous semblait aller de soi, couler de source, pour tout rebâti en partant de zéro.

Cette expérience a totalement changé notre regard sur les choses, nous avons intégré, sans nous en apercevoir, la théorie qu'on nous avait enseigné à la faculté de médecine. Ce que nous garderons de ce stage, sera ce regard nouveau: désormais, nous considérons notre système de santé, notre système hospitalier, notre contexte historique, économique et culturel, avec un œil non pas forcément plus critique, mais plus exercé et peut-être plus neutre. Ce qui avant l'argentine était une démarche intellectuelle abstraite, et devenu pour nous, il nous semble, un acte reflex. Ce stage nous a permis d'avoir une vision plus concrète des relations complexes qui se tissent entre les différents acteurs de la santé, entre l'individu et son environnement et nous a appris à aborder les problèmes liés à la santé, dans leur globalité.