



HAL
open science

Le multiculturalisme face au modèle de santé néolibérale au Chili. Expériences et controverses autour d'un programme de médecine mapuche

Anna Pomaro

► To cite this version:

Anna Pomaro. Le multiculturalisme face au modèle de santé néolibérale au Chili. Expériences et controverses autour d'un programme de médecine mapuche. Recherches sociologiques et anthropologiques, 2018, 49-2, 10.4000/rsa.2874 . hal-03285074

HAL Id: hal-03285074

<https://hal.science/hal-03285074>

Submitted on 14 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Recherches sociologiques et anthropologiques

49-2 | 2018

Rationalité néolibérale à l'œuvre : approches ethnographiques

Le multiculturalisme face au modèle de santé néolibérale au Chili

Expériences et controverses autour d'un programme de médecine mapuche

Multiculturalism Confronting the Neo-liberal Health Care Model in Chile.

Experiences and Controversies Surrounding a Programme of Mapuche Medicine

Anna Pomaro



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rsa/2874>

DOI : 10.4000/rsa.2874

ISSN : 2033-7485

Éditeur

Unité d'anthropologie et de sociologie de l'Université catholique de Louvain

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2018

ISSN : 1782-1592

Ce document vous est offert par Campus Condorcet



Référence électronique

Anna Pomaro, « Le multiculturalisme face au modèle de santé néolibérale au Chili », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], 49-2 | 2018, mis en ligne le 20 juin 2019, consulté le 18 janvier 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rsa/2874> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rsa.2874>



Les contenus de la revue *Recherches sociologiques et anthropologiques* sont disponibles selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Le multiculturalisme face au modèle de santé néolibérale au Chili Expériences et controverses autour d'un programme de médecine mapuche

Anna Pomaro *

Depuis plus de vingt ans, au Chili, les populations indiennes ont fait l'objet d'une série de politiques interculturelles qui visent la valorisation et l'intégration de leurs différences culturelles. L'article propose d'aborder ces politiques interculturelles non pas comme un enjeu cloisonné des transformations sociales, mais en les saisissant dans leur imbrication avec d'autres reconfigurations qui ont intéressé les politiques publiques chiliennes dans les dernières décennies, notamment dans le champ de la santé publique. L'analyse portera sur un programme de valorisation et de soutien de la médecine traditionnelle mapuche dans le système de santé publique, tel qu'il est mené à Santiago, où se trouve une forte présence de population Mapuche urbanisée. À travers une enquête ethnographique qui s'attache aux effets concrets engendrés autour de ces programmes de santé interculturelle, l'article aborde des questions telles que les facteurs d'inégalité dans l'accès à la santé, l'ethnicisation de la prise en charge, la transformation du statut et du rôle de l'Indien dans la société chilienne post-dictatoriale et la reconfiguration des liens entre identité, diversité culturelle et inégalités.

Mots-clés : Chili, politiques interculturelles, santé, médecine mapuche, néolibéralisme.

I. Introduction

Depuis la constitution de la nation chilienne, la place de l'Indien au sein de la société a été l'objet de redéfinitions et de luttes constantes (Bengoa, 1985 ; Boccara/Seguel-Boccara, 1999). A l'aube des années 1990, les changements politiques et historiques qui ont traversé le Chili annonçaient une importante transformation dans la configuration de ces rapports de force entre peuples indiens et État. Parmi les différents peuples indiens qui vivent sur le territoire national chilien, ce sont les Mapuches qui forment

* Doctorante en Anthropologie Sociale, EHESS, IRIS.

le plus grand groupe, avec 87% du total de la population autochtone qui, elle, constitue, selon les données du dernier recensement officiel, 4,6% de la population nationale¹.

Depuis plus de vingt ans, une série de politiques et de programmes visant à reconnaître la différence culturelle de ces populations et à promouvoir leur développement ont été mis en œuvre selon les principes du modèle multiculturel déjà bien connu sur le continent (Figueroa Huencho, 2014). Or, dans les vingt dernières années, plusieurs études se sont attachées à montrer les ambiguïtés sous-jacentes à la mise en place de ces mesures et les effets observables au niveau des pratiques et des usages concrets.

C'est en empruntant ce regard à la fois critique et attentif aux dimensions concrètes et relationnelles que l'on veut présenter ici le cas d'un programme de valorisation et d'intégration de la médecine traditionnelle mapuche dans le système de santé publique, tel qu'il est mené dans une municipalité de Santiago, laquelle se caractérise, comme beaucoup d'autres secteurs de la capitale, par une forte présence de population mapuche urbanisée.

Dans un premier temps, il s'agira d'illustrer brièvement le contexte politique, économique et idéologique dans lequel ces politiques ont été impulsées, pour ainsi rendre compte des principales critiques qui ont été formulées autour du multiculturalisme en Amérique Latine. Dans un deuxième temps, seront analysés les différents programmes interculturels liés à la santé et aux savoirs traditionnels dans le but d'interroger leur place au sein du système de santé publique au Chili. En s'attachant à l'ethnographie réalisée autour du programme de santé interculturelle et à sa mise en place au sein d'une association mapuche de la capitale, il sera enfin question d'analyser les effets concrets engendrés autour de ces initiatives de valorisation et d'intégration des savoirs traditionnels.

II. Les ambiguïtés de la reconnaissance en contexte post-dictatorial

Depuis le célèbre article de Milton Friedman publié dans *Newsweek*, dans lequel il définissait comme un "miracle" la prodigieuse adéquation du modèle économique chilien à la logique néolibérale entreprise sous le

¹ Institut National de Statistique, Recensement de Population et Habitation, 2002. Pour la première fois en 1992, dans les recensements au Chili la composition ethnique de la population est élaborée à partir d'une auto-déclaration d'appartenance à un peuple indien de la part des enquêtés. À l'issue de cette première édition, les résultats montraient que 10,33% de la population chilienne se reconnaissait comme indienne ; le décalage entre ces chiffres et ceux de 2002 n'a pas manqué d'interroger le monde mapuche et intellectuel. Les premières données tirées du recensement "Population et Logement" de 2012 rapportent une situation plus proche de celle documentée en 1992, où la population qui se déclarait appartenant à un peuple indien atteignait 1,1%, dont 84,4% se considéraient mapuches. Cependant, les résultats officiels ont été invalidés et annulés à cause d'irrégularités dans la méthode de récolte et le traitement des données. Le dernier recensement, qui a eu lieu en 2017, restitue un pourcentage de population auto-déclarée comme autochtone de 13% (2185792 personnes), dont le 79,8% (1745147 personnes) se déclare mapuche (INE – Institut National de Statistique, Résultats du recensement 2017, consulté le 27 janvier 2018).

régime de Pinochet², le Chili est souvent montré comme un exemple vertueux de transition pacifique à la démocratie, tout en poursuivant sur le chemin du développement et de la stabilité économique³. Après dix-sept ans de dictature militaire (1973-1989), les gouvernements successifs de la coalition des partis de gauche et de centre-gauche (la *Concertación*) ont reconfiguré les institutions étatiques et paraétatiques du pays afin d'asseoir le processus de démocratisation, permettant ainsi une transformation dans les relations entre l'État et les peuples indiens. Les gouvernements de la *Concertación* affirmaient vouloir garantir la reconnaissance des populations autochtones présentes sur le territoire national, intégrer leurs spécificités culturelles et promouvoir leur développement.

Cette reconfiguration sera consacrée en 1993 par la promulgation d'une Loi Indigène (Loi 19.253) posant les bases pour la reconnaissance institutionnelle des sujets autochtones dans le pays⁴ et décrétant la création de la Corporation Nationale de Développement Indigène (CONADI), un organisme public dépendant du Ministère de la Planification et de la Coopération, chargé de promouvoir, coordonner et exécuter la politique étatique en matière indienne et de la diriger vers la promotion du «développement intégral des personnes et communautés indiennes, notamment sous le plan économique, social, culturel, et de stimuler leur participation à la vie nationale»⁵.

A travers ces organismes institutionnels et d'autres dispositifs d'interventions tels que des programmes de développement créés pour asseoir une nouvelle forme de dialogue avec les groupes indiens⁶, l'État se proposait de promouvoir de nouveaux espaces de dialogue, d'améliorer les indicateurs de santé de ces populations, d'encourager leur participation dans

² FRIEDMAN M., 1982, p. 59.

³ Cet héritage de l'époque dictatoriale n'a pas manqué d'être souligné et a fait l'objet de nombreuses analyses critiques notamment à l'heure du bilan commémorant, en 2013, les quarante ans du coup d'État militaire. On rappelle notamment l'organisation de plusieurs manifestations scientifiques, colloques et débats en France (colloque de Grenoble, 25-27 septembre 2013 : «Le Chili actuel : gouverner et résister dans une société néolibérale» ; colloque de Rennes, 19-20 septembre et Brest, 23-24 septembre 2013 : «Chili 73, à l'épreuve du temps : impacts et réinterprétations du 11 septembre chilien» ; colloque international de Paris, du 17 au 19 septembre : «Chili, 11 septembre 1973 : un événement mondial»), au Chili (Colloque à Santiago, du 9 au 11 septembre 2013, «Golpe : 1973-2013»), au Mexique (Colloque international à Ciudad de Mexico, du 11 au 13 juin 2013 : «Chile-Uruguay, 40 años de los golpes de estado»), pour n'en citer que quelques uns.

⁴ La loi considère comme indienne toute personne de nationalité chilienne «née de père ou de mère indiens, [...], qui habitent le territoire national, et qui possèdent au moins un nom de famille indien» et/ou qui «maintiennent des traits culturels d'une quelconque ethnie indienne, en désignant comme telles la pratique des formes de vie, des coutumes ou de religion de ces ethnies de manière habituelle», loi 19.253, paragraphe 2, article 2.

⁵ Site internet de CONADI – Mission Institutionnelle : <http://www.conadi.gob.cl/index.php/nuestra-institucion/mision-institucional> (consulté le 18 mars 2015).

⁶ Probablement le plus connu et le plus controversé de ces programmes est le Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas, autrement connu sous le nom d'Orígenes, un programme de plusieurs millions de dollars, cofinancé par le gouvernement chilien et la Banque Interaméricaine de Développement. Le programme était organisé en deux phases (2001-2005 et 2006-2009) et il avait pour objectif de contribuer au développement et à l'amélioration de la qualité de vie des peuples originaires du secteur rural.

les diverses agences d'État et de sensibiliser les fonctionnaires à la diversité culturelle (Boccaro/Bolados, 2010).

Comme beaucoup d'observateurs l'ont mis en évidence, ce discours ne se limite pas à reconnaître les sujets qu'il vise. Si le multiculturalisme est présenté généralement comme l'effort des gouvernements libéral-démocratiques d'accepter et de comprendre la différence ethnique au sein de leurs espaces de citoyenneté (Postero, 2007), nombreuses ont été les études qui ont interrogé les ressorts et les effets de ces nouvelles politiques de reconnaissance à travers toute l'Amérique latine.

Ces travaux ont souligné avant tout que l'analyse du discours multiculturel ne peut pas se dissocier d'une attention au contexte économique néolibéral dans lequel il prend forme. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs repéré un lien entre l'émergence des politiques multiculturelles et l'installation de la logique de marché néolibéral au niveau international.

Charles Hale a été l'un des premiers analystes à avoir conceptualisé la connexion entre ces deux phénomènes en inaugurant la dénomination de multiculturalisme néolibéral (Hale, 2002). Cette notion a été caractérisée comme une nouvelle forme de gouvernement dans laquelle la reconnaissance culturelle est octroyée sans la redistribution économique et politique qui amènerait à une réelle équité (Richards, 2013) et où les droits culturels et la reconnaissance accordés aux groupes indiens sont toujours limités par les exigences de la doctrine néolibérale (Hale, 2004). Le sociologue Christian Gros a tenté de rendre compte des articulations existant entre l'émergence de nouvelles formes d'ethnicité, le néolibéralisme (Gros, 2000) et le multiculturalisme, établissant un lien entre ces deux derniers phénomènes en raison de la contemporanéité de leur émergence sur la scène transnationale et de l'imbrication des effets qu'ils produisent, à savoir, d'un côté, la promotion de la différence et la responsabilisation de la "société civile" et, de l'autre, la croissante exclusion sociale provoquée par les effets des nouvelles politiques économiques (Gros, 2006). Reprenant les hypothèses de C. Hale et C. Gros et s'engageant dans une réflexion critique sur l'ethno-développement et le multiculturalisme néolibéral, l'anthropologue Guillaume Boccaro s'est plongé dans l'étude critique de ces dispositifs d'intervention dans le contexte chilien. Ses travaux montrent que ce n'est pas la simple ratification d'un pacte de réconciliation qui est en jeu au sein des politiques multiculturelles, mais une reconfiguration des relations de pouvoir entre les différents agents sociaux concernés. Cela se traduit par la mise en place d'un nouvel art de gouverner les "Autres", une "ethnogouvernementalité" qui s'appuie sur des pratiques par lesquelles on parvient à structurer le champ d'action des autres (Boccaro, 2011).

À la lumière de ces analyses, il devient légitime de se demander ce que la doctrine néolibérale et, par la suite, la logique du multiculturalisme néolibéral, ont produit à l'intérieur du champ de la santé au Chili ?

III. L'accès à la santé (néolibérale), à quel prix ?

Dans le Chili contemporain, la prise en compte de la spécificité des populations indiennes en matière de santé publique a donné naissance à ce que l'on appelle un programme de "santé interculturelle".

Mais quelle place occupe cette approche spécifique au sein du système de santé chilien ?

Le système de santé chilien, comme bien d'autres services qu'il serait compliqué de définir comme étant de caractère public, est basé sur les réformes structurelles entamées pendant la période dictatoriale et qui constituèrent le reflet du tournant général néolibéral qui allait changer le rôle de l'État et ouvrir les portes des services publics au secteur privé⁷. Il se caractérise comme un système de santé mixte, composé par des institutions et organismes qui appartiennent tant au secteur public qu'au secteur privé. Le sous-secteur public se base, pour les soins au patient, sur le Système National de Services de Santé, administré par le Fonds National de Santé (FONASA) et financé, d'une part, par une imposition directe des affiliés et, d'autre part, par des finances publiques. Ce système établit une stratification de ses adhérents selon les revenus familiaux correspondant au taux de contribution demandé à chaque échelon pour financer le système. Les cotisants du FONASA se divisent donc entre les groupes A, B, C et D, le premier regroupant les assurés aux revenus les plus faibles ou inexistantes. Leur cotisation est donc assurée au travers d'un apport fiscal direct de la part de l'État et donne accès exclusivement aux soins dans les structures publiques. Environ 80% de la population bénéficie d'une couverture FONASA.

Le système de santé privé est géré par les Institutions de Santé prévisionnelle (ISAPRES), institutions privées opérant comme un système d'assurances de santé basé sur des contrats individuels négociés avec les assurés, au sein duquel les bénéficiaires octroyés dépendent directement du montant de la prime versée. 18% de la population relèvent du système privé.

Compte tenu de l'insuffisance des ressources allouées par l'État chilien à la santé publique (3,5% du PIB en 2011, alors que la moyenne des pays membre de l'OCDE était cette même année de 8%), il est facile de comprendre comment le système de santé non seulement se structure autour des inégalités de ressources de ses usagers (Jiménez-Molina/Cubillos, 2016), mais les transfère également dans le domaine de la santé, en octroyant des services de soins dont la qualité dépend de la capacité du pouvoir d'achat de chaque citoyen (Montoya-Aguilar, 2013).

C'est dans ce cadre, et en lien avec l'implémentation des nouvelles politiques interculturelles, qu'à partir de 1996, l'État chilien lance via le Mi-

⁷ Le document considéré comme la base de la politique économique du régime militaire, connu sous le nom de El Ladrillo (la brique), expose ainsi les directives en rapport avec les dépenses publiques : «La politique monétaire et fiscale doit réduire l'inflation [...] en établissant une relation directe entre rémunération et productivité. Vu que celle-ci laisse beaucoup à désirer dans le secteur public, voici donc une voie pour réduire considérablement la dépense publique» CASTRO S. de (ed.), 1992, p.97.

nistère de la Santé le Programme Spécial pour la Santé et les Populations Indigènes (PESPI). Ce dernier vise à créer un espace spécifique, surtout dans les territoires à forte concentration de population indienne, pour l'assistance médicale dédiée à cette population ; il vise également à intégrer dans les établissements et les pratiques de santé une "vision interculturelle". Il a comme objectif de réadapter la prise en charge, dans les structures de santé comme les hôpitaux et les centres de consultation locaux, à la réalité multiethnique du territoire⁸. Au-delà d'une intervention focalisée en termes de prise en charge, le programme compte parmi ses principaux objectifs l'encouragement d'une complémentarité dans la pratique des différents types de médecine : médecine allopathe et médecine traditionnelle. Ceci se traduit, d'une part, par l'émergence de figures ethno-professionnelles, comme le facilitateur interculturel (Boccaro, 2007) : une figure pensée comme un pont de communication en matière de santé entre deux mondes culturels différents, qui engage généralement des personnes d'origine indienne à devenir expertes du langage et de la logique bureaucratique et à traduire leurs pratiques et mémoires dans un format "bon à gérer" pour les institutions publiques. Concrètement, cette figure remplit les tâches de coordination de projets, d'information et d'orientation des patients et des membres de l'équipe médicale, de diffusion de la culture et de la langue mapuche à l'intérieur des établissements de santé. D'autre part, la promotion de la complémentarité passe aussi par l'encadrement et le soutien à la pratique de la médecine traditionnelle. Pour cela, une partie du PESPI est dédiée au financement de projets de valorisation de la médecine traditionnelle qui naissent à l'initiative des mêmes associations indiennes. Certaines associations, en fait, peuvent compter, parmi leurs membres, sur la présence d'un ou d'une *machi*, individu qui remplit le rôle d'autorité spirituelle et d'agent guérisseur dans la culture mapuche, et qui est donc considéré comme un expert en pratiques de soins traditionnelles⁹.

⁸ Décret N° 140 de 2004, du Ministère de la Santé, Règlement Organique des Services de Santé, article 8° : «[...] Au sein de ces Services de Santé avec une haute concentration indienne et en accord aux normes et instructions du Ministère de la Santé en matière, le Directeur du Service devra programmer, exécuter et évaluer conjointement avec les intégrants du Réseau et avec la participation des représentants des communautés indiennes, un ensemble de stratégies, plans et activités qui incorporent le focus interculturel en santé dans le modèle de prise en charge et dans les programmes de santé».

⁹ Le rôle de *machi* est assumé par un individu, homme ou femme, qui reçoit un appel divin pouvant se manifester par des rêves, des visions et l'apparition de symptômes physiques. Si les premiers chroniqueurs du XVII^{ème} siècle (Ovalle, Núñez de Pineda Bascañán) parlent exclusivement de *machi* hommes, les ouvrages historiques successifs attestent que ce rôle a été progressivement investi par des femmes (CITARELLA L., 1995). Aujourd'hui, alors que des biographies de *machi* hommes ont été produites dans les dernières années (BACIGALUPO A. M., 2001 ; CABRERA LLANCAQUEO J. L., AILLAPAN PAILLAFIL A., 2013), le rôle de *machi* reste beaucoup plus souvent liée à la figure féminine ; certains auteurs ont même souligné la centralité de l'élément féminin comme inscrit dans le pouvoir de manipuler les forces surnaturelles et de rétablir la santé dans la communauté (MONTECINO AGUIRRE S., 1999). Cependant les *machi* ne se limitent pas à des fonctions spirituelles et curatives, mais remplissent aussi un rôle social et politique, tant au sein de la communauté qu'à l'extérieur. Dans les dernières années le nouveau rôle de *machi* dans la politique extérieure mapuche et dans la renaissance indienne a été beaucoup médiatisé : les cas des *machi* Celestino Cordoba, Millaray Huichalaf et Francisca Linconao, incarcérés à cause de leur engagement comme leaders du mouvement de revendication mapuche face à l'État et contre les entreprises d'exploitation des ressources naturelles installées dans leurs terri-

L'implémentation de ces programmes a déjà fait l'objet de diverses critiques du côté des anthropologues et des sociologues, mais encore une fois avec un focus plutôt rural et ciblé aux régions du sud. Comme le signale le chercheur mapuche spécialisé en santé publique Andrés Cuyul, de nombreuses actions de ces "programmes spéciaux" développés dans les communautés mapuches se sont attachées à résoudre des nécessités ponctuelles, elles-mêmes produites par des brèches structurelles et socio-historiques : distribution de lunettes, prothèses dentaires, achat de médicament, promotion de cultures de plantes médicinales, etc. L'auteur dénonce une approche paternaliste sous-tendant ces mesures, en ce qu'elles ne reconnaissent pas vraiment l'autonomie de la médecine mapuche et ne font que reproduire une tutelle sanitaire sous le contrôle du système de santé officiel (Cuyul Soto, 2013).

Nombre de points critiques liés à l'intégration du paradigme interculturel dans les services de santé soulevés par ces analyses sont effectivement repérables dès la première approche empirique du champ de la santé interculturelle : les larges promesses d'intégration et de construction d'un modèle de santé participatif que l'on trouve dans les brochures des programmes de santé ainsi que dans les propos des opérateurs et des fonctionnaires de la santé, laissent toutefois entrevoir leurs limites au moment de leur concrétisation. Une étude ethnographique des effets concrets engendrés autour de ces programmes de santé interculturelle montre que, au-delà du paternalisme et des limitations dans l'exercice d'une autonomie de gestion, bien d'autres ambiguïtés se déploient. Ces dernières invitent à réfléchir au réel effet démocratique de ces politiques, notamment, et pour ce qui nous intéresse ici, en relation à l'accès égalitaire à la santé.

IV. Ethnographier la santé interculturelle

On vient de le voir, la mobilisation d'une méthode ethnographique pour analyser la mise en place concrète de ces mesures interculturelles s'avère à la fois pertinente et intéressante. L'ethnographie des politiques interculturelles s'entend ici comme une démarche soucieuse de restituer la complexité des effets concrets engendrés autour de leur mise en place, et qui dépassent la seule attention accordée aux discours officiels. Cette approche des politiques publiques a aussi le souci de restituer l'observation des usages et des pratiques qui gravitent autour de leur mise en place, pour pouvoir comprendre ce qu'elles sont et ce qu'elles font réellement. C'est la raison pour laquelle, dans l'analyse des pratiques et des relations au travers desquelles l'action publique se réalise, on ne peut pas manquer d'y intégrer l'expérience de ses destinataires (Dubois, 2012).

Pour rentrer dans l'analyse de ces aspects, je vais m'appuyer sur la restitution d'un cas concret, que j'ai pu observer au cours de mon expérience ethnographique réalisée entre les mois de mars et juillet 2014 auprès d'une

toires, ont résonné dans les médias chiliens et internationaux et montrent à quel point cette figure spirituelle occupe aujourd'hui une place au cœur des luttes politiques mapuches.

association mapuche basée dans la commune de La Florida, à la périphérie sud-est de Santiago. Parmi ses multiples activités, cette association propose un service de consultation basé sur la médecine traditionnelle, financé par des fonds dérivés du programme PESPI.

Le service de médecine interculturelle est considéré comme le cheval de bataille de cette association qui peut ainsi se distinguer en importance, visibilité et “authenticité” par rapport aux autres associations de la commune. Mais la médecine interculturelle est aussi un point fort pour la municipalité. Souvent, les municipalités qui comptent parmi leur population un pourcentage important d’habitants mapuches sont très fières de proposer des programmes et des services centrés sur la valorisation et la diffusion de la médecine ancestrale. Dans le cas de La Florida, l’expérience de la médecine interculturelle fait l’objet d’une valorisation importante de la part de la municipalité, qui affiche sur sa page internet le descriptif du programme en le décrivant comme «une pratique ancestrale des peuples autochtones pour maintenir la santé, le bien-être de la population et son équilibre avec l’environnement»¹⁰. C’est en se glissant dans ce cadre institutionnel bienveillant que l’association mapuche a pu mettre en place, depuis l’année 2006, son propre projet de santé interculturelle.

Mon approche du service de santé de cette association s’est réalisée à travers ma participation directe au sein de celui-ci, où j’ai rempli le rôle d’assistante à l’accueil et à l’enregistrement des patients. À partir de mon engagement comme opératrice, j’ai commencé à entrevoir, pour reprendre les mots de Didier Fassin, «le double mouvement dans lequel la santé est en jeu dans l’espace du politique dont elle contribue par là même à révéler les enjeux» (Fassin, 2000 :10). Je suis ainsi progressivement rentrée dans ce monde hyper bureaucraté de la santé interculturelle, en remplissant d’abord les tâches les plus simples et en étant au fur et à mesure chargée de responsabilités plus grandes qui m’ont permis d’accéder à une connaissance plus profonde de ce système et de ses usagers.

L’association présente son service de médecine interculturelle comme étant ouvert à toute personne intéressée par une forme de médecine traditionnelle et basée sur une approche intégrale ; selon la cosmovision mapuche, le binôme santé-maladie trouve ses explications dans les dimensions sociale, spirituelle, psychologique et biologique, ces dernières étant pensées comme un unique équilibre qui se manifeste tant dans la dimension individuelle et sociale-communautaire que dans l’interaction avec le territoire. Luca Citarella souligne que la médecine mapuche fait elle-même partie d’une configuration socioculturelle spécifique qui se reflète dans l’organisation du système médical (Citarella, 1995)¹¹.

¹⁰ Page internet du service de médecine interculturelle, site web de COMUDEF : http://www.comudef.cl/?page_id=682.

¹¹ Citarella souligne comme «aspects essentiels de la médecine mapuche : le substrat magique-religieux qui soutient sa forme spécifique d’action ; le modèle étiologique qui attribue la cause des maladies à des forces spirituelles qui opèrent selon une logique de caractère moral ; la forme orale de transmission des

C'est donc sur ces bases que le *machi* et, autour de lui, l'équipe du service, élabore ses pratiques curatives. Il réalise ses diagnostics à travers une forme de divination basée sur l'analyse d'un échantillon d'urine de la personne et à travers le toucher des poignets. Selon les récits des usagers, cette technique de divination lui permet de reconstruire les épisodes fondamentaux de leur vie sans leur poser la moindre question, et d'arriver infailliblement à établir l'origine de la maladie. La principale méthode de soin que le *machi* prescrit à ses patients consiste en des infusions à base de différents mélanges d'herbes médicales, selon la nature de la maladie et l'organe sur lequel il est nécessaire d'intervenir.

Néanmoins, l'approche spirituelle et intégrative est loin d'être le seul paradigme qui guide le fonctionnement du service. Comme souligné plus haut, un grand appareil bureaucratique façonne le déroulement de la pratique et de l'expérience de soin. Cette bureaucratisation est due à la dépendance du projet aux financements publics, lesquels obligent à une certaine organisation et à une mise à niveau avec le langage de l'administration publique. Pour comprendre comment se manifeste cette mise en forme normalisatrice, il est nécessaire d'illustrer la façon dont est structurée l'expérience de soin pour les usagers de ce service.

Tout patient qui veut accéder à une consultation auprès du *machi* doit d'abord réserver son rendez-vous avec le praticien et se présenter le jour de la consultation avec son échantillon d'urine, que l'intéressé aura préalablement pris soin de prélever le matin même, à jeun, et en ayant évité la consommation de certains produits la veille, selon les indications des agents de l'accueil. Le parcours de celui qui était désigné sans hésitation par mes collègues comme le "patient" se compose de trois étapes principales. À son arrivée au siège de l'association, la personne passe tout d'abord au poste d'accueil pour faire enregistrer sa visite dans les dossiers du service. Lors de ce premier passage, antichambre bureaucratique des soins, le "patient" doit réaliser un court entretien avec les agents d'accueil pour créer sa fiche personnelle, qui restera dans les archives de l'association. Il est invité à fournir des informations telles que son nom, âge, origines (chilienne ou mapuche), adresse, niveau scolaire, profession, nombre d'enfants, religion, type de système de prévention sanitaire (FONASA/ISA-PRE), antécédents chirurgicaux, précédentes visites chez un *machi* ; il doit également exposer les raisons pour lesquelles il recourt à la médecine mapuche, et confirmer s'il est d'accord pour suivre les instructions et la thérapie proposées par le praticien. L'entretien se conclut avec la signature d'un formulaire de consentement informé.

Une fois l'enregistrement terminé, le patient attend son tour pour accéder à la consultation avec le *machi*. Ce dernier devra remplir une deuxième fiche qui indiquera le diagnostic et le type d'infusion prescrite au "patient". Une fois la consultation terminée, la personne doit se rendre à nou-

savoirs médicaux ; la présence d'agents médicaux spécialisés, comme le *machi*, pour le traitement des principales maladies» (CITARELLA L., 1995, p.48).

veau au poste d'accueil avant de recevoir ses infusions. Lors de ce troisième passage à l'accueil les agents complètent le dossier du patient sur une fiche où sont enregistrés le type de remèdes ordonnés, la quantité en litres et la fréquence à laquelle la personne viendra se fournir auprès de l'association.

A partir de cette première présentation du service, il est déjà possible d'essayer de comprendre comment se met concrètement en place cette interculturalité qui prévoit un échange entre les deux systèmes de santé, autrement dit, comment cette option interculturelle représentée par la médecine mapuche est intégrée par le système de santé officiel.

Tout d'abord, ce processus requiert une bureaucratisation et une rationalisation plutôt encombrantes. On pourrait également dire, en empruntant le concept à Arun Agrawal (2002), qu'il relève d'une scientisation des savoirs autochtones, c'est-à-dire d'opérations de sélection, de classification et de généralisation réalisées au travers de critères de scientificité appliqués à des savoirs qui, à l'origine, trouvent leur justification dans des constellations de sens autres. Il n'est pas question ici de défendre une vision patrimonialiste qui verrait dans les savoir-faire des praticiens mapuches des pratiques immuables dont il s'agit simplement de reconnaître l'authenticité en niant de telle manière toute possibilité de transformation et de détermination sociale (Agrawal, 2002). Ce qui pose pourtant question c'est le but ultime de la normalisation de cette médecine interculturelle. On pourrait se demander, avec D. Fassin, si la redéfinition du champ médical qui intègre la "vision interculturelle" ne vise pas à l'unification d'un champ thérapeutique couvrant l'ensemble des pratiques (Fassin, 2000) et régi sous le protocole de la bureaucratie. Autrement dit, il y aurait de fortes contraintes sous-entendues associées à cette opération de revalorisation des savoirs médicaux autochtones. Par ailleurs, en guise de sacrifice aux signes extérieurs de la scientificité, la reconnaissance accordée aux guérisseurs passe par l'effacement de leur légitimité traditionnelle : l'action thérapeutique est réduite à une connaissance de la pharmacopée, la dimension magique ou religieuse, c'est-à-dire sociale, du travail du "tradipraticien" lorsqu'il identifie, interprète et soigne la maladie, étant gommée (*Ibid.* :90).

L'utilisation des termes "patient", pour désigner les personnes qui recourent à l'aide du *machi*, et "service de santé interculturelle", à propos de la machine bureaucratique-administrative qui encadre cette pratique, illustre clairement cette normalisation. C'est à partir d'une posture similaire que des anthropologues africanistes, comme Jean Pierre Dozon (1987), ont interrogé les ressorts des politiques étatiques de valorisation de la médecine traditionnelle. Les cas du Congo et du Bénin ont montré comment, derrière cette reconnaissance, se joue la réduction des savoirs et des pratiques de guérison aux seuls éléments qui les apparentent à la biomédecine. Ces opérations de normalisation constituent ainsi des opportunités de contrôle et d'appropriation de la part des États sur l'action des praticiens. Dans le contexte latino-américain on peut rejoindre les critiques formulées

par G. Boccara, qui a défini la santé interculturelle comme englobée dans le champ bureaucratique majeur de la santé publique, tant du point de vue institutionnel que du point de vue administratif et conceptuel. La santé interculturelle se configure alors comme un nouveau dispositif de gouvernabilité qui tend à produire de nouveaux sujets ethniques, contrôlés à travers la bureaucratisation et la dépolitisation de leurs pratiques de soins (Boccara, 2007).

Néanmoins, au-delà de cet aspect, la santé interculturelle semble être articulée à l'entretien d'une logique néolibérale par d'autres ressorts que la rationalisation et la soumission au pouvoir légitimateur du système de santé publique.

Pour comprendre jusqu'à quel point la rhétorique de la reconnaissance culturelle peut cacher les effets pervers de la logique néolibérale et sa tendance à marquer des inégalités sociales et économiques, il faut analyser le contexte dans lequel le service de santé interculturelle de l'association se déploie et les dynamiques dans lesquelles il est impliqué au sein de la commune.

V. La médecine mapuche : un choix alternatif ?

Enfermée dans un système qui se voit entièrement investi par la logique classificatoire et bureaucratique, j'ai été amenée à penser qu'il y aurait très peu d'occasions pour moi d'en savoir davantage quant aux usagers de la médecine mapuche et quant à la manière dont cette dernière répond à leurs attentes. Néanmoins, comme l'ont bien montré les enquêtes basées sur les archives administratives, ces documents peuvent livrer des informations qui vont au-delà de la fonction pour laquelle ils ont été produits. C'est ainsi que, en conduisant les entretiens organisés pour l'enregistrement des usagers et en analysant les fiches qui en résultaient, j'ai pu, au bout d'un certain temps, esquisser une sorte de profil des personnes qui recourraient à ce type de médecine¹². Il s'agissait pour la grande majorité d'individus se définissant comme chiliens (ne se revendiquant pas d'origine mapuche), âgés entre 45 et 75 ans, avec des cas de jeunes de 22-23 ans, et jusqu'à 88 ans. Concernant le genre, les femmes étaient en légère majorité. Celles-ci étaient femmes au foyer, vendeuses dans le secteur informel (commerce alimentaire de rue, vente à la sauvette, etc.) ou ouvrières ; les hommes étaient aussi pour la plupart ouvriers et commerçants informels. L'une des récurrences la plus frappante et typiquement associée à ces emplois était la présence d'un nombre important de personnes ayant un niveau de scolarité basique, allant jusqu'à l'analphabétisme, souvent associé à des conditions économiques fortement précaires. Les patients étaient par conséquent affiliés au système de prestation de santé publique FONASA, au plus bas des

¹² Pour cette étude j'ai pris en considération les fiches des personnes qui ont accédé pour la première fois au Service de Santé Interculturelle de l'association entre janvier 2013 et avril 2014, pour un total de 727 fiches. De ces dernières, j'ai procédé à l'analyse complète des fiches des usagers qui, après la première consultation, ont poursuivi le traitement en assistant au moins à quatre sessions de distribution d'infusions médicales, soit un total de 369 fiches analysées.

échelons de revenus (le A), couvrant le minimum des prestations sans frais.

Le petit entretien autour duquel j'ai basé mon observation posait, entre autres, la question des raisons pour lesquelles la personne avait décidé d'avoir recours au *machi*. Ceci m'a permis de me former une idée sur les horizons d'attente que les usagers se construisaient autour de la médecine interculturelle. La plupart d'entre eux mettaient en évidence des expériences de prise en charge par le système de santé publique qu'ils jugeaient insatisfaisantes, sur la base d'une longue trajectoire dans le système institutionnel de santé sans résultats convaincants :

Là bas [au poste de santé publique] on doit arriver à 6h30-7h00 du matin pour réussir à avoir un numéro et attendre toute la journée son tour. Et ça c'est si on arrive à se faire assigner un numéro, sinon, il faut attendre encore plus, ou revenir un autre jour, ou même la semaine d'après (Rosa, 64 ans¹³).

On m'avait ordonné une quantité énorme de cachets. Cachets, cachets, cachets, j'en prenais au moins 7-8 types différents. Au bout d'un moment mon estomac n'a pas tenu, je me sentais encore plus malade avec les médicaments des médecins qu'avant (Édith, 57 ans).

Les réponses confuses, les explications contradictoires des médecins allopathes, la reconnaissance explicite de leur impuissance ou de leur manque de certitude, ont également incité les patients à s'orienter vers la médecine mapuche :

Ça faisait des années que je passais de consultation en consultation, qu'ils me renvoyaient chez l'un ou l'autre médecin, jusqu'à que, le dernier qui m'a vu, il m'a dit que j'étais entre le cancer et le non-cancer, et que du coup il n'y avait pas grand-chose à faire à part attendre. Et là j'en ai eu marre. Ici je prends mes infusions, je viens toutes les semaines, et je ne me suis jamais senti mieux (Luciano, 62 ans).

L'attente a par ailleurs également été identifiée, notamment par Javier Auyero pour le cas argentin (2012), comme un puissant dispositif de contrôle des classes populaires par l'État, dans la mesure où elle suspend les droits des citoyens en créant un sentiment d'impuissance face aux engrenages de la machine bureaucratique. En ce qui concerne mon terrain, la frustration était en plus souvent aggravée par la qualité des consultations. Ces dernières étaient décrites comme des rencontres, ou, plus exactement, des rencontres manquées avec les médecins ou le personnel soignant, d'une durée de quelques minutes, obtenues au bout de six, neuf mois d'attente, d'où les patients sortaient avec la sensation de ne pas avoir été vraiment écoutés et sans qu'aient été véritablement apportées de solutions :

¹³ Tous les prénoms des usagers ont été changés, dans le respect de l'anonymat requis par les interviewés.

Une fois j'étais allée à une consultation au centre de santé et je voulais profiter pour expliquer au médecin un autre problème que j'avais eu dans les derniers mois [...]. Il ne m'a même pas laissée lui expliquer et il m'a répondu "Ici ce n'est pas un supermarché ! Selon votre ordonnance vous êtes venue pour un tel problème, et moi je vais vous voir pour ce problème seulement !". Ce que je n'ai pas aimé c'était les mots qu'il a utilisés, il aurait pu me dire à la limite que ça ce n'était pas sa spécialité, mais qu'il me conseillait d'aller voir un autre médecin, je ne sais pas. Mais comme ça, cette histoire que ce n'était pas un supermarché, je crois que c'est très dénigrant pour une personne. Moi je suis FONASA A, je suis indigente et tout, mais quand même (Margarita, 63 ans).

Ces patients qui deviennent les usagers du service de santé interculturelle se révèlent donc les expulsés du système de santé publique, qui ne leur accorde qu'une attention basique et limitée aux soins essentiels. Le service de médecine mapuche prend concrètement en charge cette population qui, du fait de ses modestes revenus et de sa position marginale dans la société, se situe en dernière position dans les priorités du système de santé publique. Le coût de cette prise en charge, directement financé par le programme PESPI est dérisoire pour la municipalité ou l'État. Si l'on considère que le budget annuel assigné à l'association en 2014 a été de 28000 euros (22000000 de pesos) on comprend le faible impact de ce type de programmes pour le bilan de l'administration publique¹⁴. Les frais liés à ce service, qui est gratuit pour les usagers, se limitent à l'achat d'herbes médicinales pour préparer les infusions prescrites par le *machi*, aux consommations mensuelles d'électricité, de gaz, d'eau, et aux excédents que les "opérateurs de santé interculturelle" doivent se répartir en guise de salaire, sans que cela ne soit comparable avec les salaires de leurs collègues médecins allopathes, ni même équivalant à un salaire minimum.

Néanmoins, l'important travail d'assistance sociale que l'association offre non seulement à ses patients, mais aussi à la municipalité et au système de santé publique, n'est guère considéré que comme une "pratique ancestrale".

Pour reprendre encore une fois D. Fassin :

De fait, si l'État envisage de manière hésitante, à la suite des organisations internationales, quelques ouvertures en direction des pratiques traditionnelles, c'est un effet de leur commune incapacité à faire face à la demande sociale : la couverture thérapeutique n'est possible

¹⁴ Dans le cas de municipalités qui ne comptent pas avec un service de médecine mapuche tel celui de La Florida, et où les actions d'interculturalité dans la santé se limitent à des activités de sensibilisation à la diversité de savoirs médicaux et à la présence de médiateurs interculturels dans les centres de santé, le montant du financement annuel est encore plus exigü. Par exemple, dans la convention du programme de santé interculturelle pour l'année 2013, signée entre le Service de Santé Métropolitain Oriental (dont dépendent les services de santé des communes situées à l'est du centre de Santiago) et la municipalité de La Reina, le financement annuel assigné était équivalent à 2000 euros (1600000 pesos chiliens) (Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Convenio Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas – Salud municipal, año 2013).

qu'avec le renfort de pratiques qui existent indépendamment des instances officielles (Fassin, 2000 :99).

Dans le même temps, la légitimité des services de santé publique est consacrée en faisant apparaître ces derniers comme les administrateurs de l'offre culturelle dans le domaine de la santé, ceci au prix d'une double opération de folklorisation et de bureaucratisation des pratiques de soins mapuches.

VI. Pour conclure : les imbrications impensées des politiques néolibérales

S'il a été amplement montré que, dans le contexte rural, l'implantation de projets de santé interculturelle, et plus généralement, de "récupération culturelle", a servi pour masquer des situations d'inégalités qui touchaient la population mapuche des communautés, la mise en place de ces programmes en milieu urbain semble dévoiler des connexions encore différentes entre politiques interculturelles et exclusion sociale. Dans ce contexte, comme nous l'avons vu, la population mapuche partage sa condition socio-économique avec celle des secteurs plus populaires et défavorisés de la capitale. Ici, donc, cette rhétorique de l'interculturalité déclinée dans le domaine des services de santé participe non seulement de la dépolitisation des savoirs et des pratiques mapuches mais étend aussi sa logique folklorisante et dépolitisante sur d'autres domaines de la société.

Il est sans doute nécessaire d'analyser ces programmes à la lumière du processus global qui voit les États exalter superficiellement la diversité et le multiculturalisme tout en appliquant des actions et des programmes qui visent à domestiquer, intégrer et invisibiliser les identités politiques. Néanmoins l'analyse des effets du néolibéralisme dans sa déclinaison multiculturelle ne peut pas se limiter à prendre comme objet les seules questions qui relèvent des revendications d'un groupe identitaire pensé comme isolé.

Le discours interculturel, qui est habituellement analysé, dans le cas chilien, comme un instrument de gouvernementalité sur les populations autochtones, se révèle ici un puissant instrument d'invisibilisation des inégalités sociales, produit de la privatisation des services de base, et qui touche une catégorie beaucoup plus vaste de la population. La capacité de l'État néolibéral à produire et cristalliser des inégalités, tout en songeant à construire des instruments pour neutraliser les tensions qui pourraient en découler, est une opération en constant renouvellement et constitue l'un des principaux enjeux du néolibéralisme.

Il faut néanmoins reconnaître que les politiques interculturelles ne sont pas des dispositifs désincarnés, qui opèrent à des niveaux purement structuraux. Au contraire elles sont mises en jeu, incarnées et réappropriées constamment dans les pratiques individuelles et collectives des acteurs.

Le travail réalisé par cette association mapuche de La Florida ne se limite pas à assurer un service de médecine interculturelle selon les directi-

ves indiquées par le Ministère de la Santé. Les membres de l'association directement impliqués dans ce programme se saisissent par différents biais du grand intérêt que leur service suscite au sein de la commune. À travers l'organisation de journées portes ouvertes et de conférences dans les centres de santé locaux, ils élargissent constamment le nombre de leurs usagers ; ils placent des membres de l'association au sein d'instances de représentation citoyennes au niveau municipal ou régional, tels que le comité d'usagers des services de santé, le conseil des associations de la société civile ou encore le conseil d'administration de l'hôpital de la commune.

Sans que cela soit prévu par les lignes directrices du programme PESPI, les membres de l'association assument pleinement leur rôle de force active dans le champ local de la politique et de la santé. En faisant valoir leur présence au sein des institutions locales, et en s'appuyant sur la renommée et la reconnaissance de leur service de médecine, ils se présentent en tant qu'acteurs de plus en plus autonomes sur la scène de la municipalité. Ils construisent leur légitimité au quotidien en jouant entre les interstices des dispositifs de contrôle et de normalisation de leurs savoirs.

Le cas de ce service de santé interculturelle peut donc fournir un exemple non seulement des effets pervers de l'imbrication entre logique néolibérale et politiques identitaires, mais pourrait révéler également les stratégies par lesquelles des nouvelles possibilités d'autonomie sont fabriquées de l'intérieur. Des nouvelles pistes de recherches pourront donc se dégager pour interroger ces zones grises de la gouvernamentalité néolibérale, où la configuration des rapports de force du multiculturalisme est remise en question au quotidien.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGRAWAL A.,

2002 "Classification des savoirs autochtones : la dimension politique", *Revue internationale des sciences sociales*, 2002, n°173, p.325-336.

AUYERO J.,

2012 *Patients of the State : The Politics of Waiting in Argentina*, s.l., Duke University Press.

BACIGALUPO A. M.,

2001 *La voz del Kultrun en la modernidad : tradición y cambio en la terapéutica de siete Machi Mapuche*, Santiago de Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile.

BENGOA J.,

1985 *Historia del pueblo mapuche : (siglo XIX y XX)*, Santiago de Chile, Ediciones Sur.

BOCCARA G.,

2007 "Etnogubernamentalidad : la formación del campo de la salud intercultural en Chile", *Chungará (Arica)*, vol.39, n°2, p.185-207.

- BOCCARA G., BOLADOS P.,
2010 “¿Qué es el multiculturalismo? La nueva cuestión étnica en el Chile neoliberal”, *Revista de Indias*, vol.70, n°250, p.651-690.
- BOCCARA G., SEGUEL-BOCCARA I.,
1999 “Políticas indígenas en Chile (Siglos XIX y XX). De la asimilación al pluralismo (El caso mapuche)”, *Revista de Indias*, vol.59, n°217, p.741-774.
- CABRERA LLANCAQUEO J. L., AILLAPAN PAILLAFIL A.,
2013 *Machi Mongen Tani Santiago Warria Mew. Vida de un machi en la ciudad de Santiago*, Santiago de Chile, CONADI.
- CASTRO S. de (ed.),
1992 “*El ladrillo*” : bases de la política económica del gobierno militar chileno, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos.
- CITARELLA L.,
1995 *Medicinas y culturas en La Araucanía*, Santiago, Sudamericana.
- CUYUL SOTO A.,
2013 “La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud”, *Salud Problema*, n°14, Segunda Época, Año 7, julio-diciembre, p.21-33.
- DOZON J-P.,
1987 “Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire”, *Politique Africaine*, 1987, n°28, p.9-20.
- FASSIN D.,
2000 *Les enjeux politiques de la santé : études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.
- FIGUEROA HUENCHO V.,
2014 *Formulación de políticas públicas indígenas en Chile*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- FRIEDMAN M.,
1982 “Free Markets and the Generals”, *Newsweek*, 25 janvier, p.59.
- GROS Chr.,
2000 “La nation en question : identité ou métissage ?”, *Hérodote*, 2000, vol.99, p.106-135.
2006 “Nationaliser l’Indien, ethniciser la nation : L’Amérique Latine face au multiculturalisme”, dans GROS Chr., FELTES-STRIGLER M-Cl. (eds.), *Être indien dans les Amériques : spoliations et résistance, mobilisations ethniques et politiques du multiculturalisme*, Paris, Éditions de l’Institut des Amériques, pp.263-273.
- HALE Ch. R.,
2002 “Does Multiculturalism Menace? Governance, Cultural Rights and the Politics of Identity in Guatemala”, *Journal of Latin American Studies*, vol.34, n°3, pp.485-524.
2004 “Rethinking Indigenous Politics in the Era of the ‘Indio Permitido’ ”, *Nacla Report on the Americas*, Vol.38, issue 2, p.16-21.
- JIMÉNEZ-MOLINA Á., CUBILLOS P.,
2016 “Les droits sociaux sous tension? Santé et néolibéralisme dans le Chili démocratique”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Nouveaux mondes mondes nouveaux - Novo Mundo Mundos Novos - New world New worlds*, Questions du temps présent, <http://journals.openedition.org/nuevomundo/69519> ; DOI: 10.4000/nuevomundo.69519.

MONTECINO AGUIRRE S.,

1999 *Sueño con menguante : biografía de una machi*, s.l., Editorial Sudamericana.

MONTOYA-AGUILAR C.,

2013 *La salud dividida, Chile 1990-2010 : ideología, debates y decisiones acerca de la Salud : lo que dicen los documentos del período de los gobiernos de la Concertación*, Santiago de Chile, Ceibo Ediciones (coll. « Colección ensayo »).

POSTERO N. G.,

2007 *Now We Are Citizens : Indigenous Politics in Postmulticultural Bolivia*, Stanford, Stanford University Press.

RICHARDS P.,

2013 *Race and the Chilean Miracle : Neoliberalism, Democracy, and Indigenous Rights*, Pittsburgh, États-Unis, University of Pittsburgh Press.

Résumé structuré

Présentation : Dans le Chili de l'après-dictature, la prise en compte de la spécificité des populations autochtones en matière de santé a mené à l'adoption d'une approche interculturelle via la création d'un programme spécial pour la santé et les peuples indigènes (PESPI). Or, cette initiative s'appuie sur un système de santé publique de nature profondément néolibérale, qui se structure autour des inégalités de ressources de ses usagers. L'article interroge les imbrications entre cette approche de l'interculturalité, les effets pervers de la logique néolibérale et sa tendance à marquer des inégalités sociales et économiques dans le domaine de la santé. Il propose d'analyser les effets concrets engendrés autour de ces initiatives de valorisation et d'intégration des savoirs traditionnels, tant sur ces savoirs eux-mêmes que sur la reconfiguration des conditions d'accès aux services de santé publics.

Théorie : d'un point de vue théorique, l'article fait dialoguer les travaux critiques sur le multiculturalisme et ceux qui, notamment au Chili, ont analysé la transformation des services publics et de la santé dans un sens néolibéral. Pour comprendre les controverses liées à cette intégration d'une approche interculturelle dans la santé publique et les contraintes associées à cette opération de revalorisation des savoirs médicaux autochtones, l'article fait appel aux travaux d'anthropologie critique sur la bureaucratisation et la normalisation des savoirs thérapeutiques.

Méthodologie : Cet article s'appuie sur une ethnographie menée à Santiago, entre les mois de mars et juillet 2014, auprès d'une association mapuche basée dans une municipalité de Santiago, La Florida. La participation directe au sein du service de santé de cette association a permis également de mener un travail d'archive et d'analyse de données quantitatives sur la base d'un corpus de fiches des usagers de ce service, outre à la réalisation d'une série d'entretiens avec les usagers.

Résultats : La première partie de l'analyse met en lumière les limites liées à l'adoption d'une approche interculturelle au sein d'un système de santé profondément ancré dans une logique néolibérale. Ces premières conclusions invitent à réfléchir au réel impact social de ces politiques, notamment en relation à l'accès égalitaire à la santé. Ensuite, l'analyse porte sur les effets concrets engendrés autour de ces initiatives de valorisa-

tion et d'intégration des savoirs traditionnels. L'ethnographie d'un programme de santé interculturelle au sein d'une association mapuche met en exergue les implications de l'encadrement bureaucratique et normalisateur des pratiques de soin mapuche, tant du point de vue institutionnel que du point de vue administratif et conceptuel. Cela montre comment, derrière la santé interculturelle, se joue la dépolitisation des savoirs et des pratiques de guérison indigènes, par leur bureaucratisation et leur réduction aux seuls éléments qui les apparentent à la biomédecine. Néanmoins, au-delà de cet aspect, la santé interculturelle semble être articulée à l'entretien d'une logique néolibérale par d'autres ressorts que la rationalisation et la soumission au pouvoir légitimateur du système de santé publique, notamment par la façon dont elle semble cristalliser les inégalités d'accès aux services de santé. Une analyse des expériences et trajectoires des usagers de ce programme permet de le rendre explicite. Finalement, ces pistes d'analyse portent à conclure que cette rhétorique de l'interculturalité, déclinée dans le domaine des services de santé, participe non seulement de la dépolitisation des savoirs et des pratiques mapuches, mais se révèle en même temps un puissant instrument d'invisibilisation des inégalités sociales liées la privatisation des services de base, et touchant une catégorie beaucoup plus vaste que la seule population autochtone.

Discussion : En conclusion, le cas des programmes de santé interculturelle illustre la capacité de l'État néolibéral à produire et cristalliser des inégalités, tout en songeant à construire et renouveler constamment des instruments pour neutraliser les tensions qui pourraient en découler.