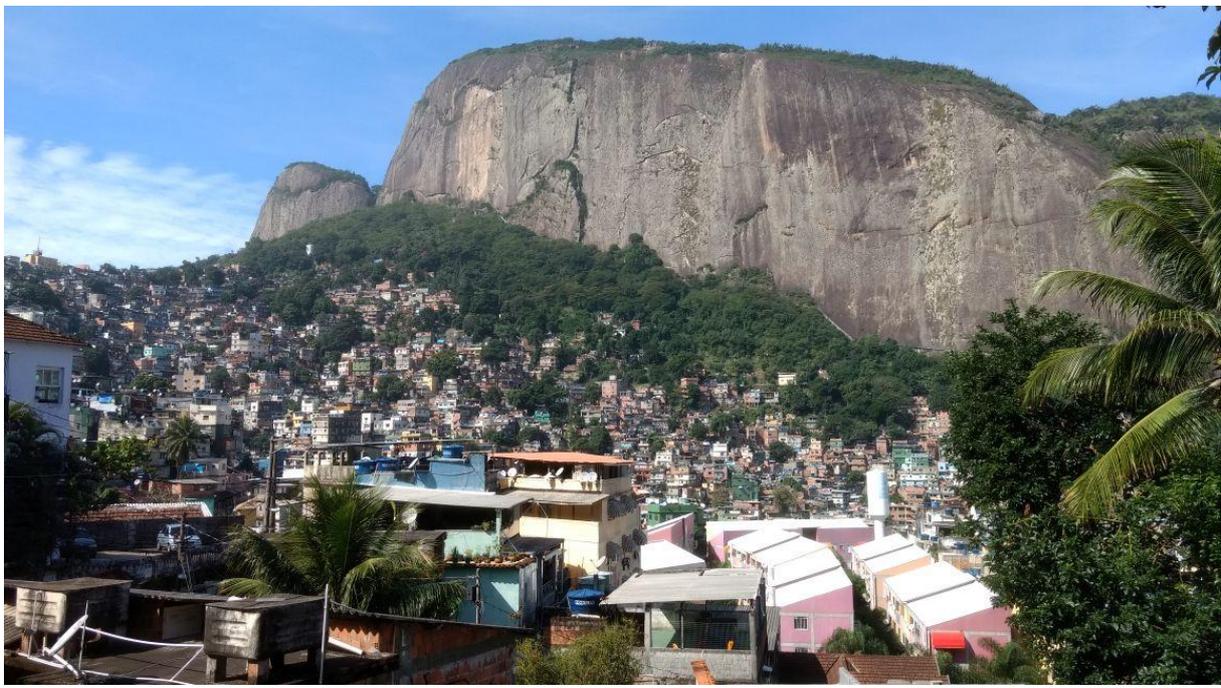


Rapport de stage

Accès aux soins de premier recours à Rio de Janeiro : analyse du système de santé au sein des favelas de Rocinha et de Santa Marta



Favela de Rocinha

Table des matières

Introduction.....	p. 3
Généralités.....	p. 4
1. Brésil : une brève contextualisation.....	p. 4
2. Rio de Janeiro : quelques généralités.....	p. 5
3. Les favelas de Rio de Janeiro.....	p. 6
Système de santé.....	p. 9
1. Système de santé brésilien.....	p. 9
2. Médecine de famille à Rio de Janeiro.....	p.11
3. Distribution des cliniques publiques à Rio de Janeiro.....	p. 12
Cliniques dans les favelas.....	p. 12
1. Organisation générale des cliniques.....	p. 12
2. Consultations des médecins à la clinique.....	p. 13
3. Infirmières.....	p. 15
4. Agents communautaires.....	p. 16
5. Visites à domicile.....	p. 17
6. Spécialistes.....	p. 20
7. Groupes.....	p. 20
8. Pharmacie.....	p. 21
Conclusion.....	p. 22
Remerciements.....	p. 22
Bibliographie.....	p. 23

Introduction

Dès la formation de notre groupe, nous nous sommes entendues sur le fait que nous voulions partir en Amérique Latine. D'une part, nous désirions partir dans un pays où nous pourrions comprendre plus ou moins la langue, d'autre part, la culture sud-américaine nous attirait énormément. L'une d'entre nous connaissait déjà le Brésil par ses voyages passés et avait eu un réel coup de cœur pour la ville de Rio de Janeiro. Elle a réussi à entrer en contact avec des médecins brésiliens qui lui ont parlé des cliniques de médecine de famille de la ville de Rio. Dès nos premiers échanges avec les coordinateurs de ce programme, nous avons été séduites par leur objectif, à savoir permettre à tous les habitants de la ville d'obtenir des soins de qualité gratuitement, et par leur enthousiasme à l'idée de nous accueillir. Il a alors été décidé que nous ferions notre mois de stage dans deux de leurs cliniques situées dans des favelas, car, selon eux, c'est dans ces quartiers que nous aurions l'expérience la plus dépaysante et la plus enrichissante. Nous avons effectué un stage de deux semaines dans la clinique de Maria do Socorro, au cœur de la favela de Rocinha et deux autres semaines à la clinique Santa Marta, au pied de la favela du même nom.

Au cours de ce stage, nous avons étudié les moyens mis en place pour rendre les soins accessibles à une population pauvre et souvent marginalisée comme celle des favelas de Rio. Plusieurs facteurs peuvent compromettre l'accès aux soins : la défiance envers l'état et le service public, les prix des soins et des médicaments, la distance entre le logement du patient et la clinique et le chemin qui y mène, le niveau d'éducation du patient, etc.

L'accessibilité aux soins est une problématique à laquelle tous les pays doivent faire face. C'est d'ailleurs un des objectifs premiers de l'OMS. Selon nous, un état assure l'accès aux soins à sa population quand tous les citoyens peuvent facilement se faire soigner, bénéficier d'une bonne prévention et d'un bon suivi en cas de besoin, peu importe leur âge, leur sexe, leur origine, leur niveau socio-économique ou leur lieu d'habitation. Les pays ont diverses manières de répondre à cette problématique. En Suisse, nous pouvons citer le fait que l'assurance maladie de base soit obligatoire, que l'hôpital soit public ou encore qu'il y ait des campagnes de prévention dans les médias ou dans les écoles.

Dans ce rapport, nous allons commencer par dresser un portrait rapide de la situation actuelle du Brésil et de la ville de Rio de Janeiro. Nous nous intéresserons ensuite aux favelas de Rio. Nous nous attarderons notamment sur l'histoire de leur formation et sur les évolutions qu'elles ont subies jusqu'à présent. Nous poursuivrons en expliquant brièvement le système de santé brésilien et nous verrons comment l'état tente de rendre les soins accessibles à tous les citoyens. Puis, nous décrirons le fonctionnement des deux cliniques – la clinique Maria do Socorro dans la favela de Rocinha et la clinique de Santa Marta au pied de la favela du même nom – et nous analyserons les moyens mis en place pour rendre la médecine plus accessible aux patients vivants dans ces quartiers. Au cours de notre réflexion, nous donnerons finalement des exemples de consultations auxquelles nous avons pu assister.

Généralités

1. Brésil : une brève contextualisation

Le Brésil, dont la superficie équivaut environ à 15 fois la France, est une République fédérale comportant 26 Etats et un district fédéral, Brasilia. Il possède plus de 6'000 municipalités qui se distribuent en cinq régions : Nord, Nord-Est, Centre-Ouest, Sud-Est et Sud. De nombreuses disparités sont à noter, tant au niveau social qu'économique ou démographique entre ces différentes régions, de même qu'à l'intérieur de chacune d'entre elle. Le Brésil est le cinquième pays du monde par sa superficie. Il fait frontière avec tous les pays d'Amérique du Sud, à l'exception du Chili et de l'Equateur. La capitale du pays est Brasilia. Mentionnons également les trois villes principales que sont Sao Paulo, Rio de Janeiro et Salvador da Bahia. La langue officielle est le portugais, et la monnaie le Real.

Le pays comporte environ 200 millions d'habitants ; les deux régions dont la densité de la population est la plus élevée sont le Sud et le Nord-Est.

Le Brésil devient un Etat laïque lorsque sa Constitution républicaine est promulguée en 1891. Par voie de conséquent, l'Eglise et l'Etat sont séparés l'un de l'autre. Malgré cela, on voit bien qu'en pratique, les deux restent très liés l'un à l'autre dans le quotidien des Brésiliens¹. Cela se manifeste notamment par leur fréquentation aux cultes religieux, en particulier par les Brésiliens plus âgés². Le pays est marqué par l'héritage de la colonisation portugaise, avec sa nette majorité de catholicisme suivie du protestantisme. Ensuite viennent les confessions afro-brésiliens, l'islam, le judaïsme ainsi que le bahaïsme, ne concernant que 5 % de la population du pays. Le taux de catholiques dans le pays s'élèverait à près de 70 %³.

Concernant la politique intérieure, le Brésil étant une République, le président et le vice-président sont élus pour un mandat de 4 ans, par le peuple. L'élection du président et des gouverneurs des 26 Etats et de Brasilia se fait à la majorité absolue⁴. Revenons brièvement sur les trois Chefs d'Etat qui ont gouverné le pays ces dernières décennies.

Luiz Inácio Lula da Silva, plus connu sous le nom de Lula, a présidé le pays du 1^{er} janvier 2003 au 1^{er} janvier 2011. Il aura participé à la fondation du parti des travailleurs (PT), et s'est surtout fait connaître pour son engagement social. Il fut le premier président de gauche du pays, et ses ambitions furent plutôt orientées vers la création de nouveaux emplois, d'écoles, ou encore de l'amélioration du système de santé⁵. Lula fut très aimé des citoyens ; toutefois moins des Amérindiens qui l'accusaient de ne pas respecter la forêt amazonienne. Il était en effet impliqué notamment dans le projet du barrage Belo Monte, menaçant des indiens d'être chassés de leurs terres de par l'inondation en résultant⁶.

Lula sera salué lors de son second mandat pour ses nombreuses actions en faveur de la lutte contre la faim et la pauvreté. Sont néanmoins déjà en cause des histoires de corruption dont il

¹<http://www.pewforum.org/files/2014/11/Religion-in-Latin-America-11-12-PM-full-PDF.pdf>, p. 41 ss.

²<http://affress.fr/index.php/component/content/article/94-articles-2013/213-les-transformations-du-champ-religieux-au-bresil.html>.

³<http://www.pewforum.org/files/2014/11/Religion-in-Latin-America-11-12-PM-full-PDF.pdf>, p. 14 ss.

⁴<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/bresil/presentation-du-bresil/>.

⁵ http://www.irenees.net/bdf_fiche-analyse-914_fr.html.

⁶http://mobile.lemonde.fr/ameriques/articles/2014/04/24/coup-de-machette-dans-l-eau_4406750_3222.html.

est accusé. Concrètement, Lula aura contribué à l'amélioration des conditions de vie dans les favelas, et aura rendu possible l'accès à l'eau potable ainsi qu'à l'électricité. Il était par ailleurs fervent défenseur du droit à l'avortement, bien au contraire du Vatican⁷. La grande popularité de ce président lui aura valu, en 2009, le statut de personnalité la plus influente du monde, par le magazine Time. Malgré le fait que ses programmes sociaux tels que le *Bolsa familia* et *Fome zero* aient contribué à sortir beaucoup de brésiliens de la précarité, Lula restera pendant et après sa présidence fortement critiqué pour son implication suspectée dans plusieurs scandales de corruption⁸.

Dilma Rousseff, première femme occupant un tel poste au Brésil, fut investie du pouvoir de la présidence du 1^{er} janvier 2011 au 31 août 2016, date à laquelle elle fut destituée sous accusation de maquillage de comptes publics. Ses deux mandats s'inscrivirent dans un contexte de déclin économique du pays et de scandales de corruption. La popularité de Dilma fut bien moins grande que celle de Lula et ses « années flamboyantes », même si cette dernière a mené des efforts importants pour lutter contre la pauvreté, avec son slogan *pais rico é pais sem pobreza* (un pays riche est un pays sans pauvreté). A cet égard, le gouvernement avait mis sur pied un programme dont l'objectif était l'intégration sociale et professionnelle des plus démunis⁹.

A l'heure actuelle, le Brésil est gouverné par Michel Temer, ancien vice-président de Dilma Rousseff, dont le mandat a débuté le jour de la destitution de cette dernière (31 août 2016). Les soupçons pesant sur lui au sujet de diverses affaires de corruption entravent néanmoins sa crédibilité et font de lui un président plutôt impopulaire depuis son entrée en fonction¹⁰.

En résumé, la situation politique du Brésil est instable¹¹. Le revenu par habitant serait en chute libre, le chômage ainsi que les dettes des entreprises, quant à eux, en augmentation.

2. Rio de Janeiro : quelques généralités

Avec une superficie de 1'255 km² et une population de plus de 13 millions d'habitants, Rio est la deuxième plus grande ville du Brésil, peu derrière Sao Paulo. Fondée en 1565 par le Capitaine portugais Estacio de Sa, elle fut d'abord nommée Sao Sebastiao do Rio De Janeiro. La première partie du nom faisant honneur à Sébastien 1^{er}, roi régnant à l'époque sur le Portugal et dont on célèbre encore la fête à Rio. La deuxième partie du nom vient du fait que Rio fut d'abord prise à tort pour l'estuaire d'un fleuve (*Rio*) le jour de la saint Janvier (*Janeiro*). D'abord habitée par les Amérindiens, elle fut colonisée par les Portugais qui durent par la suite affronter les pirates français désirant s'en emparer¹².

La ville pris son essor au XVIII^e siècle où elle servit de site portuaire pour les exportations des richesses, or et diamants en provenance de Minas Gerais principalement. Elle devint en 1763 capitale coloniale du Brésil et garda son titre de capitale lors de l'indépendance du pays en 1822. Ce n'est qu'en 1960 qu'elle en perdit le statut, remplacée par Brasilia, plus au centre du pays¹³.

⁷<http://www.courrierinternational.com/article/2005/03/31/avortement-lula-avance-sur-la-voie-de-la-legalisation>.

⁸<http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2016/08/26/97001-20160826FILWWW00327-bresil-l-ex-president-lula-inculpe-pour-corruption-et-blanchiment-d-argent.php>.

⁹<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/bresil/presentation-du-bresil/>.

¹⁰Ibid.

– ¹¹<https://www.google.ch/amp/s/www.letemps.ch/node/1043577/amphtml>.

– ¹²http://www.herodote.net/1er_mars_1565-evenement-15650301.php.

¹³ <https://www.britannica.com/place/Rio-de-Janeiro-Brazil>.

Elle est considérée de nos jours capitale culturelle du Brésil par les cariocas, même si ce titre reste controversé par les habitants d'autres villes.

Située au bord de l'océan Atlantique au Sud-Est du pays dans la baie de Guanabara, Rio fait partie de la zone tropicale. Son climat est donc estival de décembre à mars, et plus sec et froid entre les mois de juin et septembre.

La population *carioca*, appellation des habitants de Rio, est très variée. Une grande partie de la population à peau claire descend de l'immigration européenne (Portugal, Espagne, Italie et Allemagne notamment). Ils constituent un peu plus de 50 % de la population carioca et vivent souvent dans les quartiers riches. Les autres grands groupes de population comportent des cariocas issus des amérindiens ou africains à peau foncée ou d'un métissage des groupes précités.¹⁴ Nous avons été frappés de voir une population aussi variée physiquement. Il n'existe pas de population brésilienne type et les trois Européennes que nous étions nous sommes donc facilement fondues dans la masse.

Rio est une destination grandement appréciée des touristes qui se pressent pour la beauté de ses plages, ses collines aux sommets à pic et sa célèbre statue du Christ Rédempteur. C'est lors du carnaval en février que le pic de fréquentation est à son maximum, période où les rues de Rio vibrent au rythme de la samba et de la fête. La nature tropicale qui constitue Rio est exceptionnelle. La magnifique forêt de Tijuca, plus grande forêt urbaine du monde, en est un exemple.

3. Les favelas de Rio de Janeiro

Les favelas de Rio de Janeiro ne sont pas qu'une curiosité intrigant les touristes, qui se pressent de plus en plus pour les visiter. Un tiers de la population carioca y habite¹⁵. La ville de Rio compte environ mille de ces bidonvilles¹⁶. Le plus souvent, les favelas se sont construites sur des *morros*, collines qui jalonnent la ville de Rio. Cette position géographique éloigne les habitants du reste de la ville. Nous allons revenir brièvement sur l'histoire de ces quartiers.

Le nom « favela » date de la fin du XIXe siècle. Après la guerre de Canudos, opposant les Brésiliens et des colons dans l'état de Bahia, des soldats bahianais vinrent à Rio pour chercher la récompense que l'état brésilien leur devait. Mais ils ne reçurent jamais cette récompense et s'installèrent sur un morro, le *Morro da Providência*, qu'ils renommèrent *Morro da Favela*, en souvenir d'une plante qui pousse à Bahia¹⁷. Par extension, tous les bidonvilles construits sur des morros furent désignés par le mot « favela » quelques temps plus tard.

En réalité, il existait déjà ce genre de bidonvilles à Rio de Janeiro avant cette anecdote, notamment sur le *Morro de Santo Antonio*¹⁸. Des soldats y habitaient dans des baraques en bois avec l'autorisation de leur supérieur, car il n'y avait pas d'autre possibilité de logement dans la ville.

¹⁴HERINGER « Desigualdades raciais no Brasil : sintese de indicadores a desafios no campo das politicas publicas ».

¹⁵DEROUBAIX, « Loin des clichés et des stéréotypes, en route pour la favela de Rocinha ».

¹⁶Ibid.

¹⁷Ibid.

¹⁸DE ALMEIDA ABREU, LE CLERRE, « Reconstruire une histoire oubliée. Origine et expansion des favelas de Rio de Janeiro », p.51.

Les favelas se multiplièrent au fur et à mesure des années, en accueillant les populations pauvres, notamment noires, de Rio. La réforme urbaine visant à rendre les rues plus larges et à créer de nouvelles avenues eut pour conséquence de diminuer le nombre de logements déjà peu nombreux dans le centre ville. Les habitants peu fortunés qui étaient obligés de rester au centre pour leur travail durent s'installer dans les favelas¹⁹.

Jusqu'ici l'état ne se souciait pas de ces bidonvilles. Dans les années 1940, le gouvernement populiste de Getúlio Vargas tenta de déplacer les populations des favelas dans des logements sociaux, mais ce fut un échec. Il s'en suivit, au cours des décennies suivantes, de nombreuses tentatives d'éradication de ces bidonvilles en déplaçant leur population à la périphérie de la ville. L'état n'y parvint pas toujours, pour preuve, Santa Marta et Vidigal sont toujours là, dans la zone Sud de la ville, où habitent les membres de la classe moyenne et de la classe aisée. Ces campagnes de délocalisation ont eu pour effet de marginaliser encore plus les habitants des favelas, à la fois géographiquement et socio-économiquement. Cela a créé une défiance envers les pouvoirs publics²⁰.

Dans les favelas, des associations d'habitants se créent et se battent pour leurs droits. Elles ne parviennent pas à provoquer des changements radicaux dans la politique de la ville mais c'est un premier pas vers le respect des droits des habitants des favelas²¹.

Dans ces quartiers pauvres, le trafic de drogue commence à se développer de plus en plus, notamment celui de cocaïne. La guerre qui s'engage entre force de l'ordre et trafiquants entraîne des violences. Dans les années 1970-1980, le Brésil est le pays non en guerre le plus violent du monde et le taux d'homicide à Rio est sept fois plus élevé que dans le reste du pays. Ces chiffres sont clairement influencés par la violence dans les favelas, qui touche majoritairement les jeunes hommes noirs et pauvres. La police est aussi accusée de discrimination et de violence arbitraire. Il est important de noter qu'entre 1964 et 1985, au Brésil, le régime politique est une dictature civile-militaire. Depuis cette époque, la police est militaire dans le pays²².

En 2008 commence le programme de pacification des favelas de Rio. Des UPP « Unidades de Polícia Pacificadora » ou unités de police pacificatrice sont formées et ont pour but de désarmer des trafiquants de drogue. Vingt-six bases d'UPP sont installées, notamment dans les favelas de la zone sud de la ville. Ce programme de pacification est assez populaire chez les cariocas et les habitants des favelas²³. Le défi de ce programme est de montrer à la population que la police est leur alliée, mais cela est compliqué car la police a été violente durant des décennies²⁴.

Avec les UPP, on assiste à une fuite progressive des trafiquants de drogues hors des favelas pacifiées, à une diminution des armes et à une chute de 65 % du taux d'homicides. Ils tentent de devenir une police de proximité et de se faire accepter par des habitants traumatisés par les violences policières passées²⁵.

¹⁹DE ALMEIDA ABREU, LE CLERRE, « Reconstruire une histoire oubliée. Origine et expansion des favelas de Rio de Janeiro », pp. 52-53.

²⁰<http://www.library.brown.edu>.

²¹Ibid.

²²Ibid.

²³Ibid.

²⁴<http://www.library.brown.edu>.

²⁵RAYES, « A Rio, les résultats très incertains de la pacification des favelas ».

Cependant, le bilan de ce programme de pacification n'est pas que positif. Les agents des UPP sont accusés aussi de violences. Amnesty International les a notamment dénoncées²⁶. Depuis 2014, on assiste à une nouvelle augmentation des affrontements entre trafiquants et policiers qui deviennent parfois brutaux. Le nombre de morts causées par la police est aussi en augmentation²⁷.

Le programme de pacification ne comporte pas uniquement un volet sécuritaire mais aussi un volet social, notamment au sujet de l'accès aux soins médicaux. Le projet est de rendre les soins accessibles à tous les habitants de Rio, vivant dans des favelas ou non.

Nous allons présenter brièvement les deux favelas dans lesquelles nous avons effectué notre mois de stage. La favela de Rocinha est la plus grande favela d'Amérique du Sud avec plus de 70'000 habitants. Elle se trouve juste à côté du quartier chic de São Conrado. La différence est donc d'autant plus choquante quand on y rentre. Il y a trois cliniques différentes dans ce bidonville. La clinique Maria do Socorro se trouve relativement bas dans la favela et donc les zones où habitent les patients qui la fréquentent ne sont pas les plus pauvres. Dans les favelas, bien que tous les habitants aient peu de moyens financiers, il y a quand même différents niveaux de pauvreté, comme nous avons pu le constater au cours des visites à domicile. En règle générale, plus on se trouve bas dans la favela et donc proche du reste de la ville, meilleures sont les conditions. Les personnes les plus pauvres vivent au sommet de la favela, dans des zones difficiles d'accès. Ils peuvent donc plus difficilement aller dans le reste de la ville pour travailler, étudier ou se faire soigner. Rocinha s'est fait pacifier en 2011, ce qui a fortement diminué les violences. Cependant, il y a toujours un risque à cause du trafic de drogues qui n'a pas totalement disparu.

La favela de Santa Marta est beaucoup plus petite que Rocinha. Elle se trouve à Botafogo, un quartier aisé de la zone Sud. Elle est extrêmement en pente, si bien que très vite il n'y a plus que des escaliers. Les motos, moyen de transport le plus courant dans les favelas, et les voitures ne peuvent pas accéder aux hauteurs du bidonville. Depuis neuf ans, un funiculaire a été installé pour monter à différents niveaux. Cela a facilité grandement les déplacements des habitants du haut de la favela. Mais cette infrastructure ne fonctionne pas tous les jours. Les habitants sont donc confrontés à des difficultés physiques pour avoir accès aux soins. Santa Marta est connue pour avoir été la première favela pacifiée de Rio de Janeiro. Sa pacification a eu lieu en 2008 et fut relativement facile, du fait qu'il n'y a qu'un seul chemin pour entrer dans ce quartier. Les UPP n'ont qu'à se poster sur ce chemin pour surveiller qui entre et sort de la favela. Il n'y a pratiquement plus de violence, même si le risque zéro n'existe pas.

²⁶Ibid.

²⁷HAQUET, « Avant les JO de Rio, les favelas, sang dessus dessous ».

Systeme de sante

1. Systeme de sante brésilien

L'accès à la santé pour tous au Brésil, qui est un droit fondamental et constitutionnel, est mis en œuvre aussi bien par un système de santé public – à savoir l'Etat – que par des institutions privées.

Le système de santé public, nommé *Sistema Unico de Saude (SUS)* (système unique de santé) est le système actuellement présent au Brésil. Globalement, il garantit à tous les citoyens brésiliens et étrangers résidant ou se trouvant au Brésil un accès universel et gratuit aux soins de santé primaire. Avant l'avènement du SUS toutefois, les pratiques étaient disparates dans le pays. Un bref rappel de quelques étapes importantes s'impose²⁸.

Suite à l'époque de la colonisation, lors de laquelle la population se penchait plutôt sur des méthodes naturelles (plantes et guérisseurs), une première ébauche d'accès aux soins a été envisagée pour les employés et leurs familles, les Caisses de Pension et de Retraite, sans toutefois aucune aide de la part de l'Etat dans un premier temps. Seuls les employés de l'Etat avaient alors accès aux soins, épargnant les personnes ne travaillant pas ainsi que les travailleurs en dehors des villes. Peu à peu, l'Etat commença à contribuer financièrement aux caisses de pension. En 1964, la fusion des différentes Caisses de Pension et de Retraite donna lieu à l'Institut National de Protection Sociale (INPS), auquel les travailleurs urbains puis ruraux étaient directement affiliés²⁹.

Ce système marque les prémises du système de santé publique au Brésil. En parallèle se développe le secteur privé, auquel seuls les brésiliens issus de la classe sociale haute bénéficient. Globalement, avant l'avènement de la réforme du système de santé, le secteur public n'était ouvert qu'aux travailleurs formels, les travailleurs informels (travaillant au noir) ainsi que les personnes au chômage n'y ayant pas accès³⁰.

La politique de santé nationale trouve son fondement dans la Constitution fédérale de 1988, qui établit les principes et directives du Système Unifié de Santé. Ce dernier (qui au passage est placé sous la tutelle du ministère de la Santé) établit, tel que nous l'avons mentionné ci-dessus, comme principe fondamental l'accès gratuit et universel aux services publics de santé dans les hôpitaux publics ou privés dans certains cas. L'impact de ce changement est important : le nombre de brésiliens accédant à la santé gratuitement augmente exponentiellement ; d'autre part, ce changement implique une unification d'un système autrefois sous le contrôle de divers ministères de santé. Enfin, ce changement implique une décentralisation des services de santé ainsi que leur organisation au niveau des Etats et des municipalités. L'Etat assure, grâce aux impôts des citoyens brésiliens, le financement du SUS. Cependant, les coûts liés à la santé sont croissants et le budget alloué par l'Etat n'est pas suffisant. Le manque de ressources financières est l'un des principaux défis auxquels le SUS est confronté.

En outre, on mentionnera : les temps d'attente qui sont extrêmement longs (en particulier dans les services d'urgence hospitaliers) en comparaison avec le secteur privé, ainsi que la

– ²⁸ Pour toute la partie qui suit, les deux liens suivants ont servi de supports principaux : http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php ; <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/fr/index1.html>. Voir aussi : <http://www.historiadobrasil.net/>.

²⁹<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01144177/document>, p. 59 ss.

³⁰http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_bresil.html.

corruption. Malgré ces imperfections, il faut garder à l'esprit que le SUS aura permis à des millions de citoyens défavorisés un accès aux soins.

En parallèle au SUS a évolué au fil des années un système privé de soins. Celui-ci est payant, et seuls les Brésiliens issus des classes sociales plus élevées peuvent en contracter une assurance. La prise en charge des soins concernés par ce système peuvent prendre diverses formes, impliquant notamment des médecines de groupe offrant des plans de santé, des assurances privées établissant directement leurs conditions, etc. A l'heure actuelle, une nette majorité des Brésiliens compte sur le SUS pour se soigner. Seule une petite proportion serait donc au bénéfice d'une assurance privée. Toute la contradiction du système, fortement critiqué par une partie de la population, réside dans le fait qu'en dépit de cette augmentation des coûts de la santé – et du PIB trop faiblement alloué au secteur de la santé – le secteur privé qui exige des sommes astronomiques pour être au bénéfice de soins, est lui florissant³¹.

Mentionnons au passage que les Brésiliens qui exercent une activité professionnelle sont couverts par le régime de prévoyance sociale, dont les prestations sont servies par le *Instituto Nacional do Seguro Social* (INSS).

Les principes mis en avant par le SUS, tels que l'équité, l'universalité et la régionalisation des soins, ont été réaffirmés à l'occasion de la mise sur pied du *Programa Saude da Familia* (PSF) créé en 1994 par le Ministère de la Santé. En 2006, le PSF est renommé *Estrategia Saude da Familia* (ESF), et a la responsabilité supplémentaire de consolider les soins de santé primaire. Ce modèle de soins sera incorporé aux municipalités du pays et gagnera ainsi en importance. Sa place aujourd'hui dans le système de santé brésilien est primordiale³².

L'un des points essentiels de l'ESF est l'établissement d'une équipe pluridisciplinaire, appelée *Unidade de Saude da Familia* (USF), composée au minimum d'un médecin de famille, d'une infirmière ainsi que de plusieurs agents communautaires de santé. Chaque équipe doit être responsable de 4000 patients tout au plus. Il existe dans tout le pays environ 30'000 équipes de santé de type USF. Les USF ont fortement contribué à améliorer les conditions de vie des populations défavorisées au Brésil. Chaque USF se voit attribuer la tâche de suivre toute la population d'une région géographique donnée, tant pour promouvoir leur santé que pour se consacrer à des actions de prévention à leur égard, ou encore les aider à se réhabiliter. Les professionnels de la santé de chaque USF ont une fonction double : oeuvrer pour le bien de chaque communauté à laquelle ils sont attirés, mais aussi jongler entre les différents autres secteurs, en particulier quand il en va de la promotion de la santé. Concrètement, le SUS vise à garantir, par le biais de l'implantation de ces USF partout dans le pays, ce qu'on appelle dans le jargon l'*Atenção primária à Saúde* (APS) (les soins de santé primaires). La notion de soins de santé primaire ne trouve pas de définition uniforme. En effet, elle varie en fonction de si l'on se trouve dans un pays à haut ou moyen revenu, dans quel cas il faut comprendre le premier niveau de soins qu'un patient reçoit. Si au contraire, il s'agit d'un pays à bas revenus ou pays dans lequel l'accès aux soins est encore délicat, on considère le concept d'accès aux soins davantage comme une stratégie applicable à l'échelle du système³³.

Les revues scientifiques en portugais parlent spécifiquement de la spécialisation de *Medicina da Familia e Comunidade* (médecine de famille et communautaire). Il faut comprendre cette spécialisation comme étant celle qui s'intéresse au patient dans sa globalité, c'est-à-dire en

– ³¹<http://www.autresbresils.net/Le-Systeme-Unique-de-Sante-et-l-inegalite-au-Bresil>.

³²http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.

³³Ibid.

prenant également en compte sa famille et son environnement. Nous avons pu constater que les visites à domiciles, qui représentent l'une des activités maitresses du *médico da familia*, permettent d'illustrer la pluridisciplinarité du métier. Le médecin de famille est donc le confident, le défenseur et l'accompagnateur du patient.

2. Médecine de famille à Rio de Janeiro

Dans les années 1990 et 2000, le système public de santé (et de la médecine de premier recours en particulier) bat de l'aile. Le financement public attribué à la ville de Rio est à la limite minimale de ce qui est établi dans la constitution. Rio est ainsi la capitale recevant le moins de financement public de tout le pays, alors qu'elle en est la deuxième ville la plus importante. Les équipes de médecine de famille couvrent seulement 3.5 % de la population, alors que dans des villes comme Sao Paulo ou Belo Horizonte, la couverture est de 26.6 % et 71.5 % respectivement. Les hopitaux reçoivent trop d'argent (83 % des ressources) comparé aux soins ambulatoires. En parallèle, le système de santé privé connaît un essor historique. Ainsi, les inégalités se creusent et les populations défavorisées sont les premières à en pâtir³⁴.

Une réforme de santé est alors organisée en 2008 afin de rétablir un équilibre. Tout le système est repensé et de nombreux pays ou autres états du Brésil sont étudiés et pris en exemples afin de recréer un système efficace. Le choix se porte sur le système de Primary Health Care (*Atenção Primaria à Saude*), système existant déjà dans d'autres villes du Brésil et ayant fait ses preuves. Le système est fondé sur des principes forts: donner la priorité aux quartiers défavorisés, créer un partenariat avec les individus, les familles et les leaders de communauté, réduire les inégalités sociales de santé. Le but est également de réduire les soins hospitaliers en prenant davantage en charge des pathologies en ambulatoire et en diagnostiquant plus tôt les maladies. Le système biomédical centré sur les soins hospitaliers est combattu au profit d'un système centré davantage sur l'individu, la famille et la communauté.

Comme nous l'ont expliqué les médecins, les cliniques ont pour objectif de mieux former leurs employés et d'encourager leurs étudiants à devenir médecins de famille. La spécialisation est rendue plus attractive financièrement et des programmes d'internats sont ouverts dans les cliniques. Les médecins eux-mêmes sont davantage sélectionnés sur leurs qualifications et leur motivation. On attend d'eux qu'ils prennent position pour leur communauté et défendent le statut de travail de médecin de famille.

Les progrès sont impressionnants : de 3.5 % en 2009, la couverture passe à plus de 50 % en 2015 et 70 % en 2016. C'est ainsi plus de 3 millions de gens qui sont pris en charge, contre 234'000 en 2009. La mortalité et les morbidités diminuent fortement.

En théorie très bien pensé, le système reste, comme tout système, difficile à mettre en pratique de manière parfaite. Il n'est pas encore financé par l'état de manière suffisante, engendrant de longues files d'attentes et un matériel manquant. De plus, les soins spécialisés n'ont pas augmenté en parallèle de la médecine de famille. Le système privé reste ainsi avantageux pour qui peut se l'offrir.

– ³⁴HOWE, PADULA ANDERSON, MENDES RIBEIRO, FELIPE PINTO , « 450th anniversary of the city of Rio de Janeiro : Primary Health Care reform ».

3. Distribution des cliniques publiques à Rio de Janeiro

Rio est divisé en 160 quartiers. Dans un but de meilleure organisation logistique, ceux-ci sont organisés en 10 Planning Areas (APs) regroupant chacune plusieurs quartiers. On a ainsi la région 1.0 du centre ville, la région 2.1 de la zone sud, etc. Chaque AP reçoit un financement et le gère de manière indépendante. Cela permet d'augmenter la transparence du système. En 2008, on comptait 163 équipes dont 68 seulement avec médecins. En 2013 le nombre d'équipes s'élevait à 813 pour finalement atteindre 860 en 2016. Les procédures pratiquées en ambulatoire en 2016 avait augmenté de plus de 535 % comparé à 2008. Il faut noter qu'aujourd'hui encore, il existe des équipes de médecine de famille sans médecin. Cela est tout de même moins fréquent dans une ville comme Rio que dans les régions rurales et recevant moins de financement³⁵.

Cliniques dans les favelas

1. Organisation générale des cliniques

Les deux cliniques où nous avons pu faire notre stage ont une organisation quasiment identique. Elles sont divisées en équipes, chaque équipe s'occupant des habitants d'une zone géographique précise. Ces équipes sont composées de médecins précepteurs, de médecins en formation, d'infirmiers et d'agents communautaires. Ces derniers doivent habiter dans la zone géographique concernée.

La clinique Maria do Socorro à Rocinha compte onze équipes. Le territoire qu'elle occupe est entièrement dans la favela. C'est une très grande clinique avec des salles de consultation pour les onze équipes, des salles de soin pour la petite chirurgie ou les pansements, une salle pour les soins dentaires, une salle pour la vaccination, ainsi que des salles pour les réunions, des thérapies de groupe, etc.

Au dessus de la clinique se trouve un CAPS, *centro di atenção psicossocial* ou centre d'accueil psychosocial. Il s'agit d'une clinique de jour pour des patients souffrant de maladies psychiatriques. Nous n'avons pas assisté aux consultations ou aux thérapies qui avaient lieu dans ce centre.

La clinique de Santa Marta est beaucoup plus petite. Elle ne compte que trois équipes. La population qui la fréquente est beaucoup plus hétérogène : des habitants de la favela de Santa Marta et des habitants du quartier aisé de Botafogo. Nous avons pu nous rendre lors des visites à domicile dans des maisons totalement différentes, des beaux appartements dans de grands immeubles gardés par des portiers à la plus modeste maison au sommet de la favela. Cependant, il faut noter que les patients vivant à Botafogo et faisant appel à la clinique publique sont la plupart dans une situation financière difficile, car sinon ils iraient dans le système privé. Mais les différences de conditions de vie entre les personnes même modestes vivant à Botafogo et les habitants de la favela sont immenses.

³⁵ SORANZ, FELIPE PINTO, OLIVIEIRA PENNA, « Themes and reform of Primary Health Care (RCAPS) in the city of Rio de Janeiro ».

Au niveau des infrastructures, la clinique de Santa Marta est plus petite que celle de Maria do Socorro. Il y a moins de salles et l'espace dans les couloirs et la salle d'attente est plus petit. Cependant, nous avons trouvé les salles de consultation plus agréables, car elles avaient une fenêtre et elles étaient spacieuses, ce qui n'était pas le cas dans la clinique de Rocinha.

Selon nous, la prise en charge des patients est similaire dans les deux cliniques. Les quelques différences qu'il y a pu avoir tiennent plutôt du fait que les médecins sont à chaque fois différents. Pour la suite de notre rapport, nos observations et analyses seront valables pour les deux cliniques.

2. Consultations des médecins à la clinique

Chaque équipe est dirigée par un médecin et comporte un ou plusieurs internes. Les patients sont donc suivis par le même petit groupe de soignants, qu'ils apprennent à connaître au fil des consultations. Cela est essentiel pour établir un relation de confiance et diminuer la barrière entre les habitants de la favela et les médecins qui viennent généralement de classe moyenne ou aisée. Nous avons trouvé que les relations médecins-patients étaient très chaleureuses. Il n'est pas rare que le médecin fasse la bise à ses patients ou soit tactile avec eux. Nous pensons que cette relation privilégiée contribue à la compliance des patients dans leur traitement et les pousse à revenir consulter sans appréhension.

Il y a deux manières de planifier une consultation : le patient peut entrer le jour même (walk-in clinic) et aller s'annoncer à l'accueil de son équipe. Un rendez-vous lui est alors attribué au plus vite dans la journée et il attendra d'être appelé dans la salle d'attente. Ce rendez-vous est inscrit sur le système informatique que le médecin consulte tout au long de la journée depuis sa salle de consultation. Le fait de ne pas avoir à prendre de rendez-vous à l'avance aide énormément à rendre accessible la médecine de premier recours aux habitants. Ceux-ci viennent parfois de l'autre bout de la favela et ne pourraient pas ou ne seraient pas enclins à faire ce long trajet dans le seul but de prendre un rendez-vous. Il faut noter que la clinique ne prend pas de rendez-vous par téléphone. Nous avons cependant remarqué que ce système ne marche pas tout le temps. Les plannings de la journée ne sont pas toujours faits de manière optimale et il arrive que le rendez-vous d'un patient arrivé dans la journée ne soit pas noté sur le programme du médecin. Les patients attendent souvent de longues heures avant d'être vus par leur médecin. Ces désagréments peuvent engendrer de fortes tensions entre médecins et patients, voire amener à des agressions physiques comme nous l'a raconté un étudiant de la clinique. Des consultations peuvent tout de même être fixées à l'avance. Cela arrive par exemple lorsque le patient doit voir un spécialiste.

Nous avons été étonnées par la variété de pathologies que le médecin de famille prend en charge. Son but est de traiter un maximum de cas sans avoir à rediriger le patient vers un spécialiste ou l'hôpital. Cela résulterait en une moins bonne compliance ainsi que des coûts élevés. Le fait que le patient peut en grande partie être traité à côté de chez lui rend les soins plus accessibles à ce genre de populations. Ainsi, 80% des patients sont traités en ambulatoire dans la clinique. Le médecin de premier recours possède de nombreuses compétences que les généralistes suisses n'ont souvent plus. Nous avons par exemple vu plusieurs consultations gynécologiques et obstétriques avec examen physique.

Une patiente s'est présentée un matin avec une échographie qu'elle avait faite dans un autre centre. L'imagerie était totalement normale, mais dans le rapport il y avait noté que son stérilet,

posé quelques semaines plus tôt à la clinique de Maria di Socco, était positionné très bas dans l'utérus. La jeune femme était très inquiète et voulait être sûre que l'effet contraceptif du dispositif intra-utérin était assuré. Le médecin s'est d'abord assuré que le stérilet ne gênait pas la patiente dans sa vie de tous les jours. La jeune femme a expliqué qu'elle ne le sentait absolument pas et que son inquiétude venait juste du rapport de l'échographie. Le médecin de famille a effectué un examen gynécologique complet en s'assurant que le stérilet ne dépassait pas du col de l'utérus. Le dispositif intra-utérin était bien placé et donc totalement efficace. La patiente a pu repartir rassurée. En Suisse, ce genre de consultation est mené par des gynécologues. Le fait qu'un médecin de famille dans une clinique proche de chez soi puisse le faire facilite grandement l'accès aux soins et dans ce cas à la contraception.

Les suivis pré-nataux de femmes enceintes sont également très fréquents car les grossesses sont nombreuses. Le médecin réalise les tests de dépistage des maladies sexuellement transmissibles ou transmissibles au fœtus. Il prend une anamnèse détaillée de la patiente et du contexte familial et suit l'évolution du fœtus. Il effectuera également le suivi une fois l'enfant né, puis continuera à le voir lors de consultations pédiatriques. Comme le disent les médecins, la clinique prend en charge les individus de leur berceau jusqu'à leur mort. Ainsi, tant que la pathologie ne requiert pas de spécialiste à tout prix, c'est le médecin de famille qui s'en occupera.

A titre d'exemple, nous pouvons citer la consultation d'une mère de quinze ans et de son bébé de six mois. Les mères adolescentes dans la favela sont fréquentes. D'une part, parce que la contraception est souvent négligée, bien qu'elle soit libre d'accès et gratuite dans les cliniques, notamment avec les distributeurs de préservatifs dans les couloirs. D'autre part, comme nous l'a expliqué une jeune médecin, car les jeunes filles n'ont souvent pas d'autres projets, ou d'autres possibilités de vie, que de devenir mères. Une grossesse à un très jeune âge n'est donc pas forcément une mauvaise nouvelle pour elles. Il faut aussi noter que l'avortement n'est pas légal, sauf dans quelques cas extrêmes.

Cette jeune maman venait donc pour faire un contrôle pour son enfant. Le médecin posa des questions sur son alimentation, son sommeil, etc. Il fit un examen de routine. Le petit garçon allait parfaitement bien, mis à part une mycose dans le dos pour laquelle il lui prescrivit une pommade antifongique. Le médecin s'intéressa ensuite à la maman en lui demandant comment elle s'était remise de son accouchement et si elle avait recommencé une contraception. La jeune femme n'en avait jamais prise. Le médecin lui expliqua donc le principe de la pilule et lui fit une ordonnance. Elle devra revenir une prochaine fois pour mieux discuter de contraception et choisir vraiment une solution qui lui convienne. Lors de cette consultation, nous avons pu observer ce qu'était la médecine de famille au sens premier du terme. Le fait que ce soit le même médecin qui ait le rôle de pédiatre et de gynécologue permet une prise en charge globale de la famille. Ainsi, on n'attend pas que la mère consulte pour elle pour lui parler de contraception. La prise en charge est plus facile et plus rapide.

Il nous est arrivé de voir des consultations psychiatriques avec des patients pouvant souffrir de schizophrénie, trouble bipolaire ou encore de dépression. Une consultation à laquelle nous étions présentes avait pour but d'aider une patiente atteinte de dépression, ayant commis une tentative de suicide. Les causes de ce mal-être n'étaient pas claires, mais un des facteurs aggravants est la mauvaise relation qu'elle avait avec sa mère depuis qu'elle lui avait annoncé son homosexualité. Après sa tentative de suicide, le médecin de famille l'a vue tous les jours pendant plusieurs semaines. Puis, petit à petit, il a espacé les consultations. Au moment où nous avons vu cette consultation, ils avaient un rythme d'une consultation tous les cinq jours. Le médecin laissait au maximum parler la patiente. On sentait qu'il y avait une véritable relation

de confiance entre les deux. A la fin de la consultation, le médecin lui a redonné la date de leur prochaine entrevue dans le but qu'elle ne se sente pas délaissée. Il lui a aussi donné des sortes de devoirs. La patiente doit tenir un journal avec la description de son état d'esprit et de ses émotions du jour. Cette consultation nous a particulièrement touchée, d'une part à cause de l'histoire de cette jeune femme mais aussi à cause de la prise en charge mise en place par le médecin. Il est très présent pour sa patiente et prend beaucoup de temps pour elle. Le fait qu'elle puisse bénéficier d'une telle prise en charge à deux pas de chez elle avec un médecin qu'elle connaissait déjà avant a dû être la meilleure des solutions pour sa dépression.

Dans la clinique de Rocinha, certains docteurs sont formés à l'acupuncture. Ils utilisent cette technique pour aider les patients avec des douleurs musculaires ou nerveuses chroniques. C'est une pratique fréquente de la clinique et nous avons même pu apprendre à insérer les aiguilles sur le dos d'un patient. Le soin est pris en charge gratuitement, car il fait partie des pratiques de la clinique. Or, la clinique de Santa Marta ne dispose pas de médecins formés à l'acupuncture et n'offre donc pas ce service. Un patient de Santa Marta ayant besoin d'acupuncture devra la payer dans un cabinet privé car il peut uniquement se faire soigner gratuitement dans la clinique où il est enregistré. Il existe donc des inégalités des soins offerts aux patients en fonction des compétences des médecins de la clinique à laquelle ils sont affiliés. Cela est un simple exemple parmi probablement de nombreux autres.

3. Infirmières

Les infirmières font à la fois des consultations dans la clinique et des consultations à domicile. A la clinique, quand un patient se présente à l'accueil, on va soit l'envoyer chez le médecin soit l'envoyer chez l'infirmière en fonction de sa plainte. Les infirmières s'occupent des plaintes aiguës où le diagnostic paraît simple à poser. En cas de doute, elles font appel au médecin de leur équipe.

Nous avons pu assister à une consultation menée par une infirmière, où le patient, un petit garçon de 6 ans, se plaignait d'une douleur abdominale. Il avait eu des diarrhées et de la fièvre dans la journée. L'examen de l'abdomen paraissait normal, mis à part une douleur au niveau de l'hypochondre gauche. L'infirmière effectua plusieurs fois le test de Mac Burney pour exclure une appendicite. Il était à chaque fois négatif. L'enfant n'avait vraiment pas l'air bien, il pleurait et gesticulait sur la table d'examen. L'infirmière, voulant être sûre de ne pas passer à côté de quelque chose de grave, appela le médecin. Il refit un examen de l'abdomen, une nouvelle fois normal. Il expliqua alors à la mère que si la douleur devenait encore plus importante ou si son enfant se mettait à vomir, il fallait venir tout de suite consulter. Cette exemple de consultation montre la coopération entre médecin et infirmière. Les infirmières font seules les consultations et en cas de doute elles demandent de l'aide.

Les infirmières font aussi des contrôles, notamment pour les femmes enceintes ou pour les patients souffrant d'hypertension. Pour ces deux types de patients, on organise des consultations en alternance, une fois chez le médecin, une fois chez l'infirmière.

Les infirmières peuvent faire elles-mêmes des ordonnances pour certains médicaments, comme les contraceptifs, les antibiotiques contre la syphilis, les antifongiques pour les candidoses vaginales par exemple. Elles peuvent aussi renouveler les ordonnances pour les anti-hypertenseurs à condition de ne rien changer à la prescription du médecin.

Lors des visites à domicile, elles font surtout des contrôles : prendre la tension, vérifier que les patients se soient bien fait vacciner, et des soins, comme changer des pansements. Comme les médecins, elles sont toujours accompagnées d'un agent communautaire pour les guider dans les ruelles de la favela.

Le fait que les infirmières puissent voir des patients et prendre des décisions médicales seules permet de rendre la prise en charge plus efficace. Les patients sont triés dès leur arrivée dans la clinique, en fonction de la gravité ou de la complexité de leur plainte et envoyés chez le médecin ou chez l'infirmière. Ainsi, les patients n'attendent pas inutilement que le médecin puisse les recevoir si le motif de consultation laisse penser qu'une infirmière puisse s'en occuper. En réduisant le temps d'attente, on rend la clinique plus agréable à utiliser et cela évite que des patients renoncent aux soins par manque de temps.

De plus, les infirmières, comme les médecins, paraissent très proches de leurs patients. Elles les connaissent bien, ainsi que leur famille ou leurs voisins, grâce aux systèmes des équipes.

Les infirmières, comme les médecins, sont extérieures à la communauté, c'est-à-dire qu'elles n'habitent pas dans la favela ou le quartier dont la clinique s'occupe. Elles dépendent aussi d'une équipe s'occupant d'une zone géographique précise. Celles que nous avons rencontrées étaient toujours des jeunes femmes. La communication était plus difficile qu'avec les médecins car, le plus souvent, elles ne parlaient pas anglais.

La proximité que les infirmières ont réussi à créer avec les patients rend ces derniers plus à l'aise lors des consultations. Les infirmières ont donc un rôle très important dans le fonctionnement des cliniques. Elles participent grandement à rendre les soins accessibles pour tous.

4. Agents communautaires

Les agents communautaires sont des habitants du quartier où la clinique se trouve. Leur rôle est de faire le lien entre les patients et les soignants. Cela est d'autant plus important dans les favelas, où les personnes extérieures à la communauté peuvent être mal accueillies. Nous allons examiner quelles sont leurs missions au sein de la clinique.

Tout d'abord, ils accompagnent les médecins et les infirmières lors des visites à domicile. S'orienter dans une favela est pratiquement impossible pour les gens qui n'y vivent pas. C'est un véritable labyrinthe fait d'escaliers, de passages dans des maisons et de ruelles très étroites. Les agents communautaires guident les soignants jusqu'aux domiciles des patients. Ils assurent aussi leur sécurité en évitant les zones où il y a un danger. Parfois, ils décident même d'annuler les visites à domicile quand ils estiment qu'il y a un risque pour les soignants de marcher dans certaines zones de la favela, par exemple, s'ils ont entendu parler d'un règlement de compte. Les agents sont au courant de pratiquement tout ce qu'il se passe car ils vivent dans la favela et qu'ils sont en permanence en contact avec les autres habitants. Les médecins et les infirmières peuvent parfois être perçus comme des intrus dans la favela et du coup mal se faire recevoir. En se déplaçant avec les agents communautaires, ils sont mieux acceptés par la population.

Dans la clinique, les agents communautaires sont à l'accueil. Chaque équipe a son guichet avec un agent pour accueillir les patients. Ils fixent les rendez-vous, appellent les patients pour leur donner les résultats de leur examen ou pour leur rappeler qu'ils doivent revenir à la clinique

pour une nouvelle consultation. Par exemple, quand un patient fait un examen sanguin à la clinique, les résultats vont être analysés et envoyés au médecin. Il va noter les résultats dans le dossier et informer un agent communautaire de la marche à suivre. Si le résultat est normal, l'agent va appeler le patient pour lui dire que tout va bien et qu'il n'a pas besoin de venir chercher les résultats à la clinique. Si le résultat est mauvais, il va en informer le patient par téléphone et lui dire de venir consulter pour que le médecin lui explique la prise en charge.

Les agents communautaires font aussi des visites à domicile seuls. Au cours de ces visites, ils font de la prévention, en disant par exemple aux gens de se vacciner contre la grippe. Ils sont très bien formés et savent expliquer en détail ce qu'est un vaccin ou quels sont les symptômes d'une maladie donnée. Avec un langage simple et facilement compréhensible des patients et par le fait qu'ils appartiennent à la même communauté, leur discours touche les patients. Ils ont un rôle primordial dans l'éducation médicale.

Les agents communautaires vont voir des personnes âgées et isolées pour s'assurer que tout va bien et pour leur demander s'ils ont besoin d'une visite du médecin à domicile. Nous avons rendu deux fois visite à la même patiente avec une agente communautaire. Il s'agit d'une femme d'environ 80 ans qui vit seule dans son minuscule appartement au centre de Rocinha. Elle souffre de problèmes cardiaques et respiratoires. Chaque jour, une agente communautaire vient la voir pour lui administrer un bronchodilatateur, du salbutamol en spray. Elle lui sert aussi de l'eau dans un verre qu'elle pose près de son lit et nettoie son pot de chambre. Les agents communautaires ont donc des rôles d'auxiliaire de vie ou d'aide soignant. Au Brésil, très peu de personnes âgées vont dans des maisons de retraite. Cela coûte très cher, beaucoup trop pour les habitants d'une favela, et il y a peu de places. Le plus souvent, les personnes âgées ou les personnes handicapées vivent chez leur famille. Mais quand ils n'en ont pas ou quand ils n'ont plus de lien avec eux, ils restent seuls chez eux sans aide. Avant que les cliniques s'installent et que les agents communautaires fassent leurs visites quasi-quotidiennes, ces personnes, comme la patiente dont nous venons de parler, mourraient.

Les agents communautaires sont selon nous une excellente réponse au problème d'accessibilité des soins dans les favelas. Le fait qu'ils fassent partie de la communauté et que les patients les connaissent dans un autre cadre que celui de la clinique permet de les mettre en . Quand ils arrivent dans la clinique, les premiers visages qu'ils voient leur sont familiers. Pour les visites à domicile, ce sont les agents qui frappent à la porte ou qui appellent les patients. Ils font le pont entre les habitants de la favela et les soignants.

Les agents communautaires montrent aussi qu'on peut venir d'une favela et avoir un poste important, utile pour sa communauté. Cela montre que les habitants peuvent jouer un rôle dans le projet d'un accès aux soins pour tous.

5. Visites à domicile

Si nous devons choisir l'activité de notre stage qui nous a le plus marquée, les visites à domicile seraient probablement gagnantes unanimement. Et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, parce que cette expérience unique nous a permis de pénétrer dans une réalité que nous n'aurions jamais connue en dehors de ce cadre. Ensuite, car les consultations à domicile permettent réellement de se faire une meilleure idée de l'univers dans lequel le patient évolue, de son quotidien.

Plus concrètement, les consultations à domicile s'organisent de la manière suivante : le médecin s'entoure d'une équipe dont la constitution peut varier. On trouve néanmoins toujours : un voire plusieurs agents communautaires, ainsi qu'un jeune médecin en formation. Il s'agit le plus souvent de l'interne que le médecin prend sous son aile. L'équipe se complète aussi parfois d'une infirmière, même si celle-ci se rend plutôt de son côté chez les patients, sans accompagner le médecin. Durant notre mois de stage, lorsque nous avons la chance de participer aux home visites, nous accompagnions donc cette petite équipe. Nous n'étions pas attribué à un médecin particulier. Au contraire, nous pouvions accompagner n'importe quel médecin de la clinique qui nous proposait. La question de savoir si nous en accompagnions un plutôt qu'un autre dépendait des emplois du temps de chaque médecin : chaque médecin avait son agenda propre, et ils n'effectuaient pas tous les visites à domicile les mêmes jours. Par exemple, alors que l'un se rendait à domicile les mardis et jeudis, un autre effectuait cette tâche les lundis et vendredis. Le fait que nous aillions une liberté de choisir le médecin que nous voulions accompagner nous laissait donc la possibilité d'observer les consultations à domicile plusieurs fois par semaine.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les agents communautaires dont le rôle d'intermédiaire entre le médecin et les habitants de la favela est primordial, accompagnent de ce fait systématiquement un médecin en consultation à domicile. Sans ces acteurs, les visites chez les patients ne sont pas envisageables. On observera une gradation entre ces trois acteurs : l'agent communautaire est connu de toute la région à laquelle le médecin est attribué, au sein de la favela. Il s'arrête dans la rue et discute avec les passants sur le chemin de la consultation. Alors que ces arrêts répétés paraissaient de prime abord plutôt futiles, en se penchant de plus près sur la conversation, l'on remarque que bien au contraire, ce brin de conversation est essentiel : sont abordées les questions de la prise régulière de ses médicaments par le patient, de comment il se sent ces temps, de comment sa famille va, etc. Il est arrivé à plusieurs reprises que des connaissances des agents communautaires nous offrent le café dans la rue, sans pour autant qu'il y ait de consultation associée. Aussi, dès qu'un médecin croise l'un de ses patients, il s'arrête et prend de ses nouvelles. La relation privilégiée qu'entretiennent le médecin et son patient se ressent dès les premiers instants, lors de leurs salutations chaleureuses.

Nous continuons notre chemin en bifurquant dans les ruelles accidentées. Les sols sont parfois remplis d'obstacles, il faut être attentif à sa trajectoire ! Guidés par les agents communautaires, nous arrivons dans l'habitation. Les habitants de la favela nous ont toujours bien accueilli et cela n'a jamais posé problème que nous participions à la consultation. Nous pénétrons chez le patient, et là, la consultation peut commencer. De tous les cas que nous avons pu observer, la durée de la consultation est extrêmement variable : elle peut aller de vingt minutes à 1h30. Il y a deux scénarios envisageables à chaque fois : soit le patient est déjà connu du médecin, ce qui rend la prise en charge plus aisée, soit le médecin le voit pour la première fois. Dans ce cas, la consultation est plus longue, le médecin devant prendre le temps de comprendre son patient. La consultation est structurée le plus souvent selon le format classique anamnèse et examen physique. Néanmoins, des fois il prend la tournure davantage d'une discussion, où le médecin s'assure que le patient prend correctement ses médicaments, ou encore apprend à le connaître.

Les cas abordés sont très divers, et nous permettent d'apprécier toute la palette de pathologies et situations auxquelles un médecin de premier recours est potentiellement confronté dans une clinique de médecine de famille d'une favela. Illustrons-le par quelques exemples.

Cas 1

Le premier cas que nous voudrions partager concerne un patient de 63 ans de la favela de Rocinha, qui a contracté il y a quelques mois la tuberculose. Nous avons trouvé cette problématique particulièrement intéressante car elle illustre les répercussions potentielles d'un manque de compliance de la part du patient d'une part, et parce que c'est le patient que nous avons eu l'opportunité de voir à deux reprises pendant les semaines dans la favela de Rocinha d'autre part.

En l'occurrence, le contexte d'alcoolisme dans lequel le patient se trouve rend difficile la prise de ses antibiotiques, suite à quoi il a développé une tuberculose multirésistante à la rifampicine. Les médecins ont donc été obligés de remplacer le traitement habituel par un autre, source de douleurs comme effets secondaires. En parallèle à cette pathologie, le patient souffre d'arthrose et présente de multiples lésions sur les jambes, apparemment provoquées par des chutes lorsque le patient était alcoolisé. Le médecin conclut la consultation en expliquant au patient qu'il reviendra le voir, pour voir si la prescription d'anti-inflammatoires pour calmer les douleurs du Monsieur s'avère judicieuse au vu de sa prise d'antibiotiques. Dans l'intervalle, il doit se consacrer à quelques recherches sur les différentes prises en charge d'une tuberculose multirésistante. Environ une semaine plus tard, nous retournons donc chez ce patient. Les lieux sont déjà familiers, et c'est une expérience agréable que de reconnaître des lieux et des visages. Le médecin conclut, au terme de ses recherches, qu'une prise d'Ibuprofen est recommandée et que les conséquences de l'accumulation de médicaments sur la fonction rénale du patient pèsent moins lourd dans la balance, que le soulagement que pourrait procurer des antidouleurs au patient souffrant.

Cas 2

Un deuxième cas intéressant est celui d'une femme d'une vingtaine d'années, mère de trois enfants âgés de moins d'un an à 8 ans. La cause de la consultation est que la patiente est menacée de se faire retirer le droit de garde pour ses trois enfants par les services sociaux. Ayant beaucoup consommé de crack dans son passé (l'une des drogues les plus consommées par les habitants concernés de la favela), la jeune mère serait encore incapable de s'occuper de ses enfants correctement.

L'habitation de cette femme se trouve en-haut d'un escalier très raide, ce qui est le propre des escaliers dans les favelas de Rio. Alors que ce type de petits détails attirait passablement notre attention au début du stage, nous avons fini par nous habituer à gravir des pentes très inclinées lors de nos visites à domicile. Nous entrons tous dans la petite pièce qui sert de lieu de vie à ces quatre personnes. Le médecin, qui ne connaît pas la patiente, lui pose une série de questions. « Fumez-vous ? » - « Oui. ». « Prenez-vous de la drogue ? » - « Non, je ne prends plus rien depuis 1 an ». Néanmoins, on l'a suspecterait de continuer à se droguer. Elle nous raconte par ailleurs que le père de ses enfants serait parti car incapable d'assumer sa famille, et que jusqu'il y a quelques mois en arrière, elle vivait encore dans la rue. Cette situation est cependant très difficile à juger pour le médecin qui ne connaît encore pas l'univers de cette patiente. C'est pour cette raison que les visites à domicile permettent réellement de comprendre le patient dans sa globalité, au-delà de l'anamnèse et de l'examen physique. Ce cas nous a intéressé pour sa dimension médico-sociale. En effet, nous avons pu nous rendre compte de la misère dans laquelle cette jeune femme vivait avec ses enfants : la cuisine était dans un état déplorable, avec son empilement d'assiettes sales ne paraissant pas avoir bougé depuis plusieurs jours, son 15 mètres carrés faisant office de salle de séjour et de chambre à coucher. Enfin, la salle de bain se

résume à une enclave adjacente à la cuisine, sans porte, dont le lavabo sert davantage d'entrepôt d'habits pour les enfants.

Il est 11h du matin et les enfants ne semblent pas être scolarisés : le benjamin et le cadet sont couchés sur des matelas dépourvus de draps à même le sol, entourés de quelques cafards.

6. Spécialistes

Régulièrement, des médecins spécialistes viennent apporter leur savoir dans les cliniques où nous avons fait notre stage.

A Santa Marta, nous avons pu assister à une après-midi entière de cas de dermatologie. Les cas exigeaient tous l'intervention de la dermatologue, présente une fois par semaine à la clinique. Notamment, une patiente est venue pour une alopecie et parce qu'elle avait également découvert une petite masse inhabituelle dans sa nuque. La dermatologue, suspectant la présence d'un kyste ou d'un lipome, décide alors d'organiser une petite intervention chirurgicale. L'interne procède à toute la préparation (enfilage d'une tenue stérile, stérilisation du plan de travail, anesthésie locale de la patiente, etc.) et, sous l'oeil confiant de la dermatologue, entame l'excision de la peau, à la recherche de la masse. Au bout d'un temps relativement long de vaines recherches, la masse semble bien plus profonde que prévue, la doctoresse et l'interne s'accordent sur le fait qu'il faut procéder à des investigations supplémentaires avant de pouvoir conclure à la présence d'un kyste ou d'un lipome. Il faudra cependant attendre au moins deux semaines afin que les points de suture se referment, au terme desquels une échographie pourra être effectuée pour déterminer plus précisément l'origine de cette masse. Cette consultation était intéressante pour son aspect de micro-chirurgie. Néanmoins, le fait que la masse n'ait pas pu être déterminée au terme d'une intervention aussi longue, ainsi que celui que les examens ultérieurs dépendent de la bonne cicatrisation de cette intervention n'ayant pas abouti, devait être frustrant pour la doctoresse et l'interne.

A la clinique de Maria do Socorro, dans la favela de Rocinha, un ophtalmologue ainsi qu'un pneumologue sont présents chaque semaine. Nous n'avons cependant pas réussi à observer une consultation couvrant leur domaine de compétences. Il nous est donc difficile d'apporter nos témoignages et points de vue sur l'apport de ces spécialités dans les deux cliniques de médecine de famille que nous avons fréquenté.

7. Groupes

De nombreuses séances de groupes existent dans les cliniques afin d'aider les patients souffrant de différentes pathologies: addiction aux drogues, douleurs chroniques, dépendance au tabac,... Nous avons pu assister à une séance de physiothérapie pour patients souffrant de douleurs chroniques. Cela se déroule avec une trentaine de participants inscrits sur une liste dans une des salles de réunion réaménagée. La séance est principalement constituée d'exercices d'assouplissement. Les physiothérapeutes dispensent au long de la séance des conseils pratiques pour soulager la douleur au quotidien. Ils encouragent également les patients à profiter des séances de gym organisées sur les machines de musculation à l'entrée de la favela. Nous avons trouvé qu'il y régnait une atmosphère agréable et joyeuse et que les patients étaient heureux de pouvoir profiter de cette opportunité. Ces séances aident les patients à se sentir entourés et pris en charge dans une douleur qui ne peut pas toujours être soignée par les médecins. Cela leur

offre une alternative aux consultations traditionnelles. Il existe aussi des groupes de soutien pour arrêter le tabac. Ces groupes se réunissent une fois par semaine et comportent des séances avec des psychologues, nutritionnistes, odontologistes.

8. Pharmacie

Il existe dans chaque clinique une pharmacie dispensant gratuitement les médicaments prescrits par les médecins. Le patient n'a qu'à aller dans la pharmacie avec l'ordonnance pour recevoir son traitement. Idéal sur le papier, le système comporte des dysfonctionnements fréquents. Ainsi, tous les médicaments ne sont pas disponibles en permanence. Nous avons été frappées de voir que le médecin allait régulièrement contrôler ce qu'il restait en stock et ajustait sa prescription en fonction. La première raison à cela est qu'il veut que le patient ait directement accès au médicament et ce de manière gratuite. La deuxième raison vient du fait que comme le droit à la santé est un droit fondamental au Brésil, le gouvernement peut être attaqué en justice si le patient ne reçoit pas le médicament prescrit. Les procès sont fréquents et les médecins essaient au mieux de les éviter.



Photo prise au sommet de la favela de Rocinha

Conclusion

Nous avons pu observer diverses manières mises en place afin de rendre les soins accessibles aux populations des favelas. Tout d'abord, la gratuité des soins constitue incontestablement la pierre angulaire du système. En l'absence de cette garantie, les habitants n'auraient pas les moyens financiers de payer leurs frais médicaux. Ensuite, la position stratégique de la clinique proche des habitations permet un accès facilité. Les agents communautaires, véritables ponts entre les médecins et les patients de la favela, occupent une place centrale dans le système. Ainsi, les patients se sentent plus à l'aise en présence d'un visage familier quand ils arrivent dans la clinique ou lors des visites à domicile. D'ailleurs, le fait que les médecins se déplacent à domicile garantit également une meilleure accessibilité aux soins pour les populations n'ayant pas les capacités de se déplacer jusqu'à la clinique. La variété des pathologies traitées par les médecins de famille permet au patient d'être le plus souvent soigné sur place, lui évitant ainsi des déplacements dans d'autres centres médicaux. Pour finir, la relation privilégiée entre les soignants et les patients rend la prise en charge plus agréable et facile. Cela encourage les habitants à consulter si nécessaire.

Nous avons été impressionnées par les moyens mis en place pour rendre les soins accessibles dans les deux cliniques que nous avons visitées. Cependant, il faut savoir que ces cliniques font figures d'exemples dans le domaine. Le niveau de pauvreté et les conditions de vie de certains patients nous ont bouleversées. Cette expérience humaine a enrichi notre vision de la médecine communautaire.

Remerciements

Nous tenons à remercier les deux coordinateurs du programme de médecine de la famille de Rio de Janeiro : Lourdes Luzon et Armando Norman, ainsi que tous les collaborateurs des deux cliniques où nous sommes allées. Les médecins ont toujours été très accueillants avec nous et nous ont intégré dans les différentes activités des cliniques.

Nous remercions aussi chaleureusement Paula Brum, notre responsable de stage, pour son encadrement et sa présence tout au long du stage et de l'élaboration de notre rapport.

Finalement, nous remercions l'Université de Genève de nous avoir offert l'opportunité de vivre une telle expérience médicale à l'étranger.

Bibliographie

Articles

- DE ALMEIDA ABREU Mauricio, LE CLERRE Gérald, « Reconstruire une histoire oubli e. Origine et expansion initiale des favelas de Rio de Janeiro », *Genèses*, 2016.
- DEROUBAIX Christophe, « Loin des clichés et des stéréotypes, en route pour la favela de Rocinha », *L'Humanité*, 25 juin 2014.
- HAQUET Charles, « Avant les JO de Rio, les favelas, sang dessus dessous », *L'Express*, 1er juillet 2016.
- HOWE Amanda, PADULA ANDERSON Maria Inez, MENDES RIBEIRO Jos e, FELIPE PINTO Luiz, « 450th anniversary of the city of Rio de Janeiro : Primary Health Care reform », 2016.
- JOSE ARANTES Luciano, ERI SHIMIZU Helena, MERCHAN-HAMANN Edgar, « The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian primary Health care : a literature review », *Ciencia & saude Coletiva*, 2016, pp 1499-1509.
- RAYES Chantal, « A Rio, les résultats très incertains de la pacification des favelas », *Lib eration*, 7 ao ut 2016.
- MENDES RIBEIRO José, ALCOFORADO Flavio, « Governance mechanisms and the institutional design of the Health Secretariat in the Municipality of Rio de Janeiro, Brazil *Ciencia & Saude Coletiva*, 2016, pp. 1339-1349.
- POLI NETO Paulo, TERESINHA FAORO Nizla, CARLOS DE PRADO JUNIOR José, AUGUSTO COELHO PISCO Luis, « Variable compensation in Primary healthcare : a report on the experience in Curitiba, Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon, Portugal », *Ciencia & saude Coletiva*, 2016, pp. 1377-1388.
- SORANZ Daniel, FELIPE PINTO Luiz, OLIVIEIRA PENNA Gerson, « Themes and reform of Primary Health Care (RCAPS) in the city of Rio de Janeiro, Brazil », *Ciencia & saude Coletiva*, 2016, pp. 1327-1338.
- HERINGER R., « Desigualdades raciais no Brasil : sintese de indicadores e desafios no campo das politicas publicas », *Cadernos de Saude publica*, 2002, p. 61.

Sites internet

- <http://affress.fr/index.php/component/content/article/94-articles-2013/213-les-transformations-du-champ-religieux-au-bresil.html>.
- <http://www.autresbresils.net/Le-Systeme-Unique-de-Sante-et-l-inegalite-au-Bresil>.
- <https://www.brazil.org.za>.
- <https://www.britannica.com/place/Rio-de-Janeiro-Brazil>.
- http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_bresil.html.
- <http://www.courrierinternational.com/article/2005/03/31/avortement-lula-avance-sur-la-voie-de-la-legalisation>.
- http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.
- <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/bresil/presentation-du-bresil/>.
- <https://www.google.ch/amp/s/www.letemps.ch/node/1043577/amphtml>.
- http://www.herodote.net/1er_mars_1565-evenement-15650301.php.
- <http://www.historiadobrasil.net/>.
- http://www.irenees.net/bdf_fiche-analyse-914_fr.html.
- <https://www.justlanded.ch/français/Bresil/Guide-Just-Landed/Sante/Le-systeme-de-sante-publique-au-Bresil>.
- <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2016/08/26/97001-20160826FILWWW00327-bresil-l-ex-president-lula-inculpe-pour-corruption-et-blanchiment-d-argent.php>.

- http://mobile.lemonde.fr/ameriques/articles/2014/04/24/coup-de-machette-dans-l-eau_4406750_3222.html.
- <http://www.library.brown.edu>, « Favelas in Rio de Janeiro, Past and Present ».
- <http://www.pewforum.org/files/2014/11/Religion-in-Latin-America-11-12-PM-full-PDF.pdf>.
- <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01144177/document>, p. 59 ss.
- <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/fr/index1.html>.

