



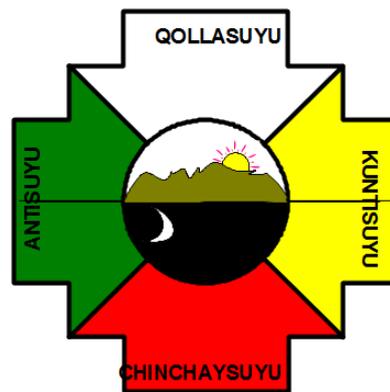
**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

## Rapport de stage de l'unité d'Immersion en Médecine Communautaire

---

L'Argentine, un exemple d'intégration de la communauté indigène au cœur de son système de santé



*Chakana, un símbolo de organización de vida*

**Réalisé par les étudiants:** Sidi Wang, Laura Cordes, Damien Pedrazzoli, Alban Glanetas et Michaël Matos

**Tuteur:** David Henri Beran

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	2
<b>Résumé du stage- carnet de bord du projet</b> .....	2
Première semaine d’immersion: San Pedro de Jujuy, région du Ramal .....	3
Deuxième semaine: El Moreno et San José, au cœur de la Puna argentine .....	4
Troisième et quatrième semaine: Pampa del Indio, province El Chaco .....	4
<b>Chapitre 1 - Organisation du système de santé, du plan de santé rural à aujourd’hui, l’œuvre du Dr. Carlos Alvarado</b> .....	5
1.1 Histoire et statistiques .....	5
1.2 Les premiers maillons de la chaîne: Les agents sanitaires et les équipes de médecins itinérants .....	6
1.2.1 Les agents sanitaires: Promotion et Prévention de la Santé .....	6
1.2.2 L’équipe de médecins itinérants de Pampa del Indio, Chaco .....	8
1.3 Les “Centro de Atención Primaria de la Salud” (CAPS) .....	10
1.3.1 Le poste de santé en milieu urbain .....	10
1.3.2 Le poste de santé en milieu rural .....	11
1.4 Un système basé sur la complexité de la prise en charge .....	12
1.4.1 Visite d’un hôpital régional de second niveau d’attention .....	13
1.4.2 Visite d’un hôpital de premier niveau d’attention .....	15
<b>Chapitre 2 - Entre culture ancestrale et occident, la problématique de la santé pour les communautés indigènes</b> .....	16
2.1 Introduction : La question de la santé indigène en Argentine.....	16
2.2 Vie et Culture des populations indigènes : L’exemple de la cosmovision chez les villages originaux des Andes.....	17
2.2.1 La Cosmovision .....	17
2.2.2 La nature .....	17
2.2.3 Organisation et Territoire .....	18
2.2.4 L’identité .....	18
2.2.5 La médecine ancestrale .....	18
2.3 Limites de l’intégration d’un système de santé conventionnel pour les communautés indigènes .....	18
<b>Réflexions et conclusions</b> .....	19
<b>Sources</b> .....	22

## Introduction

Notre projet s'est intéressé à la place et à la pratique de la médecine traditionnelle dans les peuples indigènes des régions plus reculées d'Argentine. Nous avons eu l'opportunité d'en faire la connaissance et l'apprentissage dans deux provinces du Nord, dont un large pourcentage de la population reconnaît son appartenance aux dits "pueblos originarios". Nous sommes également partis avec l'objectif de comprendre les enjeux de l'accès aux soins des zones rurales et défavorisées au sein de différentes régions d'une même province et les difficultés qu'ils peuvent représenter pour un individu issu de la communauté indigène. En parallèle, nous avons cherché à comprendre le fonctionnement du système de santé en Argentine, les solutions, tant au niveau national que provincial, mises en place pour faire face à la demande de la communauté en matière de soins. Prendre conscience de la place que la communauté occupe dans le système de santé argentin et de manière plus large, quelle place occupent les populations indigènes en Argentine faisaient également partie du projet. Avant notre départ, le sujet demeurait vaste avec différents degrés d'angles d'approche. Seulement une fois sur le terrain nous avons pu définir et concentrer nos observations avec la marge de manœuvre qui nous était donnée. En résumé, voici les deux axes sur lesquels nous avons orienté nos observations:

**1. Le système de santé en Argentine** : quelles sont les bases de ce système? Comment s'est-il adapté aux communautés et quelles sont les démarches mises en œuvre afin de maximiser l'accès aux soins?

Pour nous en rendre compte, nous avons choisi d'entrer nous-mêmes dans le réseau en suivant les acteurs principaux à la base du réseau des soins à savoir, les agents sanitaires.

**2. La médecine conventionnelle et traditionnelle au sein de la communauté:** quelles sont les bases culturelles et religieuses de la médecine traditionnelle dans les communautés rencontrées? En quoi elles influencent les soins portés aux populations? Quelle est l'importance et la place de la médecine traditionnelle face à la médecine conventionnelle et comment le système de santé s'est adapté aux difficultés?

## Résumé du stage- carnet de bord du projet

Afin de mieux nous suivre, commençons par planter le décor général de notre immersion en Argentine. Notre projet cible l'observation des communautés indigènes. Les ethnies autochtones sont faiblement représentées au niveau national et se concentrent surtout dans les provinces du Nord, tels El Chaco, Formosa et Misiones. Nous utiliserons fréquemment le terme "indigène". Comprenons par ce terme un individu descendant des indiens aborigènes d'Amérique latine, loin du stéréotype de l'indigène chasseur-cueilleur.



*Province de Jujuy, Argentina*

## Première semaine d'immersion: San Pedro de Jujuy, région du Ramal

Notre stage a débuté dans la province de Jujuy, située dans la partie d'extrême nord-ouest du pays. Initialement prévue dans la ville de Rodeito, notre première semaine de stage s'est finalement réalisée dans la ville de San Pedro, par mesure de sécurité et directive du ministère de la santé. En effet, deux cas d'anthrax leur ont été signalés dans la ville de Rodeito, quelques jours plus tôt. Nous sommes arrivés à l'aube, le lundi 18 mai, à la gare routière de San Salvador de Jujuy capitale de la province. C'est la Pr. Mabel Pelo, qui travaille pour le Ministère de la Santé Indigène, qui nous a chaleureusement reçus. Une matinée de rencontres et de nouveaux visages nous attendaient. Nous sommes conduits au centre du-dit ministère pour rencontrer l'équipe de médecins généralistes et spécialistes ainsi qu'un représentant de la communauté Guarani, M. Wayra Pukara, qui fait l'intermédiaire entre son peuple et le système de santé. La cheffe de l'équipe du ministère de Jujuy, la Dre. Josefina Ramirez, nous introduit à l'essentiel de leur travail parmi la population locale, et M. Pukara à la cosmovision, autrement dit les bases fondamentales des croyances de sa communauté. Notre première semaine de stage se déroulera sous le toit et l'emblème des Guaranis.

Par la suite, nous nous rendons au centre de santé, afin d'y rencontrer les agents sanitaires que nous allons suivre durant toute la première semaine. Quel changement de décor. De la salle de réunion où l'on nous présentait il y a peu des graphiques, des illustrations, des photos à coup de Powerpoint, nous voilà face à la réalité derrière les portes des bureaux. Du petit comité de gens, au style quasi occidental, à l'équipe entière d'une vingtaine de professionnels de la santé. Des personnages aux visages de la région, traits typés. Du bureau au terrain. Le ton change.

Pour les agents et pour nous-mêmes, cette collaboration est une grande première. La venue de jeunes étudiants étrangers s'intéressant à leur travail mais aussi à leur culture d'origine, suscite un mélange d'enthousiasme et de doutes. On s'interroge sur notre capacité à nous adapter. Au fil de la discussion, nous établissons un plan de travail pour la semaine à venir. Le projet se concrétise là, sous nos yeux. On forme des paires agent-étudiant. Les matinées seront dédiées à l'observation des tâches quotidiennes des agents, chacun assigné à un centre de santé et un secteur différent dans la ville de San Pedro. Les après-midis seront consacrés à des activités communautaires avec les différents représentants de la communauté guaranis. Nous logerons à l'hôtel le temps de cette première semaine.

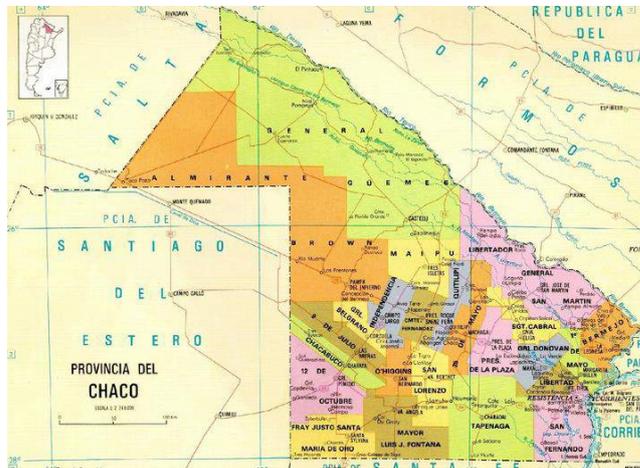


*Equipe d'agents sanitaire à San Pedro de Jujuy, premier jour d'accueil*

## Deuxième semaine: El Moreno et San José, au cœur de la Puna argentine

Nous prenons de l'altitude. A plus de trois heures de route de San Pedro, nous arrivons à El Moreno et San José, deux villages de la région de la Puna, respectivement à 3600 et 4000 mètres d'altitude. Le logement et la nourriture étaient fournis par les postes de santé. A une telle hauteur, les conditions climatiques sont considérablement différentes sans parler des différences de pression. On nous parle du mal des montagnes et qu'il nous faudra un temps d'adaptation. Le groupe a été divisé en deux: trois personnes sont restées à El Moreno, et deux sont parties rejoindre le poste sanitaire de San José. Le principe reste le même, suivre un agent sanitaire dans la pratique quotidienne de son métier. Malgré une différence de confort, les températures et la simplicité des logements sont passablement similaires dans les deux localités. Nous allons être face à la difficulté d'accès. La majesté des montagnes renfermant jalousement dans ces petites vallées sa nature époustouflante et avec elle ses habitants. La beauté de l'isolation, du lointain, inaccessible.

## Troisième et quatrième semaine: Pampa del Indio, province El Chaco



Dans un premier temps, nous avons eu l'honneur de rencontrer le ministre de la santé publique de la province de Chaco, Hugo Sager. A nos côtés lors de cette visite, le Dr. José-Maria Ramos Cosimi, responsable du programme de santé communautaire. La troisième et dernière étape du stage s'est réalisée à Pampa del Indio. Il s'agit d'une petite ville à température tropicale. Les journées étaient humides et les nuits fraîches, avec "la pampa" aux alentours, zones de plaines marécageuses soutenues par un pâturage impressionnant et peuplée par une faune variée. Sur place, nous avons suivi l'équipe du programme de médecine communautaire (PMC). Cette équipe multidisciplinaire s'est formée sous la responsabilité du Dr. Ramos. Sa composition et son travail seront détaillés dans le chapitre 1.2.

Notre stage est arrivé à son terme après les deux semaines passées à Pampa del Indio. Afin de conclure le chapitre, nous avons été reçus une seconde fois par le ministre de la santé provinciale. Autour d'une grande table ronde dans un bureau impeccable, un maté fumant à la main, nous avons pu faire part de notre expérience au ministre et ainsi donner un feedback de notre vécu et ressenti sur l'application du système de santé.

## **Chapitre 1 - Organisation du système de santé, du plan de santé rural à aujourd'hui, l'œuvre du Dr. Carlos Alvarado**

### **1.1 Histoire et statistiques**

Le système tel qu'il est aujourd'hui est divisé en trois sous-secteurs : public, privé et de sécurité sociale. La partie publique comprend les hôpitaux et les postes de santé, quelque soit leur taille. Les soins sont procurés gratuitement, et ce, sans exception pour toute la population. Les cliniques, quant à elles, sont classées dans le secteur privé et les prestations sont alors payantes.

Affichant aujourd'hui une organisation structurée, le système de santé publique n'a pas toujours été ainsi. Pour illustrer ceci, voici quelques chiffres en 1965: Le taux de mortalité générale était de 15‰; le taux de mortalité infantile 120‰. Certaines maladies, telles que la coqueluche, la poliomyélite, le tétanos et la diphtérie, considérées comme immuno-prévisibles, contribuaient en grande partie au taux de mortalité, faute de prévention. La tuberculose, à incidence élevée, était aussi une cause très fréquente de décès reflétant les conditions sanitaires insuffisantes, avec comme exemple, seulement 30% de la population ayant accès à l'eau potable. Dans les établissements sanitaires, le nombre de lits étaient insuffisants pour tous les patients, avec environs sept lits pour mille habitants. Les médecins étaient eux aussi en sous-effectif, avec un soignant pour 8000 habitants dans les zones urbaines et ce, sans système de régionalisation. Avec un tel système, la demande en soins par habitant était aux alentours de 0.8/an. Seuls 40% des accouchements se faisaient dans les institutions sanitaires et la principale cause de mortalité était due au manque d'attention médicale dans les zones plus reculées.

Estimant que la santé ne pouvait plus continuer ainsi, le ministre de la santé de Jujuy alors en fonction, le Dr. Carlos Alvarado, établit dans les années 1966 un nouveau système de santé publique. Le but de ce nouveau programme sanitaire était d'organiser un service de médecine préventive et curative pouvant couvrir tous les aspects les plus essentiels dans le domaine de la santé, pour tous les habitants et ce, sans exception. Il l'a appelé, la "cobertura total". A ceci s'ajoutent les différentes assistances sociales, l'éducation sanitaire, des programmes de réhabilitation ainsi qu'un assainissement de l'hygiène environnemental. La première application de ce plan a été effectuée dans deux régions pilotes: El Carmen et Tilcara. Afin de s'assurer du bon fonctionnement permanent de cette couverture sanitaire, plusieurs directives ont été instaurées:

1. L'attention primaire doit être procurée dans toutes les habitations. Le personnel soignant, localement appelé "agents sanitaires" doivent connaître à la perfection les secteurs qui leurs sont attribués ainsi que les documents des habitants. Les soins sont échangés contre la signature du patient, comme seule confirmation officielle.
2. Selon le Dr. Alvarado: " Selon la couverture totale, le travail sanitaire ne se mesure pas en quantité "réalisée", mais en ce qui reste à faire". Pour lui, il ne devait pas y avoir "d'espace vides restés sans soins" dans les communautés.
3. Les agents sanitaires représentent une "extension de l'hôpital ayant pour but d'amener ses bénéfices jusqu'au dernier recoin de son influence". Devenir agent sanitaire était alors possible pour tout le monde, quelque soit sa formation. Les critères requis? Une qualité technique dans les prestations, un sens de la responsabilité, et surtout, de l'humanité. Afin de devenir un agent sanitaire à part entière, un apprentissage sur les connaissances sanitaires de base et thématiqué est requis. Les agents sanitaires sont alors supervisés et évalués à intervalles réguliers.

4. Les données relevées sont alors enregistrées et archivées afin de construire un historique journalier du "terrain" sous formes de tableaux statistiques.
5. L'hôpital est l'une des pièces fondamentales dans la construction d'une couverture sanitaire totale. L'établissement doit être le cœur de ce nouveau programme afin d'aider la coordination des différentes organisations, et parmi elles, les agents sanitaires.

Grâce au plan du Dr. Alvarado, il existe aujourd'hui à Jujuy un ministère de la santé indigène qui a pour responsabilités de coordonner le travail des agents sanitaires et des communautés autochtones avec les grands établissements sanitaires. Nous pouvons observer les résultats du "projet Alvarado" au fil des décennies à travers quelques chiffres, dès les années 2000. Les statistiques montrent une diminution du nombre de logement précaire et augmentation des habitations avec un toit stable. Il est évident qu'il existe toujours des cas en situation défavorisée, mais ceux-ci sont de moins en moins nombreux. Les campagnes de prévention se multiplient, de plus en plus de vaccins sont appliqués afin d'éviter les maladies immuno-prévisibles. Le domaine gynéco-obstétrique est aussi amélioré. De plus en plus de femmes choisissent d'accoucher dans les établissements comparés aux années 60. Le progrès dans le système de santé a permis la mise en place d'un système de santé féminin, la "camionnette de la femme". C'est un exemple qui démontre que le programme sanitaire d'aujourd'hui déplace les infrastructures sanitaires vers la population plutôt que l'inverse. En effet, à l'intérieur de ces véhicules, les patientes ont la possibilité d'effectuer une mammographie, des examens gynécologiques et obstétricaux comprenant la détection du cancer de l'utérus. Ainsi surveillées, le taux de mortalité maternelle a considérablement chuté, aboutissant à un taux de 0.7 pour cent mille en 2013. La mortalité infantile a aussi diminué à 11‰ en 2013.

De nos jours, la prévention et l'information sont devenues les activités principales des différents postes de santé parmi les communautés autochtones. Certes, certains sujets restent délicats, mais le système montre globalement une belle progression pas à pas.

## **1.2 Les premiers maillons de la chaîne: Les agents sanitaires et les équipes de médecins itinérants**

### **1.2.1 Les agents sanitaires: Promotion et Prévention de la Santé**

Les Agents sanitaires sont les premiers intermédiaires entre la population et le système de santé. Leur premier travail consiste à assurer la prévention et la promotion de la santé. Pour se faire, ils visitent chaque famille du secteur qui leur est attribué afin de veiller sur la santé des habitants de Jujuy qui n'ont pas un accès direct aux hôpitaux ou aux médecins ainsi qu'assurer les premiers soins de base. Ils tiennent à jour des formulaires sur l'état de santé des familles appelés fiche 883, sur laquelle figure tous les membres de la famille avec les vaccins effectués, le niveau de vie dans lequel ils vivent, évalué sur la base de différents marqueurs: type de logement, eau courante, nombre d'enfants par famille et les facteurs de risque. Il y en a 5 principaux: violence familiale, absentéisme scolaire des enfants, addiction aux drogues ou à l'alcool.

Ils sont également habilités à effectuer des gestes techniques de base. Les principaux sont la vaccination des enfants ainsi que la prise de la tension et de la fièvre pour le suivi des patients. Un autre aspect important de leur travail en ville est de s'occuper de la prévention, notamment du celui du cancer du col de l'utérus, thématique très abordée à San Pedro. Les agents apportent un kit de frottis "l'autotoma" pour le prélèvement de cellule de la muqueuse vaginale que la patiente effectue elle-même chez elle. Le résultat du frottis parvient 21 jours plus tard au poste de santé. Néanmoins, tous les 5 ans, une consultation avec un gynécologue est organisée afin d'avoir un examen plus poussé et mené dans de meilleures conditions pour un diagnostic précis.

Lorsqu'ils partent pour leur ronde, ils s'équipent d'un sac à dos avec tout le matériel qui leur sera nécessaire pour assurer leurs différentes tâches: aiguilles, seringues, vaccins, stéthoscope, brassard pour la tension, tubes pour l' "autotoma", et toutes les fiches des familles qu'ils vont visiter.



De gauche à droite: Exemple d'habitation visitée par l'agent sanitaire; Fiche 883 familiale et matériel de vaccination

Un secteur est normalement constitué de plusieurs "manzanas", des blocs de maison. Une fois devant la maison qu'il doit visiter, l'agent sanitaire frappe des mains afin d'annoncer sa présence et attend qu'on lui ouvre la porte. Généralement, l'agent sanitaire connaît personnellement les membres de chaque famille qui sont sous sa responsabilité car il s'agit de patients suivis de manière régulière. De plus, avant le départ de leur "ronde", chaque agent sanitaire sait de façon précise quelle famille est-ce qu'il doit visiter pour tel jour. Une fois accueilli, l'agent sanitaire prend ses formulaires de familles et carnets de vaccination, puis, commence consciencieusement son travail.



Les affiches de prévention pour la santé néonatale et infantile dans les CAPS à San Pedro de Jujuy

A San Pedro, un des principaux soucis était l'absence du patient. A San José, l'agent sanitaire effectue les visites que le matin pour éviter ce problème mais les distances à parcourir pour atteindre les patients sont une difficulté supplémentaire. Seul, il fait les trajets en moto, mais de nombreux petits villages sont inaccessibles par la route (notamment ceux situés haut dans les montagnes) et il est nécessaire d'effectuer au moins une partie du trajet à pied. Avec deux personnes à ses côtés, la marche était alors notre seul moyen d'accès, faute de transport. La zone couverte par le poste de santé ne compte que 4 familles mais s'étend sur une zone de près de 25 km à la ronde autour du poste. En outre, en cas d'urgence, l'ambulance met environ 4 à 5 heures pour faire le trajet aller-retour depuis l'hôpital le plus proche (et l'agent affirme que celle-ci se perd assez régulièrement).

### 1.2.2 L'équipe de médecins itinérants de Pampa del Indio, Chaco

L'équipe pluridisciplinaire du "Progama medicos comunitários" se rend à Pampa del Indio et ses différentes régions toutes les deux premières semaines du mois. Elle effectue un tournus dans les différents centres de santé, où même l'église du village est aménagée comme point de consultation, pour se rapprocher au maximum des communautés qui sont très dispersées dans la campagne. Autrement dit, tous les jours, la destination était différente. Ils utilisent un minibus pour transporter les membres de l'équipe, ainsi qu'une ambulance, mais tous les chemins ne sont pas faciles d'accès. En effet, lors des jours de pluie, certaines routes deviennent impraticables et ils ne peuvent plus se rendre aux endroits prévus. L'ambulance, un modèle de Ford des années 50, a ses quelques imperfections aussi: on a dû la pousser pour qu'elle démarre aujourd'hui! Malgré tout, cette ambulance est malheureusement le seul véhicule sanitaire pouvant circuler dans les landes de la pampa marécageuse. On nous explique qu'avec ce vieux modèle, il est facile de trouver un mécanicien au village qui sache travailler avec ce système. Avec un 4x4 moderne, il faudrait sans doute l'envoyer en réparation loin de la ville ce qui compromettrait leur mobilité. Comment fonctionne la communication dans ces régions? La population est prévenue par la radio locale de la présence de l'équipe communautaire et dans quel centre elle sera plus précisément. Ainsi les personnes qui ont besoin de soins sont au courant que le médecin est là, et ils peuvent se rendre au point de consultation.



*De gauche à droite: Poste de santé "provisoire" de l'équipe PMC de Chaco et leur ambulance; Un logement en terre cuite chez la communauté Qom*

L'équipe est constituée d'un médecin, de deux obstétriciens, d'un psychologue, d'un agent social, d'un infirmier, de deux aides infirmières et d'un vétérinaire. Cette équipe en particulier a reçu une formation spécialisée en "pueblos originários". Le médecin reste au centre de santé ou au point de rendez-vous avec la population. Il effectue les consultations avec les patients qui lui rendent visite. Il s'agit principalement de suivi de la croissance des enfants avec les contrôles obligatoires ou de personnes malades qui viennent consulter pour avoir des médicaments et être guéris. Les soucis de santé étaient aussi variés qu'ils étaient nombreux: douleurs aux jambes suite à un traumatisme, douleurs retro-sternales à l'effort, enfants qui toussent, enfants qui ne se nourrissent pas assez, personnes âgées dénutries refusant de recevoir les soins nécessaires. Le médecin se base surtout sur l'anamnèse, il ne fait que rarement un examen physique. Il prescrit des médicaments, et les donne

directement aux patients s'il les a avec lui. Il prescrit aussi beaucoup de consultations à l'hôpital, en s'assurant au préalable que les patients ont les moyens de s'y rendre (il est quand même à une vingtaine de minutes d'où on se trouvait), pour des radios, électrocardiogramme, ou des consultations avec des spécialistes (traumatologue, pédiatre, cardiologue). Il était en général aidé par les aides infirmières, notamment pour mesurer poids et taille, prendre la tension ou vacciner.

Souvent on pouvait aussi compter sur la présence d'un agent sanitaire originaire de la communauté Qom, la plus prévalente dans la région. Son rôle était aux côtés du médecin, au cours des consultations. Bien que bilingues, les patients se tournaient vers l'agent avant de répondre aux interrogations du médecin. Leur réaction n'était pas tant une demande d'explications mais une recherche de sécurité et de confiance dans le regard de ce membre familial.

Il y avait aussi des groupes mobiles qui visitaient les gens chez eux. En général, ils étaient composés du vétérinaire, des aides infirmières et d'un médecin obstétricien. Le vétérinaire connaissait les familles locales et leur rendait visite pour s'occuper de leurs animaux de compagnie, comme par exemple, l'administration de déparasitant aux chiens, très nombreux dans les régions rurales, par voie orale principalement ou, le cas échéant, en intramusculaire.

Le principal travail de l'agent social, du psychologue et de l'infirmier hors du poste de santé est de faire des présentations sur différents thèmes de prévention dans les écoles dispersées. Quand nous étions présents, un des thèmes abordés était le "féminicide", le meurtre d'une femme par un homme en raison de son genre. La présentation a été réalisée le jour avant la journée nationale contre le féminicide avec une campagne #nounamenor, qui a été suivie par plus d'un million de personnes dans le pays et qui a fait prendre conscience aux autorités qu'ils étaient en présence d'un réel problème.

Les autres jours, l'équipe se concentrait sur l'hygiène du corps, allant des cheveux aux pieds, mais aussi de manière plus générale, des habits, quand se laver, et comment le faire de manière adéquate. Ces présentations étaient réalisées avec des panneaux en papier grand format sur lequel ils collaient des illustrations taille A4. Il y avait en général deux intervenants, l'agent social qui prenait la parole de manière prédominante et ensuite le psychologue, le médecin obstétricien ou le vétérinaire complétaient avec des remarques pertinentes, pour ainsi rendre la présentation plus vivante et plus intéressante.



*L'équipe multidisciplinaire des médecins communautaires de Chaco, à Pampa del Indio*

### 1.3 Les "Centro de Atención Primaria de la Salud" (CAPS)

Le poste de santé (ou centre d'attention primaire de la santé: CAPS) est un établissement qui encadre plusieurs réalités bien distinctes. Lors de notre stage, nous avons été amenés à en visiter plusieurs et deux cas de figures ont attiré notre attention.

#### 1.3.1 Le poste de santé en milieu urbain

D'abord, il y a le poste de santé situé dans la périphérie d'une ville de taille moyenne, comme San Pedro de Jujuy. En règle générale, une équipe de plusieurs agents sanitaires y travaille et est assignée à une zone urbaine bien délimitée, ou "sector". Le "puesto de salud" a la particularité ou le privilège d'offrir une grande proximité avec la population locale. Pour illustrer ce cas, nous prendrons comme exemple le centre La Merced, l'un des sept postes de santé de la périphérie de San Pedro, qui s'occupe d'une population totale de 5689 habitants.

Commençons par une brève description de l'établissement et de son fonctionnement. En tout, cinq agents sanitaires sont présents sur place chaque jour de la semaine. Quatre jours en ronde dans leur zone assignée afin d'y rencontrer la population, de la sensibiliser à différents problèmes de santé courants, de faire le suivi des différentes pathologies chroniques ainsi que de mettre à jour la vaccination obligatoire. Le cinquième jour, l'agent sanitaire est placé "de garde" dans le poste sanitaire afin d'y accueillir la population. Il en profite également pour distribuer le lait (l'Etat offre du lait en poudre à toutes les femmes enceintes et aux enfants en sous-poids dans les zones défavorisées) à la population dont il s'occupe (il les informe de son jour de garde lors des visites dans la semaine). Outre les agents sanitaires, sont également présents au poste trois infirmières, une travailleuse social, une éducatrice de santé, une aide administrative, trois médecins généralistes, une psychologue, un nutritionniste, un odontologue et une obstétricienne. Si les infirmières et le personnel non-médical est présent chaque jour ou presque, il y a rarement plus de deux médecins au poste le même jour.

Le poste même comporte trois salles de consultation fermées, une ouverte (la salle est en continuité avec le local de réunion, séparée uniquement par un grand meuble). Elle est équipée d'une balance à l'ancienne avec le système de contrepoids coulissants, plusieurs instruments de mesure, un lit et une étagère où sont rangés tous les dossiers médicaux de la population du quartier. Les salles de consultations servent surtout aux prises des mesures de base telles que le poids et taille des enfants, la tension et le rythme cardiaque. Il y a un local de réunion (qui sert également de salle à manger certains midis), une cuisine avec un réfrigérateur où sont stockés les différents vaccins provenant de l'hôpital de San Pedro. Les différentes injections et prises de sang sont effectuées dans le local des soins. Enfin, une pharmacie vient compléter les ressources dont dispose le poste de la Merced. Il n'y a pas de salle d'attente à proprement parler, les patients attendent dans le couloir, sur des bancs.

Les derniers chiffres présentés montrent un résultat assez contrasté: Sur les 1620 maisons présentes dans la zone de couverture du poste, 1582 (97.7%) avaient été visitées au moins deux fois dans le semestre. Quel que soit leur âge, il y avait également toujours plus de 90% des enfants vaccinés. Les plus mauvais chiffres présentés étaient majoritairement en rapport avec la santé des femmes, et les contrôles de grossesses. Le semestre dernier, 264 des 1387 femmes de plus de 30 ans contrôlées ont été testées positives au VPH, soit près d'une femme sur cinq. En outre, 18% des femmes enceintes ne sont pas détectées avant douze semaine, ce qui diminue l'efficacité des contrôles et augmente les risques de santé pour la femme et pour l'enfant. Parmi les femmes enceintes, il est à noter qu'une assez grande proportion souffre de problèmes de poids (12% de dénutrition et 17% d'obésité). Pour finir, concernant les risques associés dans les familles, il est à noter que plus de la moitié d'entre elles (614, soit 54.4%) ont été placées dans cette catégorie et 58 (5.2%) ont été notées comme à "risque suffisant".



*CAPS Belgrano, San Pedro de Jujuy, et son équipe*

### 1.3.2 Le poste de santé en milieu rural

On peut aisément anticiper qu'un poste de santé fonctionne de manière radicalement différente dans les zones reculées, comme dans le village de San José dans le nord de Jujuy, une région montagneuse appelée la Puna. Quatre familles y habitent mais qui s'étaient absentes, comme chaque année à cette période où ils se dédient à la gestion de leurs bétails plus loin dans les montagnes. Ici, un seul agent est présent en permanence en semaine, et on peut compter sur la présence d'un médecin, qu'une fois par mois lorsque celui-ci effectue sa "ronde médicale" dans ce poste-ci (ce mois-ci, le médecin n'est pas venu à cause d'une panne de la camionnette qui devait l'emmenner). L'agent sanitaire qui nous a reçus était au poste depuis seulement un an et cinq mois. Il avait, en plus de sa formation comme agent sanitaire, effectué un stage de "capacitación" très récemment à l'hôpital de San Salvador de Jujuy en compagnie d'autres agents sanitaires isolés. L'agent sanitaire divise ensuite son emploi du temps en journées de garde, de déplacement sur le terrain et de repos. Par exemple, lors du mois de mai, il a effectué six journées de déplacements sur le terrain, dix jours de gardes et neuf de repos (il a également effectué un stage d'une semaine en hôpital à San Salvador pour s'exercer à la pratique de certains gestes primaires).

Le poste de santé en lui-même est beaucoup moins équipé qu'en ville. Cinq pièces le compose en tout: Une salle de bain sans eau courante (un robinet à l'entrée sert de seul point d'eau de l'édifice), une cuisine qui sert également de salle à manger, de local de pause et de local de rangement, une chambre de 7 m<sup>2</sup>, un petit bureau et une salle de consultation comprenant un lit, un appareil de mesure de la taille et du poids, une armoire où sont rangés les médicaments, un bureau et une petite table qui sert de lieu de préparation des injections (avec le bassinet, le désinfectant, etc.).

Malgré ces nombreuses barrières, les résultats en termes de prévention et promotion de la santé semblent assez prometteurs: tous les enfants en âge d'être vaccinés sont à jour, toutes les femmes enceintes (2) ont été diagnostiquées avant les 12 semaines de grossesse et il n'y a actuellement aucun cas d'obésité ou de dénutrition. En revanche, l'hygiène représente une grande difficulté compte tenu de l'absence d'eau courante dans la majorité des habitations (la plupart puisent leur eau de la rivière) et les gens brûlent leurs ordures devant chez eux pour s'en débarrasser. Un autre problème est le manque d'attention médicale. Ainsi, lorsque les femmes enceintes doivent se faire contrôler, elles doivent impérativement se rendre à l'hôpital. Ce n'est pas l'unique problème à ce niveau. A ce propos, plusieurs agents sanitaires ont récemment déposé une pétition au directeur de l'hôpital régional lui demandant officiellement de pallier à ces difficultés. En tête de ces demandes figurent la disponibilité d'un obstétricien une fois tous les mois, une meilleure ponctualité du médecin lors de ces rondes, que les chauffeurs d'ambulance reçoivent une formation de base en mécanique et pouvoir remédier au blocage sur la route empêchant d'attendre leur but (ce qui, semble-t-il, arrive régulièrement). Il est demandé qu'un médecin ou un infirmier formé, soit présent constamment dans

les postes de santé les plus grands (trois sont cités) et de pouvoir disposer de personnel de maintenance pour les postes de santé (notamment un plombier qui s'occuperait d'installer les canalisations une fois pour toutes) ainsi que plus d'heures de formation pour les agents sanitaires.



*De droite à gauche: Notre équipe, l'agent sanitaire de San José et Pr. Mabel Pelo; Le CAP d'El Moreno*

#### 1.4 Un système basé sur la complexité de la prise en charge

Aujourd'hui, la province de Jujuy est divisée en six régions sanitaires : Le Centre, La Puna, Le Valles, la Quebrada, Ramal 1 et 2. Ces régions sont elles-mêmes divisées en 22 « Areas programaticas », qui sont des zones géographiques avec une population définie attribuée à un hôpital général, dit « hospital cabecera ». Ces zones sont encore divisées en secteurs. Le tout est couvert par un réseau d'établissements de santé classés selon un degré de complexité croissant (numéroté de 1 à 8) en trois niveaux d'attention médicale (I à III).

Un niveau d'attention est défini comme un ensemble d'établissements de santé avec le niveau de complexité nécessaire pour résoudre avec efficacité et efficience les demandes en matière de santé de différentes amplitudes et sévérités.<sup>1</sup>

Le premier niveau, dit aussi local, constitue la porte d'entrée dans le système et regroupe les établissements de basse complexité (de degré 1 à 4) les postes de santé, les CAPS et les Centres Intégrateurs Communautaires (CIC). Ce sont les premiers maillons de la chaîne, en contact direct avec la communauté. Leurs actions se concentrent sur la prévention et promotion de la santé, le diagnostic précoce des maladies et répondent aux affections les plus fréquentes et les moins graves du secteur qui leur est assigné. Les hôpitaux de basse complexité (degré 3) offrent « una Atención Medica Indiferenciada » à travers des professionnels de médecine générale.

Le second niveau d'attention, sont les hôpitaux locaux et régionaux de complexité moyenne, qui reçoivent les patients dérivés des premiers centres et s'occupent du diagnostic et du traitement de patient non résolu par ces derniers. Ils possèdent pour cela les services de base de médecine clinique, chirurgie, gynécologie-obstétrique et pédiatrie.

Enfin le troisième niveau d'attention, ou de haute complexité sont les hôpitaux provinciaux ou les centres spécialisés. Ils possèdent les infrastructures et ressources humaines capables de répondre à la prise en charge des pathologies les plus complexes exigeant des techniques de diagnostic et de traitement plus sophistiquées. Notons que tous les hôpitaux de la province possèdent un service d'odontologie, radiologie et un laboratoire en accord avec son niveau de complexité.

---

<sup>1</sup> Dra Tulla Sanchez Lopez, "Servicios de Salud Organizacion y niveles de atencion", fr.slideshare.net

Ce qui définit la catégorie de chaque établissement sont les ressources matérielles et humaines dont il dispose pour répondre à la prise en charge d'un diagnostic donné et résoudre le cas ainsi que la diversité des activités médicales exercées. Plus le degré de complexité est élevé, plus l'hôpital compte de services de sous-spécialités.

Ainsi, lorsqu'un patient sort du champ d'action de l'hôpital ou que le cas nécessite une prise en charge plus complexe ou une exploration du problème plus précis, celui-ci est dirigé vers une structure plus importante.

Notre stage nous a permis de découvrir les régions du Ramal 1 et de la Puna. La première compte un total de 3 hôpitaux locaux, 26 CAPS, 6 CIC pour 104 secteurs la seconde compte un nombre équivalents d'hôpitaux, mais 64 CAPS, 4 CIC et 9 postes pour couvrir 103 secteurs.

#### **1.4.1 Visite d'un hôpital régional de second niveau d'attention**

L'hôpital régional du Dr. Guillermo Páteron, à San Pedro de Jujuy est classé troisième parmi les plus grands de la province. Il dispose des services de médecine de premier recours, d'urgence, de maternité et néonatalogie, d'une infirmerie, d'une unité de thérapie intensive ainsi que d'une unité de chirurgie générale. Il est également équipé d'un centre de stérilisation. La ville de San Pedro ne dispose que de deux ambulances pour une population de 60'000 habitants. Le deuxième bâtiment est celui des services de pédiatrie. Nous sommes reçus par le vice-directeur, qui nous propose une visite en suivant le parcours d'un patient du moment de son admission jusqu'à sa sortie.

Tout d'abord, les battants de la porte des urgences. Cette salle ne peut accueillir que deux patients en même temps, pour une équipe médicale de cinq personnes, dont un médecin urgentiste. Ce dernier ne peut effectuer plus de 72h de travail à la suite. L'épuisement mental et physique ayant un impact direct sur la santé des patients, cela va de soi. Il se dit dans l'hôpital qu'un médecin urgentiste à une "durée de vie" de 15 ans maximum dans le service, passé ce délai, il leur est recommandé de changer d'unité ou même de prendre leur retraite.

Suivons l'exemple d'un patient standard. Il peut venir de son propre chef ou être amené par ambulance. Une fois la situation maîtrisée et si elle le permet, notre patient peut soit retourné chez lui, ou être autrement maintenu en salle d'observation pendant trois heures. Passé ce délai, le patient sans complications peut rentrer chez lui, cas contraire, il sera envoyé en salle d'internat pendant 48h. Si son cas nécessite un internat de plus de 48h, il passe en salle dite de "clinica medica".

Nous entrons dans le couloir. Une suite de portes anonymes de part et d'autres. Le vice-directeur commente: les portes de droite mènent aux "salles communes", de 36 lits en tout, 18 lits pour la section des femmes et 18 autres pour les hommes. Les portes de gauche du couloir sont réservées pour les cas de tuberculose et de patients souffrant de "OMS B24". Ce code se réfère à la classification internationale de l'OMS des pathologies. B24 est la référence pour le syndrome de l'immunodéficience acquise, "un mot interdit" ajoute le Docteur. Silence et incompréhension. A notre plus grand étonnement, il nous explique qu'en Argentine, une loi interdit l'utilisation du terme "SIDA". Par conséquent, il ne figurera jamais tel quel dans l'histoire médicale du patient, autrement que sous OMS B24.

Revenons à notre patient exemple. Si sa situation se complique, il entre dans la catégorie de patient compliqué et est transféré dans l'unité de thérapie intensive, au premier étage. Nous arrivons devant la porte de l'UTI (unidad de terapia intensiva). Elle a une capacité d'accueil maximale de six patients. C'est la dernière marche de l'escalier. Tous les cas non résolus par les premiers échelons de prise en charge arrivent entre les mains du médecin de thérapie intensive. Pour ces six patients, le personnel infirmier effectue des tournus de 6 à 8 heures, le médecin est permanent 24/24h. La salle dispose de deux appareils d'assistance respiratoire, de deux moniteurs cardiaques, un appareil de dialyse, un échographe et un appareil de radiographie mobile. Des pièces de musée. Tout l'équipement date de l'époque de Charles de Gaulle et semble lutter péniblement aux assauts de l'usure. La salle

rectangulaire est divisée en son centre par deux longues paillasses espacées pour former un couloir perpendiculaire. Dans les placards dévissés et les boîtes en carton, on retrouve le matériel d'infirmier qui nous est familier ainsi que les containers de tri des déchets. Le directeur nous avoue qu'à l'évidence ils sont loin de répondre aux normes d'hygiène. « Nous faisons au mieux avec ce qu'on a, le manque de ressources ne nous permet pas de suivre les protocoles. C'est bien loin de l'idéal » nous dit-il.

Ce couloir permet également de superviser et surveiller l'ensemble de la salle et des ses patients. La présentation de la salle se termine par une chambre de patient occupant la fonction de cimetière des machines. Une dizaine d'appareils reposent là, dans cette pièce, sans but précis.

Le médecin de thérapie intensive occupe un statut particulier dans la hiérarchie de l'hôpital. Le directeur nous explique que celui-ci jouit du titre « d'autorité légale », et qu'il est le carrefour décisif pour la vie d'un patient. Cette étape cruciale nous amène naturellement à une réflexion sur l'éthique. Reprenons l'exemple de deux patients pour l'illustrer. Admettons que l'un des patients soit un jeune d'une vingtaine d'année, amené par ambulance après un grave accident de la route. Le second est un patient âgé, hospitalisé pour un AVC survenu dans la soirée, son état se dégradant, il arrive en même temps devant la porte d'entrée de l'UTI et devant le médecin de thérapie intensive qui va les prendre en charge. Les moyens manquent, le matériel est coûteux et d'une courte durée de vie, le personnel est très réduit. Il faut tenir compte des possibilités de prise en charge en fonction de la probabilité de survie du patient. Le vieillissement de la population en Argentine ne fait pas pencher la balance en faveur des patients âgés. La morale de l'histoire : le médecin de thérapie intensive n'a pas le choix, sinon de devoir faire un choix. Lors de son entrée en fonction, il doit être disposé à prendre ce genre de décisions.

Si nécessaire notre patient-exemple peut être conduit en salle d'opération. Le secteur de chirurgie a une capacité d'accueil pour neuf femmes et neuf hommes et est dirigé par un unique traumatologue aujourd'hui âgé de 60 ans. Son activité se résume à de la chirurgie générale, exemples : péritonite, ablation de vésicule biliaire, fractures ouvertes des membres.

Nous fermons ainsi le premier chapitre et ouvrons celui de la première étape de la vie d'un patient: nous passons la porte du service de maternité et néonatalogie.

Petite introduction par notre guide. En Argentine, est défini comme « humain » tout être qui naît vivant, même si ce n'est qu'une minute. Au contraire, est défini comme « chose » un être mort-né. Un fœtus est viable à partir de 24 semaines. Encore une fois, face au manque de moyens, un choix doit être fait selon les probabilités de survie. Ici, le triage est effectué selon le poids. Si le bébé naît avec un poids égal ou supérieur à 1.5kg, il est placé en couveuse avec assistance respiratoire. A noter que le service n'en compte que deux. Si l'enfant naît avec un poids inférieur, les chances de survie sont minces. Le service compte deux salles d'accouchement par voie basse. Après 12h en salle de travail, l'accouchement s'opère par césarienne. On garde la mère et son enfant pendant trois jours.

Lorsque nous passons dans les chambres, la réalité nous saute aux yeux : des adolescentes, des enfants allaitant leurs nouveau-nés. On nous parle alors des statistiques : en Argentine la moyenne d'âge de la première grossesse est de 18 ans. Dans les provinces plus pauvres du Nord comme Jujuy ou Salta, cette moyenne descend à 14 ans, avec des cas à 11 et 12 ans, qui se font de moins en moins rares. Nous nous rendons compte comment un problème social met en lumière une cascade de complications face auxquels l'hôpital doit s'adapter.

La question de l'interruption de grossesse est posée. On nous répond qu'en 2010 une loi est éditée sur « la maternidad responsable », qui autorise l'avortement après justification devant un juge sur les raisons d'une telle demande. Si un viol est à l'origine de la grossesse, la jeune femme obtient facilement gain de cause, dans d'autres cas, sa motivation entre en conflit avec la loi. En réalité, la province de Jujuy connaît une véritable industrie de l'avortement, où pour 40 mille pesos (soit 270 dollars) on pratique un avortement par curetage. On compte officiellement 6 accouchements par jour, dont 4 sont en réalité des avortements.

Au rythme affolant auquel vont ses interventions, le risque de placenta increta n'est pas négligeable et est un cas fréquent de complications et de décès au sein de l'hôpital. Avec ce taux de natalité élevé et les conditions de vie des mères et futures pour leur enfants, la maternité a pris des airs de « marché ». En effet, des informations sur les dernières naissances, le physique et l'état de santé des bébés parviennent à circuler et aboutissent dans les réseaux de vol et trafic de bébés. On estime leur prix de vente à 25'000 pesos argentins soit environ 2'000 euros. Ceci justifie la présence d'un agent de sécurité privé à l'entrée de la maternité, les caméras installées à tous les angles des murs. Le directeur se réjouit : en 2014 aucun cas de vol n'était à déplorer.

La visite se poursuit aux sous-sols, au centre de stérilisation, qui se résume à une simple salle. L'hôpital utilisait la stérilisation par traitement chimique à l'oxyde d'éthylène et la stérilisation à la vapeur. Cette dernière ne prenait que 15 min jusqu'à ce qu'une pièce du circuit se rompe il y a 5 ans. Le traitement du matériel au gaz nécessite quant à lui 72 heures. En 40 ans d'existence l'hôpital n'a jamais connu de rénovations.

Notre périple à l'hôpital s'achève dans la salle d'attente de l'hôpital. Une vaste pièce, plusieurs chaises en bois disposées en rangées, des patients attendant les bras croisés sur leurs papiers d'identité. Le comptoir de l'accueil est fermé par des barreaux, derrière lesquelles la secrétaire effectue les enregistrements. Le directeur nous lance : « la gente es muy mentirosa » (le gens sont des menteurs). On se retrouve souvent avec de fausses identités nous dit-il, c'est pourquoi il est obligatoire de fournir le numéro de contribuable afin de vérifier l'identité d'une personne. En effet ce chiffre est récurrent, sur tous les formulaires médicaux. En sortant, l'agent de police (celui-ci est armé cette fois), nous adresse un salut de la tête et nous quittons l'hôpital ainsi que le champs de vision des caméras de surveillance.

#### **1.4.2 Visite d'un hôpital de premier niveau d'attention**

L'hôpital Eva PERÓN de Barranqueras à Resistencia, capitale de la province de El Chaco, est un établissement d'attention primaire de la santé, autrement dit, il dispose des services du domaine de la médecine de premier recours incluant médecine générale, pédiatrie, gynécologie-obstétrique et psychiatrie. Ces quatre grands axes, sont la base de la formation du médecin généraliste en Argentine nous explique le Dr. Ramos qui nous accompagne pour la visite. Cet hôpital comprend également un cabinet dentaire, un cabinet de physiothérapie équipé pour les traitements par électrostimulation, ultrason, infrarouge et magnétisme, une infirmerie, un laboratoire (effectuant les analyses bactériologiques et hématologiques), un centre de stérilisation, une pharmacie et un bureau du service social.

En termes d'examen complémentaires, l'établissement est équipé d'une salle de radiographie, d'un appareil de mammographie et d'échographie ainsi que d'un électrocardiogramme. Les techniques d'imagerie par contraste et IRM ne sont possibles que dans des hôpitaux de complexité supérieure. Entre autre, l'hôpital dispose d'un terrain en plein air pour les exercices de rééducation. Ce qui distingue cet établissement de l'hôpital régional, est l'absence d'un service de chirurgie et d'une unité de thérapie intensive, propre aux structures de complexité supérieure.

Nous commençons par la salle de réanimation, une salle équipée d'un seul lit, un défibrillateur, des appareils d'assistance respiratoire et une pharmacie d'urgence. On ne peut empêcher les souvenirs de la précédente visite de venir se superposer à celle-ci. Presque continuellement nous commentons les différences, tant elles sont flagrantes. L'état du matériel à disposition, la variété des dispositifs, la propreté des lieux, même la lumière qui se reflète sur le linoléum bleu ciel. De façon similaire la prise en charge du patient arrivé en urgence suit les mêmes chemins. Si la situation est maîtrisée le patient est maintenu en observation durant 2-3h, si son état se complique il est réorienté vers des services de plus hauts niveaux de complexité, le plus proche se trouvant à San Martín, à 5km de Resistencia. L'hospitalisation d'un patient dépend beaucoup de la pathologie nous explique le docteur Ramos. Ici, l'hôpital peut accueillir 16 patients et peut si nécessaire mobiliser 7 lits supplémentaires pour un total de 21 lits.

Nous finissons de faire le tour des cabinets de consultations. Sous les différentes plaques métalliques « consultórios » sont scotchées des pages A4 écrites à la main avec la spécialité en gros titre : « Ginecología y obstetrica » ou encore « Odontologia ».

En résumé la place de cet hôpital dans le réseau des soins est celle d'une plate-forme d'orientation des prises en charge en ambulatoire. L'hospitalisation est possible dans certains cas, les autres sont rapidement redirigés vers des établissements comme celui que nous avons visité plus tôt. Ces deux visites nous ont d'une part permis d'approcher de plus près les problèmes de santé courants dans cette population, mais également de nous rendre compte du contexte socio-économico-culturel dans lesquels ils surgissent. L'hôpital régional nous a donné une métaphore du visage, du corps et des entrailles d'une communauté et des maux dont elle souffre.

## **Chapitre 2 - Entre culture ancestrale et occident, la problématique de la santé pour les communautés indigènes**

### **2.1 Introduction : La question de la santé indigène en Argentine**

Avec près de 600'000 personnes recensées en 2001, les populations indigènes en Argentine représentent près de 2,8% de la population totale du pays. La complète intégration de ces personnes dans le système de santé se fait progressivement et celle-ci représente aujourd'hui encore un réel défi d'adaptation pour le programme de soin au niveau national et provincial.

Durant le stage, nous avons relevés plusieurs obstacles et autres difficultés aux soins. Dans un premier temps, bien que réunis sous le terme générique d'indigènes, ces peuples se caractérisent par leur grande diversité. Originellement, on compte 38 peuples originaux en Argentine. Autant de collectivités avec le plus souvent des coutumes, des langues, des histoires différentes qu'il faut cependant inévitablement prendre en compte pour obtenir un programme de santé efficient pour tous.

Pour résumer, on peut dire que les communautés indigènes, bien qu'elles puissent être rapprochées sur le plan historique et social, présentent toutes des identités très différentes. Ajoutons qu'il faut savoir les considérer avec soin afin d'obtenir le respect et ainsi l'adhérence des patients et les intégrer au mieux à la politique de santé publique.

Qui plus est, il faut aussi bien noter que ces populations se répartissent sur une grande partie du territoire Argentin, de l'extrême Sud de la Patagonie, aux frontières avec le Brésil et la Paraguay tout au Nord du pays ; dans des régions parfois reculées et difficile d'accès.

La santé pour les populations indigènes en Argentine est donc confrontée à des barrières d'ordre géographique et culturel. C'est ce deuxième point, la barrière culturelle, qui sera abordé tout au long de cette partie.

La problématique qui justifie cette partie du rapport est donc : Quels sont les caractéristiques fondamentales de la vie et la culture des populations indigènes que nous avons rencontrées, et en quoi ceci peut affecter les soins portés aux populations ?

Nous parlerons donc séquentiellement de la culture de ces populations indigènes, puis des possibles problèmes rencontrés à l'introduction d'un modèle de santé occidentale.

Pour des raisons de concision et de clarté, nous avons choisi de ne pas détailler les différents modèles culturels de chacune des communautés, et d'aborder les sujets qui ont le plus d'importance pour la prise en charge d'un patient d'une des dites communauté. En effet, les croyances diffèrent non seulement entre les nombreuses communautés qui composent le pays, mais parfois même entre

les différents membres d'une même communauté (différences d'interprétations par exemple, la répartition éparse de certains peuples peut aussi en être la cause).

## 2.2 Vie et Culture des populations indigènes : L'exemple de la cosmovision chez les villages originaux des Andes

Afin d'illustrer les croyances des différentes populations que nous avons rencontrés tout au long du stage, nous allons utiliser l'exemple de la Cosmovision que l'on retrouve chez la plupart des villages originaux des Andes, telle qu'elle nous a été présentée par Wayra Pukara, représentant de la communauté Kollas au sein du ministère de santé de la province de Jujuy.

Il faut comprendre que les différents peuples indigènes que l'on retrouve dans la province de Jujuy (Kollas, Guaranis, Quechuas, Atacamas, Omaguacas, Ocloya, Toroa et Tilian), sont liés et peuvent être rapprochés sur bien des points. Ils possèdent en effet une histoire similaire, sont liés par leur origine et leur modèle social. Et bien qu'ils ont chacun une identité qu'il leur est propre, et qu'ils vivent sur des territoires bien délimités, la culture et le mode de vie de ces peuples restent globalement comparables.

Néanmoins, l'exemple de la cosmovision qui va être détaillé ici se mêle à d'autres croyances ayant cours dans la région (catholicisme par exemple). Nous avons choisi de ne parler ici que de la cosmovision car c'est celle qui est la plus étrangère pour nous autres, et c'est aussi celle qui est le plus liée à la médecine ancestrale que nous avons tenté d'étudier.

Enfin, le modèle culturel qui est présenté ici n'implique pas tous les membres de la communauté de la même façon. D'après ce qui nous a été rapporté, certains des membres semblent assez détachés de la culture originelle des villages. On ne peut donc réduire tous les membres à un cas général, chaque personne ayant sa propre vision, et doit ainsi être traitée comme un cas individuel avec ses propres représentations.

### 2.2.1 La Cosmovision

On ne peut présenter la culture des villages originaux de la région de Jujuy sans tenter de définir les termes de Cosmovision et de Pachamama.

La cosmovision est un terme assez général, qui est le plus souvent caractérisé assez simplement comme une façon unique de voir le monde et l'univers. Plus qu'un simple concept, c'est aussi autour de la notion de cosmovision que se construit les sociétés et le quotidien des peuples partageant cette croyance. Une façon de penser et de vivre en conséquence en somme.

Par extension, on peut dire que la cosmovision traite d'une relation harmonieuse avec la nature (qui est appelée pachamama), d'une façon de coexister en société et d'interdépendance entre les hommes, la nature et l'univers tout entier, dans une forme de complémentarité/dualité.

### 2.2.2 La nature

L'idée importante dans la perception de la nature par les populations dans la province de Jujuy est celle d'harmonie et d'équilibre. L'homme n'est qu'un avec la nature. Tous les éléments, tout ce qui compose la nature, a une âme. Il est pour eux de rigueur de respecter l'environnement, où il est question de ne prendre que ce qui est nécessaire et rien de plus ; ce qui peut être sujet de conflit pour ces populations avec la politique de croissance de l'Argentine et avec le reste des pays industrialisés (la déforestation était par exemple un sujet qui semblait affecter considérablement certains membres des différentes communautés).

De plus, toute forme de connaissances pour les populations indigènes de ces régions, comme, par exemple celle sur laquelle se repose la médecine traditionnelle ancestrale, est basée sur l'observation de la nature. Il est donc assez logique que certaines de nos connaissances, par exemple celles qui composent la médecine conventionnelle, soient plus ou moins bien admise par ces communautés.

### 2.2.3 Organisation et Territoire

Autre chose que nous avons remarqué pendant le stage, c'est le réel besoin d'autonomie pour ces communautés. Les populations vivent avec leurs règles, dans leurs modèles sociétaux, sur leur propre territoire. De façon globalement indépendante.

Selon la pensée attachée à la Cosmovision, le territoire est un lieu de grande importance. Le Guarani par exemple, entretient une relation très étroite avec les espaces de son territoire. C'est en même temps un lieu de vie social, qui permet à l'homme de se construire, mais aussi de canaliser toute sa spiritualité. Retirer le territoire à ces populations, revient à affecter profondément leur mode de vie.

Ces deux points permettent d'expliquer en partie l'organisation du système de soins, non pas comme dans nos régions avec des patients qui se rendent chez le médecin (inimaginable dans ce cas de figure) mais avec des agents sanitaires qui se déplacent jusqu'aux territoires des communautés.

### 2.2.4 L'identité

La question de l'identité est également importante. On remarque un besoin très fort et omniprésent de préserver et transmettre la culture aux plus jeunes. La perspective pour les membres de la communauté de la perte de leur culture semble les affecter considérablement.

Des mouvements se créent donc pour préserver ces cultures, afin de former une nouvelle unité entre tous les indigènes d'un village et de revaloriser la culture d'une communauté (les langues des communautés, sont par exemple toujours enseignées à l'école, conjointement à l'espagnol et de nombreux mouvements associatifs ont vu le jour ces dernières années).

La population est donc relativement, encore une fois, divisée entre ce regain identitaire et le système de soin qui leur est offert.

### 2.2.5 La médecine ancestrale

La médecine ancestrale est en rapport direct avec les croyances des différentes communautés. Le soin est lié à la conception du monde, de la Cosmovision et de la Pachamama. Cependant, chaque village possède sa propre perception de la Cosmovision, et comme il en va de même pour chaque membre de ce village, la médecine ancestrale est pratiquée de façon quasiment unique par ceux qui l'exerce. Celle-ci est exécutée par les Mburuvichara chez les Ava Guarani, seuls représentants d'un modèle de santé traditionnel que nous ayons eu l'occasion de rencontrer pendant le stage. Le soin consiste le plus souvent à rétablir un équilibre entre la personne et son environnement, son territoire en somme. Elle dépend de la relation entre la personne et son habitat, et de sa relation avec la Pachamama. Pour cela, des remèdes variés peuvent être usités, à base de plantes, de l'encre de chine, de copeaux de bois, etc.

Ces connaissances se transmettent de génération en génération. Il faut noter que le Mburuvichara a une place importante dans la communauté indigène qu'il intègre, et dans les processus décisionnel du village. Ce point témoigne une nouvelle fois de la difficulté que l'on peut rencontrer lors de l'incorporation d'un système de santé étranger à la culture d'un village.

## 2.3 Limites de l'intégration d'un système de santé conventionnel pour les communautés indigènes

Nous allons maintenant détailler un peu plus les possibles freins et autres barrières à l'introduction d'un système de santé occidental, en rapport à la culture de ces populations.

Les points énoncés proviennent essentiellement de l'observation de la situation sur le terrain, des discussions avec les agents sanitaires des différents centres de santé, et de l'entretien avec Rita Vidal, Mburuvichara de la communauté Ava Guarani de San Pedro de Jujuy.

Commençons par un exemple. Lors de l'entretien avec la Mburuvichara, qui avait pour but de nous présenter la médecine et les croyances guaranis, nous étions accompagnés par un agent sanitaire. Nous sommes donc en présence de deux représentants des deux systèmes de santé avec nous. Après avoir discuté de la médecine traditionnelle, l'agent sanitaire nous apprend que la Mburuvichara refuse tout test pour le cancer du col de l'utérus et la mise à jour de ses vaccins. Quand on lui demande pourquoi, elle répond simplement : "Ce ne sont pas mes convictions. Ce n'est pas moi. Je n'en veux pas."

Ce n'est qu'un exemple, mais ce dernier permet de montrer que les représentations des patients peuvent être une réelle barrière aux soins. Que la différence entre les cultures est une réalité qui détermine le quotidien de beaucoup de soignants et patients. Plongeons-nous donc un peu plus profondément sur les potentiels raisons d'un refus de la médecine occidentale.

Certains obstacles à l'introduction d'un système de santé conventionnel que l'on a eu l'occasion d'observer pendant ces quelques semaines de stage sont intimement liés à la représentation des soins par les populations locales. Ceci pour plusieurs raisons, parfois liées à la culture des populations en question, en rapport donc avec les points cités plus haut.

Dans un premier temps les croyances. La médecine occidentale ne concorde pas avec les croyances des divers peuples des Andes. Ceci peut être un facteur de refus de la part des communautés, qui ne comprennent pas vraiment le but de ces soins. Dans l'exemple donné ci-dessus, on comprend que le test pour le cancer du col de l'utérus ne concerne pas la Mburuvichara: elle pratique une médecine qui ne tient compte ni de la notion de virus, ni de cellule. Ce test n'a vraisemblablement pas de sens pour elle.

Aussi, avec cette attache particulière au territoire, ce besoin d'autonomie fait que le suivi des patients serait très compliqué si l'on appliquait un système de médecin de famille comme en Suisse par exemple. Il y a donc une véritable nécessité d'adapter le système de santé conventionnel à la situation sur place. D'adapter les soins afin que se soit la médecine qui se rende chez le patient.

Ensuite, on peut se demander si pour les personnes qui souhaitent préserver l'identité de leur village, il n'est pas difficile d'accepter des soins qui viennent d'ailleurs ? En simplifiant, on peut se dire que d'accepter d'être soigné par la médecine occidentale, revient à mettre de côté la médecine ancestrale, fondée à partir des croyances de son village.

Est-il possible de soigner efficacement les personnes selon un modèle de santé qui semble faire ses preuves sans imposer en même temps les croyances et modèles qui y sont associés ?

Pour finir, malgré que l'objectif soit à l'échange culturel pour atteindre une coexistence réciproque et équilibrée entre les deux cultures, on ne peut s'empêcher de remarquer une possible tension entre les deux parties. Nous avons pu le remarquer lors de la rencontre avec la Mburuvichara. On y parle beaucoup de la déforestation, de l'attribution des terres dans la province de Jujuy et des modifications des lois provinciales qui semblent léser les droits des indigènes. Le passé historique, bien que le sujet n'a pas été abordé, est peu être aussi responsable d'une certaine distance. Il est donc naturel que ceci puisse aussi constituer un autre obstacle aux soins.

## **Réflexions et conclusions**

Nous concluons sur un avis global et nos impressions personnelles du système dans lequel nous avons été immergés.

Grâce à sa vision pionnière d'une médecine communautaire, le Dr. Alvarado a su tracer la voie d'accès de la médecine occidentale vers les régions et ses populations plus défavorisées en suivant un principe d'équité. La base du système élaboré pour couvrir la demande et les besoins des populations indigènes est bonne. Les agents sanitaires en sont les acteurs clés, formés pour agir sur ce type de terrain avec leurs communautés. Les postes de santé sont de bons relais d'accès aux soins, présents même dans les zones les plus reculées. Sans oublier cette phrase imprimée au dos d'une boîte de médicament qui nous rappelle une notion essentielle: " Médicament gratuit, la vente est interdite". Cependant, il en ressort de notre expérience que l'application de ce plan manque de congruence ou est inapplicable dans certaines zones, d'une part où l'influence socio-économique est plus marquée, de l'autre lorsqu'il doit faire face à la barrière culturelle.

Le ministère de la santé d'El Chaco tente tant bien que mal de suivre les directives d'une couverture sanitaire équitable et est conscient que les moyens budgétaires n'arrivent malheureusement pas à suivre le pas de leurs intentions. Le système d'urgence est un exemple frappant de ce paradoxe et du fossé creusé par le manque de moyen, un fossé qui coûte la vie parfois. Une seule ambulance est disponible pour toute la ville de Pampa del Indio et ses communautés alentours mais il aussi le seul moyen de transport fiable pour l'équipe médical. Ainsi mobilisé, qui part répondre à l'appel? En fait, y a-t-il seulement un moyen d'appeler?

Lorsqu'il ne s'agit pas du manque d'accessibilité ou de matériel, ce sont les ressources humaines qui freinent l'application optimale du projet sanitaire. Rappelons que le programme de médecine communautaire ne dispose que d'une seule équipe complète et formée présente à intervalle de deux semaines par mois dans cette province, le temps de visiter un poste de santé par jour. Par conséquent, les populations aux alentours ont le corps médical à proximité qu'une fois par mois, dans le meilleur des cas. Naturellement, l'alternance avec une deuxième équipe pourrait résoudre une part du problème, mais qui résout celui des moyens pour pouvoir l'entreprendre ?

Une fois arrivé au patient, l'étape suivante est de pouvoir entrer dans son intimité. Le système de soin travaille pour aller vers l'intégration et non la mise à l'écart de la culture de ses communautés. Il y a parmi les agents sanitaires des représentants des différentes communautés, dans le but de faciliter la communication et le contact, et par ces moyens aller vers une meilleure adhérence du patient en créant un environnement de confiance. Dans certains cas, le centre de santé requiert des agents bilingues castillan-langue originaires. Pourtant, les exemples de conflits entre nos deux cultures restent présents et universels, quelque soit le pays, quelque soit son niveau économique. Une situation que nous rencontreront encore sans doute dans nos cabinets et dont nous avons fait l'apprentissage là-bas. A plus d'une demi-heure de la ville, au cœur des marécages, nous avons visité une femme âgée, signalée pour état de dénutrition grave. Sa maigreur était effrayante. Une admission à l'hôpital était primordiale. Cependant, cette dame refusait de quitter son domicile, voire même de nous adresser seulement la parole. Face aux refus des soins, alors que l'accès en est déjà compromis, le médecin est universellement désemparé.

Pour clore ce chapitre, nous aimerions une fois encore citer Rita Vidal, la Mburuvichara Gurani, qui nous a, nous le reconnaissons, laissée une forte impression. Pour soigner, disait-elle, il faut prendre en compte non seulement le corps, mais aussi le mental et l'environnement. Car ces trois éléments sont imbriqués, et coexistent de façon complémentaire. Nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'elle a raison, et que l'intégration du patient dans son milieu tout en reconnaissant sa culture ; dans son modèle bio-psycho-social comme nous le formulerions dans nos régions, est la seule voie possible pour obtenir un système de soins optimal pour les peuples des villages originaux. La santé pour les populations indigènes en Argentine représente donc un enjeu social et politique majeur,

ajouté à un problème culturel crucial. Nous avons pu, au long de notre travail, prendre conscience des différents problèmes régnant sur le système de santé local. Cependant, il nous est impossible de changer la réalité. Les obstacles présents ne changeront pas du jour au lendemain, et même si nous avons la volonté de changer, nos capacités sont de la triste vérité qui suit, elles sont limitées. La question générale qu'il convient donc de se poser avec ces populations, non seulement pour la médecine mais aussi avec d'autres thématiques, est : Comment apporter un élément de modernité à de pareilles populations, sans en affecter leur culture unique et ancestrale ?

*“Sumaj Kamaña” - buen vivir*

*“Uku jacha Uru” - vendrá un día mejor*

## **Sources**

### **Ouvrage** :

Nande tupapira, *Revista de la comunidad y la cultura Ava Guarani de Jujuy*, N°1, N°3, N°4, N°6

Claudine Brelet, *Médecine du monde, histoire et pratiques des médecines traditionnelles*, Paris, Edition Robert Laffont, 2002

### **Présentation powerpoint:**

Wayra Pukara, Cosmovision, Forma de ver el mundo

Dra. Josefina Ramirez, El obra del Dr. Carlos Alvarado, del plan de salud rural a la actualidad

### **Site Web** :

[www.fr.wikipedia.org](http://www.fr.wikipedia.org)

Portail du Ministère de la Santé Publique: [www.msal.gov.ar/medicocomunitarios](http://www.msal.gov.ar/medicocomunitarios)

Pueblos Indigenos: [www.un.org/es/globalissues/indigenous/indigenas/index.asp.html](http://www.un.org/es/globalissues/indigenous/indigenas/index.asp.html)

Unicef: [www.unicefninezindigena.org.ar/pueblos.html](http://www.unicefninezindigena.org.ar/pueblos.html)

[www.contenidosdigitales.ulp.edu.ar](http://www.contenidosdigitales.ulp.edu.ar)

[www.mdp.edu.ar](http://www.mdp.edu.ar)

[www.indigenas.bioetica.org](http://www.indigenas.bioetica.org)

[fr.slideshare.net/pathyp75/niveles-de-salud-presentation?next\\_slideshow=1](http://fr.slideshare.net/pathyp75/niveles-de-salud-presentation?next_slideshow=1)

[www.saludneuquen.gob.ar](http://www.saludneuquen.gob.ar)

[www.paho.org](http://www.paho.org)

## Evaluation du stage « immersion en communauté » - mai/juin 2015

### A. Données d'identification

Lieu de stage (site, nom du lieu, pays) : Ville de San Pedro et les villages de El Moreno et San José, Province de Jujuy. Ville de Pampa del Indio, province de El Chaco, Argentine.

Titre du projet : « L'Argentine, un exemple d'intégration de la communauté indigène au coeur de son système de santé »

Nom/prénom : Lourenço Cordes Laura

Nom /prénom : Matos Michaël

Nom/prénom : Wang Sidi

Nom /prénom : Pedrazzoli Damien

Nom/prénom : Glangetas Alban

#### Responsable de stage sur place :

Province de Jujuy

Nom : Maria Mabel Pelo

Fonction : membre du programme de Santé Indigène

Tél : +54 9 388 5576 4331

e-mail : [saludindigenajujuy@gmail.com](mailto:saludindigenajujuy@gmail.com)

Province de El Chaco

Nom : Maria José Ramos Cosimi  
communautaire

Fonction : responsable du programme de santé

e-mail : [momoscosimi3@hotmail.com](mailto:momoscosimi3@hotmail.com)

Contexte du stage (brève description du lieu, de l'hôpital, du service) :

Nous avons effectué notre stage dans deux provinces du Nord de l'Argentine, Jujuy et El Chaco, respectivement dans la ville de San Pedro ainsi que dans les villages de El Moreno et San José (pour la province de Jujuy) et à Pampa del Indio (pour la province de Chaco).

Nous n'avons jamais vraiment eu l'occasion de travailler en hôpital, notre stage se déroulant soit dans les centre de santé soit auprès des agents sanitaires (pour aller rendre visite au domicile au différents membres des communautés indigènes). Nous avons simplement visiter l'hôpital de San Pedro de Jujuy et de Resistencia.

Pour plus de précision, un chapitre « carnet de bord » dans notre rapport résume les étapes de notre stage en détails.

## B. Interaction avec la communauté / supervision

		Pas du tout	Pas assez	Sans opinion	Un peu	Beaucoup
1	Comment avez-vous interagi avec la communauté ? (la population, les chefs traditionnels, les patients, leurs familles, les groupes de patients, les comité/associations de santé, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>X</b>
		Très insuffisant	Insuffisant	Sans opinion	Bonne	Très bonne
2	Comment évaluez-vous la qualité de supervision durant votre stage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>

### 3) Commentaire pour la question « Interaction avec la communauté »

A représenté une part essentielle de notre stage. Nous avons eu l'occasion de rencontrer différents peuples indigène, d'une part en tant que patient lors de nos sorties et d'autre part en tant qu'individu lorsque nous étions reçus chez eux pour partager un repas, un maté, nos histoires de vie.

### 4) Commentaire pour la question « Supervision du stage »

Beaucoup de personnes ont participé de près comme de loin pour nous permettre de réaliser ce stage et d'en faire une expérience utile dans notre parcours de futurs professionnels de la santé. Les personnes sur place ont fait preuve d'un grand sens de la coordination entre les différents services. Les agents avec qui nous avons travaillé prenaient du temps pour nous expliquer sérieusement chaque situation, nous permettant de nous sentir à l'aise.

## C. Aspects transport, logement, sécurité

### 1. Par quels moyens de transport avez-vous atteint le lieu de stage et comment jugez-vous ces moyens ?

Par avion pour commencer (13h de vol) de Genève à Buenos Aires avec une escale à Madrid, et ensuite par car (19h de route) de Buenos Aires jusqu'à San Salvador de Jujuy. Le réseau de car est bien développé en Argentine et couvre l'ensemble du pays. Les prix sont abordables et les nombreuses entreprises proposent des départs à intervalles réguliers.

Il est cependant difficile d'obtenir des informations sur les prix et les horaires autrement qu'aux guichets dans les gares routières. Tout au long du voyage nous avons parcouru des centaines de kilomètres en car et en gardons un bon souvenir.

2. Comment étiez-vous logés, à quel prix et comment jugez-vous ces logements ?

A San Pedro de Jujuy et à Pampa del Indio nous logions dans des hôtels à proximité des postes de santé ou nous travaillons. Respectivement à 120 et 240 pesos par personne et par nuit, incluant petit déjeuner et service de chambre pour le premier et trois repas par jour pour le second, fait maison par le maître d'hôtel. Ont fait exception les villages d'El Moreno et de San José où nous logions sans frais dans les postes de santé en altitude. A San José nous n'avions pas d'électricité, ni d'eau chaude ou même potable.

3. Comment jugez-vous le niveau de sécurité durant ce stage ?

Nous étions bien encadrés tout au long de notre stage et les déplacements ont été fait autant de fois que possible avec les personnes responsables de notre séjour.

Nous n'avons heureusement eu aucun problème à déplorer pendant le stage, néanmoins, il nous a été conseillé avant le stage de surveiller nos valeurs et d'éviter de signaler que nous venions de Suisse à des inconnus.

4. Comment avez-vous bénéficié de visiter les environs, le pays et quelles suggestions aimeriez-vous faire ?

Nous avons pu, lors des week-end profiter pour visiter certaines villes aux alentours de nos lieux de stage, comme par exemple Salta, Humauaca ou encore Tilcara. Il y a là-bas de magnifiques paysages que nous ne voulions pas rater. Comme cité plus haut, les visites se faisaient principalement en moyen des cars. La location d'une voiture peut être une autre alternative. Cependant, les prix ne sont pas avantageux partout. Nos suggestion, expérience faite, de ne pas visiter les villes les dimanches. Même si elles sont grandes, un dimanche est égal à un jour férié et le taux d'activité risque de décevoir plus d'un.

#### **D. Appréciation générale (niveau professionnel et personnel)**

1. Quels étaient les points forts de cette expérience ?

On garde des souvenirs très enrichissants des moments d'échanges de nos us et coutumes respectifs. La Suisse est un pays qui suscite beaucoup de curiosité et qui était inconnu au près de notre équipe d'agents et leurs familles tant à Jujuy comme à El Chaco. "Il y a de la violence là-bas d'où vous-venez?", "c'est difficile de se soigner à Genève?". Tout devenait relatif après ce que nous avons vu sur place, presque gênant.

Nous abordions aussi le fonctionnement de notre système de santé. Le point qui nous a le plus frappé, c'est la réaction face à notre position par rapport à la vaccination. En Argentine, les 19 vaccins du programme national sont obligatoires et les refus peuvent être dénoncés auprès des autorités. "Et chez vous? Y a des vaccins?". Pour le grand étonnement de nos interlocuteurs, nous répondions que oui, nous en avons, mais ce n'est pas obligatoire, tout un chacun est libre de ne pas se vacciner. Pour eux ça n'avaient pas l'air de faire du sens. Nous avons débattu de la problématique actuelle du refus de la vaccination, les craintes à l'égard des potentiels effets secondaires, l'exemple connu étant celui de la rougeole couplée au diagnostic de l'autisme. "Avec toute l'information et la richesse dont vous disposez, c'est incroyable de voir ça comme ça!"

On se remettait en question, d'un point vu tant personnel que professionnel. On se rend compte à quel point notre quotidien est aisé et avec une disponibilité de services de soins telle, que l'on peut s'offrir le droit de refuser un des meilleurs moyens de prévention contre une maladie voire une épidémie.

2. Quelles étaient les difficultés vécues durant ce stage ?

Globalement notre stage s'est déroulé sans obstacles. Les éventuels difficultés étaient essentiellement à la communication avec les communautés indigènes.

3. Quelles sont - selon vous - les opportunités à saisir pour l'avenir de ce lieu de stage ?

L'opportunité de vivre une expérience sur le terrain, connaître la médecine itinérante être confronté aux difficultés d'accès et être amené à réfléchir sur le manques de ressources médicales tant matériel qu' humaines.

4. Quelles sont - selon vous - des éléments à éviter pour mieux réussir ce stage ?

Un des points importants est une maîtrise correcte de la langue pour la majorité des membres du groupe. Sans quoi, l'interaction avec les agents sanitaires ou les membres de la difficulté se voit très vite altérée.

### **E. Remarques et conclusion générale – qu'est-ce que ce stage vous a apporté?**

Ce stage nous a permis entre autre d'ouvrir les yeux sur la situation socio-économique d'autres pays, de nous rapprocher avec des communautés et des cultures qui nous sont étrangères, de nous familiariser avec un système de santé assez différent de celui que l'on nous enseigne. L'expérience fut donc très enrichissante, tant par la richesse et la diversité du stage, que ce soit pour les lieux que nous avons pu visiter que par les diverses communautés que nous avons pu rencontrer, que par l'incroyable expérience humaine et relationnelle qui a animé notre travail au fil des rencontres avec les différents acteurs, patients comme professionnels de santé.

Un stage que nous n'hésiterons donc pas à recommander à toute personne intéressée par les problématiques de santé pour les populations indigènes en Amérique du Sud.

**Merci de nous renvoyer ce formulaire ensemble avec votre rapport de stage**