

IMC Quito 2013

Hospital Padre Carollo “Un Canto A la Vida”



MASSUYEAU Axelle, VAN DER BENT Pauline, WIDELL Kayla

Sommaire :

I. Introduction	4
II. L'Équateur	5
a. Géographie	5
b. Économie	5
c. Culture	6
d. Démographie	7
e. Quito	8
f. Le système de santé	9
1. Politique	9
2. Assurances	9
3. Côtés pratiques et quelques chiffres	10
4. Études de médecine	11
g. Les problèmes de santé spécifiques en Équateur	11
1. Autour de la sexualité et de la femme enceinte	11
i. Contraception	11
ii. Césariennes	12
iii. Maladies sexuellement transmissibles	13
2. Médicaments	13
3. Diabète	13
4. Hypothyroïdisme	14
5. Soleil	14
6. Activité professionnelle	15
7. Circulation routière : sécurité et consommation d'alcool	15
III. L'Hospital Padre Carollo "Un Canto A La Vida"	17
a. Fondation Tierra Nueva et Le Père José Carollo	17
b. Concept	17
c. Infrastructures	18
d. Personnel soignant	19
1. Hiérarchie	19
2. Médecins spécialistes	19
e. Règles d'hygiène	20
f. Relation médecin-malade	21
g. Secret médical et intimité	22

IV. Nos activités	24
a. Consultas Externas	24
b. Hospitalizations	25
c. Santé communautaire dans les barrios	27
d. Autres	31
V. Conclusions personnelles	32
VI. Remerciements	36
VII. Bibliographie	37

I. INTRODUCTION

Pour l'étudiant en deuxième année de médecine à Genève, la troisième année se résume à la neuro, aux Saturnales, aux microbes, et biensûr... à l'IMC. Les étudiants des années supérieures nous font saliver sur leurs belles destinations de stage. Mais plus que l'envie de simplement partir vers des contrées lointaines, ce sont la curiosité de découvrir les ficelles d'un système de santé différent de celui que l'on connaît, et l'opportunité unique que représente cette unité de clotûre des années bachelor, qui nous ont poussées à nous envoler de Cointrin le 16 mai 2013 en direction de Quito.

Cette expérience à l'HUCV (Hospital Un Canto A la Vida) a été rendue possible grâce à une fondation suisse, Help For Hope, fondée par Stephan et Monica Bissig. Ce couple suisse-équatorien se dévoue depuis une vingtaine d'années à aider les plus démunis, notamment les enfants, à travers leur association. Ils ont ainsi contribué au financement de nombreux projets aux quatre coins du monde. Un de leurs projets fut la construction de certains locaux de l'HUCV. C'est grâce à eux que nous avons pu prendre contact avec Beatriz Rivadeneira, directrice du système de santé de l'HUCV et commencer les démarches pour organiser notre stage.

Dans ce rapport, nous choisissons de vous faire d'abord connaître le pays et la capitale, plutôt peu touristiques, dans lesquels nous nous sommes immergées pendant un mois, pour vous exposer ensuite la problématique de notre stage, soit les difficultés en matière de santé que rencontre l'Equateur et le cas spécifique de l'HUCV. Nous souhaitons également vous raconter nos impressions personnelles, expériences particulières et surprises de ce stage.

II. L'ÉQUATEUR

a. Géographie

Ce pays d'Amérique du Sud, bordé par l'Océan Pacifique à l'Ouest, par la Colombie au Nord et par le Pérou au Sud, se situe à cheval sur la Cordillère des Andes et possède de nombreux volcans (le plus haut étant le Chimborazo, qui culmine à 6268m). Il est divisé en 24 provinces, qui ont chacune un gouverneur et un conseil provincial élu par le peuple. Ces provinces sont elles-mêmes



Fig. 1 Carte de l'Équateur

subdivisées en cantons et communes urbaines et rurales. Elles fonctionnent indépendamment du gouvernement central aux niveaux économique, social, et pour tout ce qui concerne les ressources naturelles.

La plus grande ville équatorienne, située à plus de 9'500 kilomètres de Genève, est Guayaquil, mais la capitale fédérale est Quito. Outre le fossé de différences que l'on observe entre les mégapoles et les petits villages d'indigènes équatoriens, nous pouvons traverser des paysages fabuleusement variés, de la côte pacifique à la forêt amazonienne, en passant par les montagnes andines.

L'Équateur est mondialement connu pour la place physique qu'il occupe sur le globe, à savoir la moitié du monde, mais peu le connaissent pour ses vraies valeurs et coutumes. En effet, ses voisins comme le Pérou, la Bolivie ou le Brésil, sont beaucoup plus populaires auprès des touristes Européens. C'est pourtant celui-ci que nous avons choisi pour réaliser notre stage d'Immersion en Communauté, et c'est pourquoi nous aimerions vous en apprendre un peu plus sur ce pays.

b. Économie

L'économie de l'Équateur repose principalement sur la culture de la banane et du cacao, l'exploitation du pétrole (le pays fait partie de l'OPEP - Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole - depuis 2007), et le tourisme. En termes de besoins alimentaires pour les produits de base, le pays s'auto-suffit largement. L'agriculture est un élément important de la société équatorienne puisqu'elle représente plus de 7% du PIB et emploie plus de 30% de la

population active. La majorité des activités d'importation et d'exportation équatoriennes sont effectuées avec les Etats-Unis.

Le pays subit actuellement une crise financière et a recours à l'aide du FMI pour stabiliser son système économique. Cette crise est due à la corruption de l'État et à la dollarisation de l'économie en l'an 2000 par le président de l'époque, Jamil Mahuad. La monnaie est passée rapidement du peso équatorien au dollar américain, ce qui a entraîné une baisse considérable du pouvoir d'achat, et par conséquent, des conditions de vie des Équatoriens.

c. Culture

La population équatorienne est aussi diversifiée que sa géographie. Elle peut être divisée en quatre groupes ethniques : les métis (65 %), les amérindiens (25 %), les blancs (17%), les descendants africains (3%), et certains autres (3 %). À Quito, nous retrouvons en majorité des métis, dont le style vestimentaire et les centres d'intérêts se rapprochent quelque peu de ceux des Européens. Cependant, dès que l'on s'éloigne du centre politique du pays, nous trouvons peu à peu des amérindiens ou des indigènes, aux habits et coutumes beaucoup plus traditionnels.

En Équateur, la langue officielle est l'espagnol mais chaque région a ses particularités et ses idiomes (comme le quechua, langue originaire de l'Empire Inca, ou le shuar). Axelle parlait très bien espagnol, ce qui a facilité l'apprentissage et ainsi une immersion plus douce pour Kayla et Pauline.

Malgré la variété ethnique du pays, la majorité des communautés équatoriennes orientent leur vie autour d'une même religion, le christianisme. En effet, la plupart des Amérindiens ont été convertis à la religion catholique suite à la colonisation du pays par les Espagnols, et le catholicisme devint religion d'État en 1863. Actuellement, 90% de la population est catholique, et 8% est protestante, et la pratique de la religion est omniprésente. On parle de Dieu à chaque coin de rue et on se retrouve entre familles à la messe du dimanche. Face à cette prépondérance chrétienne, quelques populations, comme les Amérindiens de l'Orient, conservent cependant d'anciennes religions pré-colombiennes.

Le 24 mai se fête la victoire de la Bataille de Pinchincha, livrée le 24 mai 1822 dans le cadre des guerres d'indépendance en Amérique du Sud, qui opposa une armée de patriotes indépendantistes à une armée royaliste espagnole. La défaite des royalistes entraîna la libération de Quito et assura l'indépendance des anciennes provinces. Cette date ne se fête pas réellement chez les Quiténiens, mais la journée est fériée, et l'hôpital dans lequel nous effectuons notre stage était donc fermé.

Nous ne détaillerons pas l'histoire de l'Équateur, mais aimerions tout de même mentionner deux dates : l'an 1822, indépendance de l'Équateur au sein de la Colombie, et l'an 1830, indépendance de l'Équateur.

Nous aimerions signaler le fait qu'en Équateur, il est pratiquement impossible d'envoyer une carte postale ou autre courrier par la poste. Comme les correspondances postales ne sont pas connues ici, on observe d'autres moyens de communication : internet cafés et cabines téléphoniques sont très nombreux.

d. Démographie

Dès notre arrivée en Équateur, nous avons remarqué que la population de ce pays est très jeune, et les chiffres le confirment: la moyenne d'âge est de 22,5 ans, avec une espérance de vie de 71 ans, alors que les Suisses ont en moyenne 40 ans et vivent jusqu'à 80 ans. La population de moins de 15 ans représente presque le tiers de la population totale, alors que les plus de 64 ans n'en constituent que 6,6%. Le jeune âge de la population rend les professions de gynécologue et pédiatre très convoitées, et le vieillissement laisse surgir de nouvelles pathologies, comme le diabète.

La répartition de la population sur le territoire est très hétérogène, 75% de la population vit en milieu urbain et 25% en milieu rural. La densité de population en Équateur est relativement faible car de nombreuses régions comme la forêt amazonienne et les hauts sommets andins sont difficiles d'accès : on compte 54 habitants/km², alors qu'elle est de 181 habitants/km² en Suisse.

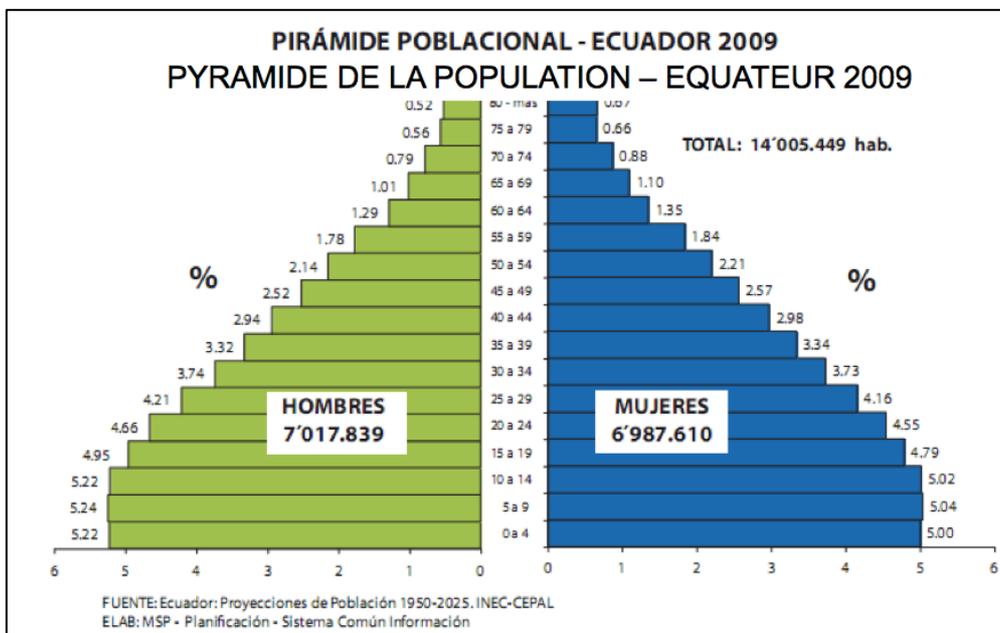


Fig 2. Cette pyramide démontre la proportion majoritaire de la population jeune par rapport à la population âgée

e. Quito

La capitale de plus de deux millions d'habitants se trouve au cœur du pays dans la « sierra », région de la cordillère des Andes constituée de deux chaînes parallèles de volcans culminant à plus de 5 000 m d'altitude. À l'Ouest, on trouve la région côtière plus festive et touristique et à l'Est, l'immensité de la jungle amazonienne, aussi appelée « oriente » par les Équatoriens. L'altitude moyenne du haut plateau andin est d'environ 2 500m, et Quito se trouve à 2 850m.

Dans la sierra, les précipitations sont faibles et les températures moyennes, entre 10 et 20 degrés toute l'année. Sur la côte, les températures sont plus clémentes entre 20 et 33 degrés. Le système de saisons ne respecte pas les équinoxes et solstices, comme dans les régions éloignées de la ligne de l'Équateur.

Tous les locaux que nous avons rencontrés ici nous le disent, Quito est une ville « peligrosa », dangereuse en espagnol. Ce danger ne guette pas seulement les touristes blancs, reconnaissables à leur gros sacs et leurs appareils photo pendus autour du cou, mais aussi des quiténiens sans défense : pickpocket d'une femme qui traverse un parc après être allée retirer de l'argent au centre commercial, piège à la scopolamine au domicile, « sequestro express ». Pour lutter contre cette délinquance, l'importante présence de policiers est concentrée à des endroits touristiquement stratégiques.

Outre les forces de l'ordre, les rues grouillent de fast-food et de petites échoppes familiales qui servent des plats frits ou qui vendent des snacks et des produits d'épicerie, dont les locaux sont très friands.



Fig 3. Vue de la ville de Quito depuis le Telefériqo, culminant à 4200m d'altitude

On pourrait croire qu'à 2850m d'altitude, l'air de Quito serait frais et pur, mais que nenni ! La pollution des voitures et des bus est extrêmement désagréable, noie les piétons dans des nuages de fumée, et fait sûrement de gros dégâts sur les voies respiratoires.

En ce qui concerne le sujet que nous allons étudier, à savoir la santé, nous sommes surprises par l'abondance d'infrastructures hospitalières. La ville ne manque pas de cliniques et hôpitaux, et au vu de l'abondance de la publicité des centres privés, la concurrence est rude. Nous voyons aussi très souvent des petits centres d'imagerie, d'ophtalmologie, d'odontologie et de médecine familiale, qui semblent presque clandestins tant ils paraissent peu professionnels.

f. Le système de santé

1. Politique

Le système de soins équatorien tel qu'il existe aujourd'hui a été établi en 1967. Il dépend du Ministère de Santé Publique qui en régit l'organisation, la planification et même le financement. La fonction de ministre de la santé est actuellement occupée par le chirurgien général Dr. David Chiriboga, spécialiste et chercheur en médecine communautaire, nommé directement par le président Rafael Correa. La spécialisation du ministre reflète bien le plan d'action du ministère qui s'articule autour de la santé communautaire et de la prévention. Ce système de soins a pour but de venir en aide à la population générale, inclus les plus démunis, par le biais de prises en charge ambulatoires et hospitalières en pédiatrie, gynécologie, médecine interne et chirurgie.

Depuis 1995, l'Équateur entreprend une réforme du système consistant à décentraliser les fonctions et les prises de décisions aux municipalités et cantons. Ce changement compliqué, accompagné de la réduction des ressources attribuées au secteur de la santé pendant quelques années, s'est répercuté sur la qualité des soins, notamment dans les zones rurales. Le ministère de la santé ainsi que le conseil national de santé ont reconnu cette situation de crise et font à présent leur possible pour mener à bien la réforme et augmenter la part de budget alloué aux dépenses de santé. Ce processus est toutefois encore jeune et encore à améliorer.

2. Assurances

Une des caractéristiques du système de couverture équatorien est qu'il existe parallèlement des assurances privées et publiques: 75% de la population assurée est couverte par un fond public et 25% par des sociétés privées à but lucratif.

Il existe deux prestataires publics importants. Tous les salariés du pays doivent obligatoirement être assurés par l'IESS (Institut Équatorien de Sécurité Sociale) par le biais de cotisations partagées avec leur employeur. L'IESS est censé couvrir tous les frais de santé de ses assurés, inclus les frais dentaires et ophtalmologiques. Cependant, l'attente de prise en

charge dépend beaucoup de la disponibilité des hôpitaux et de l'urgence du soin. Ainsi, certains patients peuvent attendre jusqu'à plusieurs mois afin d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste si leur cas est jugé non urgent. A contrario, les citoyens exerçant une profession indépendante ne sont pas obligés de s'assurer par le biais de l'IESS. Nombreux décident alors de ne payer ni l'IESS ni d'autres assurances privées mais plutôt de demander une couverture gratuite de la part de l'Etat par le MSP (Ministère de Santé Publique). Le MSP couvre normalement seulement les personnes en difficulté financière qui ne peuvent pas se payer une couverture auprès de l'IESS ou de compagnies privées. Ce détournement du système d'assurance prend des proportions exorbitantes. En effet, le MSP couvre environ 50% de la population assurée alors que l'IESS n'en assure que 20%, dont la plupart sont des employés obligés de s'assurer de cette manière. Cette étatisation du système de santé poussée à l'extrême contribue à la difficulté financière du système de soins équatoriens. Cependant, en optant pour cette alternative, les citoyens peu honnêtes choisissent de diminuer la qualité de soins qui leur est offerte. En effet, les patients assurés par l'IESS dépensent en moyenne 150\$ par mois, contre 30\$ par ceux assurés par le MSP!

Bien que ces deux fournisseurs d'assurances soient les plus importants du pays, il existe également d'autres prestataires couvrant de plus petites parts d'assurance comme:

- La Société Équatorienne de Lutte Contre le Cancer (SOLCA) ayant notamment un hôpital à Quito
- La "Junta de Beneficiencia de Guayaquil" (Comité d'Assistance de Guayaquil), une des plus grandes ONG d'Amérique du Sud, venant en aide aux plus démunis grâce aux fonds récoltés par les soins qu'ils offrent dans les hôpitaux privés
- L'Institut de Sécurité Sociale des Policiers et Forces Armées assurant les citoyens travaillant pour les forces de l'ordre.

Malgré cette prépondérance d'assurance publique, 75% des infrastructures hospitalières équatoriennes sont privées alors que seules 25% sont publiques. Cela illustre bien le déséquilibre que l'on trouve en terme d'accès aux soins entre les populations riches et pauvres.

3. Côtés pratiques et quelques chiffres

En terme d'infrastructures, chaque grande ville du pays possède au moins un hôpital, et les milieux ruraux offrent les soins basiques (moins de 24h d'hospitalisation) dans des "centros de salud" (centres de santé). La pratique de la médecine dans les régions plus reculées se doit également d'être en respect avec la culture locale, ce qui promeut l'égalité de prise en charge entre les milieux urbains et ruraux.

Malgré cela, il est indéniable que le pays fait face à une pénurie de médecins. En effet, on compte un médecin pour 950 habitants en moyenne au niveau national et un médecin résident pour 5 000 habitants dans les milieux ruraux (sans compter les stagiaires post-grades effectuant leur année de stage en milieu rural obligatoire). Les médecins employés par le MSP

sont engagés à travailler quatre heures par jour pour le système de santé public, moyennant une ridicule rémunération de 450\$ par mois.

En plus de cette pénurie, il existe des barrières économiques, culturelles et géographiques qui créent des fossés de prise en charge entre les différentes populations, laissant particulièrement démunies les populations pauvres des zones rurales majoritairement indigènes. La moyenne nationale de frais médicaux est d'environ 200\$ par personne par an, ce qui correspond à environ 7% du PIB. Cependant, les populations urbaines dépensent environ deux fois plus dans la santé que les populations rurales. À titre de comparaison, la Suisse dépense en moyenne 6000\$ par habitant et par an, ce qui correspond à 11% du PIB.

4. Études de médecine

La formation des médecins en Équateur ressemble par de nombreux aspects à celle de la Suisse. Les études de base durent six ans, après lesquelles les étudiants présentent une thèse afin de devenir docteur en médecine générale. La première année est tout aussi compétitive, la seule différence étant que la sélection se fait par examen écrit ou par entretien oral selon les universités. Quito compte au moins cinq facultés de médecine publiques et privées dont certaines offrent même une formation par APP, comme à Genève. Une fois le diplôme obtenu, les jeunes médecins doivent obligatoirement effectuer une année de stage en milieu rural afin de palier à la pénurie de médecins dans les régions plus reculées mais aussi de se familiariser avec une population indigène que bon nombre d'entre eux ne connaissent pas. Après sept ans, ils peuvent alors commencer leur formation post-grade afin d'acquérir une spécialité. Le nombre d'années varie selon la voie choisie, et le système est de nouveau, relativement similaire à celui de Genève. A priori, les études de médecine équatoriennes n'ont donc rien à envier en terme de qualité et d'organisation aux années de formation en Suisse. Cette impression change cependant radicalement lorsqu'on voit la façon dont les médecins exercent en milieu hospitalier et la qualité des infrastructures et moyens médicaux, même dans l'hôpital privé qu'est HUCV.

g. Problèmes de santé spécifiques à l'Équateur

Avec la mondialisation et le relatif vieillissement de sa population, l'Équateur n'échappe pas aux nouveaux problèmes de santé. Les trois principales causes de décès en Équateur sont: les pathologies chroniques irréversibles, les accidents de transport, et les agressions. De plus, d'autres pathologies en rapport avec le mode de vie équatorien surgissent.

1. Autour de la sexualité et de la femme enceinte

i. Contraception

La religion catholique étant omniprésente, il n'est pas surprenant que le thème de la sexualité soit un tabou monumental au sein de la population équatorienne. Raul Mideros, professeur et

chercheur à l'Université Simon Bolivar de Quito avoue : *“Dans notre société conservatrice et patriarcale, on parle difficilement de la sexualité. Par crainte d'éveiller ou d'inciter les jeunes à avoir des relations sexuelles, on préfère utiliser le registre de l'interdit, de la peur, de la menace...”* Les jeunes ne reçoivent pas d'éducation sexuelle à l'école, mais ce n'est pas pour autant qu'ils ne s'adonnent pas aux plaisirs charnels... sans mises en garde ni cadrage.

Par conséquent, un très grand nombre d'adolescentes entre 15 et 18 ans tombent enceintes. Beaucoup de ces grossesses ne sont pas désirées, et l'IVG étant interdite par la loi, elles se terminent bien souvent en avortements clandestins à risque. Les médecins s'affolent sur deux chiffres : 17% des adolescentes de moins de 15 ans ont déjà subi un avortement, et l'interruption volontaire de grossesse est la seconde cause de mortalité chez les jeunes femmes de moins de 20 ans. Une fois le fœticide auto-médicamenté entrepris, elles viennent consulter à l'hôpital afin qu'on les traite pour les éventuelles infections occasionnées par leur acte maladroit.

Un autre chiffre est alarmant : un tiers des jeunes entre 15 et 17 ans n'utilise pas de moyen de contraception lors de leur premier rapport sexuel. Des mythes et croyances de plusieurs centaines d'années, comme boire du vinaigre ou se laver les parties génitales avec du citron pour ne pas tomber enceinte, sont à la source de ce problème. Depuis 1998 seulement, une loi sur l'éducation à la sexualité introduit des programmes de prévention dans les écoles publiques et privées, mais comme dit précédemment, les cours d'éducation sexuelle dans les établissements scolaires ne restent que de maigres tentatives.

Dans le mode de pensée andin, le couple constitue une unité inséparable, mais malgré des valeurs culturelles sur la complémentarité homme femme, les relations sont asymétriques. Les femmes doivent soumission et respect envers l'homme, et ces inégalités mènent souvent à l'apparition de la violence dans les couples. Dans les familles indigènes notamment, les cas de viols et d'incestes ne sont pas rares et 6% des filles entre 15 et 19 ans ont déjà subi un acte de violence sexuelle.

Dans la mentalité andine, il existe aussi une notion « femme-mère » qui rend difficile l'utilisation de la contraception. En effet, une femme dans l'incapacité de se reproduire n'est plus considérée comme femme. La contraception est donc un grand néant que personne, pas même les médecins, ne semble vouloir affronter.

ii. Césariennes

L'Equateur suit la tendance mondiale quant à la proportion grandissante de femmes donnant naissance par césarienne. L'Organisation Mondiale de la Santé a réalisé en 2007 une enquête sur le sujet dans huit pays d'Amérique latine (Argentine, Brésil, Cuba, Equateur, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Pérou). En Équateur, 40% des naissances en hôpitaux publiques se font par césarienne, et ce chiffre peut dépasser les 50% dans les institutions privées. Ces chiffres sont bien supérieurs aux 15% recommandés par l'OMS et peuvent être considérés comme abusifs. Il n'est pas facile de comprendre les raisons de cette tendance à la hausse, puisqu'il

n'a pas pu être démontré de bénéfice ni pour la mère ni pour l'enfant dans les pays développés si ce choix ne répond à aucun besoin médical. De même, il est difficile d'évaluer précisément le coût que cette alternative représente. Cependant, les progrès en matière de technique chirurgicale constatés ces dernières années ont pu influencer la perception de l'acte des futures mères et ainsi les pousser à opter pour une naissance programmée. Le MSP (Ministère de la Santé Publique) recommande le recours à la césarienne dans les cas suivants: disproportion céphalo-pelvienne, souffrance fœtale, complication durant l'accouchement, éclampsie et pré-éclampsie, présentation par le siège, et rupture prématurée des membranes.

iii. Maladies sexuellement transmissibles (MST)

En Équateur, les statistiques relatives aux maladies sexuellement transmissibles sont imprécises: difficile d'établir la prévalence de ces affections car on assiste à une véritable sous-estimation du nombre de cas. La prévention relative vis à vis ces infections et comportements à risque est très limitée, et il y a peu d'éducation sur le sujet. Or, il semble que les jeunes équatoriens s'initient précocement à une activité sexuelle.

2. Médicaments

La mauvaise gestion des ressources pharmaceutiques en Équateur mène aussi à d'importants problèmes de santé publique. La population équatorienne a accès à tous les médicaments en pharmacie sans ordonnance, à l'exception des psychotropes et des anesthésiques. Il est donc très fréquent d'accueillir en consultation des patients s'étant auto-médicamentés au préalable avec de l'amoxicilline, de l'azythromycine ou autres antibiotiques, pour ce qui s'avère souvent être une infection virale. Cette mauvaise utilisation des antibiotiques mène bien évidemment à l'apparition de souches multirésistantes et à un gaspillage monumental des produits antibactériens.

Paradoxalement, l'Équateur fait aussi face à une pénurie importante d'antibiotiques dans les zones rurales. La surconsommation urbaine n'améliore pas ce phénomène, et ainsi, les populations indigènes se trouvent souvent dans l'incapacité de traiter d'importantes infections. La résolution de ce problème national nous a semblé être d'extrêmes urgence et importance, mais pour l'instant, aucune mesure n'a été entreprise pour limiter cet usage anarchique.

3. Diabète

Comme évoqué auparavant, l'Équateur peut être considéré comme royaume de la malbouffe et ceci se reflète sur les silhouettes. Nous avons été frappées par le physique de la population quiténienne, un ventre bedonnant et bourrelets multiples, nous laissant deviner un régime alimentaire gras, ultra sucré et les pathologies en découlant... Nous sommes néanmoins tentées de les excuser, vu les composants habituels des plats traditionnels (patates et riz à chaque repas, viandes en sauces, et fritures à gogo), la densité de fast-food, d'épiceries

remplies de snacks, de « food court » dans les nombreux centres commerciaux, et de vendeurs de bonbons ou glaces dans les bus, à tous moments de la journée.

Lors des consultations externes et visites des patients hospitalisés, nous entendons beaucoup trop fréquemment « est suivi(e) pour un diabète de type II » ou « consulte pour une décompensation de son diabète de type II ». Au moins deux éléments expliquent la montée en flèche de la prévalence du diabète de type II en Équateur.

Le premier est bien évidemment le régime alimentaire hérétique des Équatoriens, notamment en milieu urbain. Les zones éloignées des grandes villes sont en effet beaucoup moins frappées par cette épidémie d'obésité et de diabète : 1-2% de prévalence contre 7-8% en ville.

Le deuxième facteur est le vieillissement de la population latino-américaine. Malgré le très jeune âge de la population par rapport à la Suisse, l'espérance de vie augmente également en Amérique latine, entraînant avec elle l'augmentation de la prévalence du diabète de type II.

Comme dans de nombreux pays, le diabète devient un problème de santé publique de plus en plus important et alarmant. C'est aujourd'hui l'une des dix premières causes de consultations et de mortalité chez la population adulte. Les complications du diabète, comme les rétinopathies, néphropathies, neuropathies, sont le pain quotidien des médecins des consultations externes de l'HUCV. Sa prévention est compliquée et laborieuse, et s'adresse à une population qui n'a pas toujours les moyens motivationnels ou économiques pour changer d'habitudes de vie afin de diminuer leurs facteurs de risque pour le diabète (hyperglycémie, dyslipidémie, hypertension artérielle, tabac). Ainsi, le nombre de diabétiques augmente sans qu'on ait la moindre impression de progrès.

4. Hypothyroïdisme

Un autre problème de santé auquel nous avons été confrontées, pour le moins étonnant, est l'hypothyroïdisme dû en grande partie au manque d'iode dans l'alimentation. Le sel marin est celui qui contient le plus d'iode. La chaîne des Andes étant située à une haute altitude et loin des eaux salées marines, la présence d'iode dans le sel est basse, et une grande partie de la population des régions montagneuses est atteinte d'hypothyroïdisme.

L'effet diminué d'hormone thyroïde peut causer fatigue, visage gonflé, perte de cheveux, goût, augmentation des niveaux de cholestérol total, augmentation de la résistance à l'insuline, ou retard mental et développement diminué chez les enfants.

Pour contrer cela, le gouvernement équatorien a mis en place un programme de prévention contre cette carence, en ajoutant de l'iode dans le sel livré aux régions montagnardes.

5. Soleil

La localisation géographique de la ville de Quito en fait une zone extrêmement exposée aux rayons UV. En effet, non seulement elle se trouve très proche de la ligne de l'équateur, mais

son altitude de 2800m rapproche encore plus les citoyens du soleil. Ajoutez à cela une mauvaise prévention contre les méfaits des rayons solaires et un niveau de revenus trop bas pour se protéger correctement, vous vous trouvez face à une floraison de pathologies cutanées et ophtalmiques potentiellement très dangereuses. Dès leur plus jeune âge, les équatoriens ont les joues rougies, voire brûlées, par le soleil, et des traces permanentes de bronzage. Et cela se confirme en consultation dermatologique. La grande majorité des patients viennent dès l'âge de 30 ans, gênés par des tâches pigmentaires sur leurs joues et au-dessus de leur lèvre supérieure, ou soucieux de développer un mélanome. La dermatologue enchaîne prescriptions de crèmes dépigmentantes et cautérisations de lésions cutanées malignes. Elle prescrit également systématiquement à ses patients de la crème solaire, que ce soit le motif de la consultation ou non, et insiste à ce qu'ils l'appliquent toutes les trois heures sans faute. Cela peut paraître exagéré, mais nous même avons remarqué que dès huit heures du matin, une brève exposition au soleil, même avec de la crème solaire SPF 30, peut laisser de méchantes séquelles.

Outre les pathologies cutanées, nous voyons aussi beaucoup d'habitants développant un ptérygium. Suite à des expositions prolongées et répétées aux rayons UV, la conjonctive de l'œil commence à s'épaissir à partir de la caroncule, pouvant s'étendre jusqu'à la cornée et entraîner une cécité. Cette pathologie est malheureusement difficile à traiter, et le traitement chirurgical n'empêche bien souvent pas la récurrence.

6. Activité professionnelle

La majorité de la population quiténienne travaille dans les secteurs de la construction et de la restauration, et est donc soumise à un travail physique, parfois très intense. Nous voyons souvent des patients ayant des problèmes articulaires liés à une utilisation répétée ou violente de certaines articulations, pouvant mener à des douleurs insupportables ou même des handicaps plus importants.

De plus, vu l'utilisation massive de produits chimiques et le nombre de personnes impliquées dans l'industrie chimique, il n'est pas étonnant de voir des patients consulter pour des problèmes dermatologiques dus à des produits chimiques utilisés sur le lieu de l'activité professionnelle.

7. Circulation routière : sécurité et consommation d'alcool

L'Équateur se trouve en pleine révolution de son réseau routier: on construit de nouveaux axes, on réaménage, on effectue des travaux de rénovation. Mais il faudra encore du temps pour rattraper le retard d'entretien du bitume, surtout dans les régions montagneuses qui nécessiteraient encore plus d'attention pour garantir la sécurité des usagers de la route. Les véhicules sont en plus ou moins bon état et donc plus ou moins sûrs, et ceci concerne tant les véhicules privés que publics.

Malheureusement, malgré les efforts et les investissements concédés par l'état dans ce domaine, la sécurité routière en Équateur fait encore défaut et les chiffres des accidents de la route l'illustrent. Sur les 14,5 millions d'habitants que compte le pays, on dénombre annuellement environ 4700 décès causés par ce fléau, ce qui en fait le mauvais élève de l'Amérique latine. Pour comparer avec la Suisse, qui déplore environ un décès par accident de la route par jour, l'Équateur en dénombre 33.

Nous avons nous-mêmes pu remarquer certaines failles dans notre vie quotidienne: les nids-de-poule jonchent les rues, les piétons ont peu de pouvoir sur les routes, la signalisation fait défaut.

Pour tenter de faire face, l'état met en place des campagnes de prévention et d'éducation routière afin d'encourager la population à respecter le code de la route et même à dénoncer les abus. Il fait recourt également à des moyens de répression plus sévères afin de dissuader certains comportements dangereux, tels que contrôles de vitesse au moyen de radars, peines judiciaires importantes pour les conducteurs sous l'emprise de l'alcool (pouvant aller jusqu'à 12 ans de rétention). Les délinquants de la route sont recherchés avec le même acharnement que les plus dangereux des criminels, à renfort de promesses de récompenses pour permettre leur arrestation.

La loi équatorienne devient de plus en plus sévère concernant la circulation routière, également en prévision d'une aggravation du problème qui devrait inévitablement accompagner l'augmentation du nombre de véhicules sur les routes que l'on constate ces dernières années. Pour cela, les autorités quiténiennes ont établi une règle : lors des heures de pointes du lundi au vendredi, les véhicules sont à tour de rôle interdits d'accès aux routes du centre ville. Par exemple, le lundi, les véhicules ayant une plaque d'immatriculation commençant par 1 ou 2 ne peuvent pas circuler aux heures de pointes. Cette réglementation promeut l'utilisation des transports en communs et aide à désengorger les routes. Afin de veiller à la bonne application de cette réglementation, nous avons vu en une semaine notre rue envahie de policiers en uniforme, chargés de vérifier les plaques d'immatriculation des conducteurs.

Le problème prépondérant de sécurité routière reste aujourd'hui le comportement des automobilistes, qui conduisent souvent en état d'ébriété et grillent les feux rouges sans arrêt.

III. L’Hospital Padre Carollo “Un Canto A La Vida”

a. La Fondation Tierra Nueva et le Père José Carollo

La fondation *Tierra Nueva* est l’œuvre du Père José Carollo et sa création, datant du 17 mai 2000, a été rendue possible par trois organismes: *Cristo Vive*, association de volontariat social et eucuménique, *Ingenieria Sin Fronterias*, organisation non gouvernementale œuvrant pour le développement mondial ainsi que la recherche, et le *Grupo Inmobiliario Sodinur*, impliqué dans le secteur de la construction. Le but poursuivi est de venir en aide aux personnes socialement et économiquement défavorisées afin de faciliter leur insertion dans la société tout en promouvant l’engagement bénévole. Ainsi, *Tierra Nueva* s’engage dans un spectre de programmes très variés: prévention des addictions auprès des adolescents, soutien de la prise en charge des alcooliques, accueil des personnes sans domicile, aide à la réinsertion, etc. Le tout est géré par différents services: actions sociales, administration, soutien du traitement des alcooliques, projets, volontariat. Par la suite, de nombreuses coopérations internationales ont vu le jour, permettant la création de centres proposant des solutions aux problèmes ciblés par la fondation, ainsi que l’accueil de brigades médicales en provenance d’Italie ou des Etats-Unis, chargées de réaliser chaque année des interventions chirurgicales à moindres coûts dans les locaux de l’HUCV.

Le père José Carollo est né en 1931 en Italie et a immigré en Équateur à l’âge de 18 ans. Il entra tout d’abord dans une paroisse au Nord de Quito et c’est dans ces quartiers plutôt aisés que lui vint sa vocation de constructeur au service de l’Église, en faveur des pauvres, et qui le conduisit plus tard au Sud de la ville, dans les quartiers les plus défavorisés. Il commença par fonder la Banque de la Providencia destinée à venir en aide aux familles les plus nécessiteuses. Les années qui suivirent furent consacrées à la construction d’édifices religieux, sociaux, tels que garderies et centres pour jeunes, jusqu’à la réalisation de son rêve en 1988: l’HUCV, qui devait accueillir des personnes ne pouvant bénéficier des services de santé pour des raisons économiques. Décédé le 13 mai 2005, il a légué à la ville de nombreuses constructions, et son travail se perpétue aujourd’hui à travers la Fondation Tierra Nueva et l’HUCV qui, suivant son exemple, s’engagent dans les domaines de l’éducation, de la santé et de la protection sociale.

b. Concept

L’HUCV dirigé par la Fondation Tierra Nueva, se situe dans le Sud de Quito, à 15 km du centre ville. Il se trouve dans un quartier animé, sur la même route polluée que l’Universidad Salesiana et le Parc Las Cuadras et non loin du centre commercial Quicentro Sur.

Il se trouve aussi à seulement 1,5 km du Centro de Espiritualidad Leonidas Proaño, foyer où nous avons séjourné pour toute la durée du stage. Les propriétaires et gérants, extrêmement sympathiques, nous ont permis de passer un mois très agréable, et nous les en remercions. Si vous venez un jour dans l’HUCV, vous ne pourrez pas échapper à une photo ou une citation du Père Carollo, affichés sur les murs de presque tous les couloirs ou des salles d’attente.

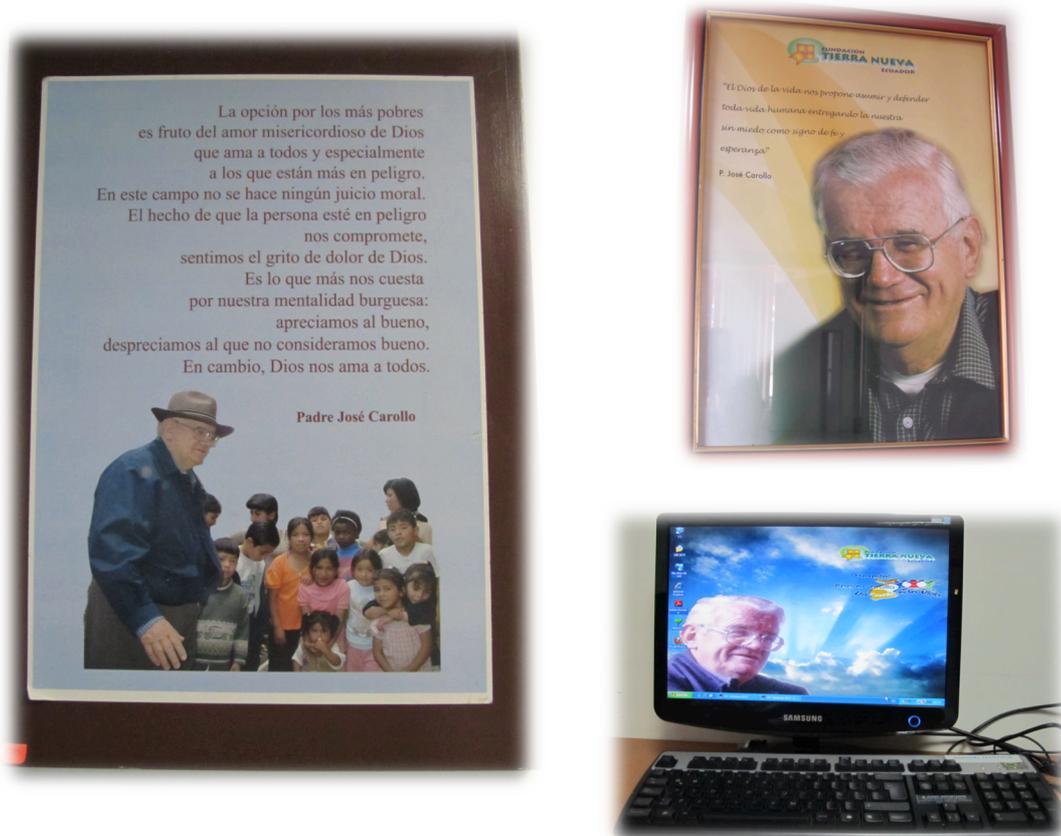


Fig 4. La figure du père Carollo est omniprésente au sein de l'hôpital, des tableaux aux fonds d'écran d'ordinateurs.

Avant d'être un hôpital, ce fût d'abord un simple centre de requêtes externe. En 2008, 10 spécialités et la pharmacie voient le jour, et en 2010 l'hôpital proprement dit, avec des services d'hospitalisations, des salles d'opération et le service des urgences, apparaît.

c. Infrastructures

Même après une longue visite guidée de l'hôpital par Beatriz RIVADENEIRA, qui nous a présentées à toutes les stations d'infirmières, nous n'avons pas tout de suite réussi à nous orienter, tant les services sont nombreux et spécialisés. L'hôpital comporte en effet des médecins dans les disciplines suivantes : audiométrie, cardiologie, chirurgie générale, chirurgie pédiatrique, chirurgie plastique, chirurgie vasculaire, colposcopie, coloproctologie, dermatologie, gastro-entérologie, gynécologie, homéopathie, médecine familiale, médecine interne, néphrologie, neurologie, otologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, oncologie, pédiatrie, rhumatologie, traumatologie et urologie.

ESPECIALIDAD	MEDICOS	DIAS	HORARIO	ESPECIALIDAD	MEDICOS	DIAS	HORARIO
AUDIOMETRIAS	Dr. Leda...	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 11:30	LABORATORIO	Dra. Veronica V...	Lun. Mi. Jue. Vie.	07:00 a 10:00
CARDIOLOGIA	Dr. Jaime...	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:30 a 12:30	MEDICINA	Dr. Patricia Zar...	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 13:00
CIRUGIA GENERAL	Dr. Edwin...	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:30 a 12:30	COMPLEMENTARIA	Dr. Jairo Collagu...	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 12:00
CIRUGIA PEDIATRICA				NEFROLOGIA			08:00 a 12:00
CIRUGIA PLASTICA	Dra. Patricia Jarrin	Ma. Jue.	15:00 a 17:00	NEUROLOGIA			08:00 a 12:00
CIRUGIA VASCULAR	Dr. Montz...	Lun. Mi. Jue. Vie.	11:00 a 13:00	ODONTOLOGIA			08:00 a 12:00
COLPOSCOPIAS	Dr. Patricio Morata	Lun. Mi. Jue. Vie.	14:30 a 17:30	OTOLOGIA	Dr. Julio LeTort	Lun. Mi. Jue. Vie.	12:00 a 14:00
CURCUNA DE HERIDAS	Personal de Enfermeria	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 11:30	OTOLINGUISTICA	Dr. Rodrigo Castrillon	Lun. Mi. Jue. Vie.	07:00 a 10:00
ELECTROCARDIOGRAMA	Personal de Enfermeria	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 12:00	OTORRINOLINGUISTICA	Dra. Gloria Tauri	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 12:00
ECOGRAFIA	Dr. Luis Palacios	Ma. Jue.	08:00 a 11:30	OPHTALMOLOGIA	Dra. Maria A. Flores	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 12:00
ECOCARDIOGRAMA	Dr. Jose Reyes	Ma. Jue.	08:00 a 12:00	ONCOLOGIA	Dr. Jimmy Casares	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 12:00
DERMATOLOGIA	Dra. Anita Kellendok	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 12:00	ONCOLOGO	Dra. Sandra Cáceres	Sab.	08:00 a 10:00
GASTROENTEROLOGIA	Dr. Walter Quistura	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 12:00	PEDIATRIA	Dra. Patricia Chuquimarca	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 12:00
GINECOLOGIA	Dra. Rosa Elena Macias	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 12:00	REUMATOLOGIA	Dra. Lisbeth Nuñez	Lun. Mi. Jue. Vie.	08:00 a 12:00
HOMEOPATIA	Dr. Edwin Guallissamin	Ma. Jue.	08:00 a 12:00	TRAUMATOLOGIA	Dr. Jose Luis Ayala	Lun. Mi. Jue. Vie.	11:00 a 13:00
MASTOLOGIA	Dr. Edwin Guallissamin	Ma. Jue.	08:00 a 12:00	UROLOGIA	Dra. Catalina Cueller	Lun. Mi. Jue. Vie.	14:00 a 18:00
MEDICINA FAMILIAR	Dr. Michel Larroondo	Lun. Mi. Jue. Vie.	07:00 a 12:00	TECNOLOGOS	Dra. Tereza Velasco	Lun. Mi. Jue. Vie.	14:00 a 18:00
MEDICINA INTERNA	Dr. Gonzalo Aguirre	Lun. Mi. Jue. Vie.	13:00 a 15:00	TODOS LOS DIAS	Dr. Ramiro Velasco	Lun. Mi. Jue. Vie.	11:30 a 15:00

Fig 5. Tableau affiché au rez-de-chaussée de l'hôpital indiquant tous les services, médecins pratiquants et leurs horaires journaliers

L'hôpital dispose de 148 lits, 4 lits de soins intensifs, 4 salles d'opération dont 1 pour les accouchements, un centre obstétrique, un centre de néonatalogie, un laboratoire clinique, un centre d'imagerie diagnostique (avec radiographie conventionnelle, tomographie et échographie), des salles de consultations externes, un centre d'urgences 24h/24h et une pharmacie.

Un parking souterrain pour les voitures, une petite cafétéria, et une chapelle sont à la disposition des visiteurs.

d. Personnel soignant

L'Hospital Un Canto A la Vida compte 35 résidents post-grades, 50 médecins fixes, 60 infirmières et 40 auxiliaires.

1. Hiérarchie

Aux HUG, un simple point de couleur ou une inscription sur un badge nous permet de distinguer les rôles du personnel soignant. Ici, c'est l'uniforme qui nous indique si on a affaire à un médecin (blouse blanche avec inscription cousue), une infirmière (casaque blanc et petit chapeau), une aide soignante (casaque blanc avec coutures vertes), un(e) laborantin(e) (casaque noir), un nettoyeur (casaque bleu marine avec un tablier), ou un chirurgien (casaque émeraude).



Fig 6. Exemple d'une inscription cousue sur la blouse d'un médecin

Ce code vestimentaire reste cependant très conceptuel. Il nous arrive souvent de croiser des médecins en casaque rose ou bleu, et même des infirmières en blouse. Il est parfois difficile de déterminer le rôle d'une personne, ce qui promeut le mélange entre les différents acteurs de cet hôpital et diminue les rapports de force.

2. Médecins spécialistes

En plus du personnel usuel de l'établissement, l'hôpital accueille chaque année, grâce au soutien de la Fondation Tierra Nueva, des brigades médicales en provenance d'Italie ou des États-Unis, afin de réaliser des interventions chirurgicales à moindres coûts pour les moins fortunés. La sélection des patients se fait après inscription au *Trabajo Social* de l'hôpital et les bénéficiaires de ces opérations doivent avoir au préalable subi tous les examens cliniques nécessaires au travail des chirurgiens internationaux.

Lors de notre séjour, une brigade américaine est venue offrir des opérations pour des becs de lièvre pendant une semaine. Ils avaient à leur disposition du matériel et un bloc opératoire, et ont accueilli des enfants venant des quatre coins de l'Équateur.



Fig 7. L'HUCV possède un bloc spécialement conçu pour accueillir les brigades internationales.

e. Règles d'hygiène

Avant de commencer notre stage, nous étions conscientes que les règles d'hygiène que nous allions observer ne ressembleraient pas à celles auxquelles nous sommes habituées, et qu'il faudrait nous montrer tolérantes, sans mettre toutefois notre propre santé en danger. L'hôpital étant moderne et plutôt bien équipé pour le niveau de développement du pays (une salle de stérilisation gère les équipements médicaux), nous n'avons pas eu d'énormes surprises, mais nous avons tout de même relevé quelques différences.

La première chose que nous avons notée est que nous étions les seules à posséder un flacon de solution désinfectante pour les mains ou pour le stéthoscope. Les médecins des consultations externes n'y ont jamais recours, que ce soit avant ou après l'examen d'un patient. Ceci nous a d'autant plus marquées durant les consultations de dermatologie, où la dermatologue touchait à mains nues les affections de la peau de ses patients.

Les tables d'examen physique sont recouvertes d'un drap en coton, qui n'est pas changé d'un patient à l'autre, et même parfois d'un jour à l'autre. Lors des consultations en gynécologie par exemple, une dame âgée avec un prolapsus vésical subit un toucher vaginal sur le même drap où une jeune femme avec un herpès vaginal avait également subi un examen physique. Aux urgences, les récipients dans lesquels les médecins jettent les abaisse-langue et autres objets piquants, non hermétiquement fermés, ne sont pas souvent vidés, et grouillent ainsi de bactéries.



Fig 8. Récipient spartiate pour les déchets piquants et coupants

Les couvertures des patients hospitalisés sont multicolores et portent des franges à leurs extrémités. À première vue, elles ressemblent plus à des nappes ou des capes traditionnelles que des draps propres, mais on nous a appris qu'elles étaient lavées et changées tous les jours.

Lors de l'observation des prises de sang, nous avons remarqué que la gaze imbibée d'alcool pour la désinfection préalable de la peau est la même que celle utilisée pour compresser la plaie. Le personnel qui effectue les prises de sang ne porte jamais de gants, et nous nous demandons alors comment se passerait la prise en charge d'un accident d'exposition au sang (AES), si une prise en charge est prévue...

Au bloc opératoire, les chirurgiens ne portent jamais de lunettes de protection, même lors d'interventions qui comportent des risques de projection de liquides biologiques.

En bref, l'hygiène n'est pas irréprochable, loin de là, mais ne nous a pas non plus choquées.

f. Relation médecin-malade

Les nombreux cours de PSS et de CC relation médecin-malade, souvent jugés rébarbatifs et inutiles par les étudiants en médecine, ne se sont révélés pas si superflus que ça. Nous avons pu constater de nombreuses différences entre la Suisse et l'Équateur en termes de dynamique de la consultation.

D'un côté, les médecins équatoriens auraient bien des choses à apprendre aux médecins suisses. Leur nature chaleureuse et tactile innée y est certainement pour quelque chose. Dans les moments où ils sentent leur patient apeuré, timide ou triste, ils n'hésitent pas à l'appeler « *mi amor* » (« mon amour » en français), « *mi corazon* » (« mon cœur »), « *mi hija* » (« ma fille »), ou à le prendre dans leurs bras pour le mettre à l'aise et lui montrer leur empathie. L'effet de ces surnom et démonstrations affectives est radical, et le patient acquiesce à tout ce que dit le médecin en disant « *si, doctor, si, doctor* ».

Cependant, nous avons parfois été surprises et même outrées des comportements de certains médecins envers certains patients.

Lors des consultations externes par exemple, il arrive que les médecins ne lèvent pas la tête de son ordinateur: ils ne disent parfois ni « bonjour » ni « au revoir », et fixent des yeux leur clavier pendant toute l'anamnèse et toute l'explication de la fin de consultation. Comment peuvent-ils donc percevoir les expressions non-verbales des patients? Celles-ci ne semblent pas les intéresser. Nous en déduisons que le médecin en Équateur a un rôle très paternaliste. Les émotions, les peurs, les désirs, les croyances et la compréhension du patient passent au deuxième plan. Le patient est entièrement passif durant la consultation, il pose rarement une question et attend seulement le diagnostic et les prescriptions du médecin, souvent très mal expliqués.

Nous avons retrouvé cette attitude de la part des médecins lors des visites aux patients hospitalisés: ils ne saluent pas le patient, ne lui demandent pas comment il va, et vont même jusqu'à ignorer ses questions.

On peut lire sur le visage des patients qu'ils ne comprennent pas toujours comment leur traitement doit être pris et pourquoi il doit être pris. Il est donc évident que la compliance à la prise de médicaments, ou à un changement des habitudes de vie, n'est pas très bonne, et que le suivi de certaines pathologies n'est donc pas satisfaisant.

g. Secret médical et intimité

Nous avons pu observer qu'en Équateur le droit au secret médical ne va pas forcément de soi et qu'on lui accorde moins d'importance qu'en Suisse.

Tout d'abord, la présence de rideaux pour isoler le patient lors d'actes médicaux n'est pas considérée comme requise. Aux urgences, les lits d'observation sont installés dans le couloir qui sert également de salle d'attente, il y a beaucoup de va-et-vient, tant de personnel médical que de personnes extérieures. Il est possible de tirer des rideaux autour des lits si besoin est, mais il est rare de les voir fermés. Aux étages d'hospitalisation, des chambres de huit lits sont cette fois-ci dépourvues de rideaux, ou de tout autre dispositif permettant d'isoler un patient de ses voisins de chambre. Pour exemple, nous avons assisté à un examen gynécologique comprenant un toucher vaginal et l'utilisation d'un speculum dans une chambre accueillant

trois femmes, et à aucun moment il n'a été entrepris quoi que ce soit pour offrir un peu d'intimité à la patiente examinée. De manière plus générale, les chambres d'hospitalisation ne sont jamais fermées, toutes les portes restent ouvertes: depuis le couloir on a une vue plongeante à l'intérieur de chaque chambre collective et le va-et-vient est incessant.

Lors des visites journalières cliniques, les médecins passent dans les chambres pour faire le point sur la prise en charge de chaque patient hospitalisé. On rappelle l'historique de la personne, ce qui a été entrepris, l'évolution du cas et on discute de la suite de la prise en charge dans le groupe de soignants, et le patient ainsi que l'ensemble de la chambre assiste à l'échange médical. Le patient voit son dossier médical déballé, et seul le jargon médical incompris permet de maintenir certaines informations mystérieuses pour les personnes non concernées.

Il n'est également pas rare de voir certains documents médicaux traîner ici et là, à la vue de tous: sur le bureau des médecins dans les salles de consultations, sur les ordinateurs de la petite salle de bibliothèque de l'hôpital, à laquelle n'importe qui arpentant le couloir peut avoir accès.



Fig 9. Une chambre typique de l'hôpital, sans rideaux séparant les lits

IV. Nos activités

L'objectif de notre stage étant de découvrir un système de santé différent de celui que nous connaissons, nous avons principalement observé le fonctionnement de l'HUCV. Pour ce faire, nous avons assisté aux activités les plus importantes et les plus parlantes de l'hôpital, soit les consultations externes, les hospitalisations et les excursions en médecine communautaire.

a. Consultas Externas et les Urgences

Lors de notre entrée à l'hôpital, nous avons finalement rencontré la personne avec laquelle nous n'avions eu jusqu'à présent qu'un contact par e-mail: notre coordinatrice de stage, Beatriz RIVADENEIRA. Nous avons alors eu un premier aperçu de notre programme pour les semaines à venir, qui confirmait sans surprise ce qui nous avait déjà été proposé.

Notre première semaine de stage a été consacrée à l'accompagnement de personnel soignant dans une aile de l'hôpital réservée aux consultations externes. Cette aire s'étend sur trois étages et comprend plusieurs services: chaque spécialité est assurée par un ou plusieurs médecins suivant un planning hebdomadaire, les journées n'allant pas au-delà de 17h. À chaque étage se trouve une salle de « preparacion », porte d'entrée aux consultations, dans laquelle les patients défilent pour un premier bilan pré-consultation: on y mesure le poids, la taille et la tension. Les patients attendent ensuite leur tour dans les couloirs, particulièrement bondés le matin, devant leur salle de consultation. Lorsque le médecin fait l'appel, on constate beaucoup de rendez-vous manqués.

La salle de consultation se présente généralement comme suit: un bureau avec une chaise de bureau pour le médecin, et une ou plusieurs chaises de jardin pour les patients, qui viennent la plupart du temps accompagnés, ainsi qu'un lit pour l'examen physique. Parfois, une petite salle de bain est attenante à la salle de consultation. L'environnement est partagé par plusieurs médecins et est donc simple et impersonnel, dépourvu de quelconque objet de décoration.

Concernant la consultation en elle-même, le dossier médical de chaque patient est informatisé. Le programme informatique utilisé est partagé au sein de l'hôpital et fonctionne avec un système de menu déroulant par entrée: le diagnostic, la prescription d'examen complémentaire et de traitements pharmacologiques se sélectionnent parmi une liste constituée. Le médecin débute avec une question ouverte et tape sur son clavier les informations au fur et à mesure que le patient



Fig 10. Salle de préparation

s'exprime. Nous avons été surprises par le fait que l'anamnèse est peu poussée, de même que l'examen physique est vite expédié. Ceci s'explique par le fait que l'hôpital alloue des temps de consultation spécifiques pour chaque spécialisation, et ceux-ci varient en général entre dix et quinze minutes. Si besoin est, le patient est ensuite dirigé vers d'autres services, au laboratoire pour la prise d'échantillons, ou encore en hospitalisation.

Nous avons également pu nous rendre aux urgences, qui accueillent les patients d'une manière similaire qu'aux consultations externes: on compte trois salles de consultations d'urgences, chacune occupée par un médecin, souvent étudiant post-grade effectuant un stage. Dans le même couloir où s'étend la salle d'attente, quelques lits accueillent les patients en observation, pour une durée n'excédant pas quelques heures. Si nécessaire, les patients sont ensuite emmenés en hospitalisation dans les étages.

Pour assister au processus de prise en charge des patient aux consultations externes, nous n'étions pas très encadrées: on nous avait présentées à une petite partie du personnel hospitalier, mais nous nous sommes vite rendues compte que personne ne semblait vraiment au courant de la raison de notre présence et que nous étions encore moins attendues. On nous avait également remis un badge pour trois, qui nous permettait de nous déplacer librement dans l'hôpital. Le premier jour nous avons l'impression d'être « lâchées » dans ce nouvel environnement, que tout le monde s'agitait et vaquait à ses occupations autour de nous, et que personne ne se détournait de sa tâche pour s'interroger sur la présence en uniforme de trois filles caucasiennes, qui, de manière évidente n'étaient pas à leur place. Cette impression s'est confirmée dans les jours suivants. Ainsi, il nous a fallu prendre des initiatives: aller frapper aux portes et intercepter les médecins dans les couloirs pour pouvoir assister à des visites, consultations, actes médicaux. Il a été rare que l'on nous refuse, mais nous avons parfois l'impression d'imposer notre présence, tant vis à vis du médecin dans l'exercice de ses fonctions, que pour le patient lui-même, dont l'accord n'était jamais recherché.

b. Hospitalisations

Pendant une semaine, il nous a été proposé d'effectuer une rotation entre les visites des hospitalisations cliniques, les visites des hospitalisations pédiatriques et les blocs opératoires.

Les visites des hospitalisations cliniques commencent aux alentours de 8h, après une heure de colloque. Nous nous joignons au Dr. Gonzalo AGUIRRE, médecin interne, suivi de quatre étudiants post-grade équatoriens. Un étudiant est désigné chaque jour pour présenter les cas des patients. Une fois les visites terminées, ces étudiants rédigent les prescriptions, indications ou lettres de sortie des patients vus au cours de la matinée.



Fig 11. Les dossiers se trouvent sur ce chariot que les internes emmènent dans chaque chambre

Les visiteurs des patients sont priés de sortir de la chambre pendant la visite médicale, un semblant de respect de l'intimité du patient, puisque la majorité des portes des chambres des patients restent ouvertes toute la journée. Tous les antécédents du patient sont lus à haute voix, et sont donc audibles pour les autres patients de la même chambre. Malgré l'absence de rideau entre les lits, il arrive que les médecins procèdent à un examen physique au lit du patient; l'intimité vis à vis des autres patients est donc négligée. Les fichiers radiologiques sont rangés dans une pochette en tissu au bout du lit, mais ne sont pas vraiment classés chronologiquement. Une feuille de contrôle des fonctions vitales, remplie régulièrement par les infirmières, est posée sur la table de chevet, mais encore une fois, elle est parfois mal ou non remplie.

Le Dr. AGUIRRE questionne les étudiants sur les classifications, les causes, les mécanismes, les examens complémentaires, et les traitements des diverses pathologies rencontrées. Les médecins raisonnent à voix haute, dans un jargon médical non filtré.

Une diététicienne suit le groupe des cinq blouses blanches, et écoute attentivement les directives nutritionnelles destinées à chaque patient: pas de fibres, régime hyposodé, pas d'administration par voie orale, etc.

Le patient n'occupe quasiment pas de place lors de ces visites. Les médecins ne le saluent pas, ne s'intéressent pas à son état personnel (mais plutôt à son état purement médical), ne lui expliquent rien, ne lui demandent pas s'il a des questions ou des inquiétudes, et quand ce dernier tente de s'exprimer, le charabia médical prend le dessus.

Pour les visites des hospitalisations pédiatriques, nous avons suivi le Dr. AYALA, chef de service de pédiatrie et responsable de certains aspects de l'enseignement dans les universités de médecine quiténiennes. Il était accompagné d'une doctoresse post-grade qui a joué le rôle d'auxiliaire infirmière plutôt que de collègue. En effet, ce médecin était non seulement très paternaliste envers les patients, en débitant les explications et le traitement, les yeux rivés au sol, mais aussi exécrable envers ses pairs. Cette expérience a illustré l'importance de l'accent mis durant nos études à Genève sur la construction et l'échange relationnels entre médecin et patient. Nous ne nous sommes donc pas éternisées dans ce service.

Les quatre blocs opératoires ne sont jamais utilisés en même temps, mais l'on a pu assister à plusieurs chirurgies quotidiennes.

Les blocs opératoires sont modernes et très bien équipés. Ici, on ne rigole pas avec les règles d'hygiène: les infirmières prennent bien garde de garantir un matériel stérile. L'ambiance durant les opérations varie fortement d'un chirurgien à l'autre, et d'une chirurgie à l'autre. Certains sont calmes, concentrés et peu bavards, alors que d'autres mettent de la musique à plein volume et rigolent. Dans la salle de réveil, on émerge de son anesthésie sur de doux rythmes de chansons latines ou de chants d'oiseaux.



Fig 12. Équipe de chirurgiens orthopédiques dans un des blocs

c. Santé communautaire dans les barrios

Une partie de notre stage a été entièrement consacrée à l'observation du service de santé communautaire de la Fondation Tierra Nueva. L'association vient en aide aux habitants des « *barrios* » (« quartiers ») les plus démunis du sud quiténien de diverses manières, mais surtout par trois moyens: l'« *Unidad Móvil* » (Unité Mobile), l'unité de médecine communautaire et l'Institut médical Tierra Nueva.

L'Unité Mobile, sorte de camion-camping-car fait sur mesure, contient deux salles de consultation (une de médecine générale et une d'odontologie) et une salle de préparation. Elle balaie les villages les plus pauvres de Quito du mardi au samedi, afin d'apporter des soins aux patients ne pouvant pas se déplacer à l'hôpital. Les consultations y sont deux à trois fois moins chères qu'à l'HUCV et jusqu'à vingt fois moins chères qu'en Suisse: 4\$ pour une consultation dentaire et 2,5\$ pour une consultation en médecine générale.

Le personnel à bord est constitué d'un chauffeur (qui sert aussi d'auxiliaire administratif), d'une dentiste, d'une médecin interne, d'une auxiliaire infirmière et parfois de la directrice du service de santé communautaire, Maria Elena VASCO.

Les prix attractifs, la grande couverture géographique, et l'arrivée tonitruante du camion dans les quartiers, font le triomphe de ce concept. En effet, cinq minutes avant d'arriver à destination, l'infirmière branche un micro à l'intérieur du camion, et répète deux fois les services que propose l'Unité Mobile, comme un marchand de glace clamerait son arrivée et les bienfaits de ses produits.

Le succès de l'Unité Mobile varie d'un quartier à l'autre, et détermine sa durée de stationnement, variant d'une demi-journée à une journée entière. Dans le quartier de San

Thomas par exemple, une longue file de personnes attend le véhicule avec impatience, et le personnel soignant est obligé de refuser des patients à partir d'une certaine heure de l'après-midi, sans quoi ils pourraient poursuivre les consultations jusqu'à la tombée de la nuit. La médecin interne est rémunérée pour son travail de 8h à 12h, mais termine souvent bien au-delà, et effectue presque toujours des heures supplémentaires non rémunérées.

L'ambiance qui règne au sein de l'Unité Mobile est joyeuse. Le micro utilisé pour annoncer l'arrivée du camion est dirigé vers les hauts-parleurs de la radio du bus, ce qui permet de diffuser autour du camion les fréquences équatoriennes toute la journée afin de divertir les patients qui attendent. La proximité due au peu de place dans l'Unité favorise une bonne entente au sein du personnel soignant. Ils sont tous très motivés et s'interrompent souvent au milieu d'une consultation pour demander une information sur un patient, pour demander un stylo.

Les patients ne sont pas toujours très polis entre eux et avec le personnel de l'Unité Mobile. Une fois qu'ils ont pu entrer pour se faire enregistrer sur la liste d'attente, il est difficile de les convaincre de sortir pour attendre leur tour, car ils ont trop peur de se faire prendre leur place ou de perdre leur chance de se faire soigner.

Les mesures d'hygiène à bord du bus ne sont pas exemplaires. Tout comme pour les consultations externes à l'hôpital, le drap du lit d'examen physique est en coton et n'est pas changé de toute la journée, les abaisse-langues sont jetés dans une bouteille rarement vidée, les médecins ne se désinfectent presque jamais les mains, et ne changent de gants qu'après trois ou quatre patients. On constate cependant un appareil qui ressemble vaguement à un micro-ondes, et qui est en fait la centrale de stérilisation du matériel du camion ! Plus on passe de temps dans ce véhicule, plus on se rend compte qu'il contient de multiples espaces de rangement et qu'il est bien équipé: pharmacie bien fournie, dossiers de patients suivis, outils en tout genre.

Certaines petites interventions pratiquées par le médecin interne sont accomplies avec des méthodes rudimentaires grâce aux moyens du bord. Plusieurs patients se sont présentés avec une verrue plantaire, que le médecin brûle à l'aide d'une bougie à alcool et une lame, qu'elle chauffait sur la flamme pour brûler la peau anormale. Il faut s'armer de patience avant de pouvoir observer le résultat, qui laisse de gros trous noirs sous le pied. La blessure est ensuite bandée, et aucune indication de protection de la plaie n'est indiquée au patient.

Jeudi 6 juin, l'Unité Mobile se consacrait entièrement à une campagne de dépistage du HPV, et invitait donc les femmes d'un quartier proche du centre historique de Quito à venir se faire prélever un frottis du col utérin, geste appelé le « test de Papanicolau ». Dans le camion, on se croirait dans un marché au poisson: « Qui pour un Papanicolau? », « Qui est la suivante pour le Papanicolau? ». Les patientes doivent d'abord s'inscrire, et nous notons: leurs quatre noms, la date de leurs dernières règles, le nombre de gestations, d'accouchements par voie basse et par césariennes, et d'avortements. Ensuite, elles défilent dans la petite salle de consultation qui se

trouve à l'arrière du bus, où le médecin effectue le prélèvement avec un spéculum en plastique jetable et une petite spatule en bois qu'elle sort d'un sac en papier. Elle place les dépôts qu'elle a pu récolter sur une lame en verre pour microscope. Cette lame contaminée est manipulée de manière peu consciencieuse, sans gants, et à plusieurs reprises nous avons eu peur d'en renverser sur une surface ou de nous en mettre sur les mains. Les patientes obtiennent leurs résultats environs huit jours plus tard.

À la fin de la journée ou de la demi-journée, le personnel de l'Unité Mobile se rassemble pour faire le compte du matériel utilisé, des médicaments vendus, des prestations offertes, des recettes. Cette activité nécessite parfois jusqu'à deux heures et conclut une journée fatigante.



Fig 13. L'Unité Mobile, un couloir, une salle de consultation de médecine générale et une salle de consultation d'odontologie

L'unité de médecine communautaire effectue entre deux et trois déplacements par semaine. La première fois que nous l'avons accompagnée, nous nous sommes rendues en pick-up avec un chauffeur et la responsable du programme, dans le quartier de Santo Domingo, au Sud de Quito. La région nous a surpris par sa pauvreté, en comparaison avec la zone autour de l'hôpital: les routes ne sont pas bétonnées, les maisons semblent délabrées voire abandonnées, et des chiens errants rôdent partout. La responsable de l'unité de médecine communautaire nous explique que dans ce barrio, l'eau n'est pas potable et constitue un grand problème pour la population. Mais ce n'est pas ce sujet qui nous a occupées pour la journée. En effet, nous sommes allées dans une école primaire du village, où se trouvait une salle équipée simplement d'une table, d'un banc, et de fenêtres cassées laissant passer des courants d'air frigorifiques... Ici, une vingtaine d'adultes viennent tous les deux mois pour se faire contrôler leur poids, leur taille, leur glycémie, leur pression artérielle et pour vérifier la nécessité de consommer une tablette antiparasitaire. Nous avons donc pu effectuer ces "check-up" et la responsable de l'unité se chargeait d'informer les patients si leurs valeurs étaient normales, et si elles ne l'étaient pas, des mesures à prendre. Elle leur a ainsi donné quelques astuces culinaires pour réduire les hydrates de carbone et les graisses dans les repas, dans le but de diminuer glycémie et surpoids. L'ambiance de ces contrôles est très conviviale et non confidentielle. Tous les patients font la queue dans la salle, rient et parlent fort, commentent les résultats de certains, comparent leurs valeurs avec leur voisin, et partent tous en groupe. Cette convivialité rend agréables et légères des visites médicales qui peuvent apporter de mauvaises nouvelles, et ainsi continue d'attirer les patients à ces consultations régulières.

La fondation a aussi pris la responsabilité du suivi de certaines personnes atteintes de maladies chroniques et livrées à elles-mêmes. Ces cas sont rapportés le plus souvent par des voisins se rendant compte de leur précarité, ou par des familles ne pouvant assumer leurs proches. La plupart des protégés de la fondation sont des personnes âgées ne pouvant compter sur personne de leur entourage et sans possibilité d'être accueillies par un quelconque établissement spécialisé. Pour mener à bien leur suivi, les patients sont visités d'une part par une des promotrices de santé, chacune attribuée à des patients particuliers et chargée de passer les voir chaque jour, et d'autre part par une équipe médicale de la fondation, composée d'un médecin et de la troupe de promotrices accompagnantes, qui effectue une tournée hebdomadaire en mini-bus.

En ce qui concerne la logistique, une personne est chargée de préparer une valise pour chaque type de mission, contenant les médicaments choisis en fonction des cas et consciencieusement étiquetés (tous étant proches de la date de péremption, soit 2013-2014), le matériel nécessaire et les dossiers des patients à visiter.

A l'arrivée de l'équipe médicale de la fondation, on constate que tous se saluent comme des connaissances de longue date. Le médecin procède à l'examen physique (mesure du glucose, prise de la tension artérielle, auscultation, etc), vérifie l'avancée du dossier et adapte le traitement si besoin est.

Les patients suivis ont souvent un historique de diabète et/ou d'hypertension artérielle, qu'il s'agit de maintenir du mieux possible dans une fourchette de valeurs plus ou moins normales.

D'autres ont subi un AVC, sont atteints de polyarthrite, de surdité, etc. Leur dossier est accroché au mur et constitue le lien entre soignants, qui le complètent au fur et à mesure et y laissent commentaires et remarques.

d. Autres

Le fait que les médecins des consultations externes prescrivent autant d'exams complémentaires sur des échantillons d'urine et de sang a retenu notre attention, et nous avons souhaité accéder au laboratoire de l'hôpital. Les prises de sang sont exécutées par des étudiants en biochimie, et se déroulent pratiquement de la même manière que chez nous: garrot, désinfection de la peau, ordre des tubes d'échantillons. En revanche ils n'utilisent pas de gants, ne se désinfectent pas les mains, utilisent un seul coton pour désinfecter et pour compresser la plaie, et ne parlent quasiment pas au patient pour savoir s'il a un bras plus accessible ou adéquat, ou pour le prévenir du moment de la piqûre. Les échantillons d'urine sont apportés par le patient au moment où il vient pour d'autres prélèvements.



Fig 14. Voici la place pour la prise des échantillons de sang

V. Conclusions personnelles

Axelle

Pour moi, l'IMC représentait une opportunité unique de découvrir le monde de la clinique de plus près tout en m'immergeant dans une culture différente de la mienne. Dès le début, je voulais découvrir un pays hispano-américain car j'affectionne énormément le castillan et je voulais parcourir cette région du globe. Après plusieurs mois de préparation, j'ai enfin pu décoller vers stage et voyage qui, j'étais persuadée, allaient me marquer. Et je n'ai pas été déçue ! L'Equateur est un pays très différent de tous ceux où j'avais mis les pieds : altitude, climat, paysages, population, gastronomie déboussolent et demandent une adaptation conséquente. Heureusement, nous avons eu un long weekend pour visiter Quito et nous renseigner sur les grandes lignes historiques et culturelles du pays, avant d'attaquer notre stage.

Les premiers jours à l'hôpital n'ont pas été faciles. J'étais timide et avais donc de la peine à m'imposer auprès des professionnels de santé qui, pour la plupart, n'étaient pas au courant de la présence de trois stagiaires européennes dans l'établissement. Après une première journée peu encourageante, j'ai pris mon courage à deux mains pour assister le plus possible aux consultations. Je devais m'imposer en toquant aux portes entre deux consultations, et me présenter en 30 secondes top chrono dans une langue que je commençais tout juste à réapprivoiser. Une fois le coup de main pris, j'ai pu visiter plus facilement les services qui m'intéressaient. Certains médecins étaient extrêmement accueillants, pédagogues et intéressés par mon parcours, alors que d'autres étaient indifférents, voire désagréables envers moi. J'ai notamment été marquée par un médecin traumatologue qui a pris le temps de m'expliquer les cas un à un et même de discuter du système de soins équatorien à la fin de sa journée de travail. Ce sont ces médecins intéressants et intéressés qui m'ont apporté le plus de richesses lors de ce stage, car il est vrai que je pouvais observer beaucoup de choses, mais je ne me sentais pas vraiment utile dans la prise en charge des patients.

L'hôpital dans lequel nous nous trouvons est un hôpital privé relativement neuf et impliqué dans la formation des étudiants et internes. Ainsi, je n'ai pas été choquée par leurs moyens matériels ni leurs mesures d'hygiène. Certes, ils ne se désinfectent pas les mains et ne changent pas le drap de lit, mais les infrastructures sont modernes et les mesures d'asepsie, par exemple au bloc opératoire, sont presque identiques à celles utilisées aux HUG. La plus grande différence concernait les relations médecin patient. Beaucoup de médecins n'utilisaient aucune psychologie lors de leurs consultations, et considéraient la pathologie plus que la personne qui en souffrait. Cela m'a parfois touchée car j'ai assisté à des scènes gênantes voire humiliantes, sans que le patient ne puisse s'exprimer librement, par crainte de la réaction du professionnel de la santé.

En conclusion, ce stage m'a appris plusieurs choses sur ma formation et profession de médecin. Tout d'abord, j'ai réalisé que, malgré les connaissances pointues que l'on nous a délivrées ces trois dernières années, mon rôle dans un centre de santé reste pour l'instant extrêmement limité, et il me faudra persévérer pour atteindre mes objectifs cliniques. J'ai

aussi été reconnaissante de la formation de PSS que nous avons à l'Université de Genève, et j'espère devenir un médecin à l'écoute de mes patients afin que ceux-ci vivent du mieux possible leur maladie. J'aimerais remercier toutes les personnes de l'Université de Genève qui rendent ce stage d'immersion en communauté possible, car j'en ressors enrichie et épanouie.

Pauline

L'Équateur, un pays que je n'ai pas vraiment eu le temps de me représenter avant d'y arriver, ayant été plongée dans les révisions jusqu'à cinq jours avant mon départ. Je me laisse donc surprendre par l'étendue de la ville de Quito au milieu des montagnes et des volcans, et par ses températures fraîches que je n'avais pas vraiment prévues. Je suis épatée par le contraste entre la pauvreté et le développement américanisé qu'on peut observer: des petits restaurants qui ne paient pas de mine et des gens sales vêtus d'habits miteux, côtoient de grands centres commerciaux ultra-modernes et des milliers d'Internet cafés très bien équipés. Un sacré dépaysement, renforcé par ma connaissance à priori peu élaborée de la langue espagnole, avec des Sudaméricains qui ne font pas beaucoup d'efforts pour être compris, et qui parlent un anglais plutôt confus, si tant est qu'ils savent le parler... Cependant, grâce à la motivation de comprendre ce qui se disait autour de moi, j'ai réussi à m'approprier les bases de cette langue pour saisir un maximum de propos, et éviter qu'elle soit une barrière à la bonne marche de mon stage.

L'organisation à l'équatorienne demande beaucoup de patience et d'indulgence pour nous, Suisses stressés et structurés dans toutes nos entreprises. Notre accueil à l'hôpital le premier jour de notre stage en est un exemple: personne ne nous a répondu pour nous donner une heure de rendez-vous le premier jour, donc nous sommes arrivées sagement à 8h du matin et avons attendu jusqu'à 9h que notre responsable de stage nous prenne en charge. Sans excuse pour ce retard et ce flou d'heure de rencontre, elle s'énerve que nous n'ayons pas de blouse alors qu'elle n'avait pas répondu à notre question à ce sujet par mail également, et nous apporte alors des blouses trouées et salies, comme si la personne qui avait porté cette blouse s'était battue avec un ours. Aucun programme précis du déroulement de notre stage n'est préparé et personne dans l'hôpital n'est averti de notre arrivée.

Les Sudaméricains ne sont pas aussi chaleureux et souriants que je me l'imaginai. Je l'ai ressenti presque à chaque fois que j'ai voulu entrer dans un service pour observer des consultations, des opérations ou des hospitalisations. Les médecins n'étaient certes pas au courant de notre stage et de son but, mais aucun n'a été enchanté de ma présence ou intéressé de la raison de ma venue, de mon niveau d'études, et j'avais l'impression de faire partie du décor et même de déranger. Est-ce uniquement parce qu'on a la peau blanche et qu'on les dépasse de 30cm en taille ? C'est sûrement une partie de la réponse, puisque le gérant de notre auberge nous a avoué qu'il était content que nous soyons des Européennes et pas des *gringos* d'Amérique du Nord, pour lesquels les équatoriens ont peu d'estime.

L'hôpital Un Canto A la Vida m'a impressionnée par sa modernité et son équipement. Je m'attendais à découvrir un hôpital beaucoup plus pauvre, plus sale, plus rudimentaire. Les méthodes d'hygiène ne sont pas optimales, mais ressemblent beaucoup aux nôtres.

J'ai été frappée par le comportement paradoxal des médecins, à la fois extrêmement paternalistes ou indifférents, et en même temps très chaleureux envers leurs patients. La communication entre le médecin et son malade me passionne, et ce stage m'a permis de me rendre compte des attitudes que je ne voudrai pas imiter plus tard dans mon métier de soignante, et de celles que j'aimerais être capable de reproduire. Par exemple, lors d'une consultation en rhumatologie, une femme a appris qu'elle souffrait d'arthrite rhumatoïde et qu'elle allait devoir prendre un traitement compliqué, sûrement jusqu'à la fin de sa vie. Cette nouvelle l'a bouleversée et elle a fondu en larmes. Le rhumatologue lui a alors pris les mains, et lui a répété des phrases rassurantes, compatissantes, et encourageantes, ponctuées par des silences, jusqu'à ce qu'elle calme ses sanglots. J'ai trouvé ce moment de patience et d'alliance entre le soignant et le soigné représentatif de la capacité, nécessaire pour le médecin, d'exprimer ce qu'il ressent pour le patient au bon moment, pour que ce dernier se sente compris et pris en compte.

Quand on porte une blouse blanche dans l'Hospital Un Canto A la Vida, on peut accéder librement à tous les services et tout le monde, personnel soignant et patients, nous dit bonjour dans les couloirs et nous prend pour quelqu'un d'important. Mais un simple vêtement est-il sensé donner autant de pouvoir? J'espère qu'en Suisse, l'uniforme des médecins ne donne pas autant d'influence qu'en Équateur, et surtout que les patients peuvent concevoir leur médecin comme une personne d'aide et de confiance et pas comme une simple machine intellectuelle qu'ils doivent vénérer.

Ce stage m'a permis de me rendre compte de certains aspects de mon futur métier, en ayant un contact plus rapproché avec des patients, et en observant beaucoup de pratique. J'ai aussi pu constater que la profession de médecin, bien qu'universelle, englobe des variations à l'infini, tant les soignants, les patients, et les méthodes sont uniques d'un endroit à l'autre du monde.

Kayla

Mon arrivée en Équateur a été très dépaysante: l'altitude, la météo, la nourriture, la pollution, l'insécurité, etc. y ont contribué. Pourtant, après quelques jours, j'avais l'impression d'avoir quitté la Suisse depuis des semaines, peut-être en raison du fait que nous étions totalement immergées dans cette expérience, plongées dans le mode de vie des locaux et sans contact avec d'autres étrangers, de plus continuellement au milieu d'échanges en espagnol. Il nous a tout de suite fallu comprendre comment se comporter pour garantir notre sécurité, vers qui se tourner pour demander de l'aide, mais surtout s'en remettre à nous. Sans vraiment passer par un temps d'adaptation nous avons vite fait notre entrée à l'hôpital.

Concernant le stage en lui-même, j'avais essayé avant mon départ de faire en sorte de ne pas avoir trop d'attentes quand aux activités auxquelles nous pourrions prendre part. Ma principale crainte était de me sentir inutile et comme un poids pour les personnes que j'accompagnerais. J'étais également inquiète quant à ce qu'on attendrait de nous et l'idée que l'on se faisait de nos compétences. J'estimais, en toute probabilité, qu'en Équateur les étudiants en médecine acquéraient des connaissances en pratique beaucoup plus tôt qu'en Suisse, et je me sentais spécialement démunie à cet égard. Je me demandais même, d'un point de vue un peu plus personnel, s'il était possible que ma première vraie confrontation avec la pratique médicale me déçoive, et remette en question ce que j'imaginai concernant mon avenir professionnel. En effet, j'avais l'impression d'apprendre mon futur métier depuis trois ans, mais sans avoir réellement eu une vision fidèle de ce qu'il représentait, et sans pouvoir affirmer qu'il s'agissait, sans aucun doute, de la profession qui me correspondait.

L'hôpital en lui-même est bien différent de ce que j'ai eu l'occasion d'observer en Suisse, malgré le fait qu'il est particulièrement bien équipé pour le pays. Les points sur lesquels je pouvais au mieux me rendre compte de la différence entre la Suisse et l'Équateur étaient les conditions d'hygiène, puisque je me sentais très seule lorsque je dégainais mon Hopirub, que j'ai fini par abandonner peu à peu; également en ce qui concerne la relation médecin-malade dont le rapport entre les deux personnes est peu compréhensible et difficile à caractériser: le comportement du médecin à l'égard de son patient est tantôt très paternaliste, tantôt très familier, il était très commun d'entendre des médecins appeler leur patient « *mi amor* ».

Finalement, ce stage a été l'occasion pour moi de me confronter à mes limites, puisque mon expérience de la pratique médicale et ma connaissance du monde hospitalier étaient très réduites. Je me suis sentie mal à la vue d'actes chirurgicaux; j'ai découvert mes difficultés à adopter une distance avec le patient, et surtout à endosser le rôle de soignant. Je me positionnais en tant qu'observatrice du dehors n'ayant pas la capacité d'agir, plutôt qu'acteur faisant partie d'un processus de prise en charge. Je me suis sentie très démunie avec mes trois années d'études de médecine, mon stéthoscope et le dictionnaire de poche espagnol-français que j'avais emmenés avec moi. Ainsi armée et vêtue d'une blouse me permettait de circuler librement dans l'hôpital sans que l'on m'arrête, mais je sentais que cela ne voulait pas dire grand-chose de plus quant à mon rôle ici. J'avais l'impression que je pouvais essayer de passer pour une professionnelle, mais je ne l'étais pas à mes yeux. En règle générale, je me sentais plus proche du patient que du médecin: mise à l'écart, perdue, en proie à beaucoup d'incompréhension, intimidée par le docteur, suivant les ordres et m'exécutant sans poser de questions. J'ai ainsi éprouvé de la difficulté à acquérir un point de vue professionnel et à mettre de la distance entre le patient et moi. Cette situation me faisait me sentir mal à l'aise: j'avais l'impression que le patient partageait ce sentiment et que nous devions nous rassurer mutuellement. Je me remémore la première opération chirurgicale à laquelle j'ai assistée: le patient était âgé d'une vingtaine d'années et subissait une orchitectomie. Je le sentais paniqué presque autant que je l'étais et il a sûrement partagé ce ressenti. C'est vers moi qu'il s'est tourné pour que je le rassure, et c'est ce que j'ai tenté de faire avec un espagnol très rudimentaire, alors qu'autour de nous on s'activait sur la musique de « *Tonight I'm f... you* » (Enrique Iglesias).

Il est probable que j'aie éprouvé le même sentiment si j'avais effectué ce stage en Suisse, puisque, pour la première fois de ma vie également, un patient m'aurait considérée comme un médecin. Ainsi, je pense que j'aurais rencontré les mêmes difficultés à endosser ce rôle, mais le changement de cadre a encore exacerbé ce bouleversement puisqu'en Équateur cette profession bénéficie d'un puissant ascendant: une personne en blouse blanche est saluée respectueusement dans les couloirs. Cette attention particulière à mon égard m'a ébranlée, et je spécifiais mon statut d'étudiante comme en guise d'excuse, comme si je ne me sentais pas capable d'endosser cette responsabilité, ou craignant ce qu'on pouvait attendre de moi.

VI. Remerciements

Marco, Pablo et le personnel du Centro de Esperituality, qui nous ont logées et nourries durant tout notre stage. Merci pour leurs précieux conseils qui nous ont permis de mieux découvrir la ville de Quito et la culture équatorienne.

Beatriz Rivadeneira, coordinatrice de notre stage, qui nous a introduites dans l'hôpital et nous a concocté un programme complet pour nous faire une idée globale du fonctionnement de cet établissement.

Monica et Stefan Bissig, fondateurs de l'Association Help For Hope, pour leur aide inestimable dans la recherche d'un établissement correspondant à nos attentes et à nos envies, et au nom de tous les patients de l'HUCV, pour leur implication et leur aide à la construction de l'établissement.

Nous souhaitons évidemment remercier **l'Université de Genève**, pour la chance qu'elle nous donne d'aller à l'autre bout du monde, dans le cadre de nos études, pour découvrir un système de santé, une culture et des traditions différents de nos coutumes et usages suisses.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- <http://wikipedia.org>
- http://encyclopedie-fr.snyke.com/articles/equateur_pays.html
- <http://www.equacoeur.ch/comparons.html>
- <http://www.eluniverso.com/2005/05/13/0001/12/20DB2D95AAF64F71A4FF23811DC7C728.html>
- <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101242533>
- http://www.amerique-latine.net/demographie_en_equateur/
- <http://www.statistiques-mondiales.com/equateur.htm>
- http://www.elcomercio.com/noticias/Fundacion-Tierra-Nueva-creacion-Carollo_0_177582309.html
- www.bfs.admin.ch
- http://docpatient.net/mj/equateur_medfam.pdf
- who.int
- <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1268>
- http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_in_LA.pdf
- http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/media/docs/reports/revisita_vih_baja.pdf
- http://www.lepoint.fr/auto-addict/actualites/l-equateur-parmi-les-routes-les-plus-dangereuses-d-amerique-latine-20-07-2012-1487469_683.php