



Rapport de stage :
Immersion en
Communauté au Chili



Plan :

Introduction	p.3
Présentation du pays	p.4
Présentation du dispensaire : Le CESFAM de Santa Maria	p.10
Nos activités au CESFAM	p.16
L'hôpital San Camillo	p.33
Le système de santé chilien	p.34
1. Evolution	
2. les assurances	
3. sectorisation	
4. le modèle de santé familiale	
○ Droits et devoirs des patients	
○ Objectifs	
○ Principes	
○ Instruments	
5. prévention	
Comparaison entre le système de santé chilien et suisse	p.49
Avis personnels	p.53
Remerciements	p.54
Annexes	p.55

Introduction

Dans le cadre cette immersion en communauté, nous avons le choix entre effectuer notre stage en Suisse ou à l'étranger. Il nous a tout de suite semblé évident que nous voulions partir, afin de découvrir un système différent du nôtre, et de pouvoir rapporter cette expérience à Genève. Il nous semblait plus intéressant de se confronter à une situation inconnue plutôt que de rester dans un système que nous connaissions déjà.

En discutant avec des étudiantes de la volée supérieure, il nous est apparu qu'elles avaient été ravies de leur stage au Chili, et que leur contact était tout à fait disposé à accueillir de nouveaux étudiants. Malgré la barrière de la langue, nous avons tout de même opté pour cette option : nous ne parlions que peu l'espagnol avant de partir, chacune de nous ayant étudié cette langue seulement une année ou deux au cours de sa scolarité obligatoire.

Le but de notre stage était de découvrir le système de santé d'un pays différent du nôtre, et aussi de renforcer notre pratique de la médecine, en passant du temps avec chaque praticien du dispensaire. Nous savions par avance que cela nous serait difficile, puisque notre connaissance de la langue était limitée, mais aussi qu'au fil du temps, cette barrière serait de moins en moins grande.

Nous avons donc choisi de passer ce stage au CESFAM (Centro de Salud Familiar) de Santa Maria, qui se trouve à une heure et demi de Santiago.

La Dresse CASTILLO et la Dresse IGLESIAS ont pris en charge l'organisation de notre stage, en nous préparant un programme nous permettant d'atteindre nos objectifs, et en prenant contact avec les différentes instances médicales de la région, afin que nous puissions découvrir non seulement le CESFAM, mais aussi l'hôpital San Camillo. La Dresse CASTILLO est l'ancienne directrice du service de santé de la région d'Aconcagua, ce qui lui a permis de nous fournir de nombreuses explications sur le système de santé chilien. 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 sujets principaux sur lesquels nous avons basé notre travail d'IMC sont:

- le système de santé chilien vu d'un CESFAM,
- les différences, mais aussi les ressemblances avec le système de santé que nous connaissons
- nos activités au sein du CESFAM.

Présentation du pays : Le Chili :



Généralités :



Le Chili est un pays d'Amérique du Sud partageant ses frontières avec le **Pérou** au nord, la **Bolivie** au nord-est et **l'Argentine** à l'est. La capitale est Santiago.

Étant présent sur trois continents, l'Amérique du Sud, l'Océanie et l'Antarctique, le Chili peut se définir comme étant un pays tricontinental.

Le Chili fait partie des pays d'Amérique Latine. Il est sûrement celui où la culture européenne est la plus présente. Depuis 2010, il est considéré comme le pays le moins corrompu d'Amérique latine, et l'un des plus démocratiques.

On y parle l'espagnol chilien, mais aussi des langues amérindiennes comme le runa simi, le mapudungun ou l'aymara, et une langue polynésienne, le vânage rapanui (sur l'île de Pâques). Aucune de ces langues régionales ne possède de statut officiel.

La monnaie nationale est le peso (CLP). Actuellement, 1 frs = 500 pesos chilien environ.



Le drapeau chilien est fait de trois couleurs : le rouge, le bleu et le blanc, qui représentent respectivement le sang versé par les patriotes durant la guerre d'indépendance, le ciel chilien généralement clair, et les sommets enneigés de la Cordillère des Andes, qui visible sur tout le pays. L'étoile à cinq pointes représente le pouvoir de l'État qui veille au maintien de la patrie.

Démographie :

Du fait de l'amélioration des conditions de vie, l'espérance de vie des Chiliens est de 76,77 ans en moyenne (elle est la plus élevée d'Amérique Latine), alors que le taux de mortalité infantile est descendu à 7,8 ‰, notamment grâce au programme de physiothérapie visant à contrôler et réduire les risques liés aux maladies respiratoires infantiles récemment mis en place. Le taux de natalité a atteint son minimum historique en 2003 en diminuant à 15,23 ‰. Le taux de mortalité est quant à lui de 5,1 ‰, tandis que le taux de croissance naturelle est de 10 ‰.

La plupart des citoyens chiliens sont d'origine européenne, principalement espagnole. On compte aussi beaucoup de descendants d'immigrants britanniques et irlandais, arrivés au Chili durant l'époque coloniale. L'immigration allemande, parrainée par le gouvernement chilien a commencé en 1848 et a peu à peu changé le paysage culturel d'une grande partie de la région sud du Chili, qui affiche encore une forte influence allemande. Beaucoup d'autres groupes d'immigrants en provenance d'Italie, de Croatie, de Suisse, de Palestine, de Grèce et de France (Michelle Bachelet, le général Pinochet) sont également présents au Chili.

Le Chili possède une population estimée à 17 067 369 habitants en 2012. Selon le dernier recensement complet effectué en 2002, les chiffres sont de 15 116 435 habitants, dont 7 447 695 d'hommes et 7 668 740 femmes. Cependant, la zone centrale, située entre les villes de La Serena et de Concepción, concentre 78 % de la population totale du pays, tandis que Santiago et sa périphérie regroupe presque 40 % des Chiliens, soit environ six millions d'habitants.

Géographie :



Carte géographique du Chili

Le Chili s'étire sur 4 300 kilomètres de long, du Pérou au cap Horn, avec une largeur moyenne de 180 kilomètres. Le pays se situe dans une zone fortement sismique et volcanique.

Le pays est composé principalement d'une zone de plaines encadrée par deux chaînes de montagnes :

- la Cordillère des Andes à l'Est, qui marque la frontière naturelle avec la Bolivie et l'Argentine et qui culmine à l'Ojos del Salado (6 893 mètres), le volcan actif le plus élevé au monde ;
- la Cordillère de la Côte à l'Ouest, un massif beaucoup moins élevé qui culmine à environ 2 000 mètres.

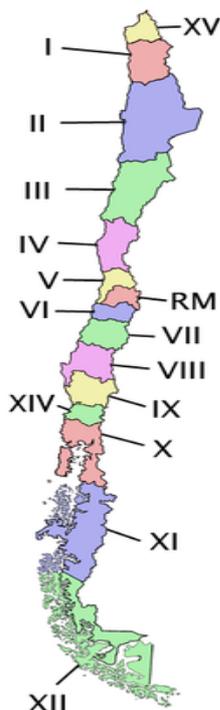
Entre la Cordillère de la Côte et le Pacifique se trouve une série de plaines littorales.

La géographie très particulière de ce pays, qui est en fait une mince bande de terre courant sur plus de 4 000 km du nord au sud, entraîne naturellement une grande diversité de climats. Les températures vont en augmentant doucement du Sud au Nord, tandis que les précipitations, très abondantes au Sud, se raréfient quand on remonte au Nord. Ainsi, le Sud du pays connaît un climat polaire océanique frais et très humide, tandis que le Nord connaît un climat désertique tempéré. Rappelons que le Chili est dans l'hémisphère sud, et donc que les saisons sont inversées par rapport à l'Europe.

La zone centrale, autour de la capitale, bénéficie, elle, d'un climat méditerranéen. Ce type de climat permet notamment à une végétation très variée de se développer, allant du cactus aux vignes en passant par les palmiers.

Depuis 1976, le Chili était divisé administrativement en treize régions, chacune contenant plusieurs provinces elles-mêmes divisées en communes. En 2007 le Chili, a créé deux nouvelles régions administratives ; il en possède donc désormais quinze.

À la tête de chaque région se trouve un intendant tandis que les provinces sont dirigées par un gouverneur provincial. Chaque province est divisée en *comunas* (communes) gérées par un maire. Les intendants et gouverneurs provinciaux sont nommés par le président, les maires sont élus par les citoyens.



Les régions sont désignées par un chiffre romain et un nom. Les numéros sont attribués du nord au sud. Les Chiliens utilisent généralement davantage le numéro que le nom complet. La région de Santiago fait exception et n'a pas de numéro correspondant, elle est désignée par les initiales RM (*Región Metropolitana*).

- XV: Région d'Arica et Parinacota (Arica)
- I : Région de Tarapacá (Iquique).
- II : Région d'Antofagasta (*Antofagasta*).
- III : Région d'Atacama (Copiapó).
- IV : Région de Coquimbo (La Serena).

Carte administrative du Chili

- V : Région de Valparaíso (*Valparaíso*) comprenant l'île de Pâques et l'archipel Juan Fernández.
- RM : Région métropolitaine de Santiago (Santiago du Chili).
- VI : Région du Libertador General Bernardo O'Higgins(Rancagua).
- VII : Région du Maule (Talca.)
- VIII : Région du Biobío (Concepción).
- IX : Région d'Araucanie (Temuco).
- XIV: Région des Fleuves (Valdivia)
- X : Région des Lacs (Puerto Montt)
- XI : Région Aisén del General Carlos Ibáñez del Campo (Coyhaique).
- XII : Région de Magallanes et de l'Antarctique chilien (Punta Arenas).



Pour notre part, nous nous trouvons dans la *région V de Valparaíso*, dans la province de St Felipe. La ville de Valparaíso (classé au patrimoine mondial de l'UNESCO), capitale de cette province, est le principal port du pays. Viña del Mar est quant à elle une des plus grande station balnéaire du pays, très prisée par les touristes de toute l'Amérique du Sud en été.

San Felipe est située à 88 km au nord de Santiago du Chili. Cette ville gagna en 1813, lors de la guerre d'indépendance chilienne, le surnom de Ville. Elle fut jusqu'en 1975 le chef-lieu de la province d'Aconcagua.



La ville de Valparaíso

Un peu d'histoire : La Colonisation hispanique :

En 1520, Fernand de Magellan est le premier explorateur européen à mettre pied sur le territoire de l'actuel Chili après avoir découvert le détroit qui porte son nom. En 1535, les conquistadores espagnols tentent de conquérir le territoire de la *valle de Chile* en combattant les Incas. L'expédition de Diego de Almagro est un échec. Celle de Pedro de Valdivia effectuée en 1536 sera plus convaincante.

En 1818, l'indépendance du Chili est déclarée et le pays est placé sous l'autorité de Bernardo O'Higgins qui prend le titre de Commandeur Suprême. Durant dix ans, le Chili est soumis à

une série de réformes qui tentent de donner une organisation au pays. Après trente ans d'un gouvernement conservateur (1831-1861) commence une période où le parti libéral (parti de gauche) prend possession du pouvoir. À ce moment-là, la croissance économique est très forte, grâce notamment à la croissance des échanges commerciaux à partir du port de Valparaiso. C'est en 1925 que l'on assiste à la naissance d'une République de type présidentielle. Les présidents séjournent dans le palais de la Moneda à Santiago, équivalent de la maison blanche aux USA.



Le palais de la Moneda

Politique :



Le 11 septembre 1973, un coup d'État mené par le général Augusto Pinochet renverse le président en charge Monsieur Salvador Allende. Ce coup d'État est accueilli avec soulagement par les conservateurs et certains démocrates-chrétiens, qui espèrent récupérer rapidement le pouvoir. Mais la junte militaire prend le pouvoir et le conservera jusqu'en 1990, imposant une des dictatures les plus connues au monde.

La junte dissout le Congrès national, les conseils municipaux, les syndicats et les partis politiques. La liberté de la presse est abolie, le couvre-feu instauré. Les opposants sont arrêtés, torturés, déportés ou exécutés. En dix-sept ans, le régime du général Pinochet est responsable de la mort ou de la disparition d'au moins 2 279 personnes.

En 1988, Pinochet demande la prolongation de son mandat par référendum mais n'obtient que 44,01 % d'approbation, contre 55,99 % de votants qui demandent son départ et la fin de la dictature. Il organise alors une transition progressive vers la démocratie (tout en se garantissant une immunité constitutionnelle). Actuellement, le Chili est une démocratie républicaine.

Il faudra attendre 1990 pour que Pinochet laisse son poste de président, bien qu'il reste encore 7 ans à la tête de l'armée.



En ce qui concerne le président actuel, il s'agit de Monsieur Sebastian Pinera qui est entré en fonction le 11 mars 2010.

Le président Pinera

Economie :

L'agriculture et l'élevage sont les principales activités des régions du centre et du sud du pays. L'exportation de fruits et légumes atteint des niveaux historiques car le marché s'ouvre aux marchés européen et asiatique depuis les années 1990. Le Chili connaît aussi une forte croissance dans le domaine de la pêche. Ainsi, le pays est devenu le premier exportateur de saumon en dépassant le niveau de la Norvège en 2006.

Le Chili est surtout connu pour ses vins délicieux, dont il est le cinquième exportateur au monde.

Mais la principale exportation du pays reste le cuivre avec 36 % du marché mondial.

Malgré l'élévation du niveau de vie de tous les habitants, le Chili a toujours une répartition des revenus très inégale et est placé d'ailleurs placé au 16^e plus mauvais rang pour les inégalités de richesse au monde. Par conséquent, si l'on considère un seuil de pauvreté défini en fonction du niveau de vie moyen, une partie importante de la population chilienne vit sous ce seuil.

Depuis les années 1990, le tourisme au Chili est devenu une des principales ressources économiques, spécialement dans les zones extrêmes du pays (désert d'Atacama au nord, Patagonie et Terre de Feu au sud), ainsi que sur l'île de Pâques.

Religion :

Sur le plan religieux, le dernier recensement de 2002 montre que 70 % des Chiliens se déclarent catholiques. Les 30 % restant sont protestants évangéliques (15,14 %), 1,06 % sont témoins de Jéhovah, 0,92 % sont mormons et 0,5 % de confession juive. Les athées, agnostiques ou sans religion représentent 10 % du total.

Le CESFAM de Santa Maria

Nous avons effectué notre stage au cœur du CESFAM (centre de santé familiale) de Santa Maria. Cette structure est récente, elle a été inaugurée il y a un peu plus d'un an, et remplace l'ancien CESFAM, qui a depuis été détruit.



Entrée du CESFAM de Santa Maria, nommé Dr Jorge Ahumada Lemus

Deux directrices sont responsables du CESFAM : la première est aussi responsable du département de santé régional. La seconde, la Dresse CASTILLO, est l'ancienne directrice du service de santé de la région de Aconcagua. Elle est la personne responsable de notre stage, et est aidée dans sa tâche par la physiothérapeute Lorena IGLESIAS, qui a elle aussi participé à l'organisation de notre immersion.

Cette structure de soins se présente comme un petit hôpital : on y trouve des médecins, des sages femmes, des nutritionnistes, des infirmières, des dentistes, des physiothérapeutes, des psychologues, une clinique, une pharmacie et même une salle de petite chirurgie.

Le CESFAM est un centre de soins uniquement ambulatoire.

La population de la province de Santa Maria est divisée en différents secteurs, et chaque secteur dépend d'un lieu de soin donné. Le CESFAM de Santa Maria correspond aux secteurs 2 et 3, et de ce fait, la population soignée est une population majoritairement rurale.

Un des points central du CESFAM est l'**accueil** (le **SOME**). C'est là que les gens prennent leur rendez vous. Contrairement à Genève, il n'est pas habituel de téléphoner et de prévoir un rendez vous, mais plutôt de se rendre directement sur place. En fonction des plaintes des patients, les réceptionnistes les acceptent pour une consultation immédiate ou leur donnent un rendez vous ultérieur.

Lors de la prise du rendez vous, le patient reçoit une tranche horaire durant laquelle il doit venir, mais pas d'heure précise. Par exemple, un patient ayant rendez vous entre 11h et 12h peut attendre une heure entière avant d'être pris en charge.

Malgré cette attente, le système est efficace, les patients sont en général ponctuels, et les soignants peuvent aménager leur temps de consultation au mieux : si ils doivent rester une demi-heure avec un patient, ils ne sont pas en retard pour la consultation suivante.

C'est également au SOME que les dossiers sont rangés. A Santa Maria, les dossiers sont encore sur papier, comme dans de nombreux endroits au Chili. En effet, certains centres ont introduits les dossiers informatisés, mais cette technique est beaucoup trop coûteuse pour le CESFAM de Santa Maria.

Sur chaque dossier apparaît le prénom et les deux noms de famille du patient, mais aussi un numéro d'identification, le RUT, qui correspondrait à notre numéro d'assuré en Suisse.



Le SOME, point central du CESFAM

Chaque **praticien** dispose de son propre espace de travail, avec tout le matériel dont il a besoin pour recevoir ses patients. Le CESFAM dispose d'environ une quinzaine de cabinets.



Un box de consultation classique (utilisé par les médecins, les infirmières, les nutritionnistes)



La **clinique** est le lieu où sont réalisés certains examens et soins primaires. De 8h à 10h, les infirmières réalisent les prises de sang et récoltent les échantillons d'urine, avant de les envoyer vers les laboratoires de la région pour analyses. De nouveau, les patients n'ont pas d'heure de rendez-vous, ils viennent tous pour 8h et attendent leur tour dans le couloir, ce qui donne l'impression de « travail à la chaîne ».

Ensuite, les infirmières réalisent des soins primaires : des pansements, des

injections intramusculaires, très répandues.



La « **morbilidad** » est un mini service d'urgence (appelé urgences seulement à partir de 17h) : les patients ne prennent pas de rendez-vous pour y venir, ils se présentent à l'accueil quand ils en ont besoin, et le réceptionniste leur donne une tranche horaire à laquelle revenir pour limiter l'attente. C'est là que viennent les personnes atteintes de la grippe, de vomissements, ou encore après une chute. Les problèmes traités sont peu graves (si ils le sont plus, les patients sont dirigés vers les urgences de l'hôpital), et sont principalement des pathologies aiguës.

La morbilidad est un point de passage obligatoire avant de pouvoir aller aux urgences de l'hôpital, sauf si le problème est plus grave et met en danger la vie du patient : dans ce cas, le transfert se fait immédiatement.

Dans ce service, on trouve deux mini-box de consultations. Avant de voir le médecin, l'infirmière prend les signes vitaux et récolte la plainte du patient. Cette plainte est ensuite explorée à nouveau par le médecin lors de la prise en charge, afin de vérifier qu'elle est bien réelle.

Plusieurs médecins se relayent et travaillent ensemble. En raison de l'affluence des patients, il est nécessaire que plusieurs médecins soient sur place.



La Morbilidad

La **salle ERA** est une salle de physiothérapie respiratoire pour adulte. Les physiothérapeutes et leurs élèves réalisent des spirométries, de la prévention contre le tabagisme et expliquent l'utilisation des médicaments par aérosols. Les patients suivis sont atteints de maladies respiratoires chroniques, telles que de l'asthme et des BPCO. Les physiothérapeutes réalisent les examens et donnent un premier avis diagnostic, qui est ensuite confirmé par le médecin.



La salle ERA

La **salle IRA** est une autre salle de physiothérapie, mais cette fois pour les enfants entre 0 et 12 ans. Quand un petit patient arrive, la physiothérapeute responsable, Lorena, réalise une brève anamnèse respiratoire. Elle procède ensuite à une première auscultation pulmonaire, afin de cerner le problème de l'enfant. Elle réalise des compressions en rythme avec la respiration de l'enfant, afin de stimuler le mouvement des sécrétions et de faciliter leur évacuation. Si besoin, elle fait des inhalations de broncho-dilatateurs pour aider ses patients. Enfin, elle ausculte une deuxième fois pour évaluer l'efficacité de son traitement.



La salle IRA et les physiothérapeutes, Lorena, Andrea et Bernardo

La **salle de rééducation** est l'endroit où travaillent les autres physiothérapeutes du CESFAM. Ils réalisent des massages pour soulager leurs patients et leur font faire des exercices pour les aider à réduire leurs douleurs. Ils disposent de tout l'équipement nécessaire pour réaliser leur tâche (ultrasons, Tension Thérapie, exercice thérapeutique et UT).



La salle de rééducation

La **pharmacie** contient les médicaments les plus utilisés et les plus prescrits, que les patients peuvent retirer gratuitement sur présentation de l'ordonnance. Les médicaments moins courants n'y sont pas disponibles et doivent être achetés. On y trouve même des préservatifs, donnés gratuitement sur présentation de l'ordonnance.

Il existe un cabinet un peu particulier dans le CESFAM, que nous ne connaissons pas à Genève. C'est celui de la personne chargée des **interconsultations** : quand une personne doit être envoyée à l'hôpital par un médecin du CESFAM, par exemple pour y subir des

examens ou une opération, elle doit obligatoirement se rendre à cette consultation, qui coordonne le passage entre ce centre de soins ambulatoire et l'hôpital de la région. Le CESFAM dispose de plusieurs annexes aux alentours de Santa Maria.

Le **CECOF de Tocornal** (centre communautaire de santé familiale) se trouve à une dizaine de minutes en voiture du CESFAM. Il reçoit les mêmes patients que le CESFAM, mais le médecin est présent seulement le matin. Ici, pas de différence entre les urgences et les consultations chroniques, le médecin traite tous les patients indifféremment. On y trouve également un dentiste, une sage femme et des infirmières, ainsi qu'une petite pharmacie.

La **Posta de Santa Filomena** dispose de deux cabinets médicaux et d'une petite pharmacie. Un tournus de médecins, infirmières et podologues est organisé certains jours de la semaine.

La dernière annexe se trouve dans la campagne environnante, à **Las Cabras**. Le médecin n'est présent qu'une fois par mois, mais c'est un lieu important pour les personnes isolées qui n'ont pas de moyen de transport, cette région étant peu desservie par les bus.

Certification du CESFAM :

Il existe au Chili un programme d'évaluation des centres de soins qui se base sur une évaluation de l'équipe de santé, sur les processus de soins, la qualification du personnel et les résultats obtenus.

3 niveaux de certification ont été définis : développement moyen, moyen supérieur et supérieur, le CESFAM de Santa Maria appartenant à la catégorie moyen supérieur. Cette certification existe depuis 2009.

Les différents critères évalués sont la gestion de l'agenda, la qualité de l'équipe de santé, le pourcentage de la population prise en compte dans les cas de santé familiale, et le nombre et la qualité des visites à domicile.

Nos activités au sein du CESFAM

Le but de notre stage était de pouvoir observer un système de santé différent du nôtre, et de pouvoir mettre en évidence les ressemblances et les divergences entre ces deux modèles, à savoir le chilien et le suisse.

Pour ce faire, il nous paraissait primordial de nous immerger totalement dans la vie du dispensaire, et de sortir de notre rôle « d'observatrices ». Nous avons pu atteindre nos objectifs grâce à la motivation, la patience et la volonté de toute l'équipe du CESFAM, et particulièrement de ces deux directrices, la Dre Carmen CASTILLO TAUCHER et la Dre Lorena IGLESIAS.

Nous avons en effet participé à toutes les activités du CESFAM, en passant un peu de temps avec chaque praticien. Après avoir visité l'ensemble des disciplines représentées dans le dispensaire, nous avons pu approfondir notre pratique médicale en réalisant de nombreuses demi-journées avec les médecins.

Un des avantages du CESFAM de Santa Maria est qu'en raison de sa localisation rurale et relativement isolée, les patients étaient très intéressés par notre venue et tout à fait disposés à nous accueillir. Nous avons également été très vite intégrées dans l'équipe médicale du CESFAM.

Au CESFAM, la journée débute bien avant 8h. Dès 7h, les patients affluent, et les réceptionnistes sont chargés de leur attribuer les rendez vous, des les diriger vers les spécialités compétentes, et parfois simplement de répondre à leurs questions concernant le fonctionnement du CESFAM, du système de santé ou des assurances.

Les consultations débutent à 8h du matin. Il n'y a que deux salles d'attente dans le CESFAM, une à chaque extrémité, et elles sont déjà bien remplies à cette heure. Chaque praticien appelle son patient depuis son box de consultation, par le biais d'un haut parleur.

La première activité que nous avons réalisée s'est déroulée avec la **sage femme**. De nombreuses femmes viennent la consulter pour obtenir un moyen de contraception, ou simplement pour un contrôle de routine. En effet, au Chili, pour pouvoir obtenir la pilule contraceptive, les femmes doivent venir en contrôle tous les trois mois : la sage femme réalise une brève anamnèse gynécologique, puis vérifie la tension artérielle de la patiente. Si aucun problème particulier n'est détecté, le renouvellement de l'ordonnance est fait pour une durée de trois mois, voire six si la patiente semble responsable et compliant vis à vis de son traitement.

La sage-femme réalise aussi une partie des suivis de grossesse, conjointement avec les gynécologues. Quand les femmes enceintes doivent subir une échographie, elles se rendent chez leur médecin, mais si elles ne nécessitent pas d'examen en particulier, elles ne voient que leur sage-femme. Celle-ci est la première à introduire le programme de prévention Chile Crece Contigo (Le Chili grandit avec toi), qui est un programme d'accompagnement aux mères et aux enfants de 0 à 4 ans.

Nous avons pu délimiter le fond de l'utérus, mesurer la taille du ventre pour évaluer la croissance du fœtus et écouter le cœur du bébé. Lors de ces premières consultations, il était difficile pour nous de surmonter la barrière de la langue, mais nous avons tout de même appris de nombreuses choses.

Un des cas les plus marquants que nous ayons vu était celui d'une jeune fille de 15 ans, qui souffrait de condylomes causés par le virus HPV. Lors de la consultation, qui était réalisée à la demande de sa mère, la sage-femme lui a expliqué les risques qu'elle prenait si elle n'utilisait pas de moyen de contraception, les conséquences de cette infection par le virus HPV, en abordant la possibilité de développer un cancer, et lui a rappelé l'importance de se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles. Ce qui nous a beaucoup frappé est que bien qu'elle ait quinze ans, cette jeune fille ne semblait pas être au courant de tous ces risques. Nous avons alors appris que peu de prévention est faite dans les écoles, et que beaucoup d'adolescentes ignorent tout de la contraception ou des MST. Il a ensuite été décidé de pratiquer un test de dépistage du VIH sur cette jeune fille.

Nous avons également été marquées par de nombreuses rencontres avec des mères adolescentes, la plus jeune que nous ayons pu rencontrer n'ayant que 13 ans. C'est un phénomène très courant dans cette région plutôt rurale, comme dans de nombreuses autres régions du Chili.

Nous nous sommes rendues compte que l'information sur la contraception se fait souvent après la première grossesse, une fois que les jeunes filles sont en contact régulier avec la sage-femme.

La **physiothérapie** est une activité très importante dans le CESFAM.

Les trois salles différentes de physiothérapie ne désemplissent pas, surtout en hiver, où celles consacrées aux problèmes respiratoires sont surchargées.

Les patients de la salle ERA sont des adultes atteints de diverses maladies respiratoires chroniques, telles que de l'asthme ou des BPCO (broncho-pneumopathies chroniques obstructives). Les physiothérapeutes reçoivent aussi de nombreux patients fumeurs, afin de réaliser une évaluation de leur fonction pulmonaire, et tenter de leur faire comprendre les dangers du tabagisme. La plupart de ces patients fumeurs font en fait partie du programme cardio-vasculaire : la visite en salle ERA a pour but de leur faire comprendre les dangers liés au tabac d'un point de vue respiratoire, mais aussi du point de vue circulatoire, et ainsi d'agir sur l'un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire.

Nous avons pu participer à la réalisation de tests de spirométrie, et avons également pu nous entretenir avec les patients, afin de les sensibiliser aux risques du tabagisme.

Les physiothérapeutes déplorent le manque de prévention liés aux risques du tabac au Chili : sur les paquets de cigarettes, seul le risque de cancer pulmonaire est évoqué. De même, les médias n'abordent jamais les autres problèmes de santé liés à la cigarette. La notion de tabagisme passif, notamment pour les enfants, n'est pas abordée non plus.

Les pathologies traitées dans la salle de rééducation sont quant à elles plus variées : en effet, les physiothérapeutes peuvent prendre en charge un patient ayant besoin de rééducation après une chute, ou un patient souffrant d'arthrose, ou tout simplement un patient faisant

partie du programme cardio-vasculaire, afin de lui faire comprendre les bienfaits de l'activité physique, et l'aider à diminuer ses facteurs de risque en l'aidant par exemple à perdre du poids et à retrouver de la mobilité.

Les traitements employés sont divisés par les physiothérapeutes en trois catégories : les massages, les exercices physiques, et les traitements réalisés à l'aide de machines.

Pour traiter des douleurs dorsales, ils utilisent les massages, puis l'exercice physique : après un bref échauffement musculaire, les patients réalisent des exercices afin de renforcer les muscles de la colonne. Les physiothérapeutes montrent aussi des exercices que les patients peuvent réaliser chez eux, afin de continuer le travail commencé.

Si besoin, ils utilisent les différentes machines dont ils disposent, telles que les ultrasons ou l'électrothérapie, comme par exemple dans les cas d'arthrose du genou.

Dans cette salle, aucun protocole fixe n'est défini pour le traitement d'une maladie. Les physiothérapeutes réévaluent leurs patients au début de chaque séance, et adaptent alors leur programme de soins en fonction de l'évolution des douleurs.

Nous avons eu la chance d'assister à la première consultation d'un nouveau patient : il s'agissait d'un homme de 82 ans, qui vivait seul, complètement autonome, mais qui souffrait depuis quelques mois de douleurs causées par une arthrose de la hanche. Lors de cette première consultation, les physiothérapeutes réalisent une évaluation complète de leur patient : après avoir rempli une fiche de renseignements, ils réalisent un test appelé Indice de Barthel, qui permet d'évaluer l'autonomie du patient et une éventuelle incapacité fonctionnelle.

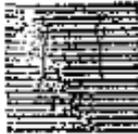
Ensuite, ils réalisent une évaluation kinésiologique fonctionnelle, afin de cibler quelles sont les articulations ou les muscles nécessitant le plus d'attention. Pour cela, ils demandent à leur patient de réaliser différents mouvements.

Enfin, ils réalisent une évaluation cognitive, et remplissent l'échelle de dépression gériatrique, qui est un ensemble de questions visant à déterminer l'état mental d'une personne âgée.



INDICE DE BARTHEL

Comida:		
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extenderla, marfilearla... pero es capaz de comer solo.	
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	
Lavado (baño)		
5	Incapaz de bañarse. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.	
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	
Vestido		
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.	
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.	
Arreglo		
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.	
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.	
Deposición		
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
0	Incontinente. Más de un episodio semanal.	
Micción		
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal...).	
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.	
Ir al retrete		
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.	
Transferencia (traslado cama/sillón)		
5	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
0	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.	
Deambulación		
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica (excepto un andador). Si utiliza una prótesis, puede ponerse y quitársela solo.	
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión.	
0	Dependiente.	
Subir y bajar escaleras		
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.	
La incapacidad funcional se valora como:		Puntuación Total:
* Severa < 20 puntos	* Moderada 40-65 puntos	
* Grave 20-35 puntos	* Leve >= 80 puntos	
	Independiente 100 puntos	



PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN INTEGRAL
CESFAM SANTA MARÍA

Ficha de Evaluación Kinésica Funcional

NOMBRE _____ EDAD _____ Nº FICHA: _____
 FECHA INGRESO: _____ FECHA REEVALUACIÓN: _____

DOLOR OSTEOARTICULAR: Utilice Escala Visual Analógica EVA, escriba el puntaje frente a cada articulación:

Articulación	Des.	Lo.	Articulación	Des.	Lo.
Hombro			Cadera		
Codo			Rodilla		

Screening de la funcionalidad segmentaria.

DERECHA						HOMBRO			IZQUIERDA					
1	2	3	PRUEBA DE RASCARSE LA ESPALDA			5	2	1						
cm						DISTANCIA ENTRE DEDOS MEDIOS A NIVEL DE ESPALDA			cm					
DERECHA						CODO			IZQUIERDA					
1	2	3	FLEXIÓN			3	2	1						
1	2	3	EXTENSIÓN			3	2	1						
1	2	3	SUPINACIÓN			3	2	1						
1	2	3	PRONACIÓN MANO			3	2	1						
DERECHA						MANO			IZQUIERDA					
1	2	3	OPRESIÓN			4	2	1						
1	2	3	PRENSIÓN CADERA			5	2	1						
DERECHA						TEST PERNAS CRUZADAS RODILLA			IZQUIERDA					
1	2	3	FLEXIÓN			3	2	1						
1	2	3	EXTENSIÓN			3	2	1						
0	25	50	75	100	%	FUERZA DE CUADRICEPS			0	25	50	75	100	%
DERECHA						TOBILLO			IZQUIERDA					
1	2	3	FLEXIÓN			3	2	1						
1	2	3	EXTENSIÓN			3	2	1						
cm						PRUEBA DE SENTARSE EN LA SILLA Y ALCANZAR LA PUNTA DEL PIE			cm					
cm						DISTANCIA DEL DEDO MEDIO DE LA MANO A LA PUNTA DEL PIE			cm					
CAIDAS (ÚLTIMOS 6 MESES)						NO			SI			CANTIDAD		
DETECCIÓN UNILATERAL (2) Interpos: >5 segs						DERECHA			IZQUIERDA			Seg.		
DIFER. I.P. AND GC (2) Interpos												Segundo		
Normal: < 10 segs; 10 segs: 10 a 20 segs; 6 to 10 segs: >20 segs														

P.R.I. CESFAM SANTA MARÍA KLGQ CARLOS BARRERA

SI	AYUDAS TÉCNICAS	NO
BASTÓN	ANDADOR	SILLA DE RUEDAS
OTRO: _____		
EV. ENF. DE PARKINSON		
BRADICINESIA	RIGIDEZ	TEMBLOR DE REPOSO
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(Brazo Chigado)	(Flexión y Extensión de Muñeca y Codo)	(Mov. Pulgar Índice Recíproco)
		ALT. REFLEJOS POSTURALES
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		(Test de Español)
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA		
NO		
SI		
Veces y semana: _____		
DONDE: _____		
EV. FUNCIÓN RESPIRATORIA: EPOC <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/>		
Compensado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
ANTECEDENTES PSICOSOCIALES Y REDES		
¿Su vida es acompañada por? <input type="checkbox"/>		
¿Algunas personas le causan preocupación de salud? <input type="checkbox"/>		
¿Le agrada pasar por actividades de su país? <input type="checkbox"/>		
¿Presenta otros problemas de salud? <input type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICO KINESIO FUNCIONAL:		
.....		
.....		
.....		
PRESESIONES KINESIICAS		
A un dolor <input type="checkbox"/>	Rangos articulares <input type="checkbox"/>	Fuerza muscular <input type="checkbox"/>
Marcha <input type="checkbox"/>	AVC <input type="checkbox"/>	Tolerancia al esfuerzo <input type="checkbox"/>
Equilibrio <input type="checkbox"/>	Prevención de caídas <input type="checkbox"/>	Ayudas técnicas <input type="checkbox"/>
		Integración social <input type="checkbox"/>
		Cognición <input type="checkbox"/>
		Fisiología <input type="checkbox"/>
Citas: _____		
PLAN DE TRATAMIENTO		
INDIVIDUAL N° SESIONES		GRUPAL N° SESIONES

YO DECLARO TENER CONOCIMIENTO Y ESTAR DE ACUERDO CON LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO ANTERIORMENTE DESCRITOS, DE LA MISMA FORMA SEÑALÉ MI COMPROMISO HACIA EL TRATAMIENTO QUE SE INICIA.



PROGRAMA DE
REHABILITACIÓN INTEGRAL
DE SAN SANTA MARÍA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE

		SI	NO
1	¿ESTÁ SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTÁ VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABRURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE GUSTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLEENIA DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
Puntaje total			

0 a 5 puntos	NORMAL
6 a 9 puntos	DEPRESIÓN LEVE
10 o más puntos	DEPRESIÓN ESTABLECIDA

Traduction de la fiche d'entrée kinésiologique :

Fiche d'entrée

I. Antécédents généraux

Date d'entrée :	Numéro de Fiche :		
Nom :			
Rut :	Date de naissance :	Age :	Sexe :
Adresse :			
Téléphone :			

II. Antécédents cliniques
Personne qui a envoyé le patient :
Diagnostic :
Médicaments :
Examens complémentaires :
Traitement non pharmacologique antérieur :
Co-morbidités

Observations :

Indice de Barthel :

Repas

10	Indépendant. Capable de manger seul en un temps raisonnable. Le repas peut être cuisiné et servi par une autre personne
5	Nécessite de l'aide pour couper la viande, étendre le beurre, mais est capable de manger seul.
0	Dépendant, nécessite d'être alimenté par une autre personne.

Bain

5	Indépendant. Capable de se laver entièrement, de rentrer et de sortir de la baignoire sans aide et de le faire sans supervision.
0	Dépendant. Nécessite une aide ou une surveillance quelconque.

Habillage

10	Indépendant. Capable de mettre et d'enlever ses vêtements sans aide.
5	Nécessite de l'aide. Réalise sans aide plus de la moitié de ces tâches en un temps raisonnable.
0	Dépendant. Nécessite de l'aide.

Arrangement

5	Indépendant. Réalise toutes les activités personnelles sans aucune aide, les compléments nécessaires pouvant être faits par des tiers.
0	Dépendant, nécessite une aide quelconque.

Défécation

10	Continent, aucun épisode d'incontinence
5	Accident occasionnel. Moins de une fois par semaine, ou besoin d'aide pour mettre des suppositoires ou faire des lavements
0	incontinent. Plus de un épisode par semaine.

Miction

10	Continent, pas d'épisode d'incontinence. Capable d'utiliser tous les dispositifs seuls (bouteilles, sonde, urinal)
5	Accident occasionnel. Présente au plus un épisode en 24 heures, ou nécessite de l'aide pour manipuler les dispositifs ou les sondes.
0	Incontinent, plus de un épisode en 24 heures.

Aller aux toilettes

10	Indépendant, entre et sort seul et ne nécessite aucune aide extérieure
5	Nécessite de l'aide. Capable de se débrouiller avec un peu d'aide, est capable d'utiliser le papier hygiénique, peut s'essuyer seul.
0	Dépendant. Incapable d'y accéder ou de les utiliser sans aide majeure.

Transfert du lit au fauteuil

15	Indépendant, ne nécessite pas d'aide pour se lever ou s'asseoir de la chaise, ni pour se lever ou se coucher dans le lit
10	Aide minime, incluant une supervision et une petite aide physique
5	Grande aide, surtout d'une personne forte.

0	Dépendant, nécessite une grue ou l'aide de deux personnes. Est incapable de rester assis.
---	---

Marche

15	Indépendant, peut marcher 50m ou l'équivalent à la maison sans aide ni supervision. Peut utiliser toutes les aides mécaniques sauf les déambulateurs. Si il utilise une prothèse, il peut la mettre ou l'enlever seule.
10	Nécessite de l'aide. Nécessite une supervision ou une petite aide de la part d'une personne ou utilise un déambulateur.
5	Indépendant en chaise roulante, ne requiert ni aide ni supervision.
0	Dépendant.

Monter et descendre les escaliers

10	Indépendant. Capable de monter ou de descendre un escalier sans aide ni supervision d'une autre personne
5	Nécessite de l'aide ou une supervision
0	Dépendant, est incapable.

L'incapacité fonctionnelle s'évalue comme : sévère < 20 points, grave : 20-35 points, modérée 40-55 points, faible >= 60 points, Indépendant : 100 points.

Fiche d'évaluation kinésiologique

Nom	Age	Numéro de fiche
Date d'entrée	Date de ré-évaluation	

Douleur ostéo-articulaire : Utiliser l'échelle analogique visuelle EVA, noter le pourcentage pour chaque articulation

Articulation	Droite	Gauche	Articulation	Droite	Gauche
Epaule			Hanche		
Colonne			Genou		

Droite			Epaule			Gauche		
1	2	3	Essayer de se gratter l'épaule			1	2	3
Cm			Distance entre les majeurs au niveau des épaules			Cm		

Droite			Coude			Gauche		
1	2	3	Flexion			1	2	3
1	2	3	Extension			1	2	3
1	2	3	Supination			1	2	3
1	2	3	Pronation			1	2	3

Droite			Main			Gauche		
--------	--	--	------	--	--	--------	--	--

1	2	3	Opposition	1	2	3
1	2	3	Préhension	1	2	3

Droite			Hanche			Gauche		
1	2	3	Test des jambes croisées			1	2	3

Droite			Genou			Gauche		
1	2	3	Flexion			1	2	3
1	2	3	Extension			1	2	3
0, 25, 50, 75, 100 %			Force des quadriceps			0, 25, 50, 75, 100 %		

Droite			Cheville			Gauche		
1	2	3	Flexion			1	2	3
1	2	3	Extension			1	2	3
Cm			Tente de s'asseoir sur une chaise et de toucher le bout de son pied, distance entre le majeur et la pointe du pied			Cm		

Chute les 6 derniers mois : Oui Non Nombre

Station unipodale (3 essais, plus de 5s) : Droite (sec) Gauche (sec)

Temps d'aller-retour (6m) : en sec.

Normal <10s

Risque faible 10-20s

Haut risque >20s

Oui	Aides Techniques		Non	
Canne	Déambulateur	Chaise roulante	Autres	

Evaluation de la maladie de Parkinson

Bradikinesie Oui Non

Rigidité Oui Non

Tremblement de repos Oui Non

Altération des réflexes posturaux Oui Non

Réalise une activité physique : Non Oui (x par semaine) Ou ?

Evaluation de la fonction respiratoire : EPOC ASTHME **Compensé ?** Oui Non

Antécédents psychologiques

Le patient se sent-il accompagné ?

Sent-il que les gens de son foyer se préoccupent de lui ?

Aime-t-il participer à des activités de groupe ?

A-t-il des troubles du sommeil ?

Diagnostic kinésilogique fonctionnel :

Prestations kinésiologiques :

Soulager la douleur	Exercices articulaires	Force musculaire	Intégration psychosociale
Marche	AVD	Tolérance à l'effort	Cognition
Equilibre	Prévention des chutes	Aides techniques	Physiothérapie

Plan de traitement Nombre de sessions Groupe

Evaluation cognitive

Il s'agit de l'évaluation cognitive également utilisé en Suisse.

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | ou | Citron | ou | Fauteuil |
| 12. Fleur | | Clé | | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Langage

/ 8

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Montrer un crayon. | 22. Quel est le nom de cet objet ?* | <input type="checkbox"/> |
| Montrer votre montre. | 23. Quel est le nom de cet objet ?** | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** | | <input type="checkbox"/> |

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Echelle de dépression psychiatrique :

	Oui	Non
Etes vous satisfait de votre vie ?	0	1
Avez vous renoncé à de nombreuses activités ?	1	0
Sentez-vous que votre vie est vide ?	1	0
Vous trouvez vous plus ennuyeux ?	1	0
Avez vous moins bon appétit ?	0	1
Avez-vous peur que quelque chose de grave se passe ?	1	0
Vous sentez-vous souvent heureux ?	0	1
Vous sentez-vous abandonné ?	1	0
Préférez-vous rester chez vous plutôt que de sortir ?	1	0
Pensez-vous avoir plus de problèmes que la majorité des gens ?	1	0
Pensez-vous que la vie est merveilleuse ?	0	1
Avez-vous peu envie de commencer de nouveaux projets ?	1	0
Vous sentez-vous plein d'énergie ?	0	1
Sentez-vous que votre situation est désespérée ?	1	0
Pensez-vous que beaucoup de gens sont mieux que vous ?	1	0

0 à 5 points : normal

6 à 9 points : dépression faible

10 ou plus : dépression établie.

La salle IRA est une des salles dans lesquelles nous avons passé beaucoup de temps. Elle prend en charge les enfants de 0 à 20 ans, mais la plupart des patients ont entre 6 mois et 4 ans. Les enfants qui viennent à la salle IRA peuvent y venir de façon ponctuelle, si ils présentent une maladie respiratoire aiguë et ont des difficultés à respirer, ou alors de façon chronique, par exemple pour ceux souffrant d'asthme ou de bronchopathies obstructives chroniques. Nous avons été surprises de voir qu'aucun patient ne souffrait de mucoviscidose. En effet, nous pensions que c'était une des indications les plus courantes à la physiothérapie respiratoire. Il y a en fait très peu de cas de mucoviscidose au Chili, les allèles responsables de la maladie étant peu présents chez les populations latino-américaines.

Nous avons appris à réaliser une auscultation pulmonaire, et à différencier les différents bruits respiratoires, ce qui n'était pas facile avec ces petits patients pas toujours très coopératifs. Nous avons aussi pu apprendre à réaliser les compressions thoraciques, en rythme avec la respiration. Elles ont pour but de faire bouger les sécrétions présentes dans les poumons, et d'aider l'enfant obstrué à mieux respirer.

Dans certains cas, nous devons même réaliser des inhalations de bronchodilatateurs sur les enfants, afin qu'ils puissent retrouver un peu de leur confort.

Nous avons pu voir plusieurs fois les mêmes patients, ce qui nous a permis de suivre leur évolution, et de voir les résultats de notre propre travail. Nous avons vraiment pu être autonomes dans cette salle, et prendre en charge seules les enfants, toujours sous la surveillance de Lorena.

A la **clinique**, nous avons pu réaliser nos premières prises de sang seules, ainsi que nos premiers pansements. Nous avons été surprises par la confiance évidente des soignants, qui nous ont laissé toutes seules dès le premier jour, sans même savoir si nous étions réellement capables de réaliser ces actes. De même, les patients n'étaient jamais prévenus que nous étions des étudiantes.

La technique est similaire à la nôtre, mais le respect de l'hygiène y est beaucoup plus sommaire : pas de gants ni de désinfection des mains, les plaies qui nécessiteraient un débridement chirurgical ne sont soignées que par un pansement simple.

Il n'est pas rare que dans cette salle, les infirmières traitent deux patients en même temps, afin de limiter leur attente. Une fois encore, l'intimité du patient n'est pas vraiment respectée, car il y n'a pas de séparation physique entre les patients, et chacun peut voir quel est le problème de l'autre.

Ici, les infirmières ont une autonomie totale, elles s'occupent du traitement de plaies parfois graves, décident du traitement et du type de pansement qui conviennent, et surveillent elle-même l'évolution, sans avis médical.

Nous avons passé beaucoup de temps avec les **médecins**, ce qui nous a permis de renforcer notre pratique de la médecine, et surtout de nous confronter aux patients. Les premiers jours, nous assistions aux consultations et discussions avec les patients, mais la barrière de la langue nous limitait dans nos actions. Au bout de la première semaine, nous avons déjà beaucoup progressé en espagnol, et nous avons alors pu commencer à réaliser les consultations seules : le médecin nous donnait un dossier, nous allions chercher le patient, réalisons une anamnèse le plus complète possible puis l'examen physique, avant de retourner voir le médecin. En présence du patient, nous lui présentions le cas, expliquions ce que nous avons relevé pendant l'examen physique, puis nous lui soumettions des hypothèses diagnostiques. Le médecin complétait alors avec les informations qui lui manquaient et faisait lui-même un petit examen physique, afin de vérifier nos conclusions.

Il était difficile pour nous de nous retrouver seules face aux patients, mais nous avons pu apprendre énormément de choses, et gagner en assurance.

Avec la **nutritionniste**, nous avons pu assister à des consultations dans le cadre du programme cardio-vasculaire. Ce programme inclut notamment les patients présentant de l'hypertension ou une dyslipidémie, et consiste en un nombre de quatre visites au minimum par an au CESFAM : une avec le médecin, une avec la nutritionniste, une avec une infirmière et une avec le podologue ou le kinésithérapeute, en fonction des besoins.

Le but de ce programme est de diminuer les risques cardio-vasculaires, afin de diminuer le nombre de personnes souffrant d'ischémie myocardique chronique ou d'infarctus.

Ce programme inclut aussi les diabétiques et inclut un suivi régulier de leurs pieds, afin de diminuer le nombre d'amputation chez ces personnes.

La nutritionniste vise surtout une baisse de la consommation de graisse et de sel dans l'alimentation. Ce programme de prévention et de suivi nous paraît très complet, mais un peu trop radical : au lieu d'introduire des changements progressifs dans l'alimentation de ses patients, la nutritionniste leur demande de supprimer une quinzaine d'aliments d'un coup, ce qui paraît difficilement réalisable. De plus, il nous semble parfois que les patients manquent d'explications sur leurs maladies.

Elle réalise aussi des consultations de suivi des nouveaux-nés, afin d'éviter des cas de malnutrition. Elle surveille la croissance, la prise de poids et l'éveil du nourrisson. C'est aussi pour elle l'occasion de faire un point avec la maman sur la façon d'allaiter ou encore de préparer les biberons.

L'infirmière réalise le même type de consultation : elle se concentre surtout sur le suivi de la tension, contrôle les pieds des patients diabétiques, et renouvelle les ordonnances de médicaments pour les patients du programme cardio-vasculaire.

Il était assez étonnant pour nous de voir qu'au Chili, une infirmière réalise seule une consultation !

Nous avons aussi réaliser de **nombreuses visites à domicile**, avec l'assistance sociale, les médecins ou encore les physiothérapeutes. Les activités que nous y avons pratiquées furent les mêmes qu'au CESFAM, mais il était toutefois très intéressant de voir comment les professionnels évoluaient dans l'environnement de leur patient. La consultation était souvent beaucoup plus chargée émotionnellement. Ces visites sont primordiales pour les patients isolés qui ne peuvent plus se déplacer.

L'hôpital San Camillo

Dans le cadre de ce stage, et afin d'avoir une vision globale du système de santé chilien, nous avons réalisé quatre demi-journées d'observation à l'hôpital San Camillo, situé à San Felipe.

Cet hôpital de taille moyenne se répartit sur trois étages. Tous les services primordiaux pour le soutien de la population locale y sont représentés. Le nombre de patients accueillis par jour est beaucoup plus faible qu'à Genève, et ce pour deux raisons : tout d'abord, la petite taille de l'hôpital limite les admissions. Ensuite, la prise en charge par un centre de soins primaire, tel que le CESFAM, diminue aussi le nombre de patients admis dans les centres secondaires.

Le service d'urgences est un des points centraux de l'hôpital, c'est par là qu'arrivent la majorité des patients. L'hôpital dispose même d'un petit hélicoptère, pour pouvoir intervenir dans les Andes en cas de besoin.

Nous avons pu traverser 4 services :

- celui de chirurgie
- celui de gynécologie-obstétrique
- celui de pédiatrie
- celui de médecine interne.

Les patients sont répartis dans des chambres de 6 lits ou de deux lits, en fonction de la gravité de leur maladie et des places disponibles. Il y a dans chaque service une chambre d'isolement pour les patients particulièrement contagieux.

En **médecine interne**, nous avons été prises en charge par les étudiants de médecine, qui nous ont permis de réaliser de nombreux examens physiques sur les patients. Nous avons également assisté à la visite avec les chefs de service. Le fonctionnement du service nous a paru très similaire à celui de l'hôpital de Genève. Nous avons aussi pu visiter la salle de dialyse : les machines y sont très modernes, ce sont les mêmes que nous trouvons en Suisse. Par contre, il y a beaucoup plus de patients dialysés au Chili, en raison de la mauvaise prise en charge des patients hypertendus.

Dans le service de **gynécologie-obstétrique**, nous avons pu faire la visite des nouveaux-nés, et également visité la salle de néonatalogie, très moderne, et celle d'accouchement.

En **chirurgie**, nous avons fait le tour des patients en attente de leur opération ou déjà opérés, et nous avons pu assister aux changements des pansements.

Enfin, en **pédiatrie**, nous avons pu pratiquer l'examen physique sur les enfants.

Nous avons choisi volontairement de passer peu de temps dans l'hôpital de San Camillo, le fonctionnement nous semblant très similaire à celui de Genève. Il nous a juste permis de compléter notre vision globale du système de santé chilien, afin de cerner la notion de centre de soins primaire et secondaire.

Le système de santé chilien :

Introduction

De façon générale, le Chili est un pays en voie de développement, mais reste une des nations les plus avancées d'Amérique Latine, et un des pays les plus forts économiquement sur ce continent. Le système de santé est à l'image de ce pays : encore en progression, mais tout de même très efficace, et bien supérieur à celui de nombreux autres pays d'Amérique du Sud.

Pour nous, plusieurs qualités caractérisent un bon système de santé : premièrement, il nous semble primordial que ce système soit équitable. Il est aussi très important que les coûts de ce système soient raisonnables, aussi bien pour le patient que pour l'économie du pays. Ce modèle doit aussi être basé sur le respect du patient, de son intégrité et de sa culture. Enfin, un des points auxquels nous n'aurions pas pensé au premier abord, mais qui nous est apparu comme très important au fil de ce stage est la solidarité.

Comme chez nous, le système de santé chilien est dirigé par le ministère de la santé, qui veille à l'application des réformes et des normes exigées par le gouvernement.

Le système de santé est divisé en centre d'attention primaire et secondaire. Les centres primaires sont les CESFAM, les CESCOF et les petits centres, comme la Posta de Santa Filomena, où les consultations ne se font pas tous les jours. Les centres secondaires sont les hôpitaux, comme celui de San Felipe. Pour pouvoir aller à l'hôpital, les gens du système public doivent d'abord passer par un centre d'attention primaire. Si leur problème nécessite des examens plus poussés ou des traitements ne pouvant se faire qu'à l'hôpital, ils doivent passer par l'interconsultation pour être redirigés vers l'hôpital.

Un des problèmes qui se pose est que les gens consultent parfois dans différents endroits (par exemple une fois à la poste de Santa Filomena, un des jours où le médecin est présent, puis lors d'un autre rendez-vous au CESFAM), et les informations se retrouvent éparpillées entre les différents lieux, ce qui rend plus compliquée la tâche des soignants. Dans certains centres, le système informatique existe, mais il est encore trop cher pour certaines municipalités, comme celle de Santa Maria.

Evolution du système de santé :

La création du système national du service de santé (SNSS) remonte à 1980. Les nouvelles structures ont un patrimoine et un personnel qui leur sont propres, une indépendance relative en ce qui concerne l'administration et les budgets. Chaque service de santé doit remplir des fonctions de récupération et de promotion pour les filières du système public.

La même année, le fond national de santé est créé. Il distribue les fonds pour le financement des services du secteur public.

Le but de ce nouveau système de santé est de réduire les coûts du système de santé public, et d'augmenter les infrastructures et la technologie présente. Une des nouvelles priorités est aussi de développer la prise en charge des personnes de plus de 60 ans, l'espérance de vie étant en augmentation.

Ce système veut aussi s'adapter aux nouveaux problèmes de santé publique: le SIDA et les accidents de la route, ainsi que les problèmes de la vie urbaine comme la violence, les addictions et les problèmes de santé mentale, sont aujourd'hui bien plus importants que la tuberculose et les autres maladies infectieuses parasitaires, qui tendent à disparaître avec l'augmentation du niveau de vie (l'ancien sanatorium de Putaendo a été transformé en un des rares hôpitaux psychiatriques du pays).

Les assurances

Au Chili, il existe deux systèmes d'assurance : FONASA (fondo national de Salud) et ISAPRES.

FONASA (Fond National de Santé) est un système d'assurance publique, alors que ISAPRES (Institut de santé prévisionnel) correspond au système d'assurance privée. Tous les gens sont inscrits au FONASA par défaut, et ceux qui ont des revenus suffisants peuvent choisir de s'inscrire au ISAPRES.

Le FONASA divise la population en 4 catégories A, B, C et D sur la base des revenus annuels. Les catégories A et B correspondent aux populations les plus démunies. Les personnes concernées n'ont accès qu'au système de santé public, et ne payent aucune cotisation. Pour eux, tous les soins sont gratuits, que ce soit dans un CESFAM ou dans un hôpital.

Les autres catégories payent une cotisation en pourcentage de leur salaire, ce qui leur donne le choix entre le système de soins public et privé. La cotisation payée par ces deux catégories de population permet de financer les coûts générés par les soins des catégories A et B.

La majeure partie des soins est donc financée par l'Etat, et les catégories C et D paient pour les A et B.

Les soins au CESFAM sont toujours gratuits, quelle que soit la catégorie. En ce qui concerne les soins à l'hôpital, ils sont gratuits pour les catégories A et B, et les C et les D ne doivent payer qu'une partie des soins, plus ou moins importante en fonction de leur revenus (entre 10 et 15% du coût des soins). Les médicaments sont toujours gratuits, que ce soit à l'hôpital ou au CESFAM. Les seuls médicaments payants sont ceux que l'on ne trouve que dans les pharmacies privées, et qui ne sont pas distribués dans les centres de soins.

Les gens qui choisissent l'ISAPRES paient un pourcentage plus haut du salaire, c'est un organisme particulier.

Le système public assure donc l'accès aux soins, la qualité des soins en veillant qu'ils soient donnés par des professionnels, et 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. Par exemple, pour une opération de la cataracte, la prise en charge AUGE exige que l'opération soit réalisée par un chirurgien qualifié, dans un centre

hospitalier, et ce dans un délai de moins de 6 mois. Ensuite, le prix de cette chirurgie dépend de la catégorie à laquelle appartient l'assuré du système public.

Environ 75% des chiliens choisissent le système public, le système privé étant en général beaucoup plus cher, pour des prestations quasiment équivalentes à celle du système 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).

Les bénéficiaires du système privé ont également le droit au traitement de toutes les pathologies de l'AUGE. Les autres pathologies sont prises en charge moyennant des frais supplémentaires.

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 les soins 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 pathologies 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.

Depuis la réforme de la santé en 1980, le système de santé chilien a beaucoup évolué : en effet, avec l'accès au libre choix entre le système public et privé, et la prise en charge AUGE, la santé est accessible pour tous, ce qui rend ce système très équitable. Même avec de faibles revenus, un Chilien a droit à une chirurgie lourde, pour peu qu'elle soit comprise dans le plan AUGE.

Cette égalité de traitement entre les différentes classes sociales est aussi primordiale pour rendre les programmes de santé publique réalisables : la prévention n'est pas réservée aux plus riches, et les programmes de soutien comme Chile Crece Contigo et le programme cardiovasculaire ne s'occupent pas que de la minorité la plus riche du pays, malgré les coûts tout de même importants engendrés par ces programmes.

Ce système de santé nous paraît également être un système de santé solidaire : si une personne ne peut pas payer de cotisation pour son assurance, elle ne sera jamais exclue des réseaux de soins, puisque les cotisations versées par les classes supérieures sont redistribuées pour couvrir les frais des classes inférieures.

Mais des inégalités persistent tout de même : en effet, la Dresse Castillo nous a expliqué que les budgets alloués par l'Etat pour le domaine de santé à chaque région sont proportionnels à la force économique de cette région. Ainsi la région de Santiago étant la plus riche du pays, c'est elle qui dispose des structures les plus récentes et les plus modernes. La région de Santa Maria, où nous nous trouvons, est quant à elle un peu défavorisée, car elle est une région principalement rurale, et donc moins riche.

Un des autres points négatifs de ce système est la limitation du programme AUGE : en effet, bien que toute la population soit prise en charge de la même façon, sans discrimination basée sur ses revenus, toutes les pathologies ne sont pas prises en charge. Ainsi, une personne atteinte d'un cancer de l'estomac pourra bénéficier d'une intervention sans problème, mais la même personne atteinte d'un cancer du rein ne sera pas prise en charge, puisque ce n'est pas une pathologie AUGE. Les coûts de la santé pour une personne individuelle sont donc très inégaux au Chili : de nombreux patients n'ont pas les moyens de se faire soigner pour certaines maladies, surtout dans la région de Santa Maria, qui présente une population rurale plutôt pauvre.

La sectorisation

La population est divisée en secteurs géographiques (4 pour Santa Maria). Chaque secteur est pris en charge dans un centre de soins différent (seuls les secteurs 2 et 3 sont au CESFAM, le 1 est à Santa Filomena). Cette sectorisation est importante en plusieurs points : premièrement, elle permet de diviser l'affluence de population dans les centres, et de la répartir en fonction des capacités d'accueil de chacun. Deuxièmement, elle permet que le suivi soit réalisé par une équipe de soins constante, qui connaît les patients. Elle évite le tourisme médical entre les différents centres.

Enfin, elle est primordiale pour le plan de santé familial, que nous aborderons plus tard, car en fonction des secteurs, le niveau de vie est différent, et le travail réalisé avec les familles est donc très variable d'une région à l'autre.

Modèle de santé familiale

Une réforme récente de la santé chilienne a transformé le système de santé, le but principal étant d'avoir un accès au soin égal pour tous, des soins de bonne qualité et respectueux envers le patient. Le nouveau modèle de soin se veut intégral, communautaire et surtout familial. Dans ce nouveau modèle, la prévention est un point central. Le but est d'encourager la responsabilité familiale et communautaire pour améliorer les conditions de santé et ne pas se reposer uniquement sur les centres de soins.

Une des priorités est l'information des patients quant à leurs droits et leurs devoirs. Nous avons pu assister à une séance de sensibilisation des patients : lors d'une émission de radio locale, une des représentantes du CESFAM a rappelé à la population ses droits et ses devoirs en matière de soins.

Droits :

1. libre égalité d'accès à la promotion, à la protection de la santé et de tout ce qui concerne la réhabilitation, avec interdiction de discrimination arbitraire de tout type.
2. Traitement digne et respectueux de la part de l'équipe de soin, avec utilisation d'un langage adéquat, d'une attitude cordiale et aimable et un respect absolu de l'intimité et de la pudeur de la personne.
3. Droit de recevoir la compagnie de pères et d'amis proches, et de recevoir une assistance religieuse et spirituelle.
4. Droit de formuler des réclamations sous forme verbale ou écrite.
5. Droit de recevoir l'information sur les prestations de santé, ou de ne pas la recevoir.
6. Droit au consentement libre et éclairé.

Devoirs :

1. S'informer des risques et des alternatives du diagnostic et de la thérapie.
2. Suivre les prescriptions générales de caractère sanitaire, communes à toute la population, ainsi que les indications de l'équipe médicale.
3. S'informer sur les procédures de réclamation que les prestataires de santé doivent fournir.
4. Contribuer à la maintenance des établissements de santé, en prenant soin des installations et en utilisant de façon responsable les services et les prestations.
5. Existence de l'OIRS (office d'information et de réclamations) pour les plaintes, les questions sur le fonctionnement du CESFAM.

Le but de ce nouveau système de santé est de développer un modèle bio-psycho-social, cependant différent du nôtre car plus centré sur la famille que sur la personne elle-même. Ce modèle inclut la famille comme une marque de référence pour une meilleure compréhension de la maladie de la personne. Il introduit la famille comme une unité.

Une des idées de ce système est que les tensions qui peuvent être présentes au sein d'une famille peuvent causer des symptômes somatiques. Ainsi, les symptômes somatiques sont le reflet d'un problème de fonctionnement au sein de la famille. Il est donc important de considérer l'entourage du patient comme un point d'action pour l'aider dans sa guérison.

Un des points très importants de ce modèle est de concentrer le travail autour de la famille grâce à une équipe multi-disciplinaire et en réalisant ainsi de nombreuses consultations, dans tous les domaines nécessaires pour aider le patient. Cette équipe contient le plus souvent un médecin, une infirmière, l'assistante sociale, un physiothérapeute et, au besoin, d'autres professionnels tels que le psychologue. Chaque professionnel peut décider d'élire un patient comme sujet de l'étude familiale et ainsi lui demander l'autorisation de prendre en charge toute sa famille.

Une des préoccupations nouvelles de ce modèle sont des problèmes génétiques au sein de toute la famille, et la prise en charge des maladies infectieuses qui peuvent se transmettre dans la famille qui vit souvent à plusieurs sous le même toit.

Objectifs du modèle de santé familiale:

Le modèle de santé familiale a été instauré de façon à répondre à plusieurs objectifs, qui correspondent aux réalités nouvelles de la santé publique au Chili.

Ce sont :

- une meilleure compréhension des problèmes dans leurs multiples dimensions
- agir de façon plus efficace sur les conduites et les facteurs de risque et de protection
- intervenir de façon plus intégrale face à un problème de santé
- inclure la notion de cycle de vie, au cours duquel le patient traverse plusieurs étapes, et adapter la manière d'agir en fonction de ces étapes. Le but est également de prendre en compte l'influence que peut avoir une étape de la vie sur les étapes suivantes, qu'elle soit positive ou non.

Ce modèle introduit deux définitions de la famille. La première la définit d'un point de vue pratique, comme un ensemble de personnes qui vivent sous le même toit. La deuxième définition se base sur une approche sociale, et la considère comme une unité de base de la société et un noyau dans lequel se développent les individus, s'intéressent aux autres et se socialisent.

Le but principal de ce modèle est de passer du modèle biomédical qui ne considère que la maladie, au modèle biopsychosocial, qui voit la maladie en continuité avec la personne et son entourage.

Principes de santé familiale :

Le modèle de santé familiale se base sur différents principes :

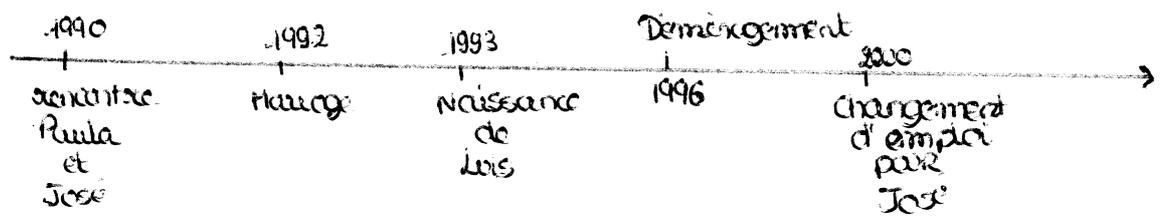
- Soins intégraux, allant de la prévention à la récupération de la santé, en passant par les soins, la promotion de la santé et l'accompagnement de la personne.
- Un abord global du patient, en considérant la dimension physique, psychologique, religieuse, culturelle, sociale et surtout familiale.
- La continuité des soins, qui doivent être assurés par une équipe constante au cours de la vie, dans la mesure du possible
- Une attention portée à toute la famille, de l'enfant au plus âgé.
- La personnalisation des soins
- Le travail en équipe (diversité des praticiens, travail conjoint sur une même famille, et diminution de la hiérarchisation des professions : le médecin ne domine pas le groupe de travail, chaque profession dispose de sa propre autonomie et de son indépendance relative).
- Le travail avec la communauté (école des pères, campagne pour le test de Papanicolaou, clubs sportifs, lutte contre la violence intra-familiale)
- Le travail intersectoriel, notamment avec les lieux d'éducation, les jardins d'enfants et les centres communautaires.

Ces principes ont pour but de mener à une meilleure compréhension de la famille et des relations entre ses membres et d'obtenir une meilleure appréciation de l'impact de la maladie sur la famille.

Instruments pour travailler avec la famille:

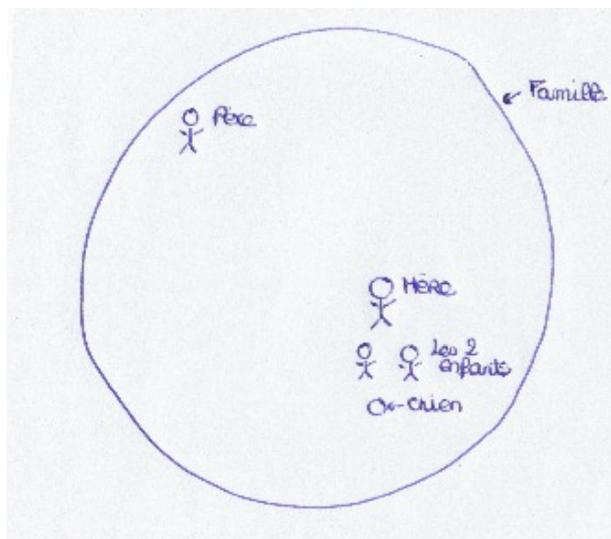
Pour appliquer le modèle de santé familiale, divers instruments sont utilisés, regroupés sur une « Carte Familiale » :

- L'arbre généalogique (Génogramme) : Il représente au moins 3 générations, avec la date de naissance et de mort des différents membres de la famille, les prénoms de chacun, et les maladies importantes présentes dans cette famille. C'est une représentation graphique de la famille, qui permet d'évaluer les relations dans la famille et permet de visualiser les personnes malades dans leur environnement global. Il permet aussi de mettre en évidence les problèmes générationnels.
- Ligne de vie : elle représente tous les événements importants de la vie de la famille



Ligne de vie

- Cercle familial : il permet de connaître la dynamique familiale. On demande au patient de dessiner sa famille. La disposition des membres dans le cercle représente la force des liens familiaux : si la mère et un des deux enfants sont dessinés l'un à côté de l'autre, alors que le deuxième enfant est plus éloigné, cela signifie que cet enfant est moins proche de sa mère.



Cercle familial : dans cette famille, le père est éloigné du noyau familial formé de la mère, des deux enfants et du chien.

- Ecomapa : elle permet de mettre en évidence par des flèches les relations de la famille avec le reste du monde (travail, éducation, amis). Elle permet de voir si la famille est seule ou entourée. Sur cette petite carte, le soignant décide des flèches de taille différentes en direction des divers domaines présents autour de la famille. La taille de la flèche dépend de la force de l'interaction avec un domaine. Une famille très intégrée aura de nombreuses flèches de grande taille, qui montreront les multiples interactions de cette famille avec la société.
- APGAR familial : comme pour les enfants, il est un score qui permet d'évaluer le niveau de cohésion et de communication de la famille concernée par l'étude.

Apgar familial traduit :

Risques majeurs :

1. Violence intra-familiale	10
2. Famille poli-carencée	10
3. Addiction à la drogue	10
4. Maladie chronique psychiatrique	10
5. Délinquance	10
6. Maladie en phase terminale ou handicap	10

Risques intermédiaires :

7. Rupture	05
8. Famille fermée	05
9. Grossesse non désirée ou non acceptée	05
10. Grossesse adolescente	05
11. Analphabétisme ou faible niveau d'éducation de la mère	05
12. Surpopulation	05
13. Malnutrition	05
14. Famille avec des enfants prématurés	05
15. Dépression	05

Risques mineurs :

16. Mauvaise qualité de vie	01
17. Handicap d'un membre important de la famille	01
18. Maladie chronique d'un membre important de la famille	01
19. Minorités ethniques	01

- Visite a domicile : Elle permet de réaliser une évaluation du foyer. Chaque visite répond à des objectifs précis. Elle nécessite le consentement des membres de la famille concernée.
- Cycle de vie : il permet de voir à quelle étape de vie se trouve la famille.

PROCESOS FAMILIARES

Límites	Poder - Jerarquía	Comunicación	Afecto
<p>Por de riesgo y eventos no normativos pueden estar provocando estrés.</p>			
<p>B) Factores Protectoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ 		<p>C) Percepción de riesgo global:</p> <p>1) Propuesta inicial de manejo biosicosocial:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Plan de Intervención</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>Resultado</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>o factor de riesgo</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

PROCESSUS FAMILIAUX

Limites	Ruyois - Hiérarchie	Communication	Affection
Facteurs de risque et événements risqués peuvent provoquer un stress	Facteurs protecteurs	Réception du risque global	Disposition initiale de son bio - psychosocial.
Événements ou facteurs de risque	Plan d'intervention	Résultat.	

Prévention

La prévention est une des priorités de ce nouveau modèle de santé.

Il existe plusieurs programmes très développés, mais les moyens mis à disposition restent faibles, ce qui diminue l'efficacité de ces campagnes.

Parmi les différents projets, on peut citer :

- Chile Crece Contigo : programme d'accompagnement des femmes enceintes et de leur enfant jusqu'à 2 ans. Ce programme inclut des visites avec le médecin et la sage-femme, ainsi que des visites à domicile pour contrôler l'environnement de la mère et de l'enfant. Il implique aussi la distribution de matériel pédagogique pour les parents, afin de leur expliquer les enjeux de la grossesse, de jeux d'éveil pour le nouveau-né, et la distribution de lait pour éviter les carences.
- Ecoles des pères : pour responsabiliser les nouveaux papas à leur rôle. Vu le nombre de pères adolescents, ce programme leur permet de mieux évaluer leurs nouvelles responsabilités.
- Activités pour les mères, pour éviter l'isolement du post-partum
- Intervention dans les écoles et les collèges pour la contraception
- Programmes sportifs pour les personnes atteintes de problèmes orthopédiques ou cardio-vasculaires, afin de remplacer la prise de médicaments par une plus grande activité physique. Cela passe notamment par la mise à disposition d'appareils de musculation dans les lieux publics, voire même au bord de la route. Mais ils sont peu utilisés.
- Consultation anti-tabagisme par les physiothérapeutes
- Visites à domicile régulière pour les personnes en difficulté, afin de réduire leur isolement et de résoudre les problèmes avant qu'ils ne soient trop importants.
- Programme cardio-vasculaire : prise en charge complète des patients à risque de problèmes cardio-vasculaires : le but est de travailler sur les facteurs de risque afin de retarder ou d'éviter l'arrivée de la maladie). Cela inclut des visites annuelles avec le médecin, la nutritionniste, le podologue pour le suivi des diabétiques, l'infirmière et l'assistante sociale au besoin. Le patient est donc soumis à des contrôles réguliers de son état de santé, et le traitement est adapté en fonction des résultats.

Malgré tous ces efforts, les gens n'écoutent que peu ces programmes de prévention, bien que les explications données et la présentation des idées soient très bonnes.

Avis de Monica (du bureau d'information): Pour elle, les idées de ce modèle de santé sont bonnes, mais il y a un manque de moyen pour les réaliser de façon optimale. Elle-même, responsable de prévention avec un groupe de marche obtient des résultats satisfaisants, mais uniquement pendant une courte durée car les gens n'ont pas encore conscience qu'ils doivent faire des efforts pour leur santé.

Elle pense aussi que les soins ne sont pas égaux dans tout le pays car toutes les municipalités n'ont pas les mêmes moyens pour développer la santé, ni les mêmes qualifications pour assurer cette prévention.

Comparaison du système de santé chilien avec le système suisse :

Un des objectifs de notre stage était de pouvoir mettre en évidence les différences, mais aussi les ressemblances entre ces deux systèmes de santé.

Il est tout de même difficile de comparer ces deux systèmes, puisque l'un est encore en évolution et très récent (seulement 30 ans), tandis que l'autre est un modèle plus stable et établi depuis de nombreuses années.

En ce qui concerne la prise en charge des patients par les assurances, les deux systèmes nous semblent assez similaires : dans les deux cas, les patients ont le choix entre une assurance publique ou privée, qui tentent les deux de garantir un accès aux soins équitable tout en générant des coûts modérés. De même, comme à Genève, les médecins peuvent exercer dans le système public ou privé, ou les deux à la fois. Par contre, la limitation du nombre de pathologies prises en charge est une des grandes différences avec la Suisse.

Comme en Suisse, où il existe une forte coopération entre les hôpitaux proches, comme celui de Genève et de Lausanne, les différents hôpitaux d'une même région se répartissent les différents services : la rhumatologie se trouve à un endroit, la cardiologie à un autre. Cela permet d'avoir un seul service plus performant et plus moderne dans la région, plutôt que de disposer de deux services médiocres.

La différence principale, en ce qui concerne le système de santé, est la division en centre primaire et secondaire, et le passage obligatoire par un centre primaire avant de pouvoir accéder au secondaire, sauf en cas d'urgence. Les patients doivent souvent venir pour une première consultation au CESFAM, puis revenir pour une interconsultation avant de pouvoir aller à l'hôpital : en tout, trois consultations sont nécessaires avant de pouvoir réaliser un examen aussi simple qu'une échographie. Cela retarde quelque peu la prise en charge du patient.

Par exemple, lorsque une de nous deux a été malade, nous n'avons pas pu être reçues aux urgences de San Camillo, qui se trouvaient pourtant à 5 minutes de notre logement, et nous avons dû faire plus de 30 minutes de bus pour aller au CESFAM.

Mais ce système a également des avantages : il permet de désengorger l'hôpital, et de traiter les patients non urgents dans des centres plus petits et moins surchargés, notamment en hiver, en pleine saison de grippe. Cela permet aussi que le patient soit toujours suivi par la même équipe dans le même dispensaire.

Les plus grandes différences qui nous sont apparues concernent la prise en charge des patients.

Un des premières choses qui nous a frappées lors de notre arrivée au CESFAM est l'organisation très méthodique des différentes professions : chacun possède sa propre salle de consultation, son propre matériel et surtout sa propre place dans le réseau de soins. L'infirmier ou la nutritionniste occupe une place aussi importante que le médecin, et le travail s'organise dans des équipes beaucoup plus diversifiées que les équipes de soins présentes à Genève.

Par contre, contrairement à Genève, l'intimité du patient n'est pas autant respectée. En effet, il n'y a que deux grandes salles d'attente dans le CESFAM, où attendent tous les patients. Quand un praticien veut en appeler un, il ne sort pas de son box pour aller le chercher, mais fait une annonce au haut-parleur du dispensaire : ainsi, tout le monde sait quel praticien va voir la personne concernée, ce qui peut parfois être gênant, notamment quand il s'agit du psychologue ou de la sage-femme.

Il n'est pas rare non plus que les proches du patient assistent à la consultation : nous avons assisté à un examen gynécologique alors que les enfants de la patiente étaient présents dans la salle. De même, les jeunes filles sont souvent obligées de parler en présence de leurs mères, ce qui porte atteinte au respect du secret médical auquel devrait être soumise la consultation.

A aucun moment il n'était demandé au patient si notre présence le dérangeait. Nous étions toujours « imposées » dans la consultation, et très rarement présentées au patient.

Il n'était pas rare non plus de voir entrer un autre soignant pendant une consultation, sans même frapper à la porte. Il nous est même arrivé de voir entrer en salle ERA un infirmier accompagné de son patient, afin de réaliser un ECG, au beau milieu d'une consultation entre un physiothérapeute et son propre patient.

Ce système paraît parfois paradoxal : le but du modèle de santé familiale est de se centrer sur la famille, alors que la consultation n'est elle-même parfois pas vraiment centrée sur le patient ... Il nous est arrivé de consulter avec un médecin qui ne regardait jamais directement ses patients, et qui fredonnait même la chanson qui passait à la radio alors même que son patient lui parlait ! Il semble alors impossible qu'il puisse y avoir une relation entre ce médecin et son patient.

Un autre des points différents avec Genève se situe dans la relation avec le patient : en effet, les soignants sont très proches de leurs patients, il n'est pas rare qu'ils se fassent la bise ou même une accolade au début de la consultation. Du fait de la petite taille de la population, le soignant connaît souvent toute la famille de son patient et inversement. Contrairement à notre façon de pratiquer la médecine, il y a très peu de détachement dans l'attitude du médecin face à son patient.

Il est aussi très courant que le médecin tutoie ses patients.

Un des points qui nous a beaucoup surpris tout au long du mois est le manque de respect des mesures d'hygiène. En effet, le matériel n'est pas souvent stérilisé, bien que le CESFAM dispose d'une petite salle de stérilisation, il est le plus souvent seulement rincé à l'eau. De même, peu de praticiens se lavent les mains avant d'examiner leur patient, ou même avant de réaliser un geste technique : les prises de sang sont réalisées sans gants, les pansements ne sont pas réalisés avec des instruments stériles, et les déchets souillés ne sont pas isolés.

Pourtant, toutes les installations nécessaires pour le respect de l'hygiène sont présentes : il existe dans toutes les salles de consultation des bacs pour placer le matériel sale, et il est indiqué dans chaque box une zone propre et une zone sale.

A l'hôpital San Camillo, le respect de l'hygiène était bien meilleur : des distributeurs de solution hydro-alcoolique sont présents à l'entrée de chaque chambre, le lavage des mains est très fréquent, et le matériel y est très propre. Les mesures d'hygiène à San Camillo sont quasiment les mêmes que celles prises à l'Hôpital de Genève.

Nous pensons que ces différences viennent d'un manque de formation du personnel du CESFAM, et aussi d'un manque de moyen : en effet, l'installation de solution hydro-alcoolique au CESFAM coûterait très cher.

La hiérarchisation est aussi très différente de celle observée à Genève : les infirmières de la clinique soignent des plaies très graves, qui seraient prises en charge par des médecins à Genève. Elles ont beaucoup de responsabilités, et les médecins n'hésitent pas à leur déléguer de nombreuses tâches complexes. La sage-femme a également un rôle beaucoup plus développé, elle gère l'entièreté du suivi de grossesse, mis à part les échographies, et elle est responsable de prescrire les moyens de contraception aux femmes et aux jeunes filles qui en font la demande.

La physiothérapie est beaucoup plus intégrée dans le réseau de soins qu'en Suisse, notamment grâce au programme de prise en charge des maladies respiratoires de l'enfant, qui a permis de réduire de façon très importante la mortalité infantile. Les physiothérapeutes jouent également un rôle très important dans la prise en charge des personnes âgées, en les faisant travailler afin qu'ils puissent conserver leur autonomie le plus longtemps possible.

Cette égalité entre les professions se reflète dans les tenues professionnelles : tous les praticiens de la santé possèdent le même uniforme de travail, et seule la couleur de cette tenue permet d'identifier à quelle catégorie de soignants ils appartiennent.

La prise en charge des patients nous a parfois semblé assez inégale : pour des plaies similaires, l'infirmière réalise deux pansements totalement différents. Lors d'une discussion, elle nous explique que cela est en fait dû à un manque de moyen important : elle ne disposait pas des ressources nécessaires pour pouvoir appliquer les mêmes protocoles de soins pour tous. L'infirmière essayait ainsi de faire au mieux avec le peu de moyens disponibles. La gestion de la douleur est aussi un point sensible : la prescription d'anti-douleurs est très limitée, par exemple pour un patient souffrant de brûlures : de nouveau, le manque de moyen explique cette différence avec notre système de soins, ces médicaments étant relativement chers.

Un des points que nous avons beaucoup apprécié est la diversité des programmes de prévention et le suivi très proche des patients : beaucoup de visites sont prévues dans ces programmes, avec de nombreuses rencontres au domicile des patients, ce qui est primordial dans une région rurale où la population peut se trouver quelque peu isolée. Les patients sont très encadrés par leur équipe soignante.

Mais comme à Genève, la prévention est parfois un peu inefficace, les Chiliens ayant encore peu conscience des efforts qu'ils doivent faire pour leur santé.

Au Chili, on ne parle que peu de contraception à l'école, et souvent, l'information est faite par une sage-femme après une première grossesse : on dénombre ainsi des milliers de mères adolescentes.

Comme à Genève, les moyens financiers de la personne conditionnent son traitement. En effet, au Chili, les médicaments les plus courants sont gratuits, alors que les autres sont entièrement à la charge du patient. Certaines personnes n'ont donc pas accès au traitement optimal pour leur maladie, ces traitements étant trop coûteux. En Suisse, on observe aussi

ce phénomène : comme tous les médicaments ne sont pas remboursés par les assurances, certaines personnes ne peuvent pas y avoir accès.

Malgré ces différences, le système de santé chilien est un système efficace. La population est en bonne santé générale, l'espérance de vie y est élevée, et la mortalité infantile très basse. Ce système ne nous paraîtrait pas applicable en Suisse, car nous n'avons pas la même vision de la famille. Notre société étant beaucoup plus individualiste, les liens familiaux sont plus faibles qu'au Chili, ce qui ne rend pas possible l'application du modèle de santé familiale. De plus, il n'est pas rare que les membres d'une famille vivent dans des endroits très éloignés, ce qui rend l'application de ce modèle encore plus difficile.

Le manque de moyens reste un des problèmes primordial que nous avons pu relever. Mais il est très facilement compensé par la très grande implication des soignants, qui font preuve de beaucoup d'imagination pour pouvoir procurer les meilleurs soins possibles à leurs patients. La Dresse CASTILLO déplore ce manque de moyens, mais le voit aussi comme un point positif car il pousse les dirigeants du CESFAM à se poser plus de questions et à chercher les idées plus loin.

L'objectif de ce système est maintenant de renforcer ses acquis et de se moderniser, notamment en passant au système informatisé. Il nous a paru évident tout au long de ce stage que les chiliens sont très ouverts à nos suggestions, et ont très envie de progresser encore plus. Ce système est encore en grande évolution, et il nous paraît assez vraisemblable de penser qu'il sera bientôt équivalent au nôtre.

Avis personnels :

Amandine :

Ce stage d'immersion en communauté au Chili fut à la hauteur de mes attentes. Ayant discuté avec les étudiantes qui étaient parties au même endroit l'année passée, je savais que nous allions pouvoir participer de façon active et je ne fus pas déçue. J'ai apprécié de pouvoir pratiquer par exemple, des prises de sang sur « de vrais patients » mais ce qui m'a encore plus fait plaisir c'est la confiance que nous accordaient le personnel de santé et les patients. Non seulement ils vous font confiance, mais en plus ils vous encouragent à faire les choses. Les gens sont plus ouverts que chez nous mais il faut dire aussi qu'ils sont plus habitués : les étudiants en médecine chiliens ont un contact avec les patients dès leur première année d'étude, ainsi lorsque le médecin nous introduisait (lorsqu'il le faisait car ce n'était que rarement le cas !) auprès des patients, ces derniers ne s'étonnaient pas que ce soit des étudiants qui leur posent des questions ou s'entraînent à écouter plusieurs fois les bruits pulmonaires (par exemple) .

Je pense cependant que nous avons bien fait de ne partir qu'à 2 car cela a, à mon avis, participé au fait que nous ayons eu l'occasion de participer autant.

Je retiens également l'hospitalité avec laquelle nous avons été accueillies par les gens, et surtout par les étudiants en médecine chiliens, que ce soit à l'hôpital ou dans la maison de l'étudiante qui nous logeait. Ils se sont tous montrés disponibles et ont pris le temps de nous montrer le déroulement de leurs journées. Je crois que nous, à Genève, n'aurions pas été aussi serviables.

Pour ce qui est du système de santé que nous avons pu observer pendant ce stage au dispensaire, je dirais qu'ils ont envie de faire les choses bien mais que simplement ils ne savent pas toujours bien comment s'y prendre ou qu'ils n'ont pas les moyens. Pour moi, par exemple, le système de suivi des patients dans le programme de préventions des maladies cardiovasculaire est une bonne idée mais je la trouve trop astreignante : revenir tous les 3 mois pour voir à tour de rôle médecin- infirmière-diététicienne et parfois même podologue, je ne le ferai personnellement pas. Je leur ai transmis mon opinion et ils m'ont expliqué que la plupart des patients aimaient bien avoir le sentiment que l'on s'occupe beaucoup d'eux et en même temps cela leur permettait d'avoir un certain contrôle sur ces patients non seulement par rapport à l'évolution de leur maladie mais également sur leur état de santé général et leur état d'esprit. Ces différentes consultations, même si elles se regroupent parfois permettent également de répéter les instructions pour une meilleure efficacité du suivi thérapeutique. C'est également le cas dans les consultations gynécologiques où le suivi est très appuyé mais où il n'est pas rare de voir de jeunes mamans de 15-16 ans, car le suivi est là mais la prévention pas toujours très efficace. J'avoue notamment avoir été étonnée du fait que les préservatifs étaient prescrits sur ordonnance pour pouvoir les retirer gratuitement à la pharmacie du dispensaire, car sinon ils ne sont que peu disponibles et financièrement pas toujours abordables pour les jeunes.

J'ai en revanche beaucoup apprécié le fait qu'ils prennent en compte non seulement le patient mais aussi sa famille. Surtout dans un pays comme le Chili où il n'est pas rare de retrouver 3 générations sous le même toit. En revanche, je ne pense pas qu'un tel système serait intéressant sur Genève où les personnes sont plus indépendantes. J'ai été impressionnée de voir qu'ils ne se contentaient pas de poser des questions mais qu'ils utilisaient aussi les visites à domiciles pour vérifier les dires du patient. Une telle implication serait une fois de plus impossible chez nous.

En ce qui concerne la langue, au début, il nous a fallu un temps d'adaptation. Marie et moi avons pratiqué l'espagnol à l'école mais il faut dire que l'espagnol « chilien » est quelque peu différent. Ils ont des mots typiquement chiliens, parlent vite et n'articulent que rarement, surtout lorsque l'on est confronté à des patients qui viennent d'un milieu rural. Cependant, je pense que l'on s'est bien débrouillée puisque finalement, nous arrivions à recueillir une anamnèse entièrement en espagnol, en utilisant les termes médicaux appropriés.

Ce stage fut donc riche en expériences, tant du point de vue médical, relationnel qu'environnemental. Car malgré l'accueil chaleureux, je n'ai jamais eu aussi froid que pendant ce séjour chilien !

Marie :

Ce stage fut pour moi l'expérience la plus enrichissante de ma vie. J'ai eu l'occasion de découvrir un nouveau pays et une culture différente tout en pratiquant la médecine !

Un des points les plus positifs de cette immersion reste la confiance et l'autonomie que nous a accordé le personnel soignant du CESFAM, et ce dès les premiers jours. La Doctoresse CASTILLO ainsi que toute son équipe ont pris très à cœur notre programme, afin que nous puissions apprendre le plus de choses possibles et ce dans un contexte parfois difficile : nous ne connaissions rien de la culture chilienne, et parlions peu espagnol. Rien n'était considéré comme de trop pour notre expérience et notre formation. Chacune des personnes de l'équipe soignante s'est donné énormément de mal pour nous aider à communiquer quand nous ne pouvions pas le faire, pour nous expliquer quand nous ne comprenions pas, et surtout pour nous intégrer dans le fonctionnement du CESFAM et de la société.

Il était surprenant de voir à quel point les patients paraissaient heureux et même flattés d'être pris en charge par deux étudiantes suisses. J'ai également beaucoup apprécié l'ouverture d'esprit du personnel du CESFAM. En effet, les soignants sont tout à fait conscients que leur système de santé est en pleine évolution, et que tout n'est pas encore parfait, et ils se sont montrés très ouverts à nos remarques ou à nos suggestions pour améliorer certaines petites choses.

D'un point de vue culturel, j'ai beaucoup aimé découvrir une nouvelle culture, y étant totalement immergée : cela nous a valu quelques petites mésaventures, mais il était agréable de penser que nous étions capables de vivre « comme les chiliens », et pas seulement comme des touristes à l'hôtel.

Il faut dire que notre intégration dans la société a été très facilitée par l'hospitalité des Chiliens, que ce soit le personnel du CESFAM, les étudiants de médecine que nous avons pu rencontré ou Carolina, qui a eu la gentillesse de nous héberger pendant ce mois.

Notre visite à Santa Maria a également généré beaucoup d'enthousiasme. Même si des étudiantes de Genève étaient déjà venues l'année précédente, il n'en reste pas moins que nous étions le centre d'attention. Nous avons ainsi eu l'occasion de rencontrer le maire de la ville, de donner des interviews dans les journaux locaux. Il était très agréable de se rendre compte que les habitants étaient réellement heureux de notre venue.

En ce qui concerne mon expérience personnelle, il faut bien avouer que je n'avais jamais eu aussi froid. Il était parfois difficile de supporter ce froid, l'absence d'eau chaude et de chauffage, mais je pense que cette aventure m'aura été bénéfique.

Ayant été malade la dernière semaine de notre stage, j'ai même eu l'occasion de tester le système de santé chilien, ce qui a encore plus complété mon immersion !

Remerciements :

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont permis de mener à bien ce stage et de vivre cette expérience unique : la Doctoresse CASTILLO et la physiothérapeute Lorena IGLESIAS, l'équipe soignante du CESFAM et les différents médecins qui ont eu la patience de nous accueillir et de nous enseigner de nombreuses nouvelles choses.

Nous voulons aussi remercier Carolina et Bernardo, qui nous ont hébergé pendant un mois, et nous ont fait découvrir la « vie chilienne ».

Annexes :

Liste des 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 Derramas 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 Prematuridad (prevención, detección y manejo adecuado y oportuno del parto prematuro; hipoacusia del prematuro; displasia broncopulmonar del prematuro).
2006	Colectectomía 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 65 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 Analgésia 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

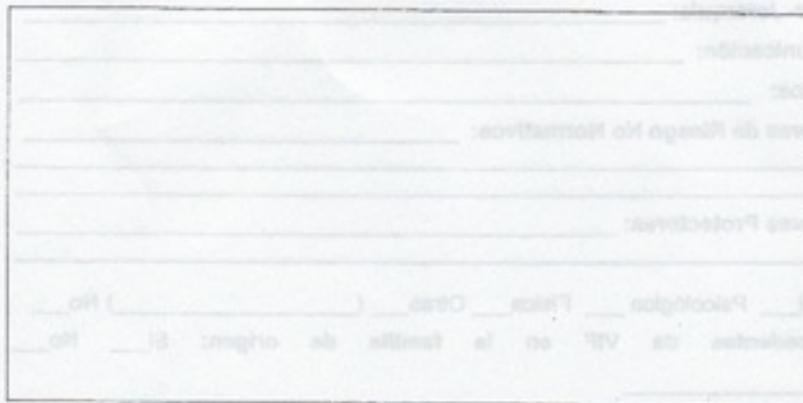
Fiche de renseignement utilisée lors des visites à domicile

CESFAM
Santa María

**Visita Domiciliaria Integral
Unidad Psicosocial**

Familia: _____
Paciente Índice: _____
Edad: _____ N° de Ficha: _____ Fecha: _____
Objetivo V.D.I.: _____

GENOGRAMA



Área Social:

Ciclo de Vida Familiar: _____

Acude a CESFAM:

Regularmente _____ Ocasionalmente _____ Casi Nunca _____ Nunca _____

Ingresos económico: Estables _____ No estables _____

Condiciones socioeconómicas: Bajo la línea de pobreza _____ Pobreza _____
No pobre _____

Redes Sociales: Si _____ No _____ Tipo: Social _____ Cual: _____

Familiar _____ Cual: _____

Integra alguna organización: Si _____ Cual _____

No _____

Condiciones de la Vivienda (material, tenencia, higiene) _____

Condición de Hacinamiento: Si _____ No _____

Servicios básicos: Agua _____ Luz _____ Alcantarillado _____

Hay algún miembro de la familia con:

Discapacidad física Psicológica Enfermedad crónica

Área Psicológica:

Límites: _____

Poder- Jerarquía: _____

Comunicación: _____

Afectos: _____

Factores de Riesgo No Normativos: _____

Factores Protectores: _____

VIF Si Psicológica Física Otras (_____) No

Antecedentes de VIF en la familia de origen: Si No

Tipo _____

Síntomas Relevantes: _____

Observaciones: _____

Plan de Intervención: _____

Consejería / Refuerzo Educativo: _____

Profesional(es) y/o TPM: _____

Fiche de consentement utilisée lors de visite à domicile

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA
CENTRO DE SALUD FAMILIAR
SANTA MARIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su equipo de cabecera ha estimado necesario efectuar con su familia algunas intervenciones tales como visitas domiciliarias integrales, estudios de familias, consejerías individuales y familiares, entrevistas, aplicación de instrumentos de salud familiar, con la finalidad de favorecer la intervención que entregue el profesional que lo atiende.

En caso de tener cualquier duda sobre lo anterior rogamos hacerlo saber al profesional que lo atiende.

En conocimiento de lo anterior autorizo al equipo de sector a realizar intervenciones con enfoque de salud familiar.

NOMBRE DEL USUARIO/A :

RUT:

FIRMA

N° de FICHA.....

PERCAPITA.....

SANTA MARIA de de 20

INTEGRANTE DEL EQUIPO QUE SOLICITA INTERVENCION: