

Immersion en communauté

Stage dans un dispensaire chilien

Alexia Padayachy
Sonia Taban

Mai-Juin 2011



Table des matières :

1) Introduction	p.4
2) Brève présentation du Chili	p.5
3) Présentation du système de santé	p.7
3.1) Interview de la doctoresse Castillo Taucher	p.10
3.2) Formation des médecins	p.11
3.3) CESFAM de Santa Maria	p.13
3.4) Présentation d'un hôpital	p.25
4) La grossesse chez les adolescentes	p.27
4.1) « Chile crece contigo »	p.29
4.2) Cas de jeunes filles que nous avons rencontrées	p.32
4.3) Interview d'une jeune femme enceinte	p.33
5) Activités	p.34
5.1) Sages-femmes	p.34
5.2) Service de médecine de premier recours	p.35
5.3) Clinique	p.36
5.4) Physiothérapeutes	p.37
5.5) Le CECOSF avec le Dr. Rivillo	p.38
5.6) Obésité	p.39
5.7) Podologue	p.39
5.8) Psychologue	p.40
5.9) Assistants sociaux	p.40

5.10) Avec Dania, l'éducatrice	p.41
5.11) Nos activités dans l'hôpital « San Camilo »	p.43
6) Conclusions personnelles	p.45
7) Bibliographie	p.47
8) Annexes	p.48
8.1) Annexe 1	p.48
8.2) Annexe 2	p.49
8.3) Annexe 3	p.50

-

1) Introduction

Dans le cadre de notre formation par immersion en médecine communautaire, nous avons la possibilité d'effectuer un stage à Genève ou à l'étranger. Il nous est d'emblée apparu attractif de nous orienter vers des situations moins connues et donc de chercher une possibilité à l'étranger. Nous avons trouvé un contact avec lequel l'accueil par correspondance électronique s'est annoncé très ouvert et enthousiasmant. L'orientation vers le Chili tenait à la fois à la chance d'avoir un contact par une connaissance et d'autre part à notre connaissance de l'espagnol qui est pour chacune de nous la langue de notre mère. Le Chili, comme beaucoup de pays latino-américain a une population jeune. La grossesse chez l'adolescente y est un défi socio-médical qui n'est pas rare. Ce défi nous touche car nous en avons aussi dans nos familles respectives.

De plus, nous avons envie de mettre en pratique nos connaissances théoriques. Notre confiance face au patient nécessitait d'être encouragée, nous avons besoin de désacraliser l'entretien, la consultation. Nous savions que ce serait possible en Amérique latine, la langue nous ouvrant toujours les portes.

Santa Maria est une petite municipalité située dans les Andes, en moins d'une heure nous avons fait le tour du village. Elle a un CESFAM (CEntre de Salud FAMilial, centre de santé familial) dans lequel nous avons fait notre stage. L'avantage d'être dans cette petite population reculée est que les gens sont plus disposés et intéressés par notre présence. Nous avons été très bien accueillies et intégrées.

Santa Maria est situé dans la V^{ème} région (appelée Aconcagua), à 70km au nord de Santiago, la capitale du Chili. Elle fait partie de la commune de San Felipe. Cette ville se situe dans le canton de Valparaiso. Valparaiso, ou plus précisément sa ville, est connue comme étant l'une des plus jolies du Chili. Elle est d'ailleurs classée par l'Unesco comme patrimoine mondial. C'est une grande ville de pêcheurs, qui est d'ailleurs comparée à San Francisco des Etats-Unis.

Ainsi, nous avons pris contact avec la Dresse Castillo, co-directrice du CESFAM de Santa Maria, Cette ancienne directrice du service de santé de la région de l'Aconcagua où elle avait travaillé pendant dix ans a voulu nous faire découvrir le fonctionnement de son centre de santé. Notre travail s'est donc focalisé sur le système de santé chilien, et surtout celui d'un centre familial. Cela nous a écarté de notre thème principal mais cette option nous donnait l'occasion de travailler au coeur de la médecine communautaire. Elle nous a donc semblé tout à fait opportune. De plus, la doctoresse tenait particulièrement à nous faire découvrir l'aspect pratique de la médecine, ce qui réalisait l'un de nos objectifs.

Les trois sujets principaux sur lesquels nous avons basé notre travail d'IMC sont:

- du système de santé chilien vu d'un CESFAM,
- des adolescentes enceintes et
- nos activités au sein du CESFAM

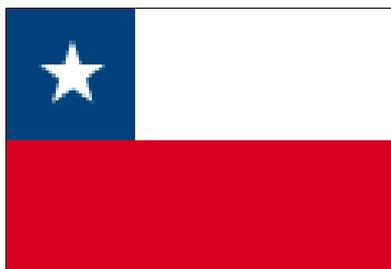


Image 1: Drapeau du Chili

2) Brève présentation du Chili:

C'est par le vin, les lamas, la mythique île de Pâques ou encore l'île de Robinson Crusoé, son désert d'Atacama opposé à sa terre de feu, sa longue cordillère des Andes, le fameux poète Pablo Neruda, ses très nombreux volcans, mais aussi plus tristement par ses tremblements de terre, la dictature militaire de Pinochet qu'est connu ce long pays en forme de "Chile" de plus de 4000km de long pour seulement 180 km de large longeant le Pacifique.

Cette République présidée par S. Pinera partage ses 756000km² sur trois points géographiques distincts: l'Amérique, l'Antarctique et l'Océanie. Il est délimité au Nord par le Pérou, au nord-est par la Bolivie et à l'est par l'Argentine via la cordillère des Andes. Il fait partie de la ceinture de feu du Pacifique, une grande chaîne de volcans, en effet le Chili en contient environ 2000. Il se trouve au chevauchement de deux plaques tectoniques, la sud-américaine et la Nazca, ce qui lui vaut ses nombreux tremblements de terre et sa cordillère. Nous avons d'ailleurs vécu un tremblement lorsque nous étions là-bas. C'était effrayant, d'autant plus que nous n'en avons jamais senti jusqu'à présent. Pourtant, on nous a dit qu'il était très faible, c'était à peine une secousse.

Le pays se divise en 5 régions géographiques: le grand nord avec le fameux désert d'Atacama, le petit nord, zone de transition entre le désert du grand nord et les régions de pluies du sud, le Chili central au climat méditerranée où se trouve la capitale, la région des lacs où se trouve aussi l'araucania, terre des indiens mapuches et finalement la Patagonie et Terre de Feu, à l'extrémité du continent. Mais le pays est divisé administrativement en 15 régions.



Image 2: Carte administrative du Chili avec ses différentes régions.

(http://www.losmejoresdestinos.com/galeria.php?imagen=http://www.losmejoresdestinos.com/destinos/chile/mapa_regiones_chile.gif)

Le Chili compte plus de 17 millions d'habitants dont un tiers vivent dans la capitale: Santiago du Chili. On y parle l'espagnol officiellement mais les mapuches ont leur langue propre. La population est très variée, elle contient des indiens, dont les plus importants sont les mapuches mais aussi descendants d'européens italiens, allemands et bien sûr espagnols. C'est le pays le plus développé d'Amérique du sud.

Un peu d'histoire...

D'abord peuplé par des Indiens (les Mapuches entre autres), le Chili fut la proie des attaques incas puis des espagnols qui y fondèrent la première ville en 1541 grâce à Fernand de Magellan. Cette période coloniale va durer près de 300 ans. L'indépendance du Chili aura lieu le 18 septembre 1810 avec le général O'Higgins élu président du premier congrès national mais ne sera définitive qu'en 1818 avec la bataille de Maipo. Après avoir mis en place une nouvelle république, et la constitution par Diego Portales, le Chili connaît une montée économique, grâce à la découverte de mines de cuivre qui reste aujourd'hui encore l'une des sources principales de revenu du pays. La ville de Valparaiso devient première ville d'exportation du Pacifique. La fin du 19ème siècle sera marquée par la guerre du Pacifique contre le Pérou et la Bolivie remportée par le Chili, ce qui lui permettra de s'annexer le Nord du Chili actuel et de couper la communication avec la mer à la Bolivie. Elle donnera également au pays le monopole du salpêtre, mais les conditions de travail des ouvriers étant précaires, des luttes ouvrières commencent dès le début du 20ème siècle. Un front populaire est formé en 1936 qui remportera les élections présidentielles mais leurs réformes ayant favorisé les Américains au lieu des anglais aux commandes des mines de cuivre, les Américains ne tardent pas à imposer leur politique au Chili quand, après l'effondrement du front populaire en 1946, le communiste Gabriel Videla est élu. Ainsi, les Américains obligent G. Videla à rendre le parti communiste illégal et de nombreux militants seront exilé, comme le fameux poète Pablo Neruda.

Il faudra attendre les années 1970 pour avoir un président socialiste, Salvador Allende. Il régnera pour réformer le Chili de telle façon à le rendre le plus indépendant possible et nationalisera entre autre les mines de cuivre, jusque là aux mains des américains. Pour le moins mécontents, ces derniers mettront des bâtons dans les roues d'Allende, et soutiendront le 11 septembre 1973, le coup d'état de la junte militaire dirigée par le général Pinochet, poussant ce jour là le président Allende au suicide.

Le général est nommé "chef suprême de la nation" en 1974, après avoir fermé le congrès national et gelé tous les partis politiques. Il établit une loi qui le décrète général inamovible jusqu'en 1997!

Pendant ce temps, il engage une équipe d'économiste américains ultra libéralistes que l'on appelle communément les "Chicago boys" qui ne vont pas tarder à dénationaliser les biens du Chili à l'exception des mines de cuivre. Ainsi, le général Auguste Pinochet perd de sa popularité et des élections présidentielles sont organisées en 1989 qui propulsent le démocrate Aylwin au pouvoir, A. Pinochet restant néanmoins aux commandes de l'armée. Ce gouvernement dit de transition rapportera les crimes commis pendant la dictature militaire. Mais le général ne sera jugé pour ses crimes qu'en 2005, il décédera en 2006 à l'âge de 91 ans sans n'avoir jamais été condamné.

Finalement, le dernier événement politique sera de voter en 2006 pour la femme Michelle Bachelet, représentant la « concertacion democrática ».

3) Présentation du système de santé:

Nous allons commencer cette description avec une brève introduction du système de santé chilien ainsi que de ses acteurs, puis, nous avons décidé d'étudier les caractéristiques générales que devraient avoir un bon système de santé, dans le cas du Chili. Ce sont les suivantes: le prix, l'équité et finalement, la solidarité.

Le Chili est un pays en voie de développement qui est néanmoins parmi les plus avancés d'Amérique latine, la santé ne fait pas exception. Nous allons donc également tenter d'intégrer les réformes et améliorations faites durant ces dernières années concernant le système de santé qui ont permis une telle progression.

Nous terminerons avec un bilan de notre part et une courte interview de la Doctoresse Castillo-Taucher, ancienne responsable du service de santé de l'Aconcagua et aujourd'hui co-directrice du CESFAM de Santa Maria.

Au Chili, le système de santé est mixte. En effet, il a une aile publique financée par le "FONASA" (fond national de santé) et une aile privée financée par "l'ISAPRE" (institut de santé prévisionnel). Quelque soit celui qu'ils choisissent, les chiliens doivent payer 7% de leur revenu mensuel pour contribuer au financement.

Pour le FONASA, une fois inscrite volontairement au système public, la personne entre dans un classement dépendant de son statut social. Il existe quatre catégories de A à D selon le revenu, A étant réservé aux personnes sans revenu et D aux personnes avec un revenu correct, voir confortable. La catégorie dicte les frais requis en cas de maladie, ainsi les A et B ne paient rien, les C un 10% et les D un 20% de la prestation reçue.

En échange, le système public assure l'accès au soins, la qualité des soins en veillant qu'ils soient donnés par des professionnels, la prise en charge d'un certain nombre de prestations dictées dans l'"AUGE" (accès universel avec garanties explicites) dans un temps déterminé et des coûts modérés voir nuls. La particularité du système chilien est qu'il existe un système dit "de libre élection". Ce dernier consiste, pour les groupes C et D seulement, de pouvoir choisir s'ils désirent se faire prendre en charge dans un hôpital public ou s'ils préfèrent être soigné par un médecin privé de leur choix (parmi une liste de médecins ayant conclu un accord de travailler pour le FONASA). Environ 75% des chiliens sont assurés en public.

Les personnes couvertes par le secteur public ont pour obligation de consulter dans le centre d'attention primaire le plus proche de chez eux. Les dispensaires sont toujours entièrement gratuits. Si besoin est, la personne est dérivée dans un hôpital de niveau de complexité supérieur. La condition pour avoir accès à l'AUGE est toujours de venir du dispensaire (sauf dans des cas d'urgences). Pour les personnes C ou D ayant choisi l'option du libre choix leur permettant de choisir leur médecin, un bon FONASA leur est vendu sur place. Le prix variant selon le type d'infrastructure choisie.

Le système privé accueille les chiliens qui s'y inscrivent en fixant une somme mensuelle selon leur revenu entre autre (état de santé etc). Partant des 7%, le prix mensuel peut augmenter selon l'accord discuté. Les bénéficiaires ont également le droit au traitement de toutes les pathologies de l'AUGE. Les autres pathologies sont prises en charge moyennant des frais supplémentaires, discuté dans l'accord. Environ 25% des chiliens ont choisi le système privé.

Le plan "AUGE" est une loi fondée en 2004 et entrée en vigueur une année plus tard. Elle a pour but de rendre accessible de par leur gratuité et accessibilité des pathologies les plus fréquentes, les plus chères et les plus graves, ayant en plus un traitement efficace que le gouvernement estime pouvoir offrir à l'entièreté de sa population. Ainsi, il existe aujourd'hui 56 pathologies¹ entièrement prises en charge par l'état pour toute personne cotisant soit dans le système privé, soit dans le public. Ce nombre promet d'augmenter dans les années à venir.

Parmi les acteurs du système de santé, en plus de ceux déjà présentés, l'on peut mentionner le

1 Les 56 pathologies AUGE et leur entrée en vigueur sont listées en annexe 1

ministère de santé. Ce dernier a pour rôle globale de diriger, planifier, coordonner et contrôler que les normes et règles de santé fixées par le gouvernement soient bien appliquées.

Pour aider le ministère de la santé dans la surveillance de la bonne application des règles et lois concernant la santé chilienne, il existe la "Superintendance de santé". C'est également elle qui contrôle et fiscalise l'ISAPRE.

Finalement "l'institut de santé publique" (ISP) est un service autonome du point de vu financier et administratif. Il a pour but d'améliorer le niveau de santé au Chili. Ses plans et activités sont néanmoins sous la dépendance du ministère de la santé. C'est un organisme publique.

Quelques chiffres...

Si l'on s'intéresse aux prix, l'OMS écrit dans son rapport de "statistiques sanitaires mondiales 2011" que le Chili dépensait en 2000 6,6% de son PIB alors qu'il en dépense 7,5% en 2008. Sachant que son PIB de 2008 est de 169 573 mio cela signifie qu'il a mit environ 12 718 mio en 2008 pour la santé. En comparant avec d'autres pays d'Amérique latine, nous avons pu confirmer que la santé prend une place importante dans l'économie chilienne. Par exemple:

	2000	2008
Chili:	6,6% du PIB	7,5%
Pérou:	4,7%	4,5%
Argentine	7,7%	7,4%
Bolivie	6,6%	4,5%
Suisse	10,2%	10,7%

On peut ainsi constater que l'Argentine, qui fait également parti des pays les plus développés d'Amérique du sud se permet une marge plus importante pour la santé que le Pérou ou la Bolivie.

Le bilan général reste tout de même une hausse des prix de la santé pour le Chili et la Suisse mais en nette baisse pour le reste des pays sus-mentionnés.

Concernant l'équité et la solidarité, le système de santé chilien a été témoin d'un énorme tournant durant le 20ème siècle. En effet, le manque d'infrastructures et la prise en charge trop restreinte des patients ont induit des réformes qui ont commencé en 1952 pour former le service national de santé. Cela ne suffisant plus, en 1979 se fonde le FONASA et l'ISP. Et en 1981 se fonde l'ISAPRE. Ce dernier changement fut donc la première grande réforme de santé au Chili. Il donna aux chiliens la liberté de pouvoir choisir entre secteur privé et secteur publique. Toute l'organisation des fonctions administratives, opératives et financières a été changée. Cela a pour but de :

-rendre la santé publique accessible a tous, comme il l'est écrit dans la loi.

-rendre réalisable les politiques de santé

-homogénéiser la santé dans le pays en redistribuant les moyens aux zones les plus demandeuses.

-adapter les nouvelles structures a la politique de régionalisation.

D'autres modifications du système de santé publique ont été instaurées et les chiliens ont vu de nettes améliorations dans la prise en charge de certaines pathologies telles que la mortalité materno-infantile ou les infections par exemple. Et ce grâce entre autre à l'instauration du plan AUGE ou du programme « Chile crece contigo ».

Malgré les efforts fournis par le gouvernement pour rendre le système de santé plus équitable, il reste de grosses lacunes et la population est loin d'être égale face aux problèmes de santé.

En discutant avec un médecin avec lequel nous avons fait une partie de notre stage, nous avons pu nous rendre compte de quelques unes des failles du système en matière d'équité.

Alors qu'il nous expliquait comment fonctionne le système de paiement pour la santé, nous lui avons demandé s'il était satisfait de ce système et il nous a alors raconté son vécu en la matière:

Ce médecin pratiquait depuis une quinzaine d'années quand son père est tombé gravement malade d'un cancer de l'estomac. Ce type de cancer étant couvert par le système AUGE, le père du médecin n'eût aucun problème à payer les interventions nécessaires. Peu de temps après ce premier cancer,

l'on diagnostiqua un deuxième cancer au colon et finalement un troisième au rein. Ces deux derniers n'étant eux, pas pris en charge par le système AUGE et le père n'ayant pas les moyens de payer toutes les interventions nécessaires c'est son fils qui dû s'en charger. Dans ce cas, le patient a eu la chance de pouvoir compter sur un membre de sa famille mais dans une famille populaire chilienne, les gens ne peuvent pas toujours se trouver une telle somme et sont donc des laissés pour comptes.

On peut donc dire que le système de santé chilien reste inéquitable dans le sens où une personne ne comptant que sur son assurance "de base" ne peut se garantir un bon espoir de vie, contrairement à quelqu'un qui peut avoir accès à des soins complémentaires.

De même, nous avons été surprises d'apprendre que l'assurance, même de base n'est pas obligatoire. Toute personne voulant se faire assurer le peut mais doit en faire la requête.

Le virus syncytial...

Les mois de Mai-Juin correspondent à l'hiver austral. Nous avons donc beaucoup été en contact avec des patients aux diverses pathologies respiratoires. L'une d'elle a été particulièrement forte et nous semble bien illustrer l'efficacité du système de santé chilien : l'épidémie de virus syncytial. Ce virus a sévi sévèrement et a provoqué un nombre croissant de patients atteints se présentant dans les hôpitaux publics. Ces derniers se sont vite retrouvés surchargés, l'état a donc rapidement pris la décision de mettre en place un système de bons qui donnait la possibilité aux nouveaux cas d'aller se faire soigner en privé à la charge de l'état. Cette méthode a permis aux hôpitaux de se désengorger et de pouvoir reprendre un meilleur rythme de travail.

L'efficacité du système de santé chilien a également connu une nette amélioration avec l'introduction de la réforme. En effet, l'AUGE a donné une structure de prise en charge avec des normes très strictes pour les pathologies impliquées, le tout supervisé par le ministère de santé. Par exemple, les temps d'attentes entre diagnostic et traitement s'est vu nettement diminué. Le prise en charge de l'engorgement créé par le virus syncytial en est un exemple.

Dans ce même cadre s'inscrit l'accès gratuit et direct à tous les médicaments soignant les pathologies AUGE dans les centres d'attention primaire.

Le net progrès en matière d'efficacité du système de santé chilien se reflète dans l'évolution des cas de tuberculose durant ces neuf dernières années: prévalence de 22/100000 habitants en 2000 et de 15/100000 habitants en 2009². Plus directement encore, les chiffres d'espérance de vie son très positifs et se rapprochent de ceux obtenus en Europe: 76 ans chez l'homme et 82 ans chez la femme en 2009 contre 80 ans chez les hommes et 84 ans chez les femmes pour la même année. D'ailleurs les médecins et étudiants sont très fiers de pouvoir nous expliquer que dorénavant au Chili les gens meurent des mêmes causes que dans les pays riches, à savoir des maladies chroniques telles que le diabète, les accidents vasculaires, les cancers etc et non plus d'infections et de diarrhées comme dans certain pays voisins (Pérou, Bolivie par exemple).

Indirectement, le fait que notre déplacement pour six semaines de stage au Chili n'ait requis aucun vaccin nous semble également un bon reflet de l'efficacité du système de santé au Chili contrairement à ses voisins.

Mais il existe aussi certains côtés moins reluisant concernant l'efficacité du système de santé chilien. Comme le fait que parmi toutes les pathologies, seules 59 sont prises en charge par l'AUGE (voir le détail de ces pathologies en annexe 1). Nous avons eu l'occasion d'assister à une consultation où une femme venait car on lui a diagnostiqué des calculs biliaires. Cependant, ses 50 ans ne lui permettaient pas d'être incluse dans l'AUGE. Cela implique qu'elle devra payer son traitement et qu'elle ne sera pas prise en charge rapidement. De même, le matériel n'est pas toujours suffisant. Le cardiologue de l'hôpital de San Felipe nous commentait que les écho-cardiogrammes ne sont arrivés à l'hôpital qu'il y a cinq ans environ.

Ce qui nous a également frappé est la petite quantité de personnel infirmier et médecin. En effet,

2 Ces chiffres viennent des donnée de l'OMS

nous n'avons presque pas vu d'infirmiers dans le CESFAM. Le nombre d'aides infirmiers était par contre plus élevé. Leurs rôles étaient aussi plus diversifiés. Un aide pouvait le matin s'occuper de la stérilisation, l'après-midi de la pharmacie et le soir du service d'urgences du CESFAM.

Quant aux médecins, nous avons constaté lors de notre semaine à l'hôpital qu'ils ne travaillent pas les après-midi. N'étant pas suffisamment payés dans le système publique, ils font des consultations privées les demi-journées. La majorité aime cependant se vouer à 50% au système public "par vocation, pour ne pas perdre la main" nous expliquent-ils. Mais seuls les médecins de garde sont présents les après-midi dans l'hôpital.

Avec les fameux 7% de cotisation, l'on pourrait dire qu'il y a quelque chose de solidaire dans le système de santé chilien. En effet, correspondant au salaire, le montant est adapté à chaque revenu et est le même qu'il s'agisse d'une femme ou d'un homme. Pour ce qui est des indigents, le gouvernement est particulièrement disposé à les aider. Cela ne signifie pas qu'il soit tout à fait solidaire pour autant. En effet, le système de libre choix proposé pour ceux voulant choisir leur médecins ne s'offre pas aux plus pauvres des groupes A et B. De plus, la majorité des personnes que nous cotoyions avouaient être d'une classe moyenne étranglée par le système, ne faisant partie ni des plus riches, ni des plus pauvres, elle se retrouve à payer beaucoup. En général, elle préfère se faire assurer par le système privé.

Un point positif en matière de solidarité est la prévention. En effet, durant notre stage, pendant les consultations, tout homme et femme compris dans une tranche d'âge moyenne s'est vu rappelé de ne pas oublier le contrôle « EMIPA » (examen de médecine préventive de l'adulte). Nous avons pu assister à une après-midi de contrôle. L'examen consiste en un questionnaire d'une vingtaine de questions générales visant à détecter des comportements vicieux à long terme compromettant pour la santé comme la quantité d'alcool bu à l'année, etc. suivi d'un examen physique général (poids, taille, tour de taille en cm, tension, ...).

Ceci est un exemple illustrant le rôle des centres d'attention primaire au Chili : la prévention. En effet, le système chilien oblige toute personne assurée en publique de venir d'un centre d'attention primaire gratuit. Le système public couvrant la majorité de la population, ces consultations préviennent de complications et ont un contrôle sur la santé de la population.

Le système des CESFAM/CECOF etc sont à l'essence même d'une médecin qui se veut préventive et non curative. Le but étant que dans un future proche, les 80% des consultations soient celles des centres d'attention primaires. Ces derniers étant gratuits, ce serait un grand pas en avant pour tous les bénéficiaires du secteur public.

Notre avis sur le système de santé est qu'il est encore trop rudimentaire. Le fait que seulement certaines personnes ont le droit de choisir leur médecin, qu'elles doivent espérer avoir une maladie tombant dans la liste nous semble trop injuste. De plus, nous avons l'impression que le système privé pourrait être mieux profité. Étant plus performant, il devrait être accessible à une plus grande proportion de ménage chilien. L'important reste cependant de voir que le Chili met de la bonne volonté à améliorer la situation. Le système de santé chilien nous semble prometteur.

3.1) Interview de la Doctoresse Castillo-Taucher :

Question : Que pensez-vous du système de santé chilien ?

Réponse : Il s'est beaucoup amélioré avec la réforme. C'est un système mixte qui reste inéquitable.

Question : Quels en sont les points positifs ?

Réponse : Avec la réforme, il y a eu un transfert de pouvoir. En effet, avant le médecin avait beaucoup trop de liberté et en abusait souvent. La société a beaucoup apprécié les changements.

Question : Quels en sont les points négatifs ?

Réponse : Il y a toujours trop d'inéquité et ce malgré la réforme. Il manque des infrastructures, du

matériel et il y a des morts qui sont évitables.

Question : Qu'est-ce qui fait que la santé s'est tellement améliorée au Chili ? Comment explique-t-on qu'on meurt de diarrhée au Pérou ou en Bolivie mais pas au Chili?

Réponse : C'est grâce à l'instauration d'une santé publique, il y a 75 ans, sous Allende. Cela fait donc environ 50 ans que le Chili a un service national de santé publique. C'est devenu un droit.

Question : La relation entre les différents intervenants de la santé est-elle bonne ? Chacun y trouve-t-il son compte ?

Réponse : La relation manque de confiance, tout le monde n'est pas encore satisfait. Nous manquons d'équipement, de réseau et cela principalement par manque d'argent.

3.2) Formation des médecins

Tout d'abord, avant de parler de la formation des médecins à proprement dit, nous allons brièvement décrire la scolarité de base au Chili. Cela nous permettra de mieux comprendre quels sont ces étudiants privilégiés qui peuvent accéder à un niveau d'étude supérieur et plus précisément à la faculté de médecine.

Le système scolaire est divisé en deux niveaux. Le premier, dit "basique", dure 8 ans et le deuxième, "moyen", dure 4 ans. Ces deux niveaux correspondraient chez nous à l'école primaire et au cycle. Selon le quartier ou l'école (privée ou publique), le niveau d'éducation peut varier. En effet, les écoles dépendent des municipalités. Ainsi, une municipalité pauvre, où résident des gens avec moins de ressources économiques disposera de professeurs moins motivés car moins bien payés. En fait, les "bons" professeurs préféreront aller dans des quartiers plus aisés. Cela a pour conséquence une qualité de formation médiocre pour les enfants de ces milieux moins privilégiés, ou du moins, de moindre qualité. Ceci rend leur accès à des études supérieures d'autant plus difficile. En effet, ils n'ont pas pu acquérir le même niveau de connaissances à la fin de leur scolarité que les enfants provenant de municipalités plus "riches" ou d'écoles privées.

A la fin de ces 12 ans d'école obligatoire, il y a un examen final qui permet d'entrer à l'université. C'est le PSU "Prueba de Selección Universitaria". Il comprend 3 branches principales: les mathématiques, l'espagnol et, à choix, l'histoire ou les sciences. Selon la carrière qu'envisage l'étudiant, certaines branches ont plus d'importance. Pour les études de médecine, la troisième branche doit être les sciences. De plus, pour entrer dans cette faculté, il faut avoir un nombre conséquent de points au PSU et avoir eu des bonnes notes tout au long de la scolarité. La faculté de médecine chilienne est très exigeante et sélective quant à l'admission des étudiants qui pourront entrer dans ce cursus. C'est pour cela que seuls les meilleurs étudiants peuvent accéder à des études de médecine.

En outre, il existe des universités publiques et privées.

L'université publique est plus difficile à intégrer au niveau de la sélection des étudiants que la privée. En effet, un nombre important de points PSU (plus que pour d'autres filières) et des bons résultats tout au long de la scolarité sont nécessaires à l'étudiant pour entrer dans cette faculté. De ce fait, elle a une excellente réputation quant au contenu des connaissances enseignées et de très bons étudiants.

De plus, elle travaille en association avec les hôpitaux publics. C'est ainsi que l'étudiant voit un plus grand nombre et une plus grande diversité de patients qu'un étudiant en privé. En fait, contrairement à l'université publique, l'université privée de médecine travaille en association avec les cliniques. Leurs étudiants n'étudient donc pas avec la même diversité ni la même réalité que les étudiants de l'université publique car ils ne sont pas non plus confrontés au même type de patients.

Par contre, les étudiants ne sont pas acceptés dans tous les hôpitaux. Ceux qui acceptent des étudiants ont d'un contrat avec les universités. Ainsi selon la taille de l'hôpital, il y aura un nombre

variable d'étudiants. Dans un même établissement, on trouve aussi des étudiants d'autres formations comme des étudiants en infirmières, sage femmes, dentistes, ...

Financièrement parlant, malgré son appellation "publique" les étudiants doivent malgré tout payer eux même 70% de leurs études. Ceci correspond à environ 7000-10000US\$ par étudiant par an! Ainsi, les études de médecine sont des études de luxe dont les coûts sont non négligeables pour bon nombre des ménages chiliens. Pour cela, les étudiants se voient obligés de faire des emprunts bancaires ou de travailler en même temps pour pouvoir payer leurs études. Nous avons rencontré un cardiologue qui continuait de rembourser son emprunt alors même qu'il a fini ses études depuis longtemps ! En fait, ce système est un vestiges de la politique de droite qui faisait loi pendant la dictature.

Ceci est d'ailleurs un problème sur lequel les étudiants se battent. Il faudrait que les études soient accessibles à tous sans besoin de s'endetter, qu'elles soient réellement publiques. Les universités chiliennes sont, en fait, les plus chères de toute l'Amérique latine ! Nous avons pu observer de nombreux étudiants manifestant contre ce problème, durant notre séjour, allant jusqu'à une grève de la faim de plusieurs étudiants. Nous avons connus beaucoup d'étudiants chiliens en médecine car nous vivions en collocation avec eux. Nous avons constaté qu'ils avaient différents niveaux sociaux, mais se retrouvaient tous dans le système public pour avoir la meilleure formation. .

Les étudiants qui n'auraient pas les critères requis (nombre de points au PSU et bons résultats pendant l'ensemble de leur scolarité) et voudraient néanmoins étudier la médecine, peuvent aller dans les universités privées. Celles-ci sont chères et ont un but lucratif. En outre, la qualité des études est variable selon la faculté. De plus, elles sont souvent associées à une religion (par exemple l'université catholique) contrairement à l'université publique qui est laïque. Par ailleurs, ces écoles travaillent avec les cliniques, comme nous l'avons mentionné plus tôt. Ceci a pour conséquence que les pathologie que ces étudiants voient sont moins variées qu'en université publique.

Les études de médecine durent 7 ans³ au Chili. Pourtant, contrairement à Genève, le contact avec les patients commence très tôt. En effet, théorie et pratique vont de paire. Ils ont bien entendu des cours ex-cathedra dont le nombre d'heures diminuent avec l'avancement des études et la pratique vient progressivement. Durant la première et deuxième année, le contact avec les patients est restreint à une présentation réciproque, ayant pour but essentiellement de désacraliser la relation médecin patient. Les étudiants passent 1h à 2h par semaine dans les centres de santé primaires. A partir de la 3^{ème} année, les étudiants passent environ 8h par semaine à l'hôpital. Ils font eux même les anamnèses et doivent être en mesure de donner un diagnostic hypothétique. A partir de la 5^{ème} année, ils doivent connaître les traitements à administrer , en plus de pouvoir poser le diagnostic donc d'avoir assimilé la pratique de l'année précédente. Les années académiques se terminent en 5^{ème} et commencent alors les années d'internat durant lesquelles les internes "tournent" dans les différents services (pédiatrie, gynéco-obstétrique, chirurgie, psychiatrie, médecine communautaire...). Bien sûr, leur rôle varie selon leur niveau d'études et selon l'hôpital dans lequel ils font leur stage.

A la fin de leur 7^{ème} année, les étudiants ont un examen final qui s'appelle Examen Unique National de Connaissances Médical (EUNACOM). Il s'agit d'un QCM et d'un examen pratique.

Une fois l'examen réussi, les étudiants sont des médecins généralistes. Ils peuvent commencer à travailler ou à se spécialiser immédiatement. Là encore, les étudiants devront déboursier de l'argent pour leur 3 ans de formation. Certains étudiants reçoivent une bourse qui est attribuée selon différents critères dont leurs résultats, leur niveau social, ou autre. Le choix des spécialités n'est pas libre comme à Genève. Le nombre de places disponibles pour la spécialité et le score obtenu a l'EUNACOM détermine les chances pour entrer dans la carrière désirée. Ainsi les étudiants ayant eu le nombre de point le plus bas peuvent se spécialiser dans des domaines qui nécessitent beaucoup de

3 Le détail des 7 années d'études est dans l'annexe 2

médecins, c'est-à-dire la médecine interne, gynécologie, chirurgie ou pédiatrie. Pour ces spécialités, il y a également beaucoup de bourses disponibles. La dermatologie, otorhinologie ou l'ophtalmologie par contre sont réservées aux étudiants ayant les meilleurs résultats et ayant montré de l'intérêt pour ce domaine pendant leurs études, en faisant des gardes par exemple. Ce système permet de limiter le nombre de médecins pour chaque spécialité et d'éviter de se retrouver avec un excès de spécialistes dans un domaine et une pénurie dans un autre.

Cependant, ceci est une source d'inquiétude importante pour les étudiants qu'on a rencontré. En effet, ils ne pourront pas forcément obtenir la spécialité de leur choix. C'est pour cela que lorsque nous leur demandions quelle spécialité ils voudraient faire par la suite, ils nous répondaient qu'ils préféreraient ne pas y penser pour ne pas être déçu au cas où ils ne l'obtenaient pas.

3.3) CESFAM de Santa Maria:

Nous allons vous présenter le mode de fonctionnement du CESFAM dans lequel nous avons effectué notre stage. Un CESFAM est un petit centre de santé mais plus axé sur la famille et l'entourage du patient.

Les dispensaires et les CESFAM sont des centres d'attention primaire uniquement ambulatoires. Les objectifs de ces centres d'attentions sont entre autres de diminuer les inégalités socio-économiques, de satisfaire les attentes de la population, de promouvoir la prévention, d'avoir un suivi des personnes âgées en intégrant le tout dans un système bio-psycho-social centré sur l'aspect communautaire et familial. Cela permet d'être plus attentif à la réhabilitation du patient dans sa vie quotidienne et dans son travail ainsi que les implications de sa maladie pour son entourage.

Le CESFAM de Santa Maria est moderne. En effet, il a été inauguré le 1er avril de cette année. Avant cela, il y avait un autre dispensaire plus petit et avec moins de ressources. Ce nouveau centre s'appelle CESFAM de Jorge Ahumada Lemus.



Image 3: Nous pouvons comparer l'ancien CESFAM (à gauche) et le nouveau (à droite). Nous constatons sa modernisation.

En 2010, le CESFAM de Santa Maria a reçu 13'207 patients, ce qui équivaut à environ 90,6% de la population de Santa Maria. Pour cette année, il y a environ 13'300 patients qui sont venus et on en prévoit 500 de plus jusqu'à la fin de l'année.

Le nombre de patients venant consulter au CESFAM est bien enregistré. En effet, le gouvernement donne une subvention aux dispensaires selon le nombre de patients qu'ils prennent en charge. C'est ce qu'ils appellent le « per capita ». Le per capita vient du gouvernement, est payé par FONASA, mais également par la commune selon ses moyens. Une personne s'occupe de l'enregistrement de toutes ces données sur un ordinateur qu'elle est la seule pouvoir à utiliser. Il s'agit d'une tâche très importante. Cette personne prend en compte les naissances, les décès et les personnes qui changent de dispensaires. Normalement, on attribue le patient au dispensaire le plus proche de chez lui, mais en réalité, cela ne se passe pas toujours ainsi. Par exemple, un patient peut aller au dispensaire le plus proche de son travail et non de son logement. Cela pose des problèmes pour l'attribution des subventions aux dispensaire savoir à quel dispensaire attribuer la subvention.

Population totale de Santa Maria	14'572 habitants.
Population à charge (entre janvier 2010 et le 5 octobre 2010)	13'207 habitants. (90,6% de la population)
Nombre de familles en charge en décembre. 2010	5173
Densité	88 habitantes/km ²
Population de la zone périphérique	34,5%
Population de la zone centrale	65,5%

Tableau 1 : Données de la population de la municipalité de Santa Maria en 2010 : La majeure partie de la population de Santa Maria vit dans la région centrale de cette commune. Cependant, plus d'un tiers habite dans les zones périphérique. Cette population est non négligeable, d'où la nécessité d'avoir des centre de santé annexes plus ruraux, comme nous le mentionnerons par la suite.

Nous pouvons constater qu'une grande partie de la population consulte au CESFAM de Santa Maria. En effet, de par sa proximité et les peu de frais que cela entraîne, les soins sont accessibles à tous.

Durant notre stage, nous avons eu l'occasion de visiter les différents services du CESFAM, accompagner les soignant et de participer quelque peu aux soins apportés aux patients. Dans le tableau 2, nous pouvons noter le nombre et la diversité d'employés du CESFAM.

Personnels	Nombre de fonctionnaires
Médecins	4
Aides soignants	19
Infirmiers	3
Sage-femme	3
Dentistes	3
Employés de bureau	16
Chauffeurs	8
Assistants sociaux	2
Nutritionnistes	3
Éducateurs	2

Psychologues	3
Physiothérapeutes	3
TOTAL	68

Tableau 2 : Personnel dans le CESFAM de Santa Maria en 2010 : Comme nous pouvons le constater 68 professionnelles de la santé au total travaillent actuellement au CESFAM avec une grande diversité de poste. Nous trouvons autant des dentistes et des psychologues que des nutritionnistes et même des éducateurs.

Parmi eux, le nombre de médecin peut sembler réduit, mais il est complété par les paramédicaux et autres soignants.

Nous constatons également qu'il y a très peu d'infirmiers. Cela vient du fait que dans le service publique ils sont très mal payés. Ainsi, s'ils en ont la possibilité, ils préfèrent travailler dans le privé.

Chaque spécialiste se distingue par la couleur de son uniforme. Ils ont tous une casaque et un pantalon, tout comme les médecins qui ne portent pas de blouses, contrairement à chez nous. Les médecins sont habillés en blanc, les sages femmes en rouge, les assistants sociaux sont en vert, les diététiciens en turquoise et les podologues en violet.

Nous allons décrire les différentes salles du CESFAM ainsi que le personnel y travaillant :

Le bureau des directrices : le CESFAM est géré par deux directrices. L'une se charge de l'administration et l'autre est la Dra Castillo-Taucher. C'est avec cette dernière que nous avons pris contact depuis Genève pour faire ce stage. Elle nous a accueillies, a tout organisé pour que nous puissions apprendre et assister à un maximum de choses. Elle s'occupe de la gestion du personnel et fait également des consultations.

« **EI SOME** », il s'agit de l'administration et la réception: on y trouve tous les dossiers médicaux. Ces dossiers sont en papiers, non informatisés. Ils sont classés dans des grandes armoires par région géographique. En effet, il existe 2 régions dans la ville de Santa Maria: le centre (région II) et la région périphérique (région III). Chaque dossier est classé avec un numéro unique. En plus de cela, dès la naissance, un numéro personnel appelé RUT, est attribué à chacun. Tous les chiliens ont leur propre numéro et le connaissent par cœur aussi naturellement que chacun connaît sa date de naissance. Grâce à ces numéros on trouve facilement le dossier de chaque patient. Cette méthode de classement semble très efficace.



Image 4: Le "SOME"

Sur la première page du dossier est inscrit le nom, prénom, RUT, date de naissance, adresse du patient, le numéro du dossier, les noms des parents, du conjoint, le nom de l'établissement de santé. Un espace est aussi prévu pour écrire des informations importantes tels que des maladies graves, chroniques ou allergies. Au fur et à mesure des visites du patient, on rajoute de nouvelles feuilles sur

lesquelles le soignant écrira les informations et observations sur le patient afin de compléter et mettre à jour son dossier. Le tout est relié ensemble par une corde.

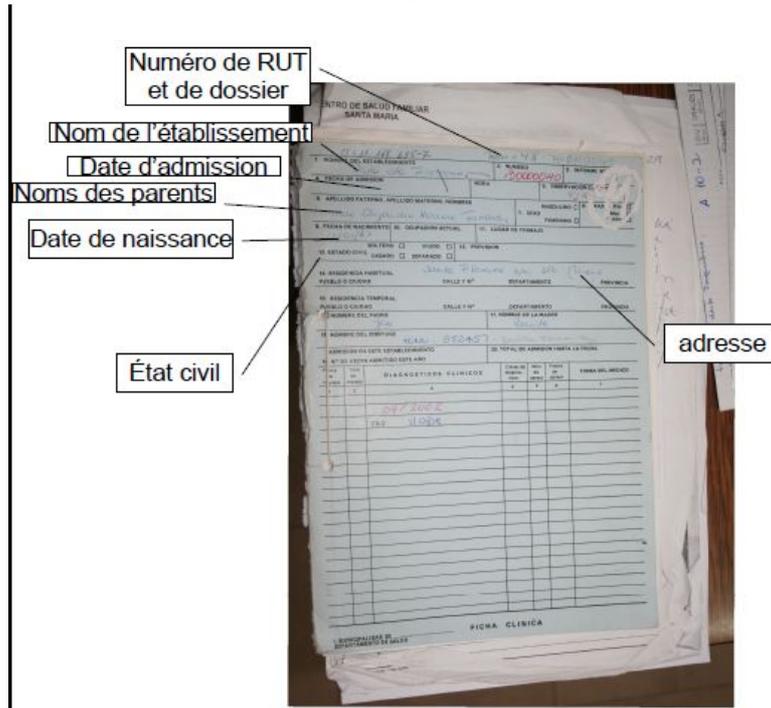


Image 5: Page de garde d'un dossier médical

Depuis peu, les dossiers commencent à être informatisés. En effet, ils ont reçu de nouveaux ordinateurs qui ne sont cependant pas utilisés systématiquement pour l'instant car les soignants ne sont pas encore à l'aise avec. De plus, il y a souvent des problèmes informatiques, ce qui fait qu'ils préfèrent l'ancienne méthode, sur papier.

Lorsque le patient vient au CESFAM, un secrétaire recherche son dossier dans une des armoires du SOME. Sur une nouvelle feuille seront inscrits la date, l'heure du rendez-vous et le nom du ou des soignants qui vont le recevoir. Cette feuille est ensuite insérée dans le dossier.

Un patient qui vient au CESFAM sans rendez vous se présente à la réception. Là, on cherche son dossier médical, on lui donne son heure de passage, puis le patient est dirigé vers le soignant dont il a besoin. Par contre, lorsqu'il a rendez-vous, son dossier est préparé la veille par le secrétaire et déposé au service de coordination pour vérifier qu'il s'agit du bon dossier. Le jour du rendez-vous, la personne de la coordination le dépose sur la table du soignant. Cela permet de gagner du temps. Ce sont des employés de bureau qui travaillent à cette réception.

D'autre part, il arrive que des patients nécessitent plus de soins et d'attention que ceux donnés au CESFAM, ou ayant besoin d'examen complémentaires. Ils sont envoyés à un centre d'attention secondaire, c'est-à-dire à l'Hôpital des Andes ou celui de San Felipe. Pour cela, les employés de bureau leur font un papier appelé « l'interconsultation » qui permet de prendre rendez vous dans l'un de ces hôpitaux. Ces « interconsultations » sont enregistrées dans le système informatique de San Felipe ainsi que dans le système national, les deux n'étant pas coordonnées. Grâce au système national, l'on peut consulter ces données depuis n'importe où. Cela est utile pour avoir un registre de la société et pour faire des statistiques.

Si l'affection du patient fait partie de celles couvertes par l'AUGE, il sera rapidement pris en charge. Par contre, si ce n'est pas le cas, cela peut durer des mois, voir des années avant d'avoir un rendez vous.

Parmi ces employés de bureau, il y a également une personne responsable d'entrer les données pour les statistiques. Celle-ci est très importante pour comptabiliser le nombre de patients qui viennent

consulter dans le CESFAM et ainsi demander une subvention au gouvernement (comme nous l'avons mentionné plus tôt). Il existe aussi une liste de maladies (la CA10) qui attribue un chiffre à chaque maladie. La personne responsable de cela entre dans une base de données toutes les affections rencontrées par les patients venant au CESFAM. Cela permet de comptabiliser le nombre de patients atteints par affection et d'en faire des statistiques.

Par ailleurs, tous les après-midi des derniers jeudi du mois sont réservés aux statistiques. Presque tous les soignants, sauf ceux qui restent pour s'occuper des patients, entrent les données du nombre de patients et des affections qu'ils ont vu pendant le mois, en incluant des données telles que le sexe, l'âge ou autres.

Les urgences, appelé « Morbilidad » est un service qui ressemble à la médecine de premier recours de chez nous. Un patient venant consulter sans rendez-vous est reçu par l'un des trois médecins de ce service qui font des rotations. En attendant que le médecin le voit, il est examiné par un aide soignant. Il y en a deux dans le service. Ce dernier lui prend son poids, taille, la tension, la température, la glycémie et la saturation en oxygène et note toutes ces données dans le dossier du patient qui leur a été amené par un employé de bureau. Ensuite, le patient retourne attendre le médecin qui l'examinera.

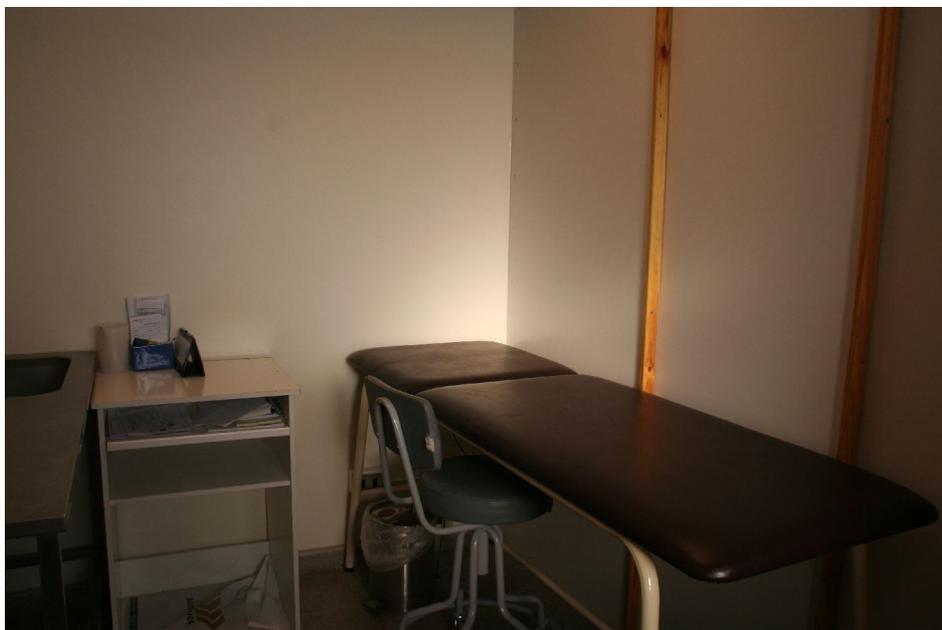


Image 6: Le lit de consultation de la salle d'urgence

Un patient qui vient consulter avec son rdv suivra le même parcours mais avec moins d'attente. Son dossier sera également déjà prêt. Il existe donc des demi-journées réservées aux rendez-vous et d'autres pour les consultations sans rdv. Quelque soit le jour, il y a en moyenne cinq consultations par heures.

Les patients peuvent venir de leur propre initiative ou encore de la part d'un autre spécialiste, du CESFAM par exemple. En effet, durant notre stage, les physiothérapeutes envoyaient souvent des patients à maladies pulmonaires pour s'assurer d'une bonne évolution du traitement.

Selon le motif de consultation, le patient peut aussi être redirigé vers un autre soignant du CESFAM, par exemple chez les physiothérapeutes dans les salles IRA/ERA ou bien à la "clinique" pour une injection. Cette dernière est juste à côté des boxes d'urgence. Ainsi cela permet une meilleure coordination des patients et ces derniers ne risquent ni de se perdre ni de perdre leur compliance. Une pharmacie est aussi présente dans le CESFAM où le patient peut aller chercher ses médicaments avec son ordonnance.

Certaines fois, un suivi est nécessaire, c'est pourquoi le patient doit retourner à la réception pour reprendre un rendez-vous.

Clinique : Ce sont les aides soignants et infirmiers que l'on trouve ici. À cet endroit, les patients viennent lorsqu'on doit leur faire des injections. Cela peut être pour calmer la douleur, pour administrer un antibiotique, ou pour donner des suppléments vitaminiques (pour les personnes âgées principalement).

Pendant les deux premières heures de la matinée, on y fait exclusivement des prises de sang. Les patients viennent sur rendez-vous. Ils viennent également déposer leurs échantillons d'urines. Tous ces échantillons seront ensuite envoyés au laboratoire.

C'est également le lieu où l'on nettoie les plaies des patients.



Image 7: La clinique

Salles de physiothérapie: elles sont au nombre de deux, IRA et ERA. Chacune des salles est pourvue d'un bureau, d'un lit pour la physiothérapie et de fauteuils avec des bonbonnes d'oxygène au-dessus. Ce sont les physiothérapeutes qui reçoivent les patients. Cependant, certaines fois, la Docteure Castillo Taucher fait également des consultations.

- **Salles IRA:** Jusqu'en 2002, au Chili, il y avait une mortalité infantile élevée principalement pour cause d'infection respiratoire, surtout de pneumonies. Ainsi, le gouvernement a mis en place un programme visant à diminuer cette mortalité infantile. C'est le programme IRA (« infecciones respiratorias agudas »)

En effet, avant les 8 ans, de nombreux enfants souffrent d'un syndrome obstructif ressemblant beaucoup à de l'asthme. Ceci les affaiblit et les prédispose à d'autres pathologies respiratoires. Cet asthme disparaît souvent ensuite sans complications. Les enfants souffrant de cette affection respiratoire sont suivis par un physiothérapeute car cette affection fait partie de l'AUGE.

- **Salle ERA :** Il y a aussi un programme ERA (enfermedades respiratorias agudas) qui est destiné aux



Image 8: Salle de physiothérapie

adultes. Il prend en charge les patients souffrant de bronchite, d'asthme mais essentiellement de BPCO. Ces patients sont plutôt nombreux car il y a un haut niveau de tabagisme au Chili.

Les soignants qui travaillent dans cette salle font de la physiothérapie respiratoire. Cela consiste à comprimer la cage thoracique pour rediriger l'air et re-ventiler les zones qui ne l'étaient pas, et ainsi permettre une meilleure répartition de l'air. Cette méthode est d'une grande aide pour leurs patients qui se sentent moins « obstrués » à la fin de la séance et peuvent respirer avec plus de facilité. Évidemment, le travail s'effectuant selon des changements de pressions, le kinésithérapeute doit comprimer le poumon avec une grande force, ce qui fait souvent peur aux jeunes enfants qui font partie du programme IRA ainsi qu'à leur parents. Pour les patients du programme ERA, la méthode utilisée est la même mais l'efficacité est moins bonne car la cage thoracique d'un adulte est plus rigide que celle d'un enfant. L'exercice est également bien plus difficile pour le kinésithérapeute.

Les kinésithérapeutes se chargent aussi du programme conseil pour aider les patients qui le souhaitent, à arrêter de fumer. Cela dépend de l'état d'esprit du patient. Il existe six phases:



Image 9: Cycle de changement (<http://forum-psicologos.blogspot.com/2007/12/fases-del-cambio.html>)

- 1) Pré contemplation : le patient ne se rend pas compte que son comportement est problématique.
- 2) Phase de contemplation: Il sait qu'il devrait arrêter de fumer mais n'entreprend rien dans ce but.
- 3) Phase de préparation : le patient se fixe des objectifs et se renseigne sur différents moyens pour y parvenir.
- 4) Phase d'action pendant laquelle le patient arrête de fumer ! Il peut rester dans cette phase, ce serait l'idéal.
- 5) Phase de maintenance : il persiste dans son action avec succès et résiste aux tentations. Cependant, il peut tomber dans la phase suivante.
- 6) Phase de rechute : il n'a pas réussi à se maintenir dans l'état d'abstinence et recommence à fumer.

Le physiothérapeute pousse les patients en phase de contemplation à entrer en phases de préparation puis d'action. Il leur donne des conseils, des méthodes de substitution nicotiques (patches ou chewing-gum) et un soutien psychologique qui est très important pour le patient.

Ce soignant se charge aussi d'un programme de prévention dit « EMPA ». Il s'agit un questionnaire destiné aux hommes de 20 à 44 ans et aux femmes entre 45 et 65 ans. Il a pour but de pousser cette population à faire un contrôle de santé pour prévenir de maladies chroniques. Lors de cette consultation, on vérifie la tension artérielle, la glycémie, le BMI, les maladies sexuellement transmissibles, la consommation d'alcool, drogue et le tabagisme. Le kinésithérapeute en profite pour sensibiliser tous ses patients fumeurs des risques qu'ils courent et n'hésite pas leur faire peur pour avoir un plus grand impact. Il leur décrit une mort lente et pleine de souffrance due au tabac. Lors d'un examen EMPA, il est également possible de faire le test de la tuberculose pour les patients à risque. En effet, dans les années 50, il y avait un pic de personnes infectées par *Mycobacterium Tuberculosis*. Ainsi fut mis en place un programme de dépistage efficace qui teste chaque personne présentant une toux suspecte. De plus, tout patient atteint de tuberculose se voit obligé de prendre son traitement. S'il refuse, il sera mis en isolement. En outre, dès la naissance, les enfants sont vaccinés. Tout cela a permis de diminuer drastiquement le taux de transmission et par conséquent celui de personnes atteintes également. Selon le ministère de la santé du gouvernement chilien de 2005, le taux de morbidité de la tuberculose en 1989 était de 52,2 pour 100'000 habitants et est devenu de 18,4 pour 100'000 habitants en 2003. C'est le taux le plus bas enregistré dans l'histoire du Chili. Nous n'avons pas trouvé de donnée plus récentes.

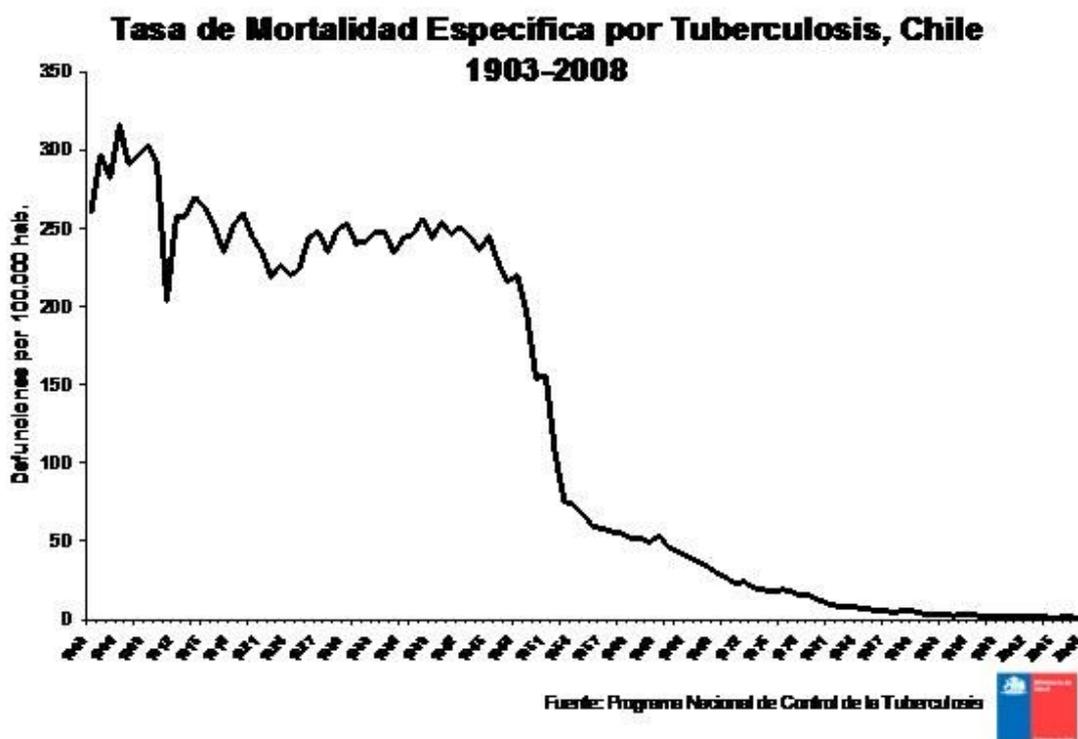


Image 10: Taux de mortalité spécifique pour la tuberculose entre 1903 et 2008 : Nous pouvons observer un pic de tuberculose dans les années 1910. Ce taux reste très élevé, environ 250 morts pour 100'000 habitants, jusque dans les années 50. En 2008, le taux de mortalité est devenu très bas, mais la morbidité (qui n'est pas visible sur ce graphique) reste cependant encore élevée.

Les physiothérapeutes font également des visites à domicile. Ils se rendent chez les patients « prostrés ». Ils leur apprennent des exercices pour augmenter leur masse musculaire et leur proposent des aménagements qui pourraient les aider dans leur quotidien. Ils se chargent également de promouvoir et d'enseigner la gym aux personnes âgées. Il leur montre des exercices faciles à faire et sans risques pour leurs articulations et leur dos. Cela a lieu tout les mardis à 16h et dure 1 heure.

Salle de gynécologie : Elle est pourvue d'un bureau et d'un lit d'examen gynécologique séparé par un paravent. On y trouve également un lavabo et une armoire qui contient tout le matériel pour les examens, c'est-à-dire des spéculums, un doptone, des bâtons pour les frottis

Les sages-femmes se chargent, en général, des patientes pour leurs contrôles gynécologiques et obstétricaux et des patients atteints de maladies sexuellement transmissibles

Les patientes ne consultent un médecin gynécologue qu'en cas de problème ou de complications. Les patientes viennent pour des contrôles, pour faire le test de Papanicolou, pour le suivi des grossesses ou pour d'autres plaintes.

La consultation se déroule comme chez nous : anamnèse et examen physique.

Salle de chirurgie mineure : Elle est utilisée pour de petites interventions et pourvue d'un lit, d'un lavabo et d'armoires. Nous n'y sommes allés qu'une seule fois, lors de la pose d'un implant contraceptif dans le bras. On y trouve tout ce qui est nécessaire pour de petites interventions. C'est-à-dire des sets de chirurgie stériles, les champs stériles, par exemple.

Pharmacie : Elle se situe en face du SOME. Ce sont les aides soignants qui travaillent dedans à tour de rôle. Il y a tous les médicaments soignant les pathologies AUGÉ. Cela va des contraceptifs aux anti-diurétiques, en passant par des analgésiques ou antiépileptiques. Pour pouvoir retirer un médicament, le patient doit avoir une ordonnance d'un soignant que ce soit d'un médecin, d'une sage-femme ou d'un physiothérapeute.

Salles de stérilisation : elle n'est cependant pas encore fonctionnelle. Il faut aller dans l'ancien CESFAM, située à 2 rues pour stériliser le matériel. Un technicien paramédical se charge de cela.

D'abord, il nettoie le matériel au désinfectant et attend que ça sèche. Puis il l'enveloppe dans un papier. Finalement, il le met dans la machine de stérilisation.

Un responsable est désigné pour cette tâche parce qu'elle requière être bien faite. Cela évite que le travail soit bâclé. Cependant, c'est un poste qui n'est pas très apprécié car il prend du temps et la personne reste seule toute la journée.



Image 11: Pharmacie



Image 12: Salle de stérilisation: cet aide soignant désinfecte les spéculums.

« **Entrega de leche en polvo** » : c'est-à-dire la remise de lait en poudre. Cela fait partie d'un programme que l'on appelle « el Programa Nacional de Alimentación Complementaria » PNAC. Le but est de donner un accès gratuit à une alimentation de base aux groupes les plus vulnérables tels que les enfants, les femmes enceintes allaitant et les personnes âgées. Cela permet de satisfaire les besoins nutritionnels des femmes enceintes ou allaitant, de diminuer la proportion de nouveaux né en bas poids ainsi que la population en état de malnutrition.



Image 13: Différents types de lait en poudre: Selon la composition et la quantité, ils s'adressent à des groupes différents de la population. Le paquet en haut à gauche est destiné aux femmes enceintes ; ceux en haut à droite, aux personnes âgées et ceux du bas, aux enfants.

Il existe plusieurs types de lait selon les besoins de la personne :

- Une femme enceinte reçoit du lait dès qu'elle sait qu'elle est enceinte, jusqu'à ce que le bébé atteigne 6 mois. Ce lait est riche en oméga 3, en micronutriments et en graisse, cholestérol et sel. En effet, il a été étudié que les oméga 3 sont importants pour le développement du système nerveux central du fœtus et du nouveau né, pour les cellules de la rétine. La quantité et le type de lait que l'on donne aux femmes enceintes diffèrent selon leur stade de grossesse et de nutrition : si elles sont en sur-poids, on leur donne 1kg de lait tandis que si elles sont en bas poids, elles en recevront 3kg. Ensuite, les quantités seront adaptées selon l'évolution de leur poids. De plus, suivant si une femme allaite ou non son bébé, les quantités de lait données sont également régulées.



Image 14: Deux types de lait pour bébés.

- Les bébés reçoivent du lait dès leurs 6^{ème} mois, parfois plus tôt si ils ne sont pas allaités. Ce supplément alimentaire leur sera donné jusqu'à l'âge de 6 ans. Sa composition est étudiée pour être le mieux adaptée aux besoins de l'enfant. Il existe en plus un lait spécial, destiné aux prématurés qui est plus riche en nutriments.
- Pour les personnes âgées, le but de ce programme est de prévenir les carences nutritionnelles et maintenir leur fonctionnalité physique et psychique. Il commence à partir de 65 ans, sur demande médicale. Si elles ont plus de 70 et font parti du programme EFAM (examen physique de l'adulte âgé), elles reçoivent deux litres par mois.

Ainsi, tous les mois, les personnes intégrant ce programme viennent chercher leur lait. Pour cela, une prescription médicale est nécessaire. En effet, toutes ces données sont supervisées et contrôlées, pour pouvoir estimer la quantité de lait à prévoir pour le mois suivant.

Ce local est ouvert tous les jours, sauf le dernier jeudi du mois car ce jour est consacré à réaliser les statistiques.

Salle de dentistes: Il y a toute une partie du CESFAM qui comporte les salles dentaires. Nous n'y sommes pas allées. Cependant, nous savons que des journées sont organisées pour faire de la prévention dans les écoles et apprendre aux enfants comment se laver les dents et son importance.

D'autres spécialistes font également partie du personnel du CESFAM. Ils ont leur propre salle **mais** qui ne contient qu'un bureau et quelques armoires.

Psychologue : au Chili, le taux de suicide est plutôt élevé (1680 personnes en 2005 d'après les données de l'OMS) dont la majorité sont des hommes. De plus, la violence dans les ménages (tels que des viols, ou des agressions) est un événement assez courant, surtout dans les milieux ruraux. Le nombre de personnes souffrant de dépression est également assez important.

Le psychologue reçoit un patient et essaye de l'aider autant qu'il peut, mais sans lui donner des médicaments. Si cela ne suffit pas, le patient sera dérivé chez un psychiatre. Une consultation chez ce dernier est beaucoup plus chère qu'avec un psychologue, mais le médecin peut lui faire commencer un traitement. Le suivi du patient et l'efficacité des médicaments peuvent être évalués par le psychologue.

Les consultations durent entre 30-45 min et les patients viennent consulter toutes les semaines ou tous les mois

Podologues : Le CESFAM de Santa Maria est un des premiers CESFAM qui a des podologues. En fait, les pieds sont une partie du corps qui peut être vite négligée et peut causer des difficultés, tels que des mycoses ou des escarres. Cela arrive principalement chez les personnes âgées qui ont du mal à se pencher pour cause de douleurs articulaires ou qui ont des lésions due au diabète par exemple.

Assistants sociaux : Tout comme chez nous, ils s'assurent que l'environnement familial soit propice aux bon développement de chacun et de l'enfant ainsi bien être familial. Ils interviennent suite à une demande de la famille, des voisins ou des autorités. Ils peuvent faire des visites à domicile ou recevoir à leur bureau.

Chauffeurs : Il existe quelques chauffeurs qui permettent le déplacement du personnels du CESFAM vers ses annexes. En effet, elles sont beaucoup plus rurales et difficiles d'accès pour les personnes vivant dans la région centrale.

En plus de ce centre de santé, d'autres petits centres ruraux appartiennent au CESFAM. Ils font effectivement partie de la commune de Santa Maria. En effet, cette commune étant plutôt aisée, elle peut se permettre d'autres centres de santé. Ces derniers sont situés dans des villages encore plus

reculés (las Cabras, las Cadenas et Santa Filomena). Cela permet à ces populations d'avoir accès à des soins à proximité de chez eux, sans avoir à parcourir de trop grandes distances et d'avoir un contact régulier avec les soignants. De ce fait, à force de se côtoyer, ils se connaissent plutôt bien.

Les patients consultants dans ces centre de santé ont leur dossier médical sur place. Ils viennent après avoir pris un rendez-vous. La date de consultation peut être prise lorsque le centre est ouvert ou lors de la consultation précédente.

Ils ne se rendent pas, ou rarement au CESFAM de Santa Maria. Dans les rares cas où ils y vont, il faudra faire transférer les nouvelles informations médicales à son centre rural pour les intégrer au dossier. Cela peut arriver si le patient nécessite une consultation sans rendez-vous, par exemple. En effet, ces petits centres ne sont pas pourvus de service d'urgence. Néanmoins, nous avons vu que lorsque le patient s'y présente sans avoir pris rendez-vous, le soignant arrive quand même à lui accorder du temps pour le recevoir.

Certains de ces centres de santés sont ouverts tous les jours et sont bien équipés, alors que d'autres, comme « Las Cabras » reçoivent des soignants seulement quelques jours par semaine. Les soignants se relaient pour aller dans ces autres centres. Par exemple, les sages femmes viennent deux fois par mois recevoir les patientes.

Les soins qu'on y donne sont divers: ils peuvent aller de la consultation semblable à celle d'un généraliste, à une consultation plus spécialisée de type gynécologique ou dentaire. De fait, on y donne les mêmes soins qu'au CESFAM, mais a une fréquence plus basse. Par ailleurs, tout comme le CESFAM, ce centres sont uniquement ambulatoires, les patients n'y passent pas la nuit.



Image 15: Voici les différents centres de santés reliés au CESFAM de Santa Maria. Nous pouvons voir l'ancien CESFAM au milieu avec ses annexes autour. Actuellement, la « zone psychosociale et éducative » (photo en bas à gauche) est intégrée dans le nouveau CESFAM. Nous n'avons pas de schéma plus actuel.

Nous allons brièvement expliquer les différents centres annexes dans lesquels nous avons été dans le cadre de notre stage.

- **Las Cadenas** : Dans ce village, il y a le CECOSF (Centro COMmunitario de Salud Familiar) Tocornal. Il peut être comparé à un petit CESFAM. Il est pourvu de deux salles de réunion, un cabinet médical, une salle d'attente, une salle de gynécologie, une de dentiste, un endroit pour retirer le lait en poudre, une salle pour l'infirmière, une salle avec les dossiers des patients de la région et une réception.

À la réception, les aides soignants prennent en charge le patient : ils le pèsent, mesurent prennent la tension et la glycémie ; comme au CESFAM. Ensuite le patient attend dans la salle d'attente que le soignant vienne le chercher. Au CECOSF, les spécialités sont les suivantes : médecin généraliste, une sage femme, un dentiste, ou une infirmière suivant la raison de la consultation.

- **Santa Filomena** : Ce centre de santé est plus petit que le CECOSF. La population qui vient consulter a un niveau socio-économique et également un niveau d'éducation plus bas que dans les autres centres. En effet, l'arrêt des études se fait très tôt car, travaillant dans les champs, les gens de la région ne voient pas l'utilité d'étudier davantage. En outre, le temps qu'ils prennent pour étudier, est du temps qu'ils perdent pour travailler et donc gagner un peu d'argent.

Dans ce centre, on trouve une réception, une salle d'attente, deux salles de consultation, une salle de réunion et de repos. Les soignants viennent à tour de rôle. Les lundis et jeudis, c'est le tour du médecin. La sage-femme est présente les mardis et vendredis. Les mercredis viennent la nutritionniste et l'assistante sociale.



Image 16: Le centre de Santa Filomena, vue de l'extérieure et de l'intérieure.

- **Las Cabras** : C'est l'annexe la plus petite et retirée des trois. Elle comprend une salle d'attente et deux salles de consultation : une pour le médecin et l'autre pour les sages-femmes. Elle dispose également d'une salle avec les médicaments qui sont méticuleusement enregistrés. Cependant, quand les soignants partent, il emportent les médicaments avec eux, contrairement aux autres centres qui gardent un petit stock sur place. Cette mesure a due être prise suite à quelques vols.

3.4) Présentation d'un hôpital

Au Chili, la classification des structures de santé se fait selon les différents niveaux de complexité. Il existe ainsi quatre catégories:

La Ire comprend les dispensaires familiaux et communautaires. On y pratique une médecine

générale, c'est à dire qu'il ne s'y trouve que des généralistes. En sont partie intégrante les CECOF et CESFAM. Quand le médecin se trouve dépassé par la complexité ou que le patient doit voir un spécialiste, alors il peut envoyer le patient dans la catégorie secondaire:

Dans celle-ci, se trouvent les hôpitaux dits complexes. Il y a tous ce qui est considéré comme spécialité de base, à savoir chirurgie, pédiatrie, gynécologie et médecine interne. Il peut y en avoir plus selon l'hôpital. Dans un hôpital secondaire il ne devrait pas y avoir de médecin généraliste. Malheureusement, dû à la difficulté pour les étudiants de se spécialiser, comme mentionné plus tôt dans ce travail, l'on trouve quand même des généralistes en secteur secondaire.

Dans la catégorie tertiaire se trouve l'hôpital dit "de référence". Ce dernier est celui où sont prises en charges toutes les pathologies trop complexes ou nécessitant des médecins très spécialisés. Par exemple, l'oncologie n'est pas une spécialité du niveau secondaire et le cancer requiert donc d'être traité dans le niveau tertiaire. Les grands brûlés sont un autre exemple.

Finalement la dernière catégorie se dit institut. C'est un hôpital de référence nationale qui ne traite que d'une spécialité. Par exemple l'hôpital psychiatrique.

Dans la province de San Felipe où nous avons effectué notre stage se trouvent deux hôpitaux de niveau secondaire qui sont complémentaires et se répartissent les habitants de la commune. L'un se nomme "Hôpital San Juan de Dios des Andes" et l'autre le "San Camilo" Celui que nous allons brièvement présenter et le seul où nous avons pu aller est le "San Camilo".

Ce dernier a été totalement construit en 1992. L'idée de construire un hôpital datait pourtant de 1792 dû à l'épidémie de petite vérole, mais le projet fut avorté faute de moyens jusqu'au gouvernement de Portales. Là encore, la construction d'un nouvel hôpital n'aboutit pas dû au manque de moyens causé par la guerre du Pacifique. Les travaux ne commencèrent qu'en 1842, finalement, 65 ans plus tard, il était fonctionnel. Malheureusement, les deux séismes (de 1965 et 1971) mirent un point final à l'hôpital. Le bâtiment actuel a été reconstruit dans sur un autre terrain sous le gouvernement de P. Aylwin et fut inauguré en 1992. L'hôpital contient 213 lits et comprend un personnel d'environ 700 employés. On y trouve depuis peu des étudiants de diverses professions, comme médecins, infirmiers, technique infirmiers etc. En effet, l'hôpital a passé des accords récents (environ 4ans) pour devenir hôpital universitaire.

Les spécialités qui y sont pratiquées sont complémentaires avec celles de l'hôpital des Andes et varient selon si le service est clinique ou ambulatoire:

- En service clinique se trouve: médecine interne, chirurgie, gynécologie-obstétrique, néonatalogie, secteur privé, "UCI" (l'équivalent de nos soins intensifs) et "UTI" (unité de traitements intermédiaires).
- En service ambulatoire il y a: ophtalmologie, neurochirurgie, chirurgie infantile , otorhinologie, cardiologie, néphrologie, gastro-entérologie, neurologie, neurologie infantile, hématologie et un centre de dialyse

A titre d'information, nous avons choisi d'écrire les spécialités pratiquées au Andes:

- En service clinique: médecine interne, chirurgie, gynécologie, traumatologie, UTI et secteur privé
- En service ambulatoire se trouve: cardiologie, gastro-entérologie, urologie, endocrinologie et rhumatologie.

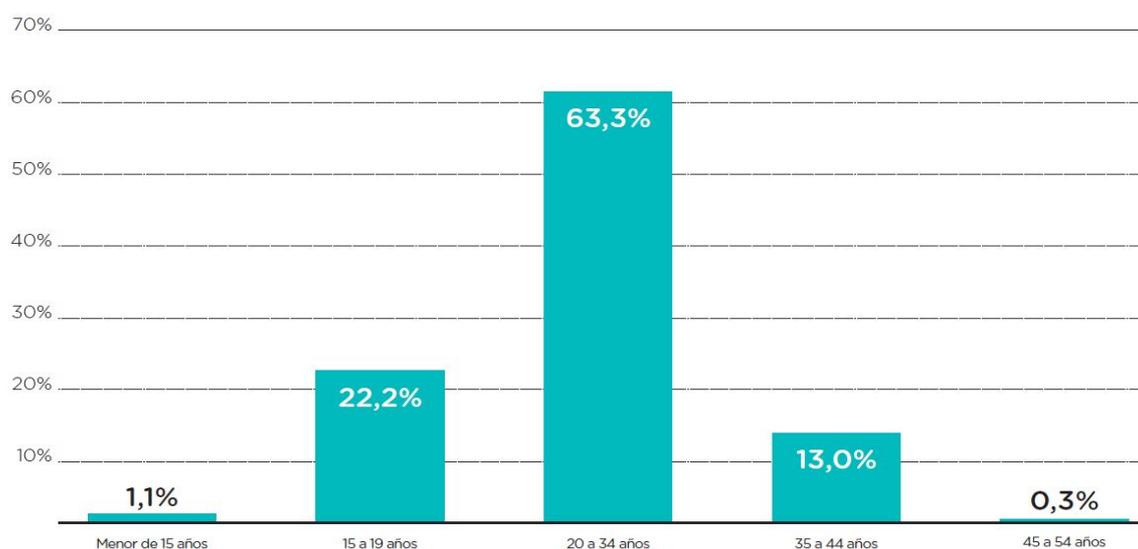
L'hôpital San Camilo se divise en deux bâtiments, l'un administratif, le second contenant la partie clinique.

Dans le bâtiment clinique se trouvent, en plus des service sus-mentionnés, une pharmacie, un service d'urgence avec des ambulances et des salles d'imagerie (échographie, rayons X, CT et IRM).

4) Grossesse chez les adolescentes :

En Amérique Latine, être enceinte à l'adolescence n'a rien d'extraordinaire. Pourtant, nous avons été impressionnées par le nombre de jeunes mamans. Nous avons constaté néanmoins qu'il s'agit d'une tendance plus marquée dans le milieu rural que dans le milieu urbain. Ces jeunes filles, tout comme leur copain, montre leur maturité et leur indépendance par ce biais là.

PORCENTAJE DE GESTANTES QUE INGRESAN A CONTROL SEGÚN EDAD



Fuente: DEIS (enero-noviembre 2009)

Image 17: Pourcentage de femmes enceintes par âge: La majorité des femmes enceintes ont entre 20 et 34 ans. Cependant, l'on ne peut pas négliger que la grossesse chez les adolescentes (entre 15 et 19 ans) au Chili représente presque un quart des grossesses totales!

Les femmes entre 35 et 44 ans sont un groupe d'âge qui ne représente que un huitième des femmes enceintes.

Nous observons également qu'une grossesse au delà de 45 ans est très rare, alors que ce chiffre est plus élevé chez les jeunes de moins de 15 ans.

Ainsi, contrairement à ce à quoi nous nous attendions, les grossesses arrivées par « accident » sont très rares. De fait, l'accès aux contraceptifs est gratuit et les adolescents reçoivent des informations au sujet de la sexualité. Il est vrai que le sujet n'est pas abordé clairement en famille, cela reste tabou, mais dans les centres de santé, particulièrement avec les sage-femmes, les jeunes filles sont bien informées et la soignante cherche avec sa patiente la méthode contraceptive qui lui convient le mieux.

Par ailleurs, au delà du fait que l'avortement soit interdit au Chili, cette possibilité ou celle de l'adoption sont des solutions qui ne sont même pas envisagées lors de l'annonce de la grossesse. Ces jeunes femmes et jeunes hommes sont ravis de devenir parents, cette grossesse étant planifiée dans la plupart des cas.

Si on regarde la famille de laquelle viennent ces adolescentes, pour la plupart, leur mère les a eu également très jeune. Il y a comme une tendance à reproduire le modèle maternel. Il pourrait aussi s'agir d'une question de culture. Pourtant, les mères de ces adolescentes ne sont pas toujours enchantées par la grossesse de leur fille à un si jeune âge. Évidemment, elles se réjouissent de

devenir grand-mère, mais certaines mères regrettent que leur fille n'ait pas attendu plus de temps avant de devenir maman.

Nous avons pu constater que la plupart de ces jeunes filles continuent de vivre chez leurs parents. Ce mode de vie est plus facile pour des raisons économiques et pour l'aide que leur apportent leurs parents. C'est ainsi qu'une dizaine de personnes peuvent vivre sous le même toit.

D'autre part, ces jeunes couples ne restent pas toute leur vie ensemble. Lorsqu'ils apprennent qu'ils vont devenir parents, ils sont d'abord très contents. Cependant, la majorité ne sont pas mariés et finissent par se séparer. Ainsi, la mère se retrouve seule à s'occuper de l'enfant. C'est pour cela qu'elle reste vivre avec sa mère. En effet, dans la plupart des cas, le père ne garde pas de contact avec eux. La grande problématique qui s'en suit, est un nombre de famille monoparentale très important. Dans ce genre de famille, on observe un rôle familial inversé : la mère est moins respectée par son enfant que la grand-mère.

Le problème est que la majorité de ces jeunes femmes n'ont pas terminé leur scolarité de base. Après leur accouchement, elles abandonnent les études. Mais c'est leur choix, cela leur convient. En effet, dans le milieu rural, la plupart des emplois sont des travaux saisonniers dans l'agriculture et pour cela, faire des études n'est pas nécessaire. Cela implique qu'elles n'ont pas plus d'ambition, elles ne prévoient rien d'autre pour leur futur que de suivre la même voie que leurs parents. Là-dessus, le programme "Chile crece contigo" essaye de trouver des solutions, nous allons en parler avec plus de détails par la suite.

Cependant, cela crée le paradoxe que grâce à ces jeunes femmes, la démographie du pays est bonne. En effet, le Chili étant un pays en bonne voie de développement, il commence à suivre les mêmes courbes démographiques qu'en Europe, avec un vieillissement important de la population. En ville les femmes ont tendance à avoir des enfants plus tard car elles privilégient leur carrière professionnelle. Pour cette même raison, elles n'ont souvent qu'un seul enfant. Au contraire, dans la campagne, elles ont plusieurs enfants dès l'adolescence. Ceci équilibre la courbe démographique. Ces deux régions apparaissent comme deux mondes différents. Cela nous a frappé lorsque nous nous promenions dans la campagne et dans les grandes villes telle que Santiago.

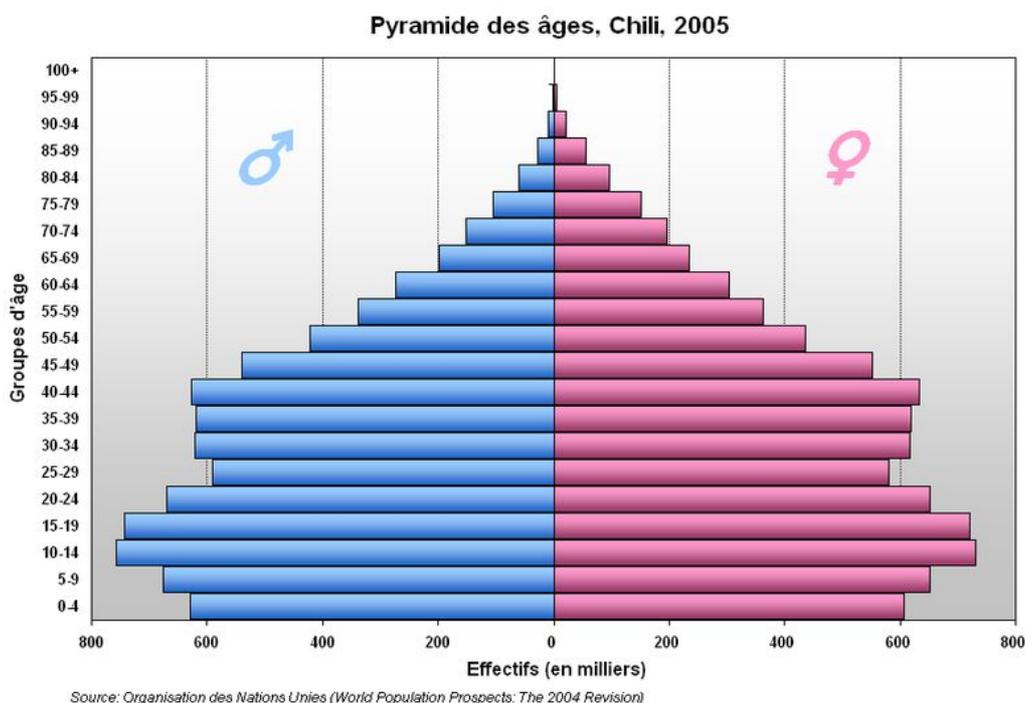


Image 18: La courbe démographique du Chili n'as pas encore la même forme que l'europpéenne. Cependant, l'on remarque qu'elle va probablement s'en approcher dans les années futures.

Un autre problème d'une grossesse lors de l'adolescence est que cela comporte des risques pour la santé de la jeune mère et de son enfant, tels que la pré-éclampsie, le retard de croissance intra-utérin, la prématurité ou des problèmes de lactation.

4-1) « Chile crece contigo »

« Chile crece contigo », qui signifie littéralement, « le Chili grandit avec toi », est un programme mis en place par le gouvernement chilien afin d'améliorer le développement des enfants. En effet, ces derniers sont les personnes les plus vulnérables de la société et en représentent une partie importante. En 2006, les enfants de moins de 4 ans représentaient 18,4% de la population et 22,7% des foyers qui avaient des enfants, vivaient en situation de pauvreté⁴. Cela correspondrait presque à une famille sur quatre ! Cependant ces chiffres ont baissé, on peut constater une amélioration depuis 1990.

La mortalité infantile (avant la première année de vie) est un bon indicateur de l'état de santé dans la communauté et du niveau de vie de ses habitants.

On a constaté une relation entre la mortalité infantile et la qualité de vie. En effet, l'espérance de vie des enfants se prolonge lorsque leur hygiène de vie s'améliore. C'est pour cela que l'augmentation à l'accès aux soins grâce au programme de santé publique est importante. Par exemple, maintenant, la plupart des accouchements ont lieu en présence d'un professionnel de la santé. Ceci permet de protéger autant la mère que l'enfant.

MORTALIDAD INFANTIL EN CHILE (1900-2006)

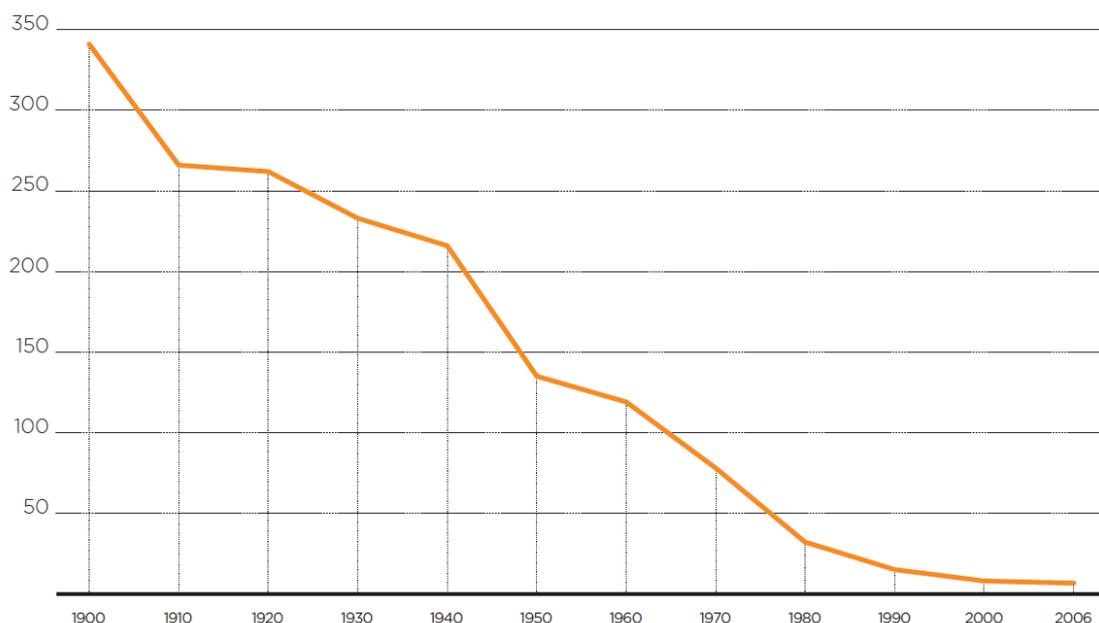


Image 19: Mortalité infantile au Chili (1900-2006)

Au début du XX^{ème} siècle, la mortalité infantile est très élevée (350 nouveaux nés sur 1'000 meurent). Cela correspond aux épidémies de choléra et de variole. Par la suite, elle va chuter drastiquement.

4 Ces données ainsi que celles de l'ensemble du chapitre, sont tirées du site « chile crece contigo » : <http://www.crececontigo.gob.cl>

Dès 1990 est mis en place « el Programa de Proteccion Infantil » pour mieux protéger la population à l'avenir.

Nous allons faire un petit historique des plans de santé mis en places avant la création du "Chile crece contigo", dont nous détaillerons la fonction et le but par la suite.

« El Sistema de Proteccion Integral de la Infancia » a été mis en place en 1990. Cela comprend des programmes dans divers domaines, aussi bien la protection maternelle et pédiatriques, mais également l'allaitement, les diarrhées, le surfactant pulmonaire et l'éducation.

En l'an 2000, se forme « El Plan de Salud Familiar en Atencion Primaria ». Ce programme a pour but de promouvoir une meilleure qualité de vie dans l'entourage de l'enfant.

En 2002, se créa le programme « Chile Solidario » ayant pour but d'aider les familles en extrême pauvreté à quitter leur situation précaire.

Le « Chile crece contigo » est formé en octobre 2006. Au fur et à mesure des années, de plus en plus de communes intègrent ce système. En 2008, toutes les communes chiliennes l'appliquent. C'est en septembre 2009 que ce programme devient une politique publique stable.

Le « Chile crece contigo » offre des services et des prestations pour les besoins des nouveaux nés et leur entourage. Il appuie également leur développement à chaque étape de leur croissance. Tous les enfants du système de santé publique depuis le premier contrôle de grossesse de leur mère (14^{ème} semaine de grossesse environ), sont intégrés à cette protection sociale, et ce, jusqu'au niveau scolaire « pre-kindergarten » qui correspond aux 4-5 ans.

Le "Chile crece contigo" est basé sur un développement multidimensionnel de l'enfant: biologique, physique, psychique et social. En effet, des études ont démontré que jusqu'à cet âge le développement cognitif est très important et que le niveau socio-économique joue un rôle important dessus. Des mauvaises conditions de vie pendant les premières années ont des effets négatifs sur le développement cérébral. Ainsi, la pauvreté peut limiter le potentiel du développement humain.

Le but du "Chile crece contigo" est d'avoir une politique plus équitable car elle intègre tous les enfants sans distinction, tant qu'ils font partie du système de santé publique. Elle permet également de développer au maximum les capacités et le potentiel de chacun dès sa naissance. Cela leur donnera les moyens de construire leur vie telle qu'ils en rêvent et leur donne les mêmes chances dès leur naissance.

Ce système est également basé sur une approche communautaire qui permet de déterminer les familles vulnérables. Celles-ci peuvent avoir différentes étiologies : la pauvreté, le manque d'appuis familial, la dépression, l'abus de substances, la violence domestique, une grossesse lors de l'adolescence ou des conflits avec la maternité c'est-à-dire que la mère n'accepte pas sa grossesse, donc l'enfant. Tous ces facteurs de risques peuvent mener à des problèmes de développement du bébé, la dépression post-partum, voir la maltraitance infantile.

Le « Chile crece contigo » offre différents services et prestations durant les étapes du développement du bébé. Agir dès le plus jeune âge est pertinent pour le développement des connaissances, pour la santé de l'enfant et pour diminuer les inégalités sociales. En effet, les foyers les plus vulnérables reçoivent également des subventions et l'accès aux aides techniques, aux crèches, jardins d'enfant et au « Chile solidario ».

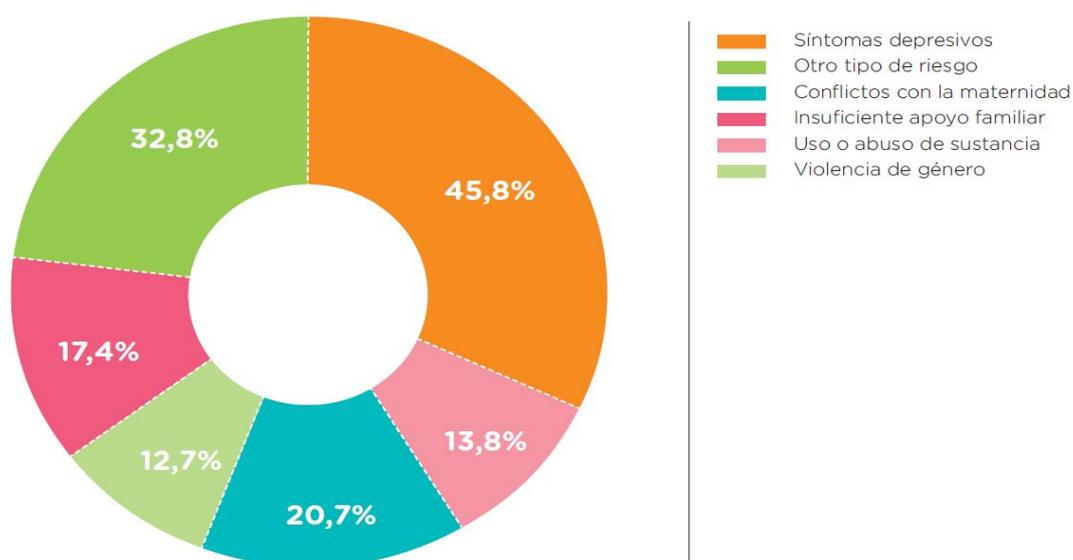


Image 20: Distribution des facteurs de risque lors de la grossesse: Parmi toutes les femmes enceintes présentant des facteurs de risque pour l'enfant, les symptômes dépressifs en représentent un peu moins de la moitié (45,8%), les conflits avec la maternité 20,7%, le manque de soutien familial : 17,4%, l'abus de substances : 13,8%, la violence domestique : 12,7% et 32,8% correspondent à des facteurs non catégorisés.

Concrètement, le « Chile crece contigo » offre un suivi à la mère, une attention familiale et un soutien matériel à chaque étape du développement :

Lors de la grossesse:

- le premier contrôle prénatal dure plus longtemps que les autres consultations (environ 40 minutes) car la sage-femme prend le temps de bien expliquer comment cela va se passer, de répondre aux questions de la future mère et de l'intégrer au programme "Chile crece contigo".
- Il y a 6 ateliers et des activités pour appuyer la mère, pour qu'elle se sente soutenue. Elle reçoit aussi des informations sur la grossesse, apprend également à stimuler son bébé et à se préparer au stress et à la douleur de l'accouchement. On promeut l'allaitement. On l'encourage à impliquer son entourage dans cette aventure, spécialement le papa.
- Elle reçoit un guide de grossesse avec l' « agenda de la mujer » et un album photos.
- La femme enceinte reçoit des DVD avec des exercices physiques et des explications sur l'accouchement et l'allaitement, des CD de musique pour stimuler le bébé.
- Des visites à domicile par des assistants sociaux sont organisées pour évaluer les facteurs de risque bio-psycho-sociaux. Cela permet de déterminer les foyers vulnérables dont nous avons abordé plus haut.
- Des contrôles pré-natals sont effectués régulièrement.
- L'intégration au programme d'alimentation au lait PNAC que nous avons mentionné avant ce déroulé à ce moment-là.
- Des prestations financières sont données aux familles les plus vulnérables.

Lors de l'accouchement dans une maternité publique, la mère reçoit une attention personnalisée et on insiste sur la participation du père lors de cet événement. On lui offre également un paquet incluant un lit pour bébé, des vêtements, (voir les photos en annexe). À ce moment là, les premiers dépistages sont effectués pour détecter si l'enfant présente un problème de santé congénital ou des retards.

GESTACIÓN	NACIMIENTO	0 A 4 AÑOS DE EDAD		
Fortalecimiento del desarrollo prenatal	Atención personalizada del proceso de nacimiento	Atención al desarrollo integral del niño y niña hospitalizado	Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña	Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad
ATENCIÓN PRIMARIA	HOSPITALES	HOSPITALES	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN PRIMARIA
Fortalecimiento de los cuidados prenatales	Atención personalizada del parto	Atención integral al recién nacido(a) hospitalizado(a) en neonatología	Fortalecimiento del control de salud del niño(a) para el desarrollo integral	Fortalecimiento de las intervenciones en niños(as) en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral
Atención Integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Atención integral en el puerperio	Atención integral al niño(a) hospitalizado(a) en pediatría	Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	
Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)				

Image 21: Schéma du suivi de la mère durant sa grossesse, son accouchement et les premières années de vie de son enfant. nous voyons les prestations dont elle a droit ainsi que le niveau d'attention apporté. nous pouvons constater que le programme "Chile crece contigo" suit la mère et l'enfant durant leurs étapes clés.

Tout au long de sa croissance et jusqu'aux 6 ans, l'enfant reçoit des livres, des contes, des CD, des mobiles, du matériel didactique et éducatif. Il a aussi un accès aux soins régulier. On pousse également les mères à mettre leurs enfants à la crèche ou au jardin d'enfant pour promouvoir l'éducation. Cela permet ainsi aux mères de poursuivre leurs études, de travailler ou d'avoir du temps pour chercher un emploi. C'est donc un autre moyen d'aider ces familles à sortir de la pauvreté.

4.2) Cas de jeunes filles que nous avons rencontrées :

Nous avons rencontré deux jeunes femmes enceintes. Elles ont accepté de discuter avec nous et de nous expliquer brièvement leur situation. Nous ne citerons que leur prénom pour des questions de vie privée.

Anna :

- **Âge :** 18 ans
- **Contexte familial :** Elle vit avec sa mère, a déjà un enfant de 2 ans d' un autre père qui les a quitté. Elle gagne de l'argent grâce à des travaux temporaires dans l'agriculture. Pendant sa 1^{ère} grossesse elle avait continué de consommer de la drogue, cette fois elle dit qu'elle a arrêté.
- **Grossesses désirée :** oui, pour les 2 parents.
- **Niveau scolaire :** Elle a fini la scolarité de base et elle a été jusqu'en 2^{ème} medio. En fait elle a arrêté à cause de sa première grossesse et n'a pas voulu terminer ses études par la suite. En même temps, elle nous explique que des études supplémentaires ne sont pas nécessaires dans l'agriculture.
- **Nos impressions :** Elle semble de bonne foi en ce qui concerne l'arrêt de sa consommation de stupéfiants, cependant nous avons eu trop peu de temps ensemble pour porter un

jugement. De plus, sa vie n'est pas simple.

Cela nous a semblé étonnant de voir ces filles plus jeunes que nous avoir déjà plusieurs enfants. La différence de culture est frappante.

Roberta :

- **Âge :** 20 ans
- **Contexte familial :** Elle est mère de jumeaux de 2 ans et attend son troisième enfant. Elle est extrêmement pauvre et reçoit des prestations du « Chile crece contigo ». Cependant, lors de la visite à domicile de l'assistante sociale, nous avons constaté que les cadeaux du « Chile crece contigo » n'ont pas de valeur pour elle. Ils traînent sur le sol, le chien dort dessus, les vêtements sont en mauvais état : sales, déchirés.
- **Grossesse désirée :** oui
- **Niveau de scolarité :** elle n'a pas terminé sa scolarité obligatoire, elle s'est arrêtée en 1^{er} medio.
- **Nos impressions :** Avoir deux enfants d'un coup n'est pas toujours facile, surtout s'ils sont les premiers. Par ailleurs, cela doit être d'autant plus difficile de s'en sortir lorsque l'on manque de moyens financiers. De ce fait, nous avons trouvé dommage qu'elle ne profite pas des cadeaux offerts par « Chile crece contigo ». Cependant, ce que l'on nous a expliqué par la suite est que la plupart du temps, les familles très pauvres ne comprennent pas la valeur de ce que Chile crece contigo leur offre. Du fait que tout est gratuit, ils n'en profitent pas car ils ne le valorisent pas.

4.3) Interview d'une jeune femme enceinte :

- **Quel âge as-tu?** 22 ans

- **As-tu des frères et sœurs ?** J'ai 6 frères et sœurs, 3 sont des vrais et les 3 autres sont des demi-frères, nous n'avons pas le même père.

- **Quel âge avait ta maman quand tu es née ?** Ma mère m'a eue quand elle avait 21 ans.

Combien d'enfants as-tu ? Ce sera mon premier enfant, mais j'ai eu une fausse couche il y a 2 ans avec mon ancien copain.

- **Cette grossesse était-elle planifiée ?** Oui, nous la souhaitons tous les 2 (moi et mon copain actuel). Il a 32 ans, cela fait 2 ans que nous sommes ensemble et il est très heureux de devenir papa. En fait, il a déjà une fille avec une autre femme.

- **As-tu fini ta scolarité ?** Oui, je suis allé jusqu'à 4^{ème} medio (correspondant au cycle), mais je voudrais reprendre mes études pour devenir ingénieur.

- **Où vivez-vous toi et ton copain ?** Je vis avec ma maman mais lui ne vit pas chez nous. Il est de l'armée des mers et vit là-bas. On se voit seulement les week-end. Plus tard, quand le bébé naîtra on vivra ensemble, notre enfant ira à la crèche de l'armée.

- **Que pense-tu du « Chile crece contigo » ?** J'aime beaucoup ! Ça me donne beaucoup d'informations et m'aide. D'ailleurs ma mère dit qu'elle aurait bien aimé avoir la même chose à son époque.

- **Est-ce que tu fumes, bois ou prend des drogues ?** Je ne fume plus depuis que je suis enceinte. D'ailleurs je ne veux plus du tout fumer !

- **Quand tu étais petite, comment voyais-tu ta vie ?** Je voulais avoir 5 enfants et étudier. Maintenant que je vois la réalité, avec les responsabilités et les finances, je n'en veux plus que deux.

5) Activités :

Durant les six semaines de notre stage, nous avons pu participer à un grand nombre d'activités. Notre rôle a souvent été très participatif, parfois seulement observateur. Nous allons les décrire dans ce chapitre.

Dès notre arrivée, la Directrice du CESFAM et la sage-femme, Alejandra Castro, nous ont soumis un programme hebdomadaire. Certains domaines se répétaient plus que d'autres en fonction de notre demande. Nous avons cependant eu un large aperçu de toutes les spécialités qu'offrent le CESFAM de Santa Maria. Parfois, nous avons pu modifier le programme selon les opportunités qui s'offraient à nous. Pour la simplification des explications ultérieures, nous précisons qu'une matinée au CESFAM correspond à 5 heures de travail (de 8h à 13h), la pause de midi dure 1 h et l'après-midi est de 14 à 17 heures.

5.1) Sages femmes:

Nous avons pu suivre le quotidien des sages femmes en assistant et participant aux consultations gynécologiques et obstétriques dans le CESFAM et dans d'autres centres de santé plus ruraux tels que "las Cabras", le CECOSF et Santa Filomena. Environ trois demi-journées par semaine ont été dédiées aux consultations avec les sages femmes.

Les activités principales des sages femmes consistent en contrôles gynécologiques et suivis de grossesses. L'entretien débute avec les raisons de la consultation, l'anamnèse et l'évolution de la patiente. Cela peut être un suivi ou changement de sa méthode contraceptive, le début de la ménopause, des douleurs ou un contrôle gynécologique avec pour but principal le frottis cervical. Ensuite vient l'examen gynécologique. Nous avons pu les faire: avec le spéculum, le test de Papanicolou et le touché vaginal. Nous ne pouvions pas croire que nous avions l'occasion de faire un geste si invasif. Nous étions un peu stressées mais au même temps excitées de pouvoir faire un geste médical. La première fois était la plus difficile car nous n'étions pas sûre de ce que nous palpions. Puis la pratique nous a donné plus de confiance. Les dernières semaines, nous alternions laquelle de nous deux pourrai faire l'examen.

Nous avons vu quelques cas inquiétants. Une jeune femme avait une infection bactérienne et l'on pouvait voir le vagin blanchâtre. Une autre dame venait pour son test de Papanicolou. Elle ne l'avait pas fait depuis longtemps car la dernière fois elle avait eu un résultat suspect et maintenant elle avait peur de le refaire. Le problème, c'est que cela s'était aggravé. Le vagin était très inflammé et saignait. Nous avons donc fait un prélèvement mais la probabilité que ce soit un cancer est presque sûre. Cela nous a fait beaucoup de peine, d'autant plus que cela n'aurait pas empire si elle était allée consulter plus tôt.

Nous avons également eu l'occasion de faire des examens obstétriques. D'abord, nous déterminons la position du bébé dans le ventre de sa mère. Ensuite, nous écoutons les battements cardiaques du cœur avec un doptone ou un stehoscope de Pinard. La fréquence est très rapide, cela ressemble à un galop de cheval. C'était incroyable et touchant d'entendre le cœur battre et de voir les yeux de la mère briller!

Avec ce doptone, nous pouvons aussi entendre les battements cardiaques de la mère qui sont plus lents et du placenta qui sont moins nets, comme si on entendait du vent.

Après cela, nous mesurons la taille de l'utérus.

Finalement, nous regardons les jambes de la patiente pour vérifier avec le "signe du godet" qu'elle n'ait pas d'œdèmes.

Nous faisons l'examen physique à tour de rôle. Nous nous réjouissions à chaque fois que nous pouvions pratiquer un geste technique.

Nous avons été très impressionnées par le travail des sages-femmes. En effet, nous savons qu'à Genève, leur rôle se limite aux femmes enceintes, mais au Chili elles font également des

consultations gynécologiques. (J'ai demandé à mon père) Nous nous rappelons de notre premier jour de stage passé avec la sage femme, la journée de travail s'est terminée par un geste de petite chirurgie. En effet, la sage-femme a injecté un implant contraceptif dans le bras de deux patientes. Nous avons été très surprises.

Le rapport qu'elles entretiennent avec leur patientes est donc lui aussi différent, il se construit sur plusieurs années. La sage-femme qui travaille dans les zones retirées a également un rôle d'enseignement quant aux règles d'hygiène. Par exemple, elle explique comment doit se passer l'hygiène intime. Quand une jeune femme tombe enceinte, c'est aussi à la sage-femme que revient de poser certaines questions sur l'entourage, la famille etc. La relation devient ainsi naturellement plus forte et de plus grande confiance. Les patientes appellent souvent leur sage-femme « Docteure ». Nous avons beaucoup appris en leur compagnie.

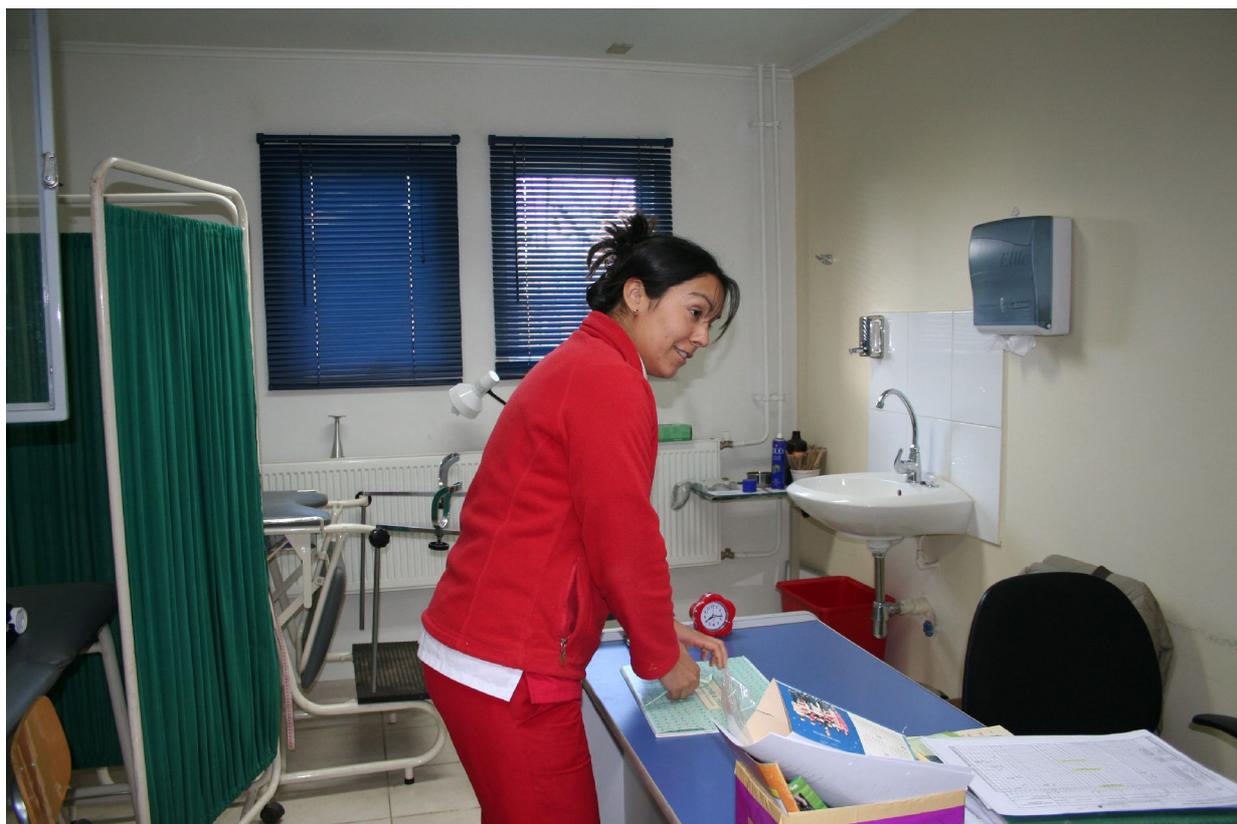


Image 22: La sage-femme, Alejandra Castro, qui a organisé tout notre stage dans son bureau.

C'est aussi lors de ces consultations que nous avons discuter avec des adolescentes enceintes pour mieux comprendre leur situation et leurs choix. Cela nous paraissait tout de même étrange qu'elles soient plus jeunes que nous et déjà futures mamans! D'autant que nous-même, nous ne nous sentons pas la maturité ni n'avons la situation pour devenir mère aussi jeunes.

5.2) Service de médecine de premier recours :

Ce service a sûrement été notre favori. C'est d'ailleurs là où nous avons passé le plus de temps (d'abord une journée et demi par semaine, puis deux et demi). Notre docteure tutrice nous a poussé à beaucoup participer, ce qui nous a coûté au début mais qui a fini par être naturel à la fin.

Ainsi nous avons observé les deux premières heures, puis nous sommes lancées dans les consultations. Nous posons les questions, examinons les patients, tirons les conclusions et la docteure vérifiait à la fin en faisant les ordres d'examen et l'ordonnance. Quand le patient venait avec une radio ou un résultat d'examen, nous le commentions. A la fin de l'entretien, elle nous

posait des questions sur le cas, nous commentait la maladie et répondait à nos questions. Souvent, elle nous expliquait comment sa relation avec le malade se développait et pourquoi, selon le type de patient qui venait, de quel milieu social il provenait.

Au début, le stress nous retenait un peu et nous faisait oublier beaucoup de questions mais avec le temps et la répétition de certaines pathologies (bronchites, laryngites, lumbago, etc) notre confiance augmentait et nos questions s'affinaient. Même les expressions en espagnol « chilien » devenaient fluides. Nous avons pris énormément de plaisir à travailler dans ce service et avons constaté une nette amélioration entre le début et la fin du stage.

Le fait de circuler dans de nombreux secteurs nous ont permis de suivre des patients, ce qui a été également particulièrement intéressant.

Par exemple un jeune homme qui vient pour un mal de gorge vers 11h, nous l'examinons et observons une angine à streptocoque. 2h plus tard, nous sommes avec lui dans la salle clinique pour lui injecter de la pénicilline.

Ou encore un enfant que nous avons vu en salle IRA pour dégager les bronches avec le kinésithérapeute que nous revoyons pour son contrôle en médecine de premier recours. Il n'est d'ailleurs pas rare que le physiothérapeute fasse son apparition à ce moment pour discuter avec le médecin et le patient de l'évolution des symptômes et de l'efficacité des traitements.

Ce secteur nous a permis également de voir des pathologies propres au Chili ou à la région dont nous n'avions jamais entendu parlé avant, comme « la viande de l'oeil » dû à une constante exposition de l'œil au vent et à la poussière qu'il entraîne. L'œil se défend en épaississant sa sclère, ce qui donne une structure ressemblant à de la viande crue sur une partie de l'oeil.

Nous avons pu voir comment se déroule la relation médecin-patient dans ce domaine où les consultations sont brèves (une 15aine de minutes) et les patients d'un milieu social souvent bas, avec une culture parfois limitée. D'abord le grand nombre de consultations par mois pour une même personne, ensuite les différentes versions du patient selon que nous posions les questions ou que la docteure le fasse qui contrastaient avec la franchise du docteur vis-vis de son patient. Autant de choses qui nous ont fait constater qu'il y a beaucoup de façon d'entretenir une relation pendant si peu de temps. Il faut tenir en compte le stress du patient qui a peur de ne pas être pris au sérieux, l'exagération de certains pour obtenir des congés maladie etc. La relation n'étant pas fixe ni suivie, il est difficile de fonctionner comme si c'était le cas. La docteure avait avant tout un rôle de tri entre les patients potentiellement à risque de complications et les autres qui n'était que de petits bobos et ce rôle se reflétait dans la relation. Elle était souvent directe mais toujours attentive aux propos de son patient. Elle faisait en sorte de satisfaire les plaintes de ses patients pour que chacun y trouve son compte.

5.3) Clinique:

Nos journées dans la salle de clinique nous ont beaucoup plués! Autant par l'équipe qui était très agréable, que par nos activités. En fait, la doctresse des urgences nous laissait faire des gestes techniques tels que des piqûres et venait nous chercher lorsqu'un patient "intéressant" se présentait à sa consultation.

Nous avons pu faire des injections de tous types après qu'on nous ait montré comment faire:

- Intramusculaires: nous faisons les injections dans le quadrant supérieur de la fesse le plus souvent il s'agissait d'anti-douleurs ou de suppléments vitaminiques et quelques fois d'antibiotiques. Nous avons d'ailleurs été surprises par leur pénicilline. Comme elle n'est pas de très bonne qualité, ils doivent d'abord la chauffer avec de l'eau chaude puis l'injecter rapidement avant qu'elle ne se solidifie.

Nous avons également participé à la campagne de vaccination à domicile contre l'*Influenza*. Nous sommes partis avec une glacière contenant les seringues et sommes allés frapper aux portes des gens à la recherche de personnes à vacciner. La vaccination était gratuite pour toutes les personnes à risques : celles souffrant d'une maladie chronique, âgées de moins de 3 ans, supérieures à 65 ans et les femmes enceintes. Ainsi, il nous est arrivé de vacciner des

patients dans la rue ! Cela nous a semblé bizarre de partir à la recherche de personnes à piquer. Mais en même temps, cela était dans l'esprit de la médecine communautaire que d'aller jusqu'à leur maison pour s'assurer qu'ils soient protégés de la grippe. De plus, l'aide soignant que nous accompagnions connaissait presque tout le monde. Ainsi, ces personnes nous invitaient chez eux pour boire un verre, ou nous offraient des noix.

Apparemment, cette campagne contre *Inflenza* est importante car dès notre arrivée au Chili, la Docteur Castillo a insisté pour que nous nous fassions également vacciner !

- Prises de sang: les deux premières heures de la matinée sont consacrées aux prises de sang. Le premier jour nous n'avons pu en faire aucune. En effet, les techniciennes avaient honte de leur matériel qui était un peu ancien. Ils n'avaient pas le système vacuteiner avec le butterfly comme dans les grands hôpitaux chiliens mais utilisaient des seringues. Finalement nous avons quand même fait des prises de sang le lendemain en utilisant leur méthode et nous leur avons expliqué que nous trouvions important de savoir le faire ainsi parce que nous n'aurions pas forcément toujours le matériel de plus récent.

Ces journées ont été très enrichissantes. Nous étions avec une équipe qui nous a tout de suite mis à l'aise. Au début, nous étions un peu stressées de ne pas savoir faire mais comme nous étions dans une ambiance décontractée, nous n'avons pas senti de pression. De plus, nous étions tellement contentes de pouvoir enfin faire des gestes pratiques! Cela change de la théorie et des bras en plastique que nous avons au CMU!

Comme nous l'avons dit plus tôt, la salle de clinique s'occupe également du soin des plaies. Ainsi nous avons vu un patient avec une énorme plaie sur toute la jambe. Ce qui nous a beaucoup plu, c'est que nous avons pu suivre son évolution. En effet, il venait régulièrement pour changer ses pansements et nous avons constaté la guérison de sa blessure.

5.4) Physiothérapeute:

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, les kinésithérapeutes ont diverses activités. Lorsque ils se chargeaient de patients avec des problèmes respiratoires, que ce soit dans les salles IRA ou ERA, ils nous laissaient ausculter les poumons de ses patients. De plus, étant donné que nous y étions en hivers au moment de notre stage, nous avons eu l'occasion de voir beaucoup de patients souffrant de pneumonies ou de bronchites. Nous avons donc pu écouter des sibilances, ronchis et autres bruits pulmonaires étudiés en cours mais jamais vus en clinique. Nous avons beaucoup apprécié pouvoir enfin distinguer ces bruits qui nous semblaient très abstrait lorsque nous en avons parlé en cours !

Lors des consultations pour le programme EMPA, nous nous sommes aussi impliquées. Nous posons les questions au patients à l'aide d'un questionnaire. Nous leur prenions la tension, les pesions et les mesurions.

Nous avons également participé aux consultations anti-tabac en donnant quelques conseils pour arrêter de fumer basés sur notre propre vécu. En effet, nous avons toutes les deux des amis qui ont réussi à arrêter leur consommation de tabac et connaissons les difficultés et la volonté nécessaire pour y arriver. Nous avons eu l'impression que ces personnes avaient besoin avant tout d'un soutien et d'une personne qui les comprenne.

Lors de nos journées avec les physiothérapeutes, nous avons également assisté et même participé aux exercices physique pour les personnes âgées. Cela a pour but la prévention de maladies cardio-vasculaire et de donner des informations aux patients. En effet, la plupart des participants viennent avec des questions comme "comment puis-je déplacer un objet lourd sans me faire mal au dos" ou "connaissez vous un moyen d'apaiser mes migraines?". Pour cette dernière question, les physiothérapeute leur ont montré un point d'acupuncture sur la main.

Les kinésithérapeutes font aussi des visites à domicile. Nous en avons accompagné un qui allait voir un patient prostré. C'était un vieil homme qui avait eu un AVC et depuis ne sortait plus de son lit. Il vivait chez sa sœur. Lorsque nous sommes arrivées chez lui il était somnolant et paraissait faible.

Puis nous l'avons aidé à s'asseoir au bord de son lit et il a commencé à s'animer un peu. Depuis son AVC, il a perdu la motilité de ses membres du côté gauche. Cela se voyait par une importante atrophie de ses muscles. Ses jambes étaient tellement fines !

Pour bouger ses membres gauches, il s'aide de ses membres de droite. Par exemple, il utilise sa jambe droite pour déplacer la gauche. A part cela cet homme est en bonne santé, il serait enchanté de pouvoir se lever et se déplacer seul.

Ainsi le physiothérapeute lui a donné quelques exercices pour qu'il puisse développer ses muscles. Nous avons même réussi à ce qu'il se mette debout ! Il est vrai qu'il se tenait à nous, mais c'était déjà un grand progrès. Cependant pour la plupart de exercices, il a besoin de l'aide d'une tierce personne, idéalement sa sœur. Mais cette dernière a déjà beaucoup de travail et nous nous sommes posé la question de savoir s'il n'allait pas être difficile pour elle de s'occuper de son frère. Il est vrai qu'au Chili la famille a une place très importante, beaucoup plus que chez nous. Pourtant il est plus facile pour cette dame de s'occuper de son frère lorsqu'il reste dans son lit plutôt que de l'aider à faire ses exercices.

5.5) Le Cecosf avec le Dr. Rivillo:

Tous les mardi matins, nous avons été au Cecosf en consultation avec le Dr. Rivillo. Là, nous avons pu suivre des patients avec des pathologies chroniques. Ces matinées nous ont un peu rappelé notre stage d'IMPR. En effet, les pathologies sont les mêmes que celles observées à Genève, leur suivi se ressemble également beaucoup et notre intervention y a été similaire.



Image 23: Le CECOSF

Les patients ont préalablement pris RDV avec le Dr. Ils se présentent donc au CECOF et attendent dans le couloir devant le bureau du médecin qui fait office de salle d'attente. Le médecin les appelle au fur et à mesure.

Nous avons eu l'occasion de voir comment le médecin accueille son patient, lui pose ses questions, l'examine et finalement conclut. Notre participation a été limitée. Nous avons examiné les patients, regardé les résultats des tests demandés par le médecin. Le plus souvent, ces derniers concernaient les dosages d'hormones thyroïdiennes, la quantité de protéines prostatiques produite, le glucose sanguin, des ECG, des RX du thorax ou d'une articulation ou finalement des formules sanguines variées. A chaque fois, le médecin nous expliquait ce qu'il fallait observer et pourquoi ces tests avaient été requis mais aussi ce que le résultat signifiait. C'est ainsi que nous avons appris que la

population de la région comptaient beaucoup de personnes atteintes d'hypothyroïdisme, d'où la haute fréquence de demande des dosages hormonaux.

Le patient type se présentant à la consultation du Dr. Rivillo est plutôt âgé (65 ans en moyenne), agriculteur ou travaillant dans les champs sans tenir compte de la retraite, très respectueux face au médecin. Il vient avec une plainte précise (douleur d'épaule par exemple ou contrôle d'examen). La consultation dure environ 20 minutes. La relation que les deux entretiennent est simple et très respectueuse. Le médecin est toujours très soucieux et méthodique, ce qui semble se refléter dans la relation. A la fin d'une consultation, patient et médecin semblent être satisfaits.

5.6) Obésité :

Nous avons été frappées par le nombre de personnes en surpoids au Chili, surtout dans les petites villes telles que San Felipe et Santa Maria. Cette tendance apparaît dès un très jeune âge. En effet, le surpoids est considéré là-bas un critère de bonne santé.

De plus, cette population n'est pas très riche et la nourriture la moins chère n'est pas toujours très équilibrée. Nous avons constaté que les gens mangent beaucoup de friture et autres aliments riches en graisse.

Des internes de médecine de 6^{ème} année qui faisaient leur stage dans le même dispensaire que nous, ont décidé de faire une étude sur ce sujet car il n'en existe aucune sur ce thème. Nous les avons aidé en allant dans les écoles pour peser et mesurer la taille et la circonférence abdominale des enfants entre 5 et 12 ans de toute la région de Santa Maria. Nous avons examiné environ 800 enfants!

Le résultat de leur étude était plutôt surprenant. La proportion d'enfants en surpoids n'était pas aussi grande que ce à quoi l'on pouvait s'attendre. Cependant, nous observons que le nombre d'enfant en surpoids est plus grand dans la région centrale de Santa Maria que dans la périphérie plus rurale.

La conclusion qu'ils en ont tirée est que dans les zones plus campagnardes, les enfants mangent probablement plus de fruits et légumes, étant donné qu'ils en cultivent beaucoup.



Image 24: Nous observons trois des écoles dans lesquelles nous sommes allées.

5.7) Podologue

Nous avons passé deux après-midi en total avec la podologue du CESFAM. Nous n'étions pas sûres de comprendre son utilité au début et pensions que c'était presque un luxe d'en avoir à disposition en attention primaire. Mais en voyant le nombre de diabétiques prostrés ou avec une trop faible mobilité l'importance est devenue plus évidente.

Notre participation avec la podologue a été très restreinte. Nous avons observé et parlé avec les patients ou la famille (toujours présente). Ils nous ont expliqué les difficultés de vivre avec une personne diabétique et les soucis permanents. La plupart connaissaient les soins aussi bien que la podologue et étaient très participatifs, ils posaient beaucoup de questions.

Les patients en revanche étaient plutôt passifs. Soit par obligation, car ne pouvant faire autrement que de dépendre de quelqu'un pour les soins quotidiens, soit par délégation volontaire de leur situation.

Le travail de la podologue était minutieux et très apprécié. Elle nettoyait, coupait et hydratait dans les situations les plus simples. Son travail consistait également à prévenir des blessures à venir en donnant des conseils d'entretien et des façons de les nettoyer dans le cas où elles devaient arriver.

C'est une façon différente pour un patient immobilisé de recevoir de l'attention.

5.8) Psychologue

Nous avons suivi le psychologue durant deux après-midi. L'une à domicile, l'autre dans le CESFAM.

Là encore, notre participation a été restreinte, variante selon les patients. Au mieux nous posons des questions, sinon nous nous contentons d'écouter. Parfois les patients ont refusé notre présence.

Les deux fois ont été très différentes et très enrichissantes. Dans la première, nous avons eu un point de vue très réel de la personne dans son environnement et milieu quotidien ce qui nous a beaucoup facilité l'étape de compréhension du problème. Le discours du patient chez lui prend un sens différent à domicile. De plus, nous avons ressenti une meilleure aptitude du patient quand il était chez lui. Il était plus décontracté et plus apte à nous raconter ses problèmes. Au contraire, lors des consultations dans le CESFAM, le cadre officiel rend la discussion beaucoup plus formelle et notre présence était souvent de trop.

5.9) Assistants sociaux

Une après-midi de notre planning hebdomadaire était dédiée à accompagner les assistants sociaux lors de leurs visites à domicile. Les patients requérants ces visites sont ceux qui ont une mobilité réduite dû à une maison trop éloignée d'un centre de santé sans avoir de moyens de transport, des problèmes physiques handicapant les patients, trop d'enfants en bas âge sans personnes pour les garder le temps de la consultation etc.

Parfois encore, les patients n'ont aucuns de ces problèmes mais l'évaluation du système de santé familial requière souvent l'observation de l'habitat familial par un professionnel pour situer la complexité de la situation et de suggérer des améliorations de l'environnement qui pourraient contribuer à la résolution du problème primaire du patient. Par exemple dans le cadre du Chile crece contigo, une étape nécessite la vérification de la future maison du bébé pour s'assurer des bonnes conditions de vie futures.

Notre rôle avec les assistants sociaux a surtout été d'écouter les problèmes et d'observer les solutions apportées par le professionnel mais également de poser des questions pour en savoir plus sur les situations qui souvent étaient très complexes.

Nous avons été souvent frappées de voir à quel point certains patients étaient isolés, nous avons appris que la plupart des cas sont découverts fortuitement par le bouche à oreille avec d'autres patients.

Nous avons par exemple été chez une grand-maman ayant à charge ses trois petits enfants depuis le départ de leur mère (sa fille). Cette dernière avait perdu la garde des enfants suite à des problèmes de drogues et d'alcool avec son conjoint. La garde avait donc été donnée à la grand-mère, pensant qu'il était préférable de les laisser dans un noyau familial. Le problème a alors été pour la grand-mère de trouver l'énergie pour s'occuper de trois enfants en bas âge arrivés si brusquement. Elle perd patience rapidement. Il faut ajouter que les enfants n'ayant pas eu de cadre familial ont des comportements souvent très difficiles à gérer. Par exemple le deuxième (garçon de 4ans) ne parle toujours pas crie à chaque fois qu'il faut se doucher. "Il va manger dans la poubelle en sortant de table" nous explique la grands-mère inquiète. Ainsi, c'est arrivé que les voisins appellent la police car ils entendent des cris venant de chez eux. C'est d'ailleurs par ce biais que l'assistante sociale est entrée en contact avec cette famille.

Maintenant, la grand-mère aimerait faire adopter ces enfants. Mais le problème reste de trouver une famille d'accueil qui accepte de prendre en charge les trois jeunes enfants ensemble.

Nous avons pu observer l'embarras de cette grand-mère, partagée par l'amour qu'elle porte à ses trois petits enfants et le ras-le-bol qu'elle endure chaque jour. "Je ne suis pas d'accord que ma fille se la coule douce avec son copain et que je doive m'occuper de toutes ces responsabilités. J'ai fait ma vie, je n'ai pas à m'occuper de la sienne".

Le travail de l'assistante sociale a été par exemple d'expliquer à cette grand-mère pourquoi le garçon criait quand il fallait se doucher. Mais également de trouver des solutions pour alléger ses journées si chargées comme le fait de laisser les deux plus enfants grands à la garderie (gratuite au Chili) pour n'avoir que le bébé la journée. L'assistante a également envisagé l'option de se faire aider par son mari ou son autre fille (présente lors de l'entretien) mais nous avons vite compris que personne ne voulait contribuer à aider cette grand-mère.

Ce cas nous a beaucoup touché car il représentait une situation où toute la famille était impliquée et contribuait au problème au lieu d'y remédier. Il montrait également le revers d'avoir des enfants si jeune et avec des problèmes préexistants. Nous avons été choquées d'apercevoir que l'amour d'une grand-mère avait des limites et qu'à un certain point, l'amour disparaît peu à peu et cède à l'énervement, la rage et le désespoir.

Nous en avons également conclu que l'aide d'un assistant social soulage beaucoup mais ne suffit pas dans des situations si complexes. Intervient alors la pluridisciplinarité de l'équipe soignant pour venir en aide à un problème familial si complexe.

Nous avons néanmoins assisté à des situations moins complexes dans lesquelles une simple discussion avec l'assistante sociale pour pouvoir se libérer des problèmes et écouter diverses solutions possibles peut suffire à combler les besoins d'une personne isolée ou avec une faible mobilité.

Nous avons pu constater que la relation qui se crée entre la majorité des patients et les assistants sociaux est très forte, l'attachement des personnes âgées par exemple qui se sentent seules pour ces aides était particulièrement touchante.

Le suivi de ces patients se fait environ une fois par semaine et nous avons eu beaucoup de plaisir à suivre ces personnes le long de notre stage quand nos journées coïncidaient.

5.10) Avec Dania l'éducatrice :

Nous avons suivi Dania dans ses trois activités.

Dans la première, nous avons été dans une école, pour suivre des enfants de 4 à 7ans. Le but de notre venue était de faire prendre conscience à l'enfant de son corps et de sa santé. L'exercice a consisté à mimer un animal au reste du groupe qui, une fois qu'il avait deviné de quel animal il s'agissait simulait à son tour de sa façon ledit animal. Les enfants étaient heureux et très participatifs. Quand ils n'avaient pas d'idée, nous les aidions et les encourageons.

La désinhibition des enfants aidée par l'attitude dynamique contagieuse de Dania rendait le jeu très amusant. Puis d'autres exercices ont suivi, chacun devait reconnaître sa droite de sa gauche, dire à quoi servait sa jambe, ses mains, son nez etc. Du même coup, selon les réponses des enfants nous pouvions étudier son état d'esprit et sa relation avec les autres. A la fin, les parents étaient invités à discuter avec Dania des « devoirs à faire à la maison » à rendre pour la prochaine visite. Ces devoirs consistaient en des exercices obligent les parents de passer du temps avec leurs enfants.

Les enfants étaient très attachants. Dès que nous sommes arrivées à l'école, ils ont couru vers nous pour savoir qui nous étions, comment nous nous appelions, d'où nous venions, etc. Certains enfants pensaient que nous étions des mamans !



Image 25: Dania est en train de jouer à imiter des animaux avec les enfants.

La deuxième activité était celle de la stimulation du cerveau pour les personnes d'un âge mûr. Le cours avait lieu dans une salle mise à disposition par la commune où les personnes se réunissaient. Le groupe était fait d'une dizaine de personnes dont une présidente, un trésorier et une secrétaire. Dania leur faisait stimuler la mémoire par des exercices, puis elle leur faisait réfléchir avec d'autres exercices. Type : « Faites une phrase avec trois mots commençants par la lettre V ».

Le groupe était très enthousiaste. Chacun tentait de participer du mieux qu'il pouvait, même si cela leur demandait parfois beaucoup d'efforts.

A la fin, les participants préparaient un goûter qu'ils mangeaient tous ensemble.



Image 26: Le goûter avec le club d'adultes de troisième âge. L'ambiance y est très agréable, tout le monde passe un très bon moment.

Notre rôle a été plus limité que dans l'exercice des enfants puisqu'il faut laisser le temps à chacun de réfléchir, mais il nous a permis de prendre conscience à quel point l'agilité cérébrale peut se perdre vite. Voir ces adultes peiner pour former une phrase était assez surprenant.

Il nous a d'ailleurs semblé qu'une heure par semaine était trop peu pour stimuler et faire des progrès. D'un autre côté, le fait que ce ne soit pas plus fréquent permet aux adultes de se réunir avec plaisir et presque impatience.

Finalement, la troisième activité, toujours avec des adultes du troisième âge a consisté à faire de la gymnastique. Nous nous sommes réunies après les heures de travail pour faire une heure d'exercice physique. Ils étaient adaptés aux personnes plus âgées avec moins de souplesse et de souffle. Le groupe constitué d'une dizaine de personnes n'était fait que de femmes, nous avons été particulièrement frappées de voir leur bonne forme proportionnellement à leur âge. La plus âgée avait plus de nonante ans !

Le groupe était respectueux de chacun et personne n'était poussé au-delà de ses capacités. Toutes se connaissaient bien et étaient devenues amies. Elles venaient d'ailleurs en cours par un système de co-voiturage !

Nous avons trouvé ces trois activités si différentes tout autant enrichissantes. Il était intéressant de voir l'affection des enfants quand ils voyaient Dania, leur intérêt et leur facilité à « jouer le jeu ». D'une façon générale chez les adultes, ce qui était frappant était l'envie qui émanait du groupe à prendre soin de soi et faire des efforts pour s'entretenir. Cette énergie avait pour but de se contagier chez les voisins, amis pour que la santé prenne une place plus grande chez les adultes du troisième âge. A l'inverse des parents des enfants qui ne semblaient pas être très intéressés par cette façon de promouvoir la santé.

Nous pensons néanmoins que ces activités devraient être plus fréquentes pour avoir un vrai impact positif sur un plus grand nombre de la population.

5.11) Nos activités dans l'hôpital « San Camilo » :

Nous avons passé une semaine dans l'hôpital « San Camilo » pendant laquelle nous avons pu tourner un jour par service « de base », à savoir gynécologie, pédiatrie-néonatalogie, médecine interne et chirurgie.



Image 27: Nous sommes en train d'apprendre à faire des échographies à femmes enceintes.

Gynécologie-obstétrique :

Lors de notre journée dans le service de gynécologie, nous avons été accueillies par le chef de service qui nous a fait une brève présentation du service, après quoi nous avons suivi les visites matinales des chambres. Une partie des patientes étaient enceintes à risque, une autre partie avait déjà eu leur enfant et attendaient de pouvoir rentrer chez elles. Après les visites, nous sommes allées en salle d'échographies. Là, sous l'aile d'étudiants en dernière année de médecine, après en avoir observé une, nous avons pu en faire nous-même. La plupart des futures mamans étaient très jeunes (17-18 ans en moyenne) et nous avons ainsi pu profiter de leur poser quelques questions sur leurs vies à venir avec leur enfant.

Nous avons beaucoup apprécié cette journée, les mères étaient toujours très heureuses de voir leur bébé à l'échographie et avaient beaucoup de patience lors de nos premiers essais. Après nous être entraînées quelques fois chacune, notre agilité à manier la sonde était déjà meilleure et nous avons pu expliquer ce que nous voyions aux jeunes patientes. Le contact était toujours facile et agréable, malgré le stress que certaines ressentaient face à l'accouchement. Leur famille était souvent là et discutait volontiers avec nous. Contrairement à nos préjugés, beaucoup soutenaient le choix de leur fille d'avoir eu un bébé si jeunes.

Notre grande déception est restée de ne pas voir d'accouchement. Nous avons pu voir la salle d'accouchement, la salle pré et post accouchement mais n'avons malheureusement pas été autorisées à assister à l'un d'eux.

Pédiatrie-Néonatalogie :

Nous avons commencé notre journée de pédiatrie par les visites des enfants. Deux étudiants de dernière année de médecine étaient chargés de nous présenter tous les cas. Chaque étudiant ayant trois enfants attribués, nous avons pu examiner les enfants avec eux et après avoir rapportés nos observations à leur médecin tutrice, nous avons discutés ensemble de l'évolution des traitements. La plupart des pathologies étaient pulmonaires, due à la saison hivernale. Après la pédiatrie nous sommes allées dans le service de néonatalogie, où là encore, un étudiants nous a présenté les six nouveau nés hospitalisés. Il nous a montré les radiologies, expliqué leur pathologies en détails. Nous avons ensuite eu la chance de pouvoir réviser un bébé juste né en bonne santé. Le suivant trop prématuré est malheureusement décédé sous nos yeux. Cela nous a fait un choc et nous avons eu un

semblant d'aperçu de ce qu'une annonce de mauvaise nouvelle pouvait représenter comme difficulté.

Suite à la salle de naissance, nous sommes remontées dans les étages pour réviser les enfants âgés d'un ou deux jours. Les étudiants nous ont montré une première fois et nous nous sommes réparties les chambres. C'était impressionnant de recevoir autant de confiance si vite. Les mères ne se sont pas soucies de notre jeune âge, au contraire, elles nous racontaient leurs premières journées avec leur bébé et posaient beaucoup de questions. Nous apprenions presque en même temps qu'elles..

Médecine interne :

La journée dans le service de médecine interne a commencé avec les visites. Cette fois, nous avons été assignées à un médecin du service avec qui nous avons suivi l'examen de contrôle. Nous nous sommes tous retrouvés pour faire la visite de tous les patients. Nous nous retrouvions à vingt-cinq personnes dans une pièce. Les étudiants commençaient par raconter l'histoire du cas, les médecins en charge continuaient et les autres commentaient. Parfois, même les aides soignants participaient, selon la situation. Tous finissaient par conclure avec la suite de la prise en charge du patient. Les cas étaient très variés et nous avons été émerveillées de voir enfin nos patients fictifs APP devenir des patients réels. Un patient avec cancer du pancréas aussi jaune qu'un citron, un patient sidéen travesti, des jambes colorées d'un insuffisant veineux, etc.

Nous nous sommes senties un peu perdues dans ce tourbillon médical et avons réalisé à quel point le patient devait sentir de grands moments de solitude pendant ce genre de visites, en effet les médecins parlent sans jamais le faire intervenir. D'un autre côté, au vu du nombre de patients, on comprend que leur temps soit précieux.

Ensuite, nous avons assisté aux cardioéchographies. C'est là que nous avons eu l'immense plaisir d'observer un situs inversus sur une femme enceinte! Et beaucoup d'autres pathologies tout aussi intéressantes. Cependant, nous n'avons pu qu'observer.

Chirurgie générale :

Nous avons passé deux jours dans le service de chirurgie, le premier dans les étages, le deuxième au bloc. La première journée a donc débuté avec les visites des patients. Chacune avec un médecin chirurgien. Les patients venaient soit de se faire opérer, ou attendaient de l'être. Nos médecins respectifs nous expliquaient les cas et nous posaient des questions pour tester nos connaissances sur les différentes pathologies. Ensuite, l'un des étudiants en dernière année nous a présenté un exposé sur les fistules et autres pathologies du rectum.

Nous avons également passé quelques heures en policlinique. Les patients venaient pour des consultations d'une vingtaine de minutes. Là, nous avons pu examiner les patients. Le médecin nous a également montré comment effectuer des points de sutures.

Notre participation avec le patient a été assez brève, nous avons pu les examiner. Le deuxième jour, nous avons pu assister à deux opérations. La première et plus longue d'un cancer de l'estomac, la seconde d'une cholécystectomie par laparoscopie. N'étant pas habillées en stérile, il nous a été difficile de bien voir tout le procédé de l'opération mais le chirurgien nous expliquait chaque détail de la procédure. De plus, d'autres étudiants de troisième de médecine faisant leur stage nous expliquaient aussi ce qu'ils connaissaient sur les opérations.

En somme, nous avons adoré notre semaine à l'hôpital et regrettons presque de ne pas l'avoir fait durer. Le fait de connaître tous les étudiants a été un immense bénéfice pour notre passage. Nous avons également été très surprises du temps et de la patience que chaque médecin nous consacrait. Au fond, c'était un plaisir que de nous transmettre et nous montrer comment se faisaient les choses. C'est quelque chose qui nous a beaucoup touché chez les médecins chiliens et que nous espérons retrouver chez les médecins suisses. Nous nous sommes senties très valorisées.



Image 28: Juste avant d'assister à la première opération.

6) Conclusions personnelles:

Sonia :

Quand je repense à la période où nous organisons notre stage, je me rappelle de tous les problèmes que ça a engendré. Les annulations de dernières minutes de la part des médecins, l'éclatement du groupe IMC, le stress du délai etc. Maintenant je me dis que ce stage valait tous ces moments de stress, d'énervements et de déception. J'ai mis beaucoup d'énergie pour monter ce projet et je suis fière de l'avoir fait.

D'abord, puisque c'est le but de ce travail, l'expérience de « médecine communautaire » : une réussite sous presque tous les angles. Nous avons été accueillies comme jamais je ne l'aurais imaginé, placées dans chaque service, participé à toutes les activités. Rien n'était considéré comme de trop pour notre expérience et formation. Chacun s'est plié en quatre pour nous, pour répondre à nos questions, nous laisser participer, nous faciliter la tâche pour interviewer les patients, etc. De même, du côté des patients, le village étant si petit, presque tous nous « connaissent » par la radio, le journal, l'hôpital ou les couloirs du CESFAM et c'était ainsi un plaisir que de se laisser ausculter par « les étudiantes suisses » ou de nous raconter leurs histoires, leurs problèmes. J'ai beaucoup apprécié la confiance qu'ils m'ont faite.

J'ai vu et appris des choses que jamais je n'aurais pu faire à Genève, et ce dans une ambiance des plus agréable. Chaque jour était plus intéressant que le précédent. Chaque consultation faite seule, chaque geste technique, chaque examen physique pratiqué me procurait une grande fierté et beaucoup de joie.

J'ai eu des surprises, comme dans certains points de la relation médecin-malade ou dans les structures d'accueil les plus éloignées mais j'ai beaucoup de mal à porter un jugement sur ces étonnements. J'ai trouvé le Chili en excellente voie de développement avec des professionnels de santé très respectables.

Finalement, du côté humain et pour mon expérience personnelle, je sais que je n'oublierai jamais ce que c'est que de vivre dans une maison d'étudiants où il n'y a pas de chauffage en plein hiver, où les toilettes sont toujours bouchées, où on se réunit tous le soir pour parler de notre journée à l'hôpital ou au CESFAM en chantant accompagnés de la guitare ou encore d'écouter les témoignages de ceux qui ont connu l'époque du régime Pinochet. Chacun a montré tellement d'intérêt à nous intégrer, nous expliquer, nous montrer leur façon de vivre. Tous ces étudiants que nous avons connu « à la maison » nous guidaient aussi à l'hôpital. Ils resteront sûrement des amis pour la suite.

Et puis dans le village, l'importance et l'intérêt qu'on nous a porté dès le début avec l'interview dans le journal, le passage à la radio. La grande majorité des patients nous connaissaient avant même qu'on se soit présentées! Tous montraient tellement d'intérêt à nous connaître. Ça m'a beaucoup touché.

Bien sûr, il y a eu quelques difficultés, surtout au début. Tout d'abord les conditions de vie qui étaient dures et auxquelles j'avais parfois marre de devoir m'adapter. Mais aussi pendant le stage, j'avais peur de décevoir en ne sachant pas m'y prendre avec les patients. J'avais peur que ma timidité reflète une personne désintéressée ou hautaine qui vient dans un pays « pauvre » pour donner des leçons. Il a donc fallu faire beaucoup d'efforts pour oser et me lancer pour « faire ses preuves ». J'ai aussi eu honte quand après 3 semaines passées de stage je n'arrivais toujours pas à distinguer une ronchi d'un râle fin.

Mais ce sont des expériences qui m'ont donné confiance en moi et je suis contente d'être passée par là en 3^{ème} année de médecine.

Une petite déception aura été de ne pas avoir mieux approfondi notre thème « les ados enceintes ». Il était difficile de pouvoir intégrer le programme « Chile crece contigo » depuis le CESFAM. Pour ma part, ce n'est qu'un petit regret.

Mon bilan personnel est en somme très positif et j'espère pouvoir réitérer cette expérience lors de stages dans la suite de mon cursus universitaire.

Alexia

Ce stage a été très instructif dans tous les domaines et m'a apporté énormément, même plus que ce que je pensais. D'abord, sur le plan médical car nous avons eu la possibilité d'assister à des consultations médicales et même de pratiquer des gestes techniques ! Ce sont des choses que nous n'avons pas l'occasion de faire à Genève à notre niveau. De plus, les gens de là bas étaient très motivés par notre présence. Nous avons pu le remarquer dès le début avec le formidable accueil qu'ils nous ont fait et l'enthousiasme dont ils font preuve pour montrer en quoi consiste leur travail. Ils prenaient beaucoup de temps pour nous expliquer les choses afin que l'on comprenne bien même si, pour cela, le patient devait rester plus longtemps ! Il est arrivé que l'on reste presque une heure avec une patiente pour lui faire une échographie : d'abord, on nous a montré comment faire, ensuite nous sommes passées à tour de rôle pour la refaire à notre tour.

En fait, l'avantage d'aller dans un petit village, est que les gens n'ont pas l'habitude de recevoir de la visite. Ainsi, ils étaient vraiment enthousiastes par notre présence. Nous avons été reçu par le maire, interviewées à la radio et même pour un journal local ! Certains patients qui venaient consulter, disaient qu'ils nous connaissaient déjà un peu car ils nous avaient entendu à la radio.

J'ai aussi été surprise par l'accueil des patients. La plupart n'avait pas d'appréhension à que nous, des étudiantes étrangères, nous occupions d'eux. Au contraire, ils étaient ravis. Ils nous faisaient totalement confiance quant à nos compétences. Par exemple, la première fois que j'ai fait une prise de sang, j'étais stressée car je craignais de ne pas trouver la veine et de devoir piquer plusieurs fois le patient et de lui faire mal. Ce dernier m'a rassuré en me disant qu'il avait des veines bien visibles mais que, au cas où je devais m'y reprendre à plusieurs fois, ça ne serait pas grave. La situation était presque inversée, c'est lui qui me rassurait ! Finalement, tout c'est bien passé, j'ai trouvé la veine du premier coup.

Bien sûr, certains patients avaient aussi un peu d'appréhension. Une dame est venue pour une injection intra-musculaire sur la fesse. Lorsqu'elle a vu que je serai celle qui allait la lui faire, elle a demandé si une autre personne avec plus d'expérience pouvait la faire et si j'en avais déjà fait. Le technicien lui a assuré que oui (ce qui n'était pas vrai) et que je pouvais la faire sans qu'elle ne se fasse de soucis. Elle ne semblait pas très convaincue, mais elle s'est laissée faire. Finalement, quand j'ai fini, elle m'a dit qu'elle n'avait rien senti !

La langue a été tout de même une barrière difficile pour moi. Il est vrai que je suis à moitié espagnole, mais je parle peu le castillan, avec ma famille nous parlons catalan. De plus, les chiliens parlent très vite et ne prononcent pas toutes les lettres. Pour cela, au début, j'avais de la peine à m'intégrer. Cependant, malgré cela, je ne me suis jamais sentie mise à l'écart pour autant. Cela ne décourageait pas les gens de me parler, au contraire, ils étaient encore plus enthousiaste. En effet, ils me disaient que, grâce à eux, je parlerai un espagnol avec un accent latino à la fin de mon voyage. Il est vrai que maintenant je parle nettement mieux et que j'ai effectivement pris leurs expressions.

Par ailleurs, c'était la première fois que je partais dans un pays si loin et dans lequel je ne connaissais personne. Avant de partir, j'avais un peu d'appréhension et en même temps j'étais très enthousiaste. Grâce à leur accueil, je me suis tout de suite sentie très bien et m'y suis fait pleins d'amis. J'espère pouvoir y retourner un jour ! Je trouve que l'IMC offre une belle opportunité aux étudiants et j'espère que j'aurai la possibilité de refaire une expérience similaire.

7) **Bibliographie :**

- <http://blogs.ead.pucv.cl/servicios/2010/07/el-servicio-de-salud-en-chile/>
- <http://www.embassyofchile.se/espanol/salud.htm>
- <http://deis.minsal.cl/index.asp>
- <http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge>
- <http://www.fonasa.cl/>
- <http://www.who.int/whosis/en/>
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Chili>
- livre “Le routard 2010”
- <http://www.isapre.cl/modulos.php?mod=phtml&fn=b447fa4594d4f5a662031715e0d25767>
- <http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2009/12/Gestaci%C3%B3n-Adolescente-y-Din%C3%A1micas-Familiares.pdf> , <http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2009/12/Gestaci%C3%B3n-Adolescente-y-Recursos-Disponi>
- <http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2010/03/Memoria-Chile-Crece-Contigo.pdf>

Un grand merci à toutes les personnes qui nous ont aidées: le personnel soignant du CESFAM, particulièrement la doctresse Castillo Taucher et la sage-femme Alejandra Castro, ainsi que les étudiants chiliens que nous avons côtoyé.

8) Annexes:

8.1) Annexe 1: les 56 pathologies prises en charge par l'AUGE

LAS ENFERMEDADES AUGE	
2002	Insuficiencia renal crónica terminal Cardiopatías congénitas operables Cáncer infantil que incluye leucemias, linfomas y tumores sólidos.
2003	Cáncer cervicouterino Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos.
2004	Infarto agudo al miocardio Diabetes mellitus tipo 1 Esquizofrenia Cáncer de mamas Cáncer de testículo en adulto Linfomas en adultos Cataratas en mayores de 15 años Artrosis de cadera (en adultos mayores de 65 años y más, con limitación funcional severa que requiere endoprótesis total). Escoliosis que requiere cirugía en personas menores de 25 años. Labio leporino y fisura palatina Disratias espinales operables VIH/Sida
2005	Infección respiratoria aguda infantil (menores de 5 años) Neumonía comunitaria de manejo ambulatorio (mayores de 65 años) Hipertensión arterial primaria o esencial Epilepsia no refractaria (menores de 15 años) Salud oral integral (menores de 6 años) Marcapasos (trastornos de generación del impulso y conducción en el adulto, que requieren marcapaso). Retinopatía del prematuro Prematurez (prevención, detección y manejo adecuado y oportuno del parto prematuro; hipoacusia del prematuro; displasia broncopulmonar del prematuro).
2006	Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en Personas de 35 a 49 Años, sintomáticos Cáncer Gástrico Cáncer de Prostata en personas de 15 años y más Vicios de Refracción en personas de 65 años y más Estrabismo en menores de 9 años. Retinopatía Diabética Desprendimiento de Retina Regmatógeno no traumático Hemofilia Depresión en personas de 15 años y más Tratamiento quirúrgico de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio. Asma Bronquial moderada y severa en menores de 15 años Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido
2007	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera o rodilla, leve o moderada Hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de Aneurisma cerebral Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar Leucemia en personas de 15 años y más Urgencia odontológica ambulatoria Salud oral integral del adulto de 60 años Politraumatizado grave Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave Trauma ocular grave Fibrosis Quística Artritis reumatoide Consumo perjudicial y dependencia de Alcohol y drogas en menores de 20 años Analgesia del Parto Gran Quemado Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
2008	Artritis Reumatoide Juvenil Asma bronquial en adultos Epilepsia en adultos Enfermedad de Parkinson Hernia de adultos Mal de Gaucher

8.3) Annexe 3: Différents cadeaux offerts par le Chile crece contigo



Image 29: Ce paquet est donné pour les bébés de 2 mois. Il contient un album photo et un mobile. Toutes ces couleurs permettent de stimuler l'enfant.



Image 30: Ce sont des marionettes de différents personnages. Ceci est offert aux enfants de 6 mois.



Image 32: Cartes avec d'un côté des images d'animaux et leur nom, et de l'autre côté des conseils et informations destinés aux parents pour prendre soin de leur bébé. Ils reçoivent ce paquet lorsque leur enfant a 1 an.

Image 31: Ce sont des petites cartes avec, d'un côté des images d'un animal et son nom, et de l'autre côté, des informations pour les parents pour prendre soin de leur bébé. Ils reçoivent ces cartes lorsque leur bébé a 1 an.