



Brésil, Porto ALEGRE

Clara Hoffmann, Anna Wisniak et Kevin Müggler

La santé gynécologique au Brésil : différences entre les systèmes public et privé



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

Tables des matières

1. Brève présentation du Brésil	2
2. Système de santé brésilien	6
a. Le SUS : comment fonctionne-t-il ?	6
b. Les limites du système de santé	9
c. Le système de santé privé	13
3. Hôpital Santa Casa da Misericórdia	14
a. Les hôpitaux de Porto Alegre	14
b. Généralités sur l'hôpital Santa Casa da Misericórdia	15
c. Structure de l'hôpital	16
d. Le département de gynécologie et obstétrique	19
e. Hiérarchie	21
f. Matériel et hygiène	22
4. Description du stage	25
5. Impressions personnelles	38
6. Remerciements	39

1. Brève présentation du Brésil

Musique, plaisir, football, coupe du monde, sixième puissance économique mondiale, deuxième plus grande population de chrétiens, diversité culturelle, métissage, inégalités, criminalité,... voilà les mots le plus souvent utilisés pour décrire le plus vaste pays d'Amérique latine, dans lequel nous nous sommes rendus dans le cadre du stage d'immersion en communauté durant les mois de mai et juin. Le Brésil compte plus de 198 millions d'habitants et n'est autre que le cinquième pays du monde par sa superficie.¹ Le pays possède une non-uniformité de la répartition de la population. Les villes les plus peuplées telles que São Paulo, Rio de Janeiro ou encore Belo Horizonte sont situées au sud du pays et pour la plupart sur la côte de l'océan Atlantique. Les régions centrales sont rurales et donc moins peuplées.

Nous observons également dans ce pays une non-uniformité du revenu et du niveau de vie. En tenant compte de l'indice de développement humain (IDH) calculé à travers le Brésil, nous pouvons affirmer que, globalement, le nord, qui était auparavant un des centres du pays, et les milieux ruraux sont moins développés que le sud. L'IDH dépend de l'espérance de vie, du niveau d'instruction (basé sur le taux d'alphabétisation et du nombre moyen d'années d'études) et du PIB (produit intérieur brut) par habitant d'un pays et est un excellent indice pour illustrer que la réalité socio-économique est très différente à travers tout le pays. Le Brésil présente également une inégalité accablante entre les riches et les pauvres. Le site français « Observatoire des inégalités » déclare même que « *différents indicateurs d'inégalités convergent pour attribuer au Brésil depuis des décennies, le record absolu des inégalités dans le monde (...)* »². Ainsi, afin d'illustrer le problème de distribution du revenu dans ce pays, les plus pauvres gagnent en un an le même revenu que les plus riches en onze jours. Il y a effectivement d'une part une minorité de riches qui profitent d'une meilleure éducation et de meilleurs soins et, d'autre part, une majorité de pauvres qui souffrent de l'augmentation du coût de la vie.

¹ UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Indicateurs internationaux de développement humain [en ligne]. <http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/BRA.html> (consulté le 5 août 2013).

² OBSERVATOIRE DES INEGALITES [en ligne]. <http://www.inegalites.fr/spip.php?article499> (consulté le 5 août 2013).

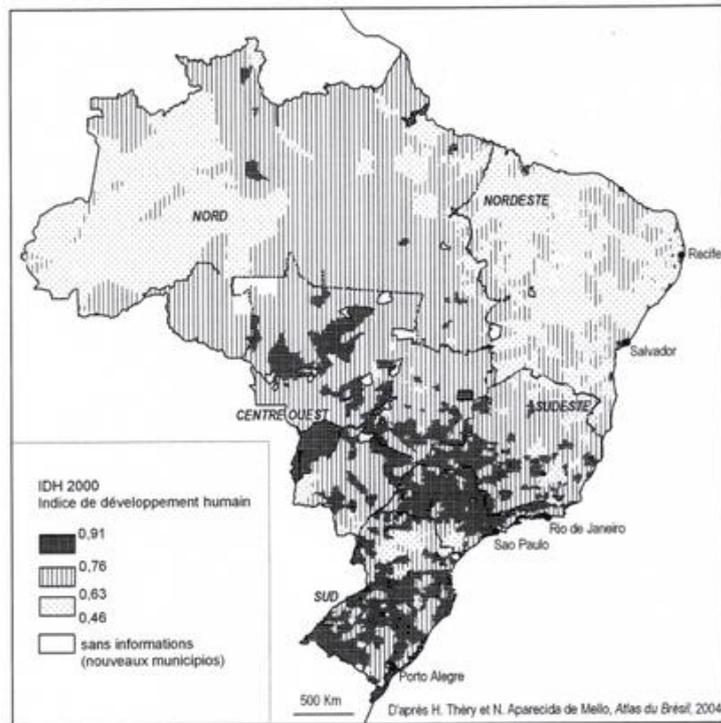


Figure 1 : IDH du Brésil en 2000 : H. Théry et N. Aparecida de Mello, Atlas du Brésil, 2004.³



Figure 2 : Les inégalités socio-spatiales à São Paulo (Brésil) - photographie prise du manuel livelrescolaire.fr⁴

³ H. Théry et N. Aparecida de Mello, *Atlas du Brésil*, 2004.

⁴ BLANCHARD, Émilie (direction). *Histoire-Géographie (5^{ème})*. Paris : livelrescolaire.fr. 2010, p. 237.

En lien direct avec l'augmentation globale du coût de la vie, des mouvements protestataires ont éclaté en mars 2013 suite à la hausse des tarifs d'autobus. Ces manifestations ont débuté dans l'état de Rio Grande do Sul, à Porto Alegre, la ville où s'est déroulé notre stage, puis se sont étendues dans toutes les grandes villes du pays. Les protestataires, principalement composés d'étudiants, ont soutenu alors des revendications plus larges et globalement floues. Pour la première fois, les brésiliens se sont mobilisés dans les rues, les grandes places publiques, les autoroutes, devant les stades lors de la coupe de confédération afin de s'exprimer ouvertement et démontrer leur mécontentement. Ils ont critiqué la politique du gouvernement qu'ils jugent être corrompue, ainsi que les dépenses liées à l'organisation de la coupe du monde 2014 qui sont, selon eux, inutiles. Les manifestants désiraient plus d'argent pour la santé et l'éducation. Ils estimaient également nécessaire d'entreprendre une profonde réforme dans les institutions publiques. Les étudiants en médecine que nous avons connus durant le stage et avec lesquels nous nous sommes liés d'amitiés, ont également pris part aux manifestations. Une fois le stage terminé, nous avons suivi les nombreuses réactions de nos amis sur les réseaux sociaux. Nous avons donc beaucoup discuté de ces protestations et violents affrontements avec eux. D'ailleurs, dès le premier jour, un grand nombre d'entre eux nous ont affirmé qu'ils étaient contre l'organisation de la coupe du monde dans leur pays, en disant que le gouvernement ferait mieux d'investir dans le système de santé et d'éducation. Ces manifestations ont donc été le résultat d'une prise de conscience latente au sein de la population brésilienne. Ces viles protestations ont débouché enfin le 24 juin 2013 sur une proposition de la présidente Dilma Rousseff de procéder à une réforme politique.



Figure 3 : Société Brésil - le peuple manifeste.⁵

En outre, le niveau d'éducation des plus pauvres est affreusement bas. La durée moyenne de scolarisation d'un brésilien s'élève aujourd'hui à 7,2 ans.⁶ En d'autres mots, cela correspond à la durée moyenne la plus courte de scolarisation d'Amérique du Sud. De plus, bien que l'éducation publique soit gratuite et obligatoire pour les enfants âgés de 6 à 14 ans, les années d'études primaires et intermédiaires offrent une scolarité de qualité médiocre. Cela est probablement dû à un sous-investissement dans le système éducatif. Nous retrouvons là une nouvelle inégalité entre les institutions publiques et les établissements privés qui offrent la possibilité d'atteindre un niveau suffisant pour pouvoir passer les examens d'entrée universitaires, contrairement à la majorité des institutions publiques du pays.

L'ultime inégalité dont nous allons traiter dans ce chapitre est celle qui nous intéresse le plus dans ce travail : l'inégalité au sein du système de santé. Comme dans le système éducatif, il y a un système public gratuit nommé « Sistema Unico de Saúde », dont la traduction en français correspond au système unifié de santé, et un système privé onéreux qui repose sur les assurances. L'accès aux soins pour la majeure partie de la population est limité, alors que les plus riches privilégient d'une qualité de soins excellente dans les cliniques et hôpitaux

⁵ NEGRONEWS. Société Brésil [en ligne] <http://negronews.fr/2013/06/27/societe-bresil-le-peuple-manifeste-pour-tirer-profit-de-la-coupe-du-monde/> (consulté le 5 août 2013).

⁶ UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Indicateurs internationaux de développement humain [en ligne]. <http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/BRA.html> (consulté le 5 août 2013).

privés. Dans le prochain chapitre, nous expliquerons dans le détail chacun de ces deux systèmes et soulèverons leurs inconvénients et avantages.

2. Système de santé brésilien

2.1. SUS : comment fonctionne-t-il ?

Le SUS (Sistema Unico de Saúde) a été créé afin de modifier la situation très inégalitaire en matière de soins de la population. La constitution fédérale de 1988 impose à l'état d'assurer un accès aux services de santé à tous les citoyens.⁷ Ceux-ci ont désormais le droit de bénéficier de consultations, examens, hospitalisations et traitements dans tous les établissements liés au SUS. Diverses institutions publiques et privées font partie de ce système de santé. Le financement du SUS est assuré par les ressources du gouvernement fédéral, étatique et municipal, grâce aux fonds recueillis au biais d'impôts et cotisations sociales. Nous avons eu la chance durant notre stage de rencontrer et de nous entretenir avec un professeur de l'université de médecine à Porto Alegre, qui est également médecin de famille, Pr. Maria Eugênia Bresolin Pinto, qui parlait parfaitement anglais. De cette manière, nous avons pu l'interroger sur le fonctionnement du système de santé brésilien et discuter des différences qui existent avec la Suisse.

Le système de santé repose sur quelques grands principes, à savoir, l'universalité, l'équité, intégralité, la décentralisation, la participation complémentaire du secteur privé, la hiérarchisation et régionalisation, et enfin le contrôle social.⁸

L'universalité - l'accès aux services de santé est un droit de citoyenneté et une obligation du gouvernement qui doit être respectée indépendamment de la couleur, race, religion, du salaire, de la situation sociale, etc. L'équité - les soins offerts par les institutions liées au SUS doivent être différents pour tous les individus, puisque ceux-ci sont tous inégaux.

⁷ Apostila- SUS para concursos ; material de enfermagem.

⁸ Apostila- SUS para concursos ; material de enfermagem.

Afin de réduire les disparités sociales et régionales, le système doit offrir plus à qui en a besoin. L'intégralité - les services de santé doivent recevoir et s'occuper de l'individu comme un être humain à part entière qui peut être sujet à différentes situations de vie et de travail. Cela exige que les soins doivent avoir un but de guérison comme de prévention. La décentralisation - la décentralisation correspond à la redistribution des responsabilités quant aux actions et services de santé entre les différents niveaux du gouvernement, de manière à renforcer le pouvoir des municipalités sur la santé. La participation complémentaire du secteur privé - lorsque les établissements publics ne suffisent pas à assurer les soins d'une région donnée, le secteur privé participe au SUS de façon complémentaire, par des contrats et des accords entre certaines institutions privées, principalement les services de santé à but essentiellement non lucratif. La hiérarchisation - nous pouvons diviser le système de santé en 3 niveaux différents : le niveau primaire, secondaire et tertiaire.

Le niveau primaire correspond aux environs 38'000 unités de santé de base⁹ (UBS, Unidade Basica de Saude). Celles-ci sont les principales portes d'entrées dans le SUS, leur but est de répondre à 80% des problèmes de santé de la population¹⁰, permettant ainsi de décharger les hôpitaux de référence débordés (niveau tertiaire). Ces postes de santé renvoient uniquement les cas les plus graves vers les hôpitaux et les centres ambulatoires spécialisés, ou niveau secondaire. Les unités de santé de base sont situées dans divers quartiers collaborent avec une population bien délimitée qui s'étend de 2'400 à 4'000 patients par UBS¹¹. Elles sont composées de médecins de famille, d'infirmiers, de techniciens qui s'occupent de faire de petits travaux tels que des bandages, parfois de dentistes et un certain nombre de collaborateurs (« health workers ») qui jouent un rôle majeur dans la promotion et prévention de la santé. Le tout forme une équipe de santé de famille. Ce système a été mis en place en 1994¹² afin de rapprocher l'équipe de santé de sa population et d'améliorer les conditions de vie de la communauté. Le niveau secondaire, soit les centres (ambulatoires) de

⁹PORTAL DE ESTADO DO BRASIL [en ligne]. <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude> (consulté le 10 août 2013).

¹⁰ PORTAL DE ESTADO DO BRASIL [en ligne]. <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude> (consulté le 10 août 2013).

¹¹MANUAL DE ESTRUTURA FISICA, DAS UNIDADES BASICAS DE SAUDE [en ligne]. http://www.prosaude.org.br/legislacao_2013/Manuais/UBS%20ESTRUTURA%20F%3%8DSICA.pdf (consulté le 10 août 2013).

¹² MANUAL DE ESTRUTURA FISICA, DAS UNIDADES BASICAS DE SAUDE [en ligne]. http://www.prosaude.org.br/legislacao_2013/Manuais/UBS%20ESTRUTURA%20F%3%8DSICA.pdf (consulté le 10 août 2013).

référence spécialisés, répond à 15% des problèmes de santé de la population brésilienne¹³. Il est impossible de rentrer dans le système de santé directement par le niveau secondaire. Les patients ont l'obligation de s'adresser en premier lieu à l'unité de base de santé de leur quartier pour qu'ensuite seulement l'équipe prenne la décision de les rediriger vers un centre spécialisé de référence. Enfin, le troisième niveau ou tertiaire prend en charge 5% des problèmes de santé. Sont compris dans ce niveau les hôpitaux de référence. Il correspond à la seconde porte d'accès au système SUS, à travers les urgences. Les hôpitaux reçoivent également les patients des centres spécialisés, une fois passés par les postes de santé. Ces institutions (centres spécialisés et unités de base de santé) forment ensemble un district sanitaire qui collabore avec l'hôpital de référence.

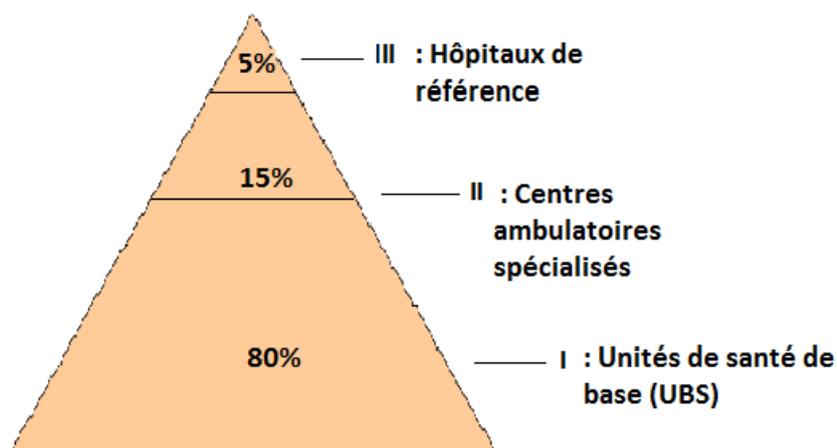


Figure 4 : La hiérarchisation du SUS

Le contrôle Social - celui-ci repose sur la participation de la population dans la formulation et le contrôle de l'exécution des politiques de santé à travers d'une entité représentative lors des conseils de santé (auxquels participent gouvernement, professionnel de santé, utilisateurs et prestataire de services).

¹³ PORTAL DE ESTADO DO BRASIL [en ligne]. <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude> (consulté le 10 août 2013).

2.2. Les limites du système de santé ?

Le système unifié de santé semble être un des meilleurs systèmes de santé en théorie, puisqu'il offre la santé universelle et gratuite à toute la population brésilienne. Cependant, le problème majeur dans le cas du Brésil est qu'il possède le plus gros système de santé au monde sous la gouverne du ministère de santé qui délègue aux états et municipalités : 6'000 hôpitaux, 40'000 postes de santé primaire pour 190 millions d'habitants. Parmi les principaux inconvénients du SUS, nous avons noté en premier lieu une attente interminable dans tous les services et niveaux. Le temps d'attente est très variable selon le type de consultation et d'examens ; par exemple, certains patients peuvent attendre un an pour réaliser une coloscopie ou autre examen non urgent. De plus, il arrive encore très régulièrement que les patients se rendent directement aux urgences alors que ceux-ci ne présentent aucune blessure grave, allongeant encore ce temps d'attente dans les services d'urgences hospitaliers.

Les conditions d'hygiène ne sont pas toujours à la hauteur et les soins sont insuffisants selon les institutions. Cela concerne principalement, les institutions qui se trouvent dans les régions rurales et le Nord du pays. Les régions les plus pauvres du pays qui manquent d'hôpitaux. En effet, 60% des hôpitaux sont situés dans le Sud-Est du pays¹⁴, dans les régions urbaines, ce qui a pour conséquence d'accentuer l'inégalité de l'accès aux soins au sein de la population brésilienne.

En outre, la communication entre les différents niveaux de soins est particulièrement difficile car elle n'est ni informatisée ni uniforme. À l'hôpital, le médecin, ou étudiant en formation, reçoit du poste de santé un compte rendu de l'état de santé du patient rédigé à la main, très souvent incompréhensible et mal conservé.

Une autre limite majeure rencontrée par le système de santé n'est autre que la pénurie de médecins. En réalité, nous pouvons le percevoir plutôt comme deux problèmes fondamentaux distincts: le nombre insuffisant de médecins par rapport au nombre de patients et la pauvre répartition des médecins dans le pays. Selon le ministère de la santé, il y a en moyenne 1.8 médecins pour mille habitants. Le Brésil a un indice bien inférieur à des pays comme l'Argentine (3,2), l'Uruguay (3,7), le Royaume-Uni (2,7) ou l'Espagne (4)¹⁵. A titre de

¹⁴ OBSERVATOIRE DES INEGALITES [en ligne]. <http://www.inegalites.fr/spip.php?article499> (consulté le 5 août 2013).

¹⁵ UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Indicateurs internationaux de développement humain [en

comparaison, la Suisse possède un indice de 3,8 médecins par 1000 habitants¹⁶. De plus, le Brésil compte 22 états qui possèdent un indice en dessous de la moyenne nationale et cinq d'entre eux ont moins d'un médecin pour mille habitants - Acre (0,94), de l'Amapa (0,76), Maranhão (0,58), par (0,77) et Piauí (0,92)¹⁷.

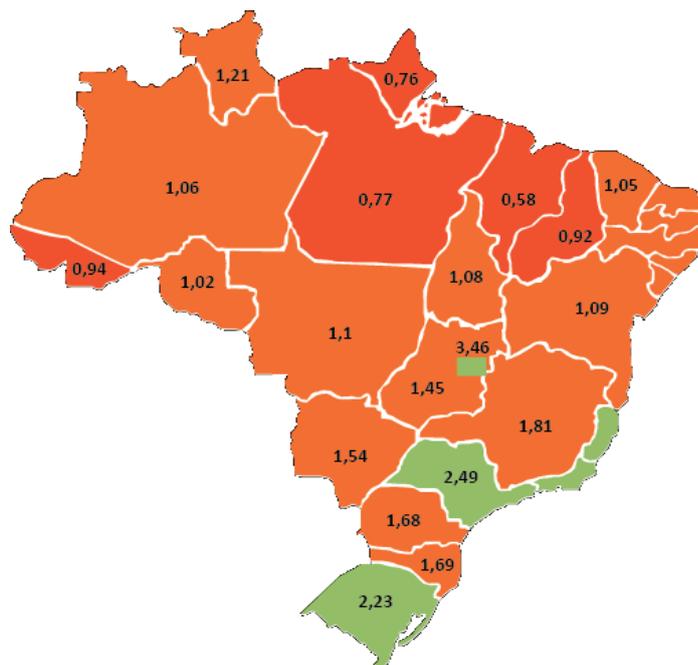
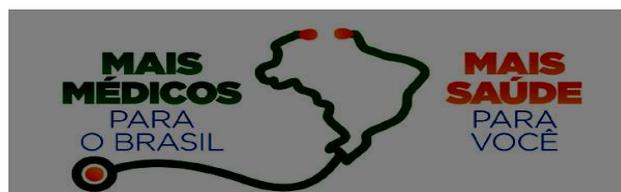
Comparaison avec d'autres pays :

PAYS	Médecins par 1.000 hab.	PAYS	Médecins par 1.000 hab.
Pérou	0,9	Etats-Unis	2,4
Chili	1	Royaume Uni	2,7
Paraguay	1,1*	Australie	3
Bolivie	1,2*	Argentine	3,2*
Colombie	1,4*	Italie	3,5
Equateur	1,7	Allemagne	3,6
Brésil	1,8	Uruguay	3,7
Venezuela	1,9*	Portugal	3,9
Mexique	2	Espagne	4
Canada	2	Cuba	6,7

ligne]. <http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/BRA.html> (consulté le 5 août 2013).

¹⁶ DDQ, Données, démographie et qualité [en ligne]. http://www.fmh.ch/files/pdf11/Donnes_et_dmographie_-_informatif_et_passionnant.pdf (consulté le 9 août 2013).

¹⁷ UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Indicateurs internationaux de développement humain [en ligne]. <http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/BRA.html> (consulté le 5 août 2013).

Figure 5 : Nombre de médecins par 1000 habitants – comparaison avec d'autres pays¹⁸Figure 6 : Nombre de médecins par 1000 habitants pour chaque état du Brésil¹⁹Figure 7 : Programme « Plus de médecins pour le Brésil, plus de santé pour toi »²⁰

En cet été 2013, durant le mois de juillet, un programme « Mais médicos para o Brasil, mais saúde para você » (« Plus de médecins pour le Brésil, plus de santé pour toi »), a été établi puis signé par la présidente Dilma Rousseff. Il a été réglementé conjointement par les

¹⁸ PORTAL DA SAUDE-SUS, MAIS MEDICOS PARA O BRASIL [en ligne].

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11745&codModuloArea=1053> (consulté le 10 août 2013).

¹⁹ PORTAL DA SAUDE-SUS, MAIS MEDICOS PARA O BRASIL [en ligne].

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11745&codModuloArea=1053> (consulté le 10 août 2013).

²⁰ PORTAL DA SAUDE-SUS, MAIS MEDICOS PARA O BRASIL [en ligne].

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11745&codModuloArea=1053> (consulté le 10 août 2013).

ministères de la Santé et de l'Education, afin d'apporter une amélioration du service aux usagers du SUS. Ce programme a également pour but d'accélérer les investissements dans les infrastructures, dans les hôpitaux et les établissements de santé, et surtout d'augmenter le nombre de médecins. Le ministère de l'éducation désire allonger la formation des étudiants en médecine d'un deuxième cycle d'une durée de deux ans. Ils devraient alors pratiquer des soins dès le 1er janvier 2015 dans des unités de base de santé ou au sein des urgences du SUS.

Le programme « Mais médicos » prévoit également d'augmenter le nombre de places dans les universités – un total de 11'500 places d'ici 2017. Le ministère prétend également amener des médecins, qu'ils soient en fin de formation, brésiliens ou étrangers (cubains pour la plupart, car le Brésil est actuellement en accord avec ce pays), dans les régions où l'on observe un manque de professionnels de la santé et il prévoit d'investir 15 milliards de Réais en infrastructures, hôpitaux et unités de base, principalement dans les régions qui en ont le plus besoin. Cette nouvelle a également entraîné de vives réactions de la part des étudiants en médecine que nous avons connu, notamment sur les réseaux sociaux, tels que Facebook. Ceux-ci soutiennent que la venue des médecins cubains est inutile car ils pensent que le problème du système de santé repose sur le manque d'organisation des services hospitaliers et le manque d'infrastructure, surtout à la périphérie des villes ou dans les régions rurales. Ils sont également contre l'allongement de la formation des études de médecine, c'est-à-dire selon le programme, travailler durant deux ans pour le SUS afin de devenir des médecins. Ces étudiants, qui sont d'ailleurs très vite en contact avec les patients de l'hôpital et travaille comme stagiaires médicaux non rémunérés au sein des urgences su SUS ou lors des consultations dans les divers services, ont très mal pris la nouvelle. Par exemple, la majorité de nos amis étudiants à Porto Alegre ont publié sur ce site la même photo en signe de protestation. Sur cette dernière, nous pouvions lire « Sou estudante de Medicina UFCSPA e atendo no SUS durante toda a minha formação. » qui peut être traduit en français de la manière suivante : « Je suis un étudiant de l'université de médecine UFCSPA et travaille pour le SUS durant toute ma formation. » De plus, ils pensent que la bourse offerte durant ce deuxième cycle de formation est loin d'être suffisante pour vivre et qu'il reviendra donc à eux ou aux parents, qui en ont pas forcément les moyens, de payer pour survenir à leurs besoins.

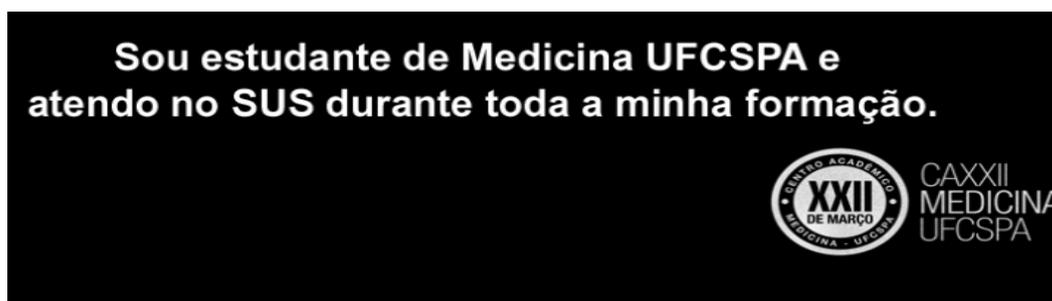


Figure 8 : slogan de protestation des étudiants de médecine sur les réseaux sociaux²¹

Par ailleurs, le manque de financement du système public et de contrôle des dépenses correspondent aussi à deux grandes difficultés rencontrées par le SUS. L'organisation du service de santé public dépend beaucoup des municipalités et donc des élus politiques. Ces derniers changent tous les quatre ans et nous observons donc au cours des années des fluctuations et un mauvais suivi des projets qui fragilisent le service de santé. Ainsi, en comparaison avec le service privé qui connaît une expansion rapide, le service public vit un développement plus que lent. Il n'est pas rare que certaines constructions d'hôpitaux aient été inachevées. De plus, il n'y a pas d'organisme qui contrôle et réglemente les dépenses de santé effectuées par les mairies et états.

2.3. Le système de santé privé

Actuellement, approximativement un quart de la population brésilienne est couverte par un régime d'assurance maladies privée. L'accès au système de santé privé se résume à deux possibilités: tout d'abord, le secteur privé qui offre des soins de bonne qualité et présente un équipement technologique très développé. Ce système se trouve être très onéreux, cependant les listes d'attentes dans les cliniques sont raisonnables. La seconde possibilité correspond aux plans privés de santé. Des personnes physiques ou encore des entreprises telles que Bradesco, deuxième plus grande banque privée du pays, peuvent disposer de ces plans de santé pour leurs employés. Ils consistent à payer par mois un certain nombre de prestations dans un réseau de cliniques appartenant à une société privée. La plus

²¹ FACEBOOK, Centro Acadêmico [en ligne]. <https://www.facebook.com/CAXXII> (consulté le 14 août 2013).

grande coopérative de ce type est « Unimed ». Cette dernière compte près de 19 millions de clients à travers le Brésil, de plus de 110 miles médecins actifs et de 3.003 hôpitaux affiliés.²²

Le système privé, malgré le niveau de qualité et de développement qu'il présente actuellement, reste malgré tout trop onéreux, de plus il faut savoir que les soins sont non-remboursés. Seule une très petite partie de la population peut se permettre d'accéder aux soins privés. De plus, ceux-ci ne couvrant généralement pas les maladies extrêmement graves et les traitements extraordinairement coûteux, pratiquement tous les brésiliens se tournent encore vers le système public pour les soins de brûlures, transplantations ou chimiothérapies. Ces soins restent d'excellente qualité dans le système public, surtout dans les hôpitaux universitaires.

Si 90 millions de brésiliens, soit 28.6% de la population, n'utilisent que le système public et que 50 millions, soit 8,7%, ont recours uniquement au secteur privé²³, la majeure partie de la population migre entre ces deux systèmes. L'un stagne en raison principalement du déficit de financement et de la pénurie de médecins et l'autre connaît une expansion rapide car financé par les assurances privées. En conséquence, le Brésil dispose véritablement d'un système de santé à deux vitesses.

3. Hôpital Santa Casa da Misericórdia

3.1. Les hôpitaux de Porto Alegre

De façon générale, les établissements de santé de Porto Alegre ont un bon niveau par rapport à l'ensemble du pays. Plus particulièrement, l'hôpital Santa Casa da Misericórdia, où nous avons effectué notre stage, est non seulement le plus grand hôpital du sud du pays, mais

²² UNIMED. Sobre a Unimed [en ligne].

http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49094 (consulté le 14 août 2013)

²³ OED, Département de l'évaluation des opérations ; La santé au Brésil : S'attaquer à la complexité du système [en ligne].

[http://Inweb90.worldbank.org/oed/oeddoelib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/0A9CCEB839575BA3852568460052EC72/\\$file/189preFr.pdf](http://Inweb90.worldbank.org/oed/oeddoelib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/0A9CCEB839575BA3852568460052EC72/$file/189preFr.pdf) (consulté le 14 août 2013).

jouit également d'une grande renommée au Brésil. En effet, rares sont les hôpitaux brésiliens qui disposent d'autant de ressources, qu'il s'agisse du personnel médical, de l'avancée technologique ou encore du bon environnement de travail. Bien que nous ayons remarqué de nombreuses failles dans le fonctionnement de l'hôpital (celles-ci seront discutées plus tard), le niveau reste comparable à celui des établissements européens.

Cependant, à l'image de l'ensemble du pays, il existe une forte hétérogénéité entre les différents hôpitaux de la ville. Il y a plusieurs types d'hôpitaux : certains fonctionnent avec un système public, d'autres sont privés, ou alors il peut y avoir un mélange des deux systèmes, comme c'est le cas dans l'hôpital Santa Casa da Misericordia.

3.2. Généralités sur l'hôpital Santa Casa da Misericordia

L'hôpital Santa Casa da Misericordia a été fondé en 1803, tout d'abord en tant qu'institution privée²⁴. Son statut a par la suite changé, puisqu'il prend en charge aujourd'hui non seulement des patients privés, mais aussi publics. En effet, une partie de l'hôpital bénéficie de l'aide financière du gouvernement, celui-ci ne pouvant donc pas être considéré comme une institution privée à part entière. Au total, l'établissement met à disposition environ 680 lits pour les patients du système public, contre 450 lits dans les services privés, soit 60% de lits publics²⁵. La plus grande partie est donc réservée au système public, malgré le statut officiel de l'hôpital. Ce type de fonctionnement apporte un grand avantage pour les patients ne bénéficiant pas d'une assurance complémentaire. En effet, ces derniers peuvent profiter de certains privilèges initialement prévus pour les patients inscrits à une assurance privée, tels qu'une technologie plus avancée (tous les patients utilisent la même machine IRM par exemple) ainsi qu'une infrastructure hospitalière plus moderne. Cet hôpital offre donc beaucoup plus de ressources aux patients du système public que ce qu'ils trouveraient dans un hôpital public ordinaire.

²⁴ SANTA CASA DA MISERICORDIA. History [en ligne]. <http://www.santacasa.tche.br/institucional/historico> (consulté le 10 août 2013).

²⁵ SANTA CASA DA MISERICORDIA. Our Stats [en ligne]. <http://www.santacasa.org.br/en/institucional/nossos-numeros> (consulté le 10 août 2013).

L'hôpital Santa Casa da Misericordia est un hôpital catholique, soutenu par l'église. De ce fait, on y trouve beaucoup de bénévolat de la part des membres de l'église. Il existe aussi un « programme de volontariat de Santa Casa »²⁶ organisé par l'hôpital, ouvert à toute personne intéressée à améliorer l'hospitalisation des patients.

Pour finir, c'est également un hôpital d'enseignement. Il est associé à l'université UFCSPA (Université fédérale des sciences de la santé de Porto Alegre), où les étudiants en médecine profitent d'un enseignement pratique à Santa Casa dès leur deuxième année d'études. À partir de la cinquième année d'études de médecine (le cursus se fait en six ans), les étudiants deviennent des stagiaires médicaux travaillant bénévolement à l'hôpital à plein temps, et constituent le pilier de la prise en charge des patients. Le rôle exact de ces stagiaires sera décrit plus en détail dans la suite du rapport. Les étudiants des autres domaines de la santé, tels que les soins infirmiers ou la physiothérapie, profitent aussi du cadre de l'hôpital pour leur apprentissage pratique.

3.3. Structure de l'hôpital

L'hôpital se compose de sept bâtiments différents, s'occupant chacun d'une ou plusieurs spécialités. L'hôpital São Paulo se spécialise dans la neurochirurgie ; le pavillon Pereira Filho regroupe la pneumologie et la chirurgie thoracique ; l'hôpital São Francisco rassemble toutes les spécialités de la cardiologie, y compris la chirurgie ; les transplantations, les procédures ambulatoires et le diagnostic par l'imagerie sont réunis dans l'hôpital Dom Vicente Scherer ; pour finir, on trouve également un hôpital de l'enfance de Santo Antônio. Les deux bâtiments où nous avons effectués notre stage sont l'hôpital de Santa Clara, où nous avons passé la plus grande partie de notre temps, et celui de Santa Rita, spécialisé dans l'oncologie. Tous les bâtiments accueillent des patients en ambulatoire et hospitalisés. Par contre, l'hôpital ne prend pas en charge l'attention primaire, qui comprend la médecine de premier recours, la médecine dentaire et la gynécologie et obstétrique « de base » – c'est-à-dire les contrôles gynécologiques réguliers et le suivi de grossesses non-complicées

²⁶ SANTA CASA DA MISERICORDIA. Santa Casa Volunteer Program [en ligne]. <http://www.santacasa.org.br/en/institucional/programa-voluntarios> (consulté le 10 août 2013).

principalement. Il s'occupe uniquement des systèmes de santé secondaire et tertiaire, qui ont été décrits ci-dessus, dans le chapitre sur le système de santé brésilien.

L'hôpital de Santa Clara est le plus grand et plus ancien bâtiment de Santa Casa da Misericórdia²⁷. Il regroupe la médecine interne, la chirurgie, et bien sûr la gynécologie et l'obstétrique, où nous avons effectué notre stage. Selon les données les plus récentes (datant cependant du 31 décembre 2010), ce bâtiment a une totalité de 371 lits et 22 salles de chirurgie²⁸.



Figure 9 : Hôpital Santa Clara²⁹

L'hôpital de Santa Rita est au contraire un des bâtiments le plus récents, et bénéficie ainsi d'une infrastructure beaucoup plus moderne qui se remarque dès l'entrée dans le bâtiment. Il a toutefois une capacité bien moins grande que Santa Clara, puisqu'il comptait en 2011 178 lits³⁰.

²⁷ SANTA CASA DA MISERICORDIA. About Santa Casa [en ligne]. <http://www.santacasa.tche.br/santa-clara/apresentacao> (consulté le 10 août 2013).

²⁸ SANTA CASA DA MISERICORDIA. Hospital Santa Clara Indicators [en ligne]. <http://www.santacasa.tche.br/santa-clara/indicadores> (consulté le 10 août 2013).

²⁹ SANTA CASA DA MISERICORDIA. Hospital Santa Clara [en ligne]. <http://www.santacasa.tche.br/assets/images/unidades/santaclara/ap-santa-clara.jpg> (consulté le 10 août 2013).

³⁰ SANTA CASA DA MISERICORDIA. Hospital Santa Rita Indicators [en ligne]. <http://www.santacasa.tche.br/santa-rita/indicadores> (consulté le 10 août 2013).



Figure 10 : Hôpital Santa Rita³¹

Depuis 2010, on trouve également plusieurs nouveaux services répartis dans les différents bâtiments de l'hôpital, tels que le centre de chirurgie plastique, le centre pour la médecine dentaire, la clinique pour la médecine du voyage et des vaccins, ou encore la clinique des maladies capillaires et du cuir chevelu³².

Finalement, il y a deux services d'urgence séparés pour les patients issus des systèmes public et privé, situés dans deux bâtiments différents. Nous avons eu l'occasion de visiter ces services et de comparer leur niveau, qui diffère effectivement beaucoup. Dans les urgences publiques, il y a une file d'attente extrêmement longue – et ce depuis huit heures du matin. Pour la plupart des patients, l'attente se fait sur des sièges dans le couloir ; mais certaines personnes se voient dans l'obligation de rester debout ou alors assises sur le sol. Dans la salle-même réservée aux urgences se trouvent une quinzaine de lits, sans aucune séparation entre eux. Les patients ne bénéficient donc que de très peu d'intimité, voire pas du tout. De plus, l'infrastructure ainsi que le matériel de la salle paraissent relativement vieux.

³¹ SANTA CASA DA MISERICORDIA. Hospital Santa Rita [en ligne]. <http://www.santacasa.tche.br/assets/images/unidades/santarita/ap-santa-rita.jpg> (consulté le 10 août 2013).

³²SANTA CASA DA MISERICORDIA. History [en ligne]. <http://www.santacasa.tche.br/institucional/historico> (consulté le 10 août 2013).



Figure 11 : salle d'urgence publique

En entrant dans les urgences destinées aux patients privés, la différence se ressent immédiatement. En effet, les appareils sont plus modernes, les lits sont en bien meilleur état, plus espacés les uns des autres, et dans l'ensemble, le tout a l'air plus propre et mieux organisé. En outre, la salle d'attente associée suffit largement à accueillir les patients nécessitant une aide urgente (lors de notre passage dans la salle, elle n'était qu'à moitié remplie). Ainsi, l'attente jusqu'à leur admission est bien moins longue.

3.4. Le département de gynécologie et obstétrique

Dans le département de gynécologie et obstétrique où nous avons réalisé notre stage, le personnel médical est réparti en cinq équipes : deux équipes d'oncogynécologie (à Santa Clara et Santa Rita) qui prennent en charge les tumeurs utérines, vaginales, ovariennes et mammaires ; une équipe d'urogynécologie qui traite principalement des infections urinaires à répétition et des incontinences urinaires ; une équipe d'obstétrique qui suit les grossesses à haut risque ; et enfin une équipe d'endocrinogynécologie, qui accueille également exceptionnellement des hommes (nous avons suivi, par exemple, le cas d'un patient qui

consultait pour une gynécomastie d'origine hormonale). Toutes ces équipes pratiquent également de la chirurgie, qui est réalisée par le même personnel soignant qui prend en charge les consultations. Comme mentionné plus haut, la gynécologie « de premier recours » n'est pas pratiquée dans l'hôpital. En effet, tous les cas non-complicqués de grossesse, ainsi que les contrôles gynécologiques réguliers, sont suivis par le médecin de premier recours. Dès que le médecin de famille remarque une anomalie ou une légère complication (telle qu'une hypertension artérielle, des avortements spontanés à répétition, une grossesse à un âge très jeune, etc.), la patiente est transférée au département obstétrique de l'hôpital.

Le secteur de l'hôpital où nous restions le plus souvent – qui englobe les consultations de suivi de grossesse, d'urogynécologie et d'endocrinogynécologie – se compose d'une partie centrale, comme un couloir avec deux longs bureaux de chaque côté, où tous les médecins et stagiaires médicaux se retrouvent pour parler des différents cas et décider de la marche à suivre et du traitement. Autour de ce couloir central se trouvent la salle d'attente pour les patients, ainsi que toutes les salles de consultation (environ une quinzaine). Ainsi, les patients doivent passer devant une horde de médecins et stagiaires vêtus d'une blouse blanche et en pleine discussion avant de rejoindre leur salle de consultation, ce qui peut paraître relativement stressant pour des personnes non-habituées au monde hospitalier.



Figure 12 : salle du personnel soignant

Nous avons également été frappés par les nombreuses affiches publicitaires qui couvraient les murs du département gynécologique-obstétrique, qui énuméraient les avantages à allaiter au sein. Après nous être informés, nous avons découvert que l'allaitement au sein est en fait obligatoire dans le cadre de l'hôpital. D'ailleurs, pour s'assurer que les nouvelles mamans suivent bien ce principe, le biberon et la lolette sont interdits jusqu'à la sortie de l'hôpital. Cette rigidité nous a beaucoup étonnés, car bien que l'allaitement au sein soit aussi encouragé en Suisse, des interdictions aussi absolues qui touchent à la liberté personnelle ne seraient probablement pas envisageables dans nos hôpitaux.

3.5. Hiérarchie

Comme dans tout hôpital ordinaire, il y a une hiérarchie bien définie parmi le personnel soignant, avec pour chacun des tâches et responsabilités qui lui sont attribuées. Ainsi, nous retrouvons comme en Suisse, les médecins-chef, les médecins-assistants et les stagiaires médicaux. Cependant, nous avons remarqué de grosses différences avec le système suisse en ce qui concerne leur rôle respectif dans l'hôpital. Notamment, les stagiaires de cinquième et sixième années de médecine ont un rôle primordial au sein du département : ce sont eux qui prennent en charge tous les patients, et qui font l'anamnèse et l'examen physique sans aucune supervision. Avant de libérer le patient, ils retournent dans le couloir central pour présenter le cas à un des médecins-assistants afin de recevoir la confirmation du traitement et des éventuels examens complémentaires nécessaires. Puis, ils retournent vers le patient pour lui expliquer le plan pour la suite. En cas de doute, un médecin-assistant vient refaire une partie de l'examen physique pour s'assurer du bon diagnostic. Avec ce système, les étudiants stagiaires sont donc considérés comme médecins à part entière par les patients. Par contre, il n'y a que très peu d'infirmiers et aides-soignants dans le service de gynécologie, tout d'abord car les patients viennent en ambulatoire et ne requièrent donc pas beaucoup de soins infirmiers, mais aussi car les stagiaires médicaux gèrent une partie des activités qui sont sous la responsabilité des infirmiers en Suisse. Par exemple, en salle opératoire, ce sont les stagiaires de cinquième et sixième années qui travaillent comme instrumentistes. En ce qui nous concerne, nous suivions toujours les stagiaires dans leur consultation, qui nous présentaient comme leurs « collègues de Suisse » ; les patients nous considéraient donc souvent également comme des médecins et non pas des étudiants en médecine.

Avant le début de notre stage, nous avons été informés par un stagiaire de l'hôpital que le nombre de patients était trop élevé par rapport aux médecins disponibles. Cependant, l'impression que nous avons eue a été tout autre : l'espace réservé aux médecins dans le département de gynécologie-obstétrique était toujours rempli de personnel et en une matinée de quatre heures, nous ne voyions souvent que deux ou trois patients. Par contre, la salle d'attente était effectivement toujours pleine. Nous avons donc conclu que ce surplus de patients était peut-être dû à une mauvaise organisation et un manque de salles (en effet, les médecins devaient souvent attendre qu'une salle se libère avant d'accueillir le patient), plutôt qu'à une véritable pénurie de médecins.

Nous avons également remarqué une différence majeure – mais, selon nous, très positive – dans les relations entre les médecins-chefs ou professeurs et les étudiants stagiaires, par rapport à ce que l'on peut voir dans les hôpitaux suisses. L'ambiance y est beaucoup plus décontractée : tout le monde se tutoie ; les stagiaires peuvent plaisanter avec leurs supérieurs sans que ça passe pour un manque de respect ; en somme, il règne une atmosphère très conviviale au sein du personnel.

3.6. Matériel et hygiène

Même si le niveau global de l'hôpital de Porto Alegre est relativement élevé, le matériel disponible ainsi que l'infrastructure atteignent rarement la qualité de ce que l'on peut trouver dans nos hôpitaux. En effet, les salles de consultation et d'hospitalisation n'ont pas été rénovées depuis très longtemps : les murs d'une couleur beigeâtre sont souvent fissurés, et l'aménagement reste très simpliste avec un équipement et des meubles relativement vieux.



Figure 13 : salle de consultation gynécologique

À côté du fauteuil gynécologique est posé un seau en plastique rempli de liquide, sans aucun couvercle et à la vue de tous, où l'on peut apercevoir les spéculums et autres outils gynécologiques qui y ont été trempés afin d'être stérilisés.



Figure 14 : seau de stérilisation des instruments gynécologiques

Au niveau technologique, les appareils disponibles sont – à quelques exceptions près – suffisamment performants et modernes et offrent ainsi une bonne qualité de soins aux patients de l'hôpital. Toutefois, les appareils nécessaires ne se trouvent pas dans toutes les salles de consultation, et pour certains d'entre eux, il faut se rendre dans un autre département de l'hôpital pour y accéder. En gynécologie par exemple, le patient doit donc se rendre dans le département de radiologie afin d'effectuer une échographie.

L'hygiène hospitalière nous a paru bien moins rigoureuse que ce que l'on nous enseigne à l'université. Par exemple, les médecins de l'hôpital Santa Casa ne portent pas de désinfectant pour les mains sur eux. Certes, dans chaque pièce se trouve un distributeur de désinfectant, mais de nombreux médecins ne l'utilisent pas à chaque consultation. En outre, même lorsqu'ils l'utilisent, ils ne le font pas à toutes les étapes nécessaires de la consultation qui nous ont été enseignées à l'université.



Figure 15 : distributeurs de savon et désinfectant pour les mains

En outre, la grande majorité des médecins ne changent ni le drap ni le papier protecteur du fauteuil gynécologique entre chaque patiente, mais seulement lorsqu'ils sont

visiblement sales. Seules les chemises d'hôpital fournies aux patientes sont changées systématiquement. Une autre différence que nous avons notée est que les blouses blanches du personnel soignant ne sont pas fournies par l'hôpital, mais doivent être achetées individuellement. À la fin d'une journée de travail, la plupart des employés reprennent leur blouse chez eux. De plus, l'hôpital n'offre pas de service de nettoyage et chacun est donc chargé de laver sa propre blouse à l'aide d'une machine à laver « standard », ce qui constitue probablement un moins bon lavage qu'à l'hôpital, où les habits sont bouillis. En conséquence, les uniformes sont lavés moins fréquemment, ce qui représente un risque pour la transmission de pathogènes, d'autant plus que les blouses sont ramenées quotidiennement depuis le lieu de domicile jusqu'au travail. Dans l'ensemble, il reste donc beaucoup de progrès à faire en matière d'hygiène afin de diminuer les risques de transmission aux patients.

4. Description de notre stage

Une des premières choses qui nous a frappés en arrivant au Brésil a été l'hospitalité des gens qui nous ont accueillis. Non seulement de la part de Derrick, le stagiaire de 5ème année que nous suivions, mais aussi de la part des étudiants chez qui nous logions et même du personnel soignant. Nous étions bien intégrés dans les sorties et sommes même allés à l'INTERMED (4 jours de compétitions sportives à Joinville, Santa Catarina, dans un autre état du Brésil). Nous nous sommes rapidement fait des amis qui nous invitaient à leurs fêtes ou nous proposaient de passer du temps avec eux.

Malheureusement, nos échanges avec les brésiliens étaient très limités par la barrière de la langue. Nous pensions pouvoir nous débrouiller avec l'anglais que nous parlons tous couramment et avec l'espagnol que nous parlons un peu, alors qu'en pratique, tout le monde parlait portugais, même les étudiants en médecine qui ont pourtant, comme nous, beaucoup de lectures en anglais. Nous nous sommes toutefois vite habitués à cette langue nouvelle et avons commencé à comprendre ce qui se disait après 2 semaines. Heureusement, Kevin parlait portugais. Il a donc joué le rôle d'interprète pour Anna et Clara.

Nous nous sommes vite rendu compte que les étudiants entraient en contact avec les patients et la clinique beaucoup plus vite que nous. A la fin de leur 5ème année, ils peuvent en effet faire des consultations tous seuls ainsi que participer à de petites chirurgies. Ils étudient moins de sciences fondamentales et apprennent plus vite à faire un examen physique. Cela nous a surtout frappés le jour où nous avons accompagné des étudiantes de 2ème et 3ème années pour un examen physique de nourrissons : nous ne savions pas quoi faire alors qu'elles n'avaient aucune difficulté.

Ce système d'apprentissage très axé sur la pratique a été mis en place probablement parce que le SUS (Sistema Unico de Saúde) fonctionne énormément grâce aux stagiaires qui effectuent un travail non payé. Afin de profiter au mieux de cette main d'œuvre gratuite, le pays a intérêt à ce qu'ils apprennent très vite.

La mentalité par rapport au travail était aussi très différente : selon eux-mêmes, ils sont « de nature profiteuse ». Ainsi, s'ils sont un petit peu malades, ils essaient d'en profiter pour obtenir un arrêt de travail. Nous étions très surpris de constater après une consultation qu'une employée de l'hôpital enceinte et qui se plaignait de douleurs de ventre, de dos et de pertes importantes de liquide par voie vaginale, n'aie pas obtenu ne serait-ce qu'un seul jour d'arrêt de travail. Nous étions tous émus par cette femme qui se retenait de pleurer durant la consultation. Selon notre expérience clinique, en Suisse, cette femme aurait obtenu en tout cas une semaine de repos de la part de son médecin.

Même en dehors des aspects médicaux, nous avons l'impression que les gens se faisaient moins confiance entre eux. Par exemple, les sacs étaient interdits à la bibliothèque, de peur que les étudiants volent des livres, l'entrée de l'université dans laquelle étudiaient nos colocataires et amis était constamment gardée en réponse à des vols de microscope ou de projecteurs qui avaient eu lieu dans l'école et l'entrée des banques était gardée par des agents de sécurité.

Nous avons également pu observer une mentalité différente dans le droit du patient à choisir son médecin : les patients qui vont dans ces hôpitaux publics n'ont en effet pas le droit de refuser qu'un médecin ou un stagiaire soit là, ce qui engendrait parfois des consultations auxquelles six à sept personnes assistaient (entre le médecin chef, le stagiaire qui faisait la consultation, un ou deux autres stagiaires qui venaient voir quand un cas était intéressant et nous trois).

Ce fait était particulièrement bien illustré dans le cas d'une jeune femme qui venait pour le suivi de verrues génitales et anales dues à un papillomavirus humain (HPV). Elle était en effet très gênée de parler de sa vie sexuelle devant nous, a répété plusieurs fois qu'elle avait honte que ça lui soit arrivé en nous regardant. Kevin lui a alors proposé en portugais que nous sortions mais la stagiaire que nous suivions à ce moment-là ainsi que la cheffe de clinique ont insisté sur le fait que nous avons le droit d'être là et que ce cas serait intéressant pour nous si nous n'avions jamais vu de colposcopie chez une femme avec HPV. Nous nous sentions tiraillés, car notre éducation médicale suisse nous a appris à respecter le souhait de tout patient, alors que cela ne se faisait pas dans les hôpitaux publics brésiliens.

La majorité des patients qui viennent dans ces hôpitaux n'ont pas beaucoup de moyens donc ils n'ont pas le choix : ils sont obligés de se soumettre à ce genre de choses même si cela les gêne beaucoup.

Les femmes devaient venir à leur rendez-vous à 8h du matin et les stagiaires les voyaient dans l'ordre dans lequel elles venaient, ce qui leur faisait manquer toute une journée de travail. De plus, étant donné qu'il n'y a qu'un seul hôpital public de gynécologie-obstétrique dans toute la ville, beaucoup de femmes devaient se déplacer depuis très loin. Ce n'était donc pas rare pour nous d'entendre des femmes raconter qu'elles avaient dû se lever à trois ou quatre heures du matin pour arriver à l'heure en ambulatoire.

Le fait que toutes ces patientes aient rendez-vous à la même heure expliquait aussi notre impression de salles d'attente bondées tous les matins. Toutefois, les femmes enceintes étaient privilégiées par rapport aux autres patients car elles avaient une petite salle d'attente privée avec télévision ; elles ne devaient pas attendre dans le couloir comme dans les autres services.

Nous avons aussi remarqué une grosse différence au niveau des moyens entre notre hôpital (Santa Casa da Misericordia) et les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Les hôpitaux brésiliens n'utilisent en effet que des médicaments génériques et ils n'ont aucun matériel en trop, ce qui fait qu'ils étaient parfois angoissés par notre présence en salle d'opération (ils nous répétaient de ne rien toucher du champ stérile car sinon ils ne pourraient pas finir l'opération, ne pouvant pas remplacer le matériel). Ils n'ont pas non plus tous les médicaments ni le personnel dont nous disposons aux HUG : nous nous sommes rendus compte dès le deuxième jour que l'anesthésie péridurale n'était pas proposée aux femmes lors de leur accouchement car cette pratique nécessite un anesthésiste qui n'était souvent pas disponible ou qu'on réservait en cas de césarienne. Ainsi, de manière irrégulière et sur une base aléatoire (lorsque l'anesthésiste était disponible), une femme y avait parfois accès mais cela ne représentait en aucun cas la majorité des patientes que nous avons vues.

Nous avons aussi remarqué que l'hôpital engageait beaucoup moins d'infirmières qu'un hôpital suisse l'aurait fait ; en effet, leur travail était souvent effectué par des stagiaires médicaux.

Lors de notre premier jour, Derrick nous a fait faire une visite de l'hôpital, nous montrant des parties du bâtiment que nous ne reverrions pas. Nous avons vite constaté que les couloirs étaient constamment bondés de patients qui attendaient leur tour, souvent debout. Nous avons ensuite vu le service des soins intensifs qui était constitué de quelques petites salles avec des patients « en vrac », pas toujours monitorés et sans aucun espace personnel pour leurs affaires ou pour une vie privée. Derrick nous a également dit que parfois, les couloirs étaient aussi utilisés pour placer des lits par manque de place.

Nous avons ensuite visité les soins intensifs privés, accessibles seulement à ceux qui avaient une assurance maladie. Nous n'avions pas le droit d'y entrer car dans cette partie de l'hôpital, les stagiaires ne sont pas admis, ne travaillant pas là. Nous avons été surpris par la différence entre le système public et privé, ces soins intensifs offrant le même confort que les hôpitaux publics en Suisse.

La première patiente que nous avons vue était une femme âgée qui venait suite à la détection d'un nodule à forte probabilité cancéreuse dans le sein. Après une bonne anamnèse, Derrick l'a examinée avant de nous proposer de palper également le nodule. Nous avons été très impressionnés car c'était notre premier contact avec une patiente brésilienne et que nous n'avions jamais fait ce type de geste avant. Toutefois, nous avons pu observer pour la première fois ce que nous avons ressenti comme un manque important d'organisation dans ce système de santé: en effet, tout en sachant que cette patiente aurait besoin d'une biopsie grâce aux indications de son médecin de famille, l'hôpital lui avait donné rendez-vous un jour où le matériel de biopsie n'était pas disponible en gynécologie. Cette patiente âgée a donc du revenir 2 jours plus tard pour sa biopsie, tout en sachant qu'elle faisait partie de ces personnes qui habitaient loin de l'hôpital et qui devrait donc une fois de plus, se lever très tôt pour se rendre à son rendez-vous.

Durant la consultation, cette patiente a demandé à avoir un ticket de bus pour pouvoir rentrer chez elle ainsi qu'un justificatif pour son trajet du matin. Cela nous a beaucoup surpris, n'étant pas habitués à cela en Suisse.

Après la consultation, Derrick nous a expliqués que la patiente avait payé de sa poche sa mammographie dans le but de la passer rapidement. C'était la première fois que nous entendions parler de ce fait pourtant très courant dans les hôpitaux publics. Nous avons ensuite constaté que les stagiaires proposent cette alternative lors de chaque consultation qui requiert des examens complémentaires.

Durant ce stage, nous avons pu effectuer plusieurs gestes techniques que nous n'avions jamais faits avant, tels que des touchers vaginaux pour sentir la dilatation du col de l'utérus des femmes enceintes, la mesure de l'utérus, la mesure de la fréquence cardiaque grâce à un appareil à ultrasons, la palpation de nodules mammaires, le frottis vaginal et l'examen pédiatrique de base de nouveaux nés



Figure 16 : Anna et Kevin se préparant à aller en salle opératoire



Figure 17 : Anna et Clara se préparant à aller en salle opératoire

Nous avons également pu assister à des accouchements et à un curetage, ce que nous n'avions jamais pu faire en Suisse malgré des demandes de notre part.

Nous avons été très surpris de constater, lors de la visite d'un patient, que les hommes qui souffraient de dérèglements des hormones sexuelles étaient envoyés en gynécologie. Nous pensons qu'en Suisse, ces patients sont envoyés vers des endocrinologues afin d'éviter toute gêne ou honte qu'ils pourraient ressentir.

Ce patient avait développé sa gynécomastie suite à la prise d'hormones anabolisantes dans le cadre d'un programme de musculation intensive. Ce genre de problème semble être plus fréquent au Brésil car la musculation est une activité très répandue dans toutes les classes sociales, pour les hommes comme pour les femmes (même parmi nos colocataires).

Les gynécologues ont donc proposé à ce patient de se faire retirer les glandes mammaires afin de régler le problème. Il pouvait soit rester dans le système de soins public et attendre qu'une place se libère pour son opération, soit la payer de sa poche et la faire plus vite, ce qui a été son choix, étant gêné par ce problème.

Une des patientes dont la consultation nous a beaucoup marqué était très proche du terme de sa grossesse alors que son bébé souffrait d'une grave hernie diaphragmatique qui mettait sa vie en danger lors de l'accouchement. Cette consultation a commencé de manière normale, la patiente ne se montrant pas particulièrement inquiète, jusqu'à ce que Derrick, que nous suivions, demande à un de ses collègues l'importance de cette hernie. Ce collègue, se rappelant du cas de la patiente, a donc continué la consultation à sa place et informé cette femme que son bébé avait peu de chances de survivre. La patiente ne voulait pas trop y croire et refusait de regarder la réalité en face, elle disait que son enfant avait des chances de survivre malgré tout. Mais l'interne qui lui parlait a été très clair sur le fait que ce bébé n'allait très probablement pas survivre à sa naissance. La patiente était effondrée et a pleuré devant nous.

Nous n'avons pas bien compris pourquoi ce cas n'avait pas été pris en charge directement par l'interne qui l'avait déjà vue et qui connaissait son cas, ce qui aurait été une

économie de temps et aurait permis à la patiente de recevoir un seul message clair : son bébé était en danger. Nous pensons en effet que la première partie de la consultation n'a servi à rien et que la patiente a reçu des signaux contradictoires en entendant le premier stagiaire parler de cette hernie diaphragmatique sans trop s'en inquiéter. Encore une fois, nous nous sommes dit qu'avec une meilleure organisation au niveau du planning des consultations, ce genre d'événement ne serait pas arrivé.

Durant les consultations, nous avons remarqué que les mœurs brésiliennes étaient différentes à plusieurs niveaux ; cela nous a particulièrement choqués lorsque, lors d'une consultation, nous avons entendu une jeune patiente nous dire qu'elle avait réussi à arrêter de fumer « après toutes ces années ». La stagiaire lui a donc demandé à quel âge elle avait commencé à fumer et la patiente a répondu « à l'âge de 5 ans », ce qui nous paraît impossible en Suisse mais n'est apparemment pas si rare dans les classes basses de la société brésilienne.

Nous avons aussi suivi plusieurs très jeunes patientes enceintes. Une des premières femmes que nous avons vue en obstétrique avait 21 ans, ce qui est plus jeune que nous. Cette patiente nous a confié avoir essayé depuis longtemps de tomber enceinte. Des étudiants en première année de médecine nous ont aussi raconté qu'ils étaient intervenus pour parler de contraception dans une classe où quatre jeunes filles de 14 ans étaient enceintes. Dans cette même école, il y avait apparemment une autre jeune fille de 11 ans qui était enceinte, ainsi qu'une femme de 22 ans qui était grand-mère.

Nous avons abordé ce sujet lorsque nous sommes allés parler avec une médecin de famille de Porto Alegre qui donnait également des cours à l'université sur le système de santé au Brésil. Cette femme nous a expliqué que ces femmes des couches sociales les plus basses ne connaissent que cette seule réalité, qu'elles ont peu d'espoir de s'élever socialement car les écoles publiques n'atteignent de loin pas le niveau des écoles privées où la classe moyenne envoie ses enfants, niveau qui est nécessaire pour trouver une bonne place sur le marché du travail et progresser dans les couches sociales. Ces femmes, afin de « devenir quelqu'un », prennent donc la voie la plus facile : devenir mère. Ainsi, elles ne sont plus présentées comme : « la fille de... » Mais comme : « la mère de... ».

La plupart de ces jeunes patientes que nous avons vues étaient très timides avec nous, elles ne parlaient pas beaucoup durant les consultations. Nous ne savions pas à quoi attribuer cette gêne apparente, si elles sentaient le « fossé social » qui nous séparait d'elles, nous qui étions plus âgés mais pas encore parents car en études ou, tout simplement, si elles étaient simplement gênées d'aller chez le gynécologue.

Nous nous sommes aussi rendu compte, au cours des entretiens avec les patientes, que l'âge de la première relation sexuelle est beaucoup plus bas au Brésil que la moyenne Suisse.

Nous avons également eu l'occasion d'assister à un curetage chez une patiente sous anesthésie générale, ce qui est rare dans ce pays, l'avortement par choix ainsi que l'avortement thérapeutique étant interdits. Derrick, le stagiaire que nous suivions nous a par contre raconté que certaines patientes se faisaient avorter de manière illégale chez des gens « spécialisés » (non médecins). Cette manipulation était impressionnante, malgré le fait que nous ne savions pas pourquoi cette patiente avait subi ce curetage.

Les patients brésiliens ont également moins tendance à remettre en question ce que le médecin dit ou fait. Ainsi, les médecins nous ont confié qu'il n'y avait aucun mouvement de résistance aux vaccins dans leur pays et que les patients qui comprenaient pourquoi ils devaient prendre leurs médicaments avaient une bonne compliance.

Ce fait a toutefois été contredit par une patiente de 50 ans qui se plaignait du fait que, lors de son dernier test de papanicolaou, elle avait eu mal, ce qu'elle imputait à une incompetence du gynécologue qui l'avait effectué et non à l'atrophie de son col utérin causée par la ménopause. Nous avons aussi remarqué que les médecins brésiliens se « vexent » plus facilement lorsqu'un patient remet en cause leur travail, peut-être parce que ce fait est très rare.

Nous avons pu également suivre des étudiants de première année dans un favela afin d'aller visiter un poste primaire de santé et une école. Les étudiants sont en effet, dès la première année de leurs études de médecine, infirmerie ou diététique, très en contact avec

la population. Ils visitent toutes les semaines soit le poste de santé, soit une école des quartiers populaires.

Nous avons été choqués par l'aspect très archaïque et peu hygiénique du poste de santé, qui contenait très peu d'appareils permettant des examens médicaux. Il y avait également une queue importante pour une consultation dans ce poste.



Figure 18 : la cour derrière le poste de santé

Nous sommes par la suite allés dans une école primaire où les étudiants ont joué une pièce mettant en scène une classe dont tous les élèves tombent malades les uns après les autres, le but étant de leur apprendre comment le virus de la grippe se transmet et comment prévenir cette transmission. La pièce finissait par un cours expliquant aux écoliers comment se laver les mains. Pour finir, ils ont tous reçu une sucette. Apparemment, les petits enfants aiment beaucoup le personnel soignant grâce à ces interventions ludiques. Ils auront par la suite moins peur d'aller chez le médecin.



Figure 19 : la cour d'école



Figure 20 : cours sur l'hygiène des mains donné à des élèves de l'école primaire

Une des dernières expériences que nous avons eues a été d'accompagner une amie lors de son bénévolat auprès de patients dans un hôpital public. Elle et une de ses amies étaient en effet déguisées en clown et distrayaient non seulement des petits enfants mais aussi des adultes. Nous nous sommes sentis mal à l'aise avec les adultes, n'étant pas habitués à ce genre de scènes. Par contre, les enfants étaient pour la plupart captivés dès que les jeunes femmes déguisées entraient dans la chambre. Les parents les regardaient aussi avec de grands sourires, conscients du fait qu'elles faisaient quelque chose de très positif pour leurs enfants.



Figure 21 : Pauline, déguisée en clown pour distraire les patients

Durant ce stage, nous avons enfin pu assister à un bon nombre d'opérations de chirurgie urogynécologiques.

C'était une bonne expérience pour nous, car nous n'avions assisté qu'à très peu d'opérations au cours de nos années de bachelor. Nous avons pu poser des questions aux chirurgiens responsables et aux internes qui effectuaient ces petites chirurgies sous la supervision des chirurgiens responsables.

Nous avons aussi assisté à une opération très impressionnante où les médecins ont retiré une énorme tumeur ovarienne de l'abdomen d'une patiente qui souffrait également d'ascite et d'une hernie ombilicale. Son corps était totalement déformé par la tumeur, la hernie et son ascite qui est sorti à grands flots dès l'incision du péritoine. A la fin de l'acte chirurgical, son abdomen n'avait plus du tout la même apparence : il était beaucoup plus plat, n'ayant plus cette tumeur de plusieurs kilos ni tout ce liquide péritonéal, et le nombril, précédemment totalement déformé, avait à présent une apparence de nombril « normal ».

Ne sachant pas avant l'opération si la tumeur était maligne ou bénigne, le tissu est parti en histologie pour se faire analyser alors que nous attendions le résultat dans le bloc opératoire. Si la tumeur avait été maligne, il aurait fallu aussi enlever l'utérus. Finalement, les médecins ont reçu un appel téléphonique les informant qu'heureusement, la tumeur était bénigne.

Nous nous sommes toutefois posé la question de savoir si, en Suisse, nous laisserions une tumeur atteindre cette taille là et causer autant de dommages avant de la retirer. Nous ne savons pas si la patiente avait trop attendu pour consulter ou si elle avait dû attendre son opération pendant longtemps.

De plus, nous avons revu plus tard dans notre stage une autre patiente qui avait également une tumeur ovarienne d'une taille similaire. Cette patiente avait rendez-vous pour des consultations pré opératoires. Nous n'avons pas pu déterminer si l'accès aux soins difficile était un facteur aggravant pour le cas de ces 2 patientes.

5. Impressions personnelles

Notre immersion dans le système de santé et la culture du Brésil a été une expérience unique et extrêmement bénéfique. Cela nous a permis de constater qu'il n'existe pas qu'un seul système qui fonctionne bien, mais que la Suisse et le Brésil pourraient prendre exemple l'un sur l'autre pour certains atouts et réussites. Les difficultés liées à la santé au Brésil nous ont aussi ouvert les yeux sur le privilège que nous avons de vivre dans un pays où la qualité des soins est aussi élevée, même pour les personnes ne possédant pas d'assurance complémentaire.

Nous avons aussi été touchés par l'accueil chaleureux dans le département de gynécologie et obstétrique : le personnel a été très enthousiaste de nous recevoir et a tout mis en œuvre pour que notre stage soit le plus réussi possible. En effet, nous avons profité d'une grande liberté pendant notre stage, puisque nous pouvions faire des demandes pour des domaines qui nous intéressaient, nous rendre en chirurgie et choisir les opérations que nous désirions observer, etc. Un des seuls points négatifs a été la courte durée de notre présence à l'hôpital au quotidien : souvent, nous ne restions que pendant la matinée et avons donc l'impression de ne pas suffisamment profiter de notre mois au Brésil. Nous avons également été déçus de ne pas avoir pu visiter un cabinet d'un médecin de premier recours, ce qui aurait été fort intéressant.

Nous avons été confrontés à certaines difficultés, notamment la langue qui a été une barrière importante pour notre communication avec les patients (sauf pour Kevin, qui parlait déjà couramment le portugais). Avec le recul, nous avons regretté de ne pas avoir entrepris l'apprentissage du portugais plus tôt, car cela nous aurait permis de plus interagir avec les patients et ainsi retirer davantage de bénéfices de notre stage. Cependant, cet obstacle nous a rappelé l'importance de la communication non-verbale, puisque nous étions donc contraints de communiquer par des gestes, des sourires et une attitude appropriés à la situation.

Bien que ce ne fût pas l'objectif primaire de ce stage, nous nous estimons très chanceux d'avoir pu pratiquer l'examen physique gynécologique, d'autant plus que nous n'avons pas eu l'occasion de l'exercer durant nos études. Nous avons également pu suivre des cas très variés

et assister à des actes médicaux que nous n'avons pas souvent l'occasion de voir, tels que des opérations ou des accouchements.

En définitive, notre stage au Brésil a été extrêmement enrichissant, tant sur le point de vue professionnel et culturel que sur le point de vue personnel : les personnes rencontrées, les moments de partage vécus et les innombrables discussions sont autant d'éléments qui ont fait de ce stage une expérience inoubliable.

6. Remerciements

Nous tenons à remercier tous les gens qui ont rendu ce stage possible : tout d'abord, Derrick Fassbind, le stagiaire de 5^{ème}, cousin d'un ami de Clara, qui nous a organisé le stage, mis en contact avec des médecins brésiliens et trouvé un logement.

Deuxièmement, nous tenons à remercier les étudiants qui nous ont accueillis chez eux et nous ont fait partager leur quotidien. Nous tenons à remercier spécialement Carolina Texeira qui nous a en plus permis de parler à une médecin de famille et professeure d'université, Madame Maria Eugênia Bresolin Pinto et qui nous a permis d'examiner des nourrissons.

Enfin, nous voulons remercier les médecins brésiliens qui nous ont acceptés dans leurs services.