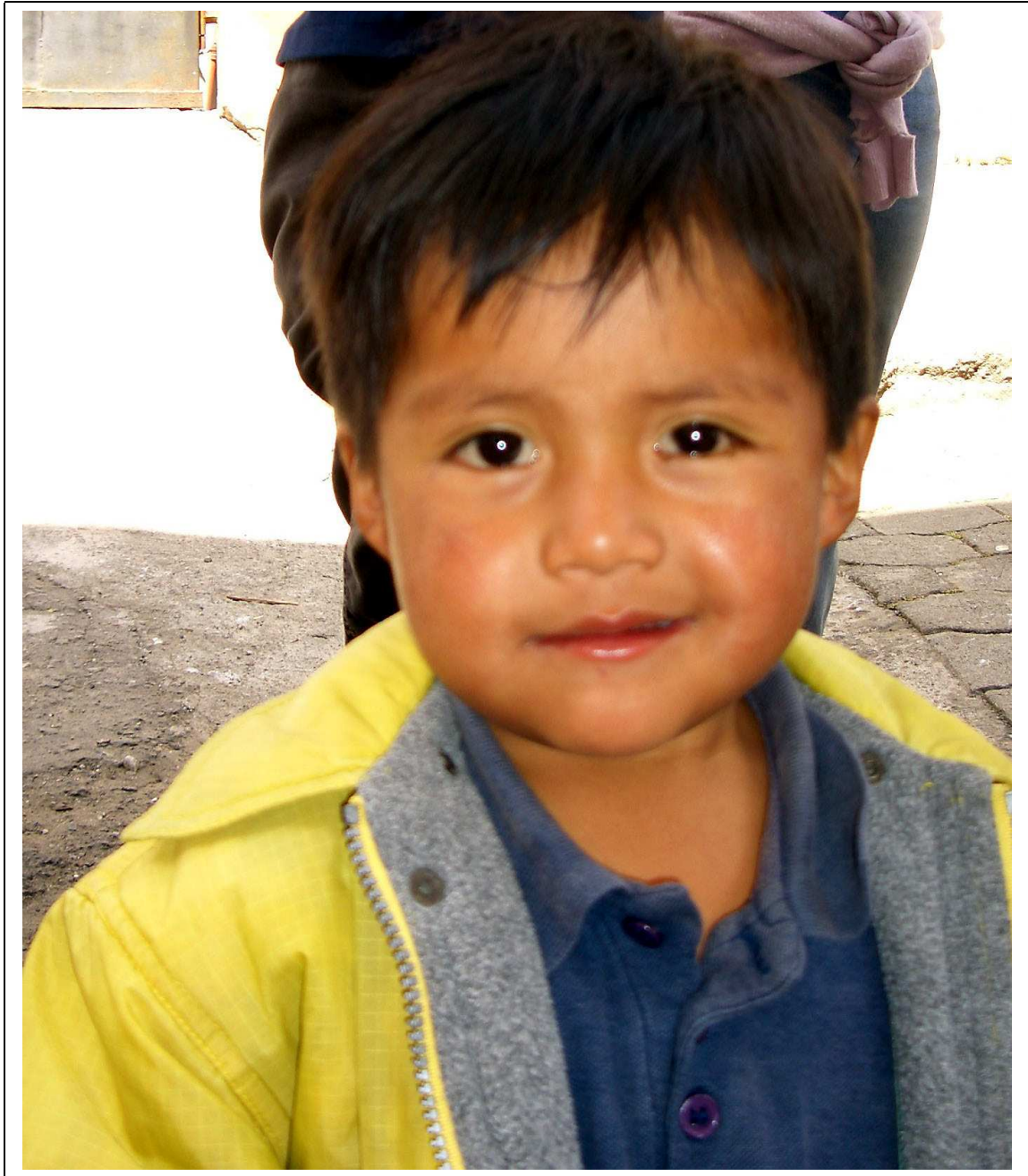




Les enfants de Quito...

Milena Cerny, Ilona Kronig et Nathalie Voide

**Vivre une expérience nouvelle dans
un milieu totalement différent du
nôtre.**

**Découvrir un autre mode de
fonctionnement, une autre société,
d'autres manières de voir et de vivre
le quotidien, une culture différente,
une langue étrangère...**

**S'ouvrir l'esprit
sur un autre univers
et s'immerger dans
une nouvelle
communauté.**

étaient à nos yeux une occasion unique, qu'il fallait absolument saisir !

Nous sommes parties en vacances toutes les trois dans les pays de l'est l'année passée et nous nous sommes très bien entendues. Nous avons alors décidé que nous partirions en immersion communautaire ensemble l'année suivante, mais nous ne savions pas encore où...

Nathalie connaissait un couple d'amis, les Bourdin, depuis quelques années, et ce sont eux qui lui ont parlé pour la première fois de l'Equateur : ils avaient découvert ce pays au court de l'un de leurs nombreux tours du monde en bateau et en étaient tombé amoureux. Après y être retourné plusieurs fois, pour des durées chaque fois plus longues, ils ont finalement décidé de s'y installer en novembre 2005 pour une période encore indéterminée.

Touchés par la condition misérable des enfants pauvres en Equateur, les Bourdin avaient décidé d'aider ces derniers. C'est au cours de l'un de leurs voyages qu'ils avaient rencontrés un couple d'amis avec qui ils avaient décidé de créer un foyer pour les enfants abandonnés. Depuis, ils sont aussi actifs dans d'autres associations pour les enfants, comme CENIT notamment.

Leur enthousiasme pour l'Equateur était si communicatif qu'il nous a rapidement convaincu de chercher un projet dans ce pays pour effectuer notre immersion en communauté.

Ayant pris connaissance de la triste situation des enfants pauvres en Amérique du Sud, nous avons eu envie de leur consacrer notre travail.

Les Bourdin nous ont proposé de visiter leur foyer et nous ont mises en contact avec l'hôpital pédiatrique publique de Quito, dans lequel nous pourrions sans doute travailler. Il en a été de même pour diverses organisations venant en aide aux enfants de la rue, toujours à la recherche de bénévoles pour les aider.

L'opportunité de pouvoir participer à ces différentes activités avec les enfants était pour nous une chance si extraordinaire et unique à la fois que nous n'avons pas hésité une seule seconde à nous lancer dans l'aventure.

Les Bourdin nous ont été d'une aide précieuse et indispensable dans l'organisation de se stage, car étant sur place, ils établirent contact avec l'hôpital. La distance, la culture différente et la langue constituent parfois de tels barrages que, sans eux, notre projet n'aurait dans doute jamais vu le jour...

L'organisation du voyage...

Lorsque nous avons décidé de partir en Equateur, au début de l'année, aucune de nous ne parlait, ni ne comprenait un mot d'espagnol. C'était un handicap de taille pour trois personnes avec un projet à dimension communautaire. Et surtout dans un pays où les personnes pauvres ne parlent que leur propre langue, à savoir l'espagnol, mais un espagnol assez différent de la langue littéraire, car il s'agit de l'espagnol des pauvres. Nous avons donc commencé à prendre des cours de langue hebdomadaires chez une amie péruvienne enseignante ici.

L'organisation du stage même se fit sur plusieurs semaines et fut laborieux. Les Bourdin firent preuve d'une grande patience à plusieurs reprises. Pour exemple, il fallut fournir à l'hôpital de nombreux documents officiels de l'Université prouvant que nous étions des étudiantes bientôt en quatrième année, et toujours une traduction en espagnol jointe à ceux-ci. En moyenne trois exemplaires du même document durent être envoyés, pour que l'un d'eux parvienne, la poste équatorienne étant assez hasardeuse...

Pour le travail avec les associations, ce fut beaucoup plus simple, car nous communiquions par e-mail et comme ces dernières sont souvent gérées par des étrangers, nous n'avions aucun problème de communication, car nous pouvions utiliser l'anglais. De plus, aucune qualification n'était requise pour travailler comme bénévole chez eux, l'unique condition étant d'avoir atteint l'âge de la majorité.

Les Bourdin se sont aussi chargés de nous trouver un appartement sur place, qui ne soit pas trop loin de notre lieu de travail et dans un quartier sûr de la ville. Louer quelque chose depuis la Suisse aurait été impossible, et ainsi nous n'avons pas perdu de temps sur place à chercher.

Dès notre arrivée, fatiguées par un voyage d'une quinzaine d'heures, nous avons été confrontées abruptement à la réalité quotidienne des enfants de la rue de Quito. Marcia Simon, l'une des organisatrices de notre stage, a eu la gentillesse de venir nous recueillir à l'aéroport et de nous conduire à notre appartement. Au premier feu rouge, en sortant de l'aéroport, nous sommes tombées nez à nez avec des enfants qui effectuent des acrobaties dans l'espoir de recevoir quelques centavos. Nous n'étions, alors, pas préparées à affronter ce spectacle et ne nous attendions pas à une confrontation aussi directe de ce qu'allait nous apprendre notre séjour par la suite. En effet, l'omniprésence de la mendicité des enfants dans tous les quartiers, aussi bien aisés que pauvres, fait

malheureusement partie du paysage des rues de Quito. L'esthétique de la ville est bien éloignée de celle de Genève. Bien que résidentes d'un quartier confortable de Quito, nous avons été surprises, au premier abord, par l'état vétuste des rues, sales et défoncées et par le délabrement de beaucoup de bâtiments. Bien loin de notre petit confort habituel, nous avons le sentiment d'être perdues au milieu d'une énorme ville, peu rassurante et notre première soirée ne fut pas des plus joyeuses ! Nous étions face à notre premier choc culturel : « Dans quoi nous étions-nous lancées ! »

Cependant, dès le lendemain, l'humeur se remit au beau fixe grâce à la rencontre de quelques équatoriens, dont Ramiro, le propriétaire de notre appartement et notre voisin. Très vite, nous avons appris à apprécier l'amabilité et la chaleur humaine qui se dégagent de ce peuple. Notre première réaction face à cet accueil inattendu fut une certaine méfiance, par manque d'habitude, mais par la suite ce fut un bonheur de côtoyer au quotidien une population toujours souriante, malgré sa grande détresse. Nous en sommes même venues à nous demander si la détresse matérielle ne rendait pas ces gens plus conscients, plus clairvoyants et de ce fait plus aimables... Bien souvent, il s'agit de personnes qui n'ont pas grand chose à vous offrir, mais qui sont toujours prêtes à partager un repas en votre compagnie ou à vous octroyer un peu de leur temps. Elles ont un sens très développé de l'hospitalité, savent prendre le temps de profiter de chaque instant ; les équatoriens nous ont, d'ailleurs, appris à vivre à leur rythme, moins soutenu et moins stressant qu'en Suisse. Nous nous sentions toujours cordialement accueillies et jamais « de trop ». Malgré notre difficulté à nous exprimer en espagnol, ils restaient toujours accessibles.

Nous avons profité de notre première semaine pour visiter et tenter de nous familiariser avec cette grande ville. Nous avons également tenté de mettre en place les prémices de notre stage. Pour ce faire, nous avons rencontré les responsables des organisations, avec lesquelles nous prévoyions de travailler. Nous avons assisté à notre premier entretien avec le docteur Jíjon, chef de l'hôpital pédiatrique Baca Ortiz. Notre première difficulté, en arrivant à l'hôpital, a été de trouver le bureau de ce dernier dans le dédale des couloirs, où chaque personne désirant nous offrir ses conseils nous désignait une direction différente. Cette première entrevue s'est très mal déroulée. Comme nous en avaient déjà fait part André et Antoinette Bourdin, le Dr. Jíjon est froid, hautain et très peu accessible. Ces derniers avaient dû se rendre à plusieurs reprises à l'hôpital, pour, finalement, être reçus à la cinquième tentative et avoir l'opportunité de proposer notre projet de stage. Nous sommes, à notre tour, arrivées à notre entretien, convenu par téléphone, accompagnées de Ramiro. La secrétaire du Dr Jíjon a d'abord feint de ne pas être au courant de notre venue. Nous lui avons pourtant parlé, quelques jours auparavant, pour convenir du dit rendez-vous. Avec l'aide de Ramiro et pendant plus d'une heure, nous avons tenté

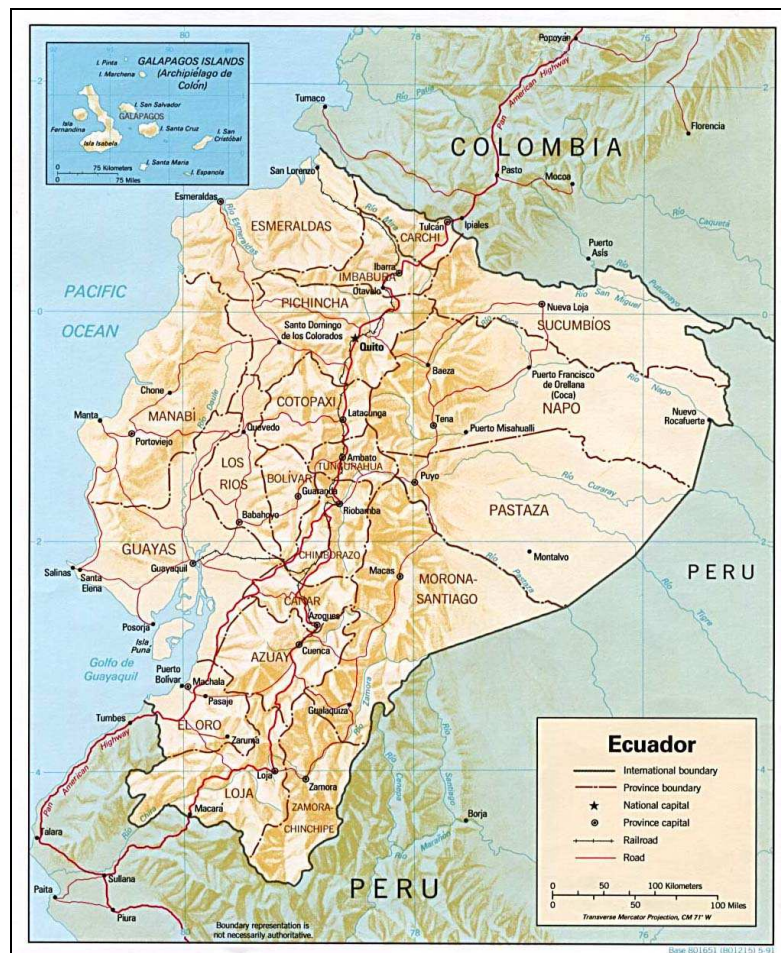
de convaincre cette dame de nous laisser entrer dans le bureau du docteur. Ce dernier assistait, d'ailleurs, à la scène, la porte de son bureau restant entrouverte et sa secrétaire allant, de temps à autre, lui rapporter nos dires. En désespoir de cause, ce cher Dr Jíjon, visiblement réticent à notre venue, a, finalement, accepté de nous recevoir. C'est en nous regardant de bien haut, qu'il nous a très rapidement conseillé et, sans même nous laisser réellement exposer nos réelles intentions, de chercher une autre opportunité de stage. Il estimait notre niveau d'espagnol insuffisant et ne désirait pas nous intégrer à une équipe médicale. De plus, il a refusé de s'exprimer en anglais, voyant nos difficultés à maîtriser l'espagnol et ce, malgré son bilinguisme. A la vue de notre insistance, il nous a organisé une entrevue, le lundi suivant, avec les Damas Voluntarias, dans l'optique de nous faire travailler comme volontaires au sein de l'hôpital. A la fin de l'entretien, il nous a clairement fait comprendre qu'il ne désirait plus entendre parler de nous et jusqu'à ce jour, nous n'avons plus reçu aucune nouvelle de sa part. Il parlait pourtant, avant notre venue, d'un possible échange entre l'Université de Genève et celle de Quito et nous promettait une belle place de stage. Cette expérience nous a montré l'inefficacité, la désorganisation et la nonchalance fréquentes de l'administration équatorienne.

L'après-midi même, découragées par les mauvaises nouvelles de la matinée, nous nous sommes rendues à l'association CENIT, centro de la niña trabajadora, dans le quartier sud de Quito. Une fois de plus, Ramiro nous accompagna. Natif de Quito, il se rendait cependant pour la première fois de sa vie dans les quartiers sud défavorisés. L'entrevue avec la hermana Sarah, cheffe des volontaires, s'est très agréablement déroulée et nous laissait entrevoir de belles opportunités.

La même semaine, nous avons tenté de contacter, par téléphone, Etienne Moine et sa femme Maria pour convenir de notre visite dans leur orphelinat.

La mise en place de notre stage, avec toutes les difficultés que cela comporte, a donc été assez chaotique. Nous avons dû affirmer notre motivation et nous « vendre », tout en ne maîtrisant que très sommairement l'espagnol. Par chance, nous avons été aidées, tout au long de nos démarches, par Marcia Simon et Ramiro Burbano, parlant le français et l'anglais. Ces derniers ont atténué la barrière de communication qui se dressait face à nous.

L'Equateur est un pays d'Amérique latine situé sur la ligne même de l'équateur. C'est donc à sa position qu'il doit son nom. Il fait frontière avec la Colombie et le Pérou et couvre une superficie de 272'045 km².



Le pays comporte trois régions géographiques.

La Costa, le long du Pacifique, est la zone la plus fertile et la plus riche : c'est une région chaude et humide.

La Sierra se compose de la double cordillère des Andes, qui atteint de très hautes altitudes (le Chimborazo culmine à 6310m).

L'Oriente est le versant amazonien et se caractérise par une humidité très forte et une couverture forestière imposante.

L'archipel des Galapagos, au large des côtes (à plus de 1000km), est classé Patrimoine de l'Humanité par l'UNESCO, car il dispose d'une flore et d'une faune particulière et exceptionnelle. L'Equateur l'a érigé en Parc National et il constitue un atout touristique majeur.

Le nombre d'habitants total est d'environ 13,4 millions avec un taux de fécondité de 3,05 enfants par femme en 2002 et une espérance de vie de 76,2 ans en 2005. La répartition de la population est inégale sur le territoire : la moitié habite sur la Costa et 46% dans la Sierra. Seule 5% de la population vit dans l'Oriente et est constituée principalement d'Indiens. Ces derniers ont créé en 1986 une Confédération des



nationalités indigènes de l'Equateur, la *Conaie*, pour défendre leurs droits en tant que minorité ethnique.

Quito est la capitale du pays et se situe à 2850 m. Elle compte environ 1'600'000 millions d'habitants et est très étendue. Le Sud de la ville abrite tous les quartiers pauvres et défavorisés et le Nord, les quartiers riches.

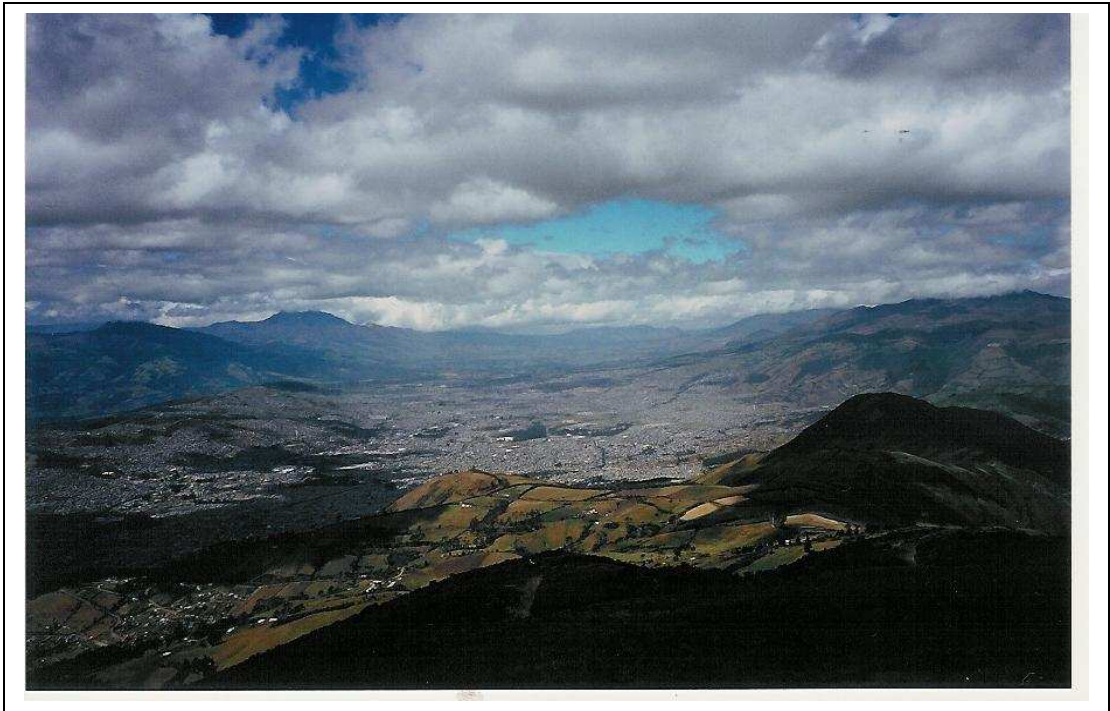


Figure 1 Quito vue depuis le Pinchincha

La langue officielle est l'espagnol, bien qu'une partie de la population indigène parle le Quechua (langue originaire de l'empire Inca) ou d'autres dialectes. Avec toutes ses ethnies différentes, l'Equateur est un pays aux modèles culturels variés, ce qui rend la gestion difficile sur tous les plans.

Le gouvernement est démocratique depuis 1979. Ce fut l'un des premiers pays d'Amérique latine à avoir adopté ce régime, lors de la dernière vague démocratique. Malheureusement, ceci n'a pas empêché la corruption du gouvernement, cause éternelle du mécontentement général et, par conséquent, des coups d'état. En voici un exemple: notre départ fut presque retardé, car le 19 avril 2005, le peuple est descendu dans la rue pour se révolter une nouvelle fois contre le président et son gouvernement. En effet, la pauvreté toujours croissante, la corruption ainsi que la crise institutionnelle en cours se sont conjuguées pour provoquer la rage de la foule. Le résultat a été comme à l'accoutumée: la destitution du président Gutiérrez. Le peuple ne fait plus confiance aux dirigeants. Cependant, le nouveau président Alfredo Palacio a affirmé qu'il s'engageait à refonder les institutions, garantir l'indépendance du pouvoir judiciaire (Gutiérrez avait tenté de s'en emparer) et établir les bases

d'une démocratie participative grâce à la formation d'une assemblée constituante.

Les secteurs de l'Education et de la Santé ont été délaissés ces dernières années. Cette négligence est également à l'origine de la colère générale. Selon les chiffres publiés, le taux d'alphabétisation atteignait 93,1% en 2005, pourcentage irréaliste, puisque ceci ne représente que la population ayant accès à l'école. En principe, l'école est obligatoire et gratuite pour tous les enfants de 5 à 14 ans. Cependant, beaucoup de zones rurales sont dépourvues d'institutions.

L'Equateur compte 4.8 millions d'enfants en dessous de 18 ans, ce qui représente environ 40% de la population. Il faut savoir que 70% de ces enfants vivent dans la pauvreté et que, malgré les ressources naturelles abondantes du pays, la condition des enfants s'est particulièrement dégradée depuis la crise économique en 1998.

De 1990 à 2001, le taux de scolarisation du degré primaire a stagné aux alentours de 90%. Les filles et les garçons ont les mêmes chances d'accès, mais ce n'est pas le cas des enfants indigènes et afro-équatoriens. 90% de ceux-ci vivent dans la pauvreté et seulement 39% terminent leur scolarité obligatoire, contre 76% des enfants des autres groupes.

Le pays doit également faire face à un autre problème : le travail des enfants (cf. la définition de l'UNICEF en annexe). En effet, environ 430 000 enfants de 5 à 14 ans, c'est-à-dire 16%, travaillent (19.5% de 5 à 17 ans).

Outre cela, 40% des enfants de 5 à 17 ans subissent des abus de toutes sortes de la part de leur famille. Suite à un rapport accablant des Droits de l'Homme en 2002, l'UNICEF a décidé de prendre les choses en main et de forcer le gouvernement équatorien à mieux desservir les secteurs de l'Education et de la Santé, ainsi que d'enrayer le travail des enfants.

35'000 U\$ dollars par an sont accordés pour l'aide au développement des ces deux systèmes et des inspecteurs formés surveillent les entreprises et exploitations du pays. Ils sont chargés de retirer tout enfant en dessous de 15 ans qui travaille ou tout adolescent qui travaille plus que 6 heures par jour. Ils veillent également au respect des conditions de travail. L'éradication du travail des enfants ne dépend pas seulement du gouvernement, mais aussi de la prise de conscience des patrons. Malheureusement, ces derniers les engagent pour garder des coûts de production bénéfiques et rester compétitifs. Malgré l'engagement de l'UNICEF, les progrès ont été très lents. 6% des enfants de 5 à 14 ans sont toujours engagés. Même si la Constitution de protection des enfants a été signée en 1998, ce n'est que depuis 2004 que le gouvernement s'est efforcé de prendre des mesures, suite à des menaces de sanctions de la part des Etats-Unis.

Le but ultime de l'UNICEF est de pouvoir reconduire ces enfants à l'école.

Trois stratégies ont été mises sur pied pour y parvenir :

-Améliorer l'accès à l'école en adaptant des programmes à la culture de la région. En effet, à cause de la grande diversité culturelle au sein du pays, beaucoup de parents n'envoyaient pas leurs enfants à l'école, car la culture traditionnelle n'y était pas enseignée. Une éducation bilingue et axée sur la culture de la région, avec des horaires flexibles, a été instaurée pour que les enfants puissent accéder au savoir ainsi que continuer leur activité économique.

-Donner une seconde chance sous forme de classes de transition pour permettre à ceux qui ne sont jamais allés à l'école de se mettre à niveau.

-Encourager les enfants à se rendre à l'école, malgré les problèmes économiques, culturels ou sociaux des familles en aidant les familles par d'autres moyens.

Pour ce faire, l'UNICEF a fondé un programme spécial Equateur 2004-2008 en association avec le gouvernement. La santé élémentaire, la nutrition, l'éducation, le développement et la protection infantiles dépendent tous de la politique de l'Etat. Par conséquent, promouvoir l'investissement dans ces secteurs est un des buts de ce nouveau programme.

6 programmes différents ont été conçus :

- Réforme institutionnelle et investissements sociaux pour l'enfance
- Education interculturelle pour tous
- Santé et nutrition
- Monitoring de la participation et mobilisation sociale pour les Droits de l'Enfant.
- Programme subrégional Proandes
- Programme subrégional Amazonie

Les objectifs sont que tous les enfants :

- effectuent les 10 ans d'éducation primaire de qualité auxquels ils ont droit.
- croissent sainement et soient bien nourris.
- grandissent dans un environnement adapté à leur culture, attentif à leurs besoins et qui les protègent de tout abus ou forme d'exploitation.
- vivent dans des familles qui puissent subvenir à leurs besoins vitaux, malgré le fait que 18 % de la population vit avec moins de 1 dollar par jour.

En résumé, l'objectif fondamental est la réduction de l'inégalité culturelle, économique, sociale et politique.

Pour s'assurer de la réussite de ces conditions, le programme va suivre les buts suivants :

- La scolarisation des enfants à partir de 6 à 12 ans qui doivent avoir suivi au moins 7 ans d'enseignement.
- Un accès pour les femmes et les enfants à des programmes de santé respectant leur culture pour diminuer la malnutrition, l'anémie, la mortalité infantile et maternelle, puisque les chiffres indiquent que 15% des enfants en dessous de 5 ans souffrent de malnutrition et 50% des mortalités infantiles sont prévisibles. La situation des indigènes est la plus mauvaise. Il en est de même pour la mortalité maternelle, puisque, chez les Indiens, seuls 20% des accouchements se font en clinique. De plus, 7 enfants sur 10 de moins de 1 an et 60% des femmes enceintes souffrent d'anémie.
- Des programmes de santé pour réduire la transmission verticale du HIV et des programmes de prévention pour les adolescents.

- Pour les enfants en dessous de 5 ans, des programmes de développement infantile précoce selon leur culture.
- Une protection des enfants effectuant un travail qui les mette en danger ou les empêche de se rendre en classe.
- Une protection légale et à des programmes de réhabilitation pour les enfants abusés
- Le respect des Droits de l'Enfant dans les situations d'urgences.

Afin que ces règles puissent être mises en pratique, l'UNICEF soutient le gouvernement en contribuant aux budgets annuels affectés aux Ministère de l'Education, de la Santé et de l'Aide Sociale. D'autre part, elle informe le Congrès équatorien des décisions prises par le gouvernement et en surveille les dépenses. (mettre tableaux des budgets sociaux)

L'UNICEF a, par ailleurs, créé une autre organisation depuis 2003, qui se prénomme Niño Esperanza. Elle a pour but d'augmenter la connaissance des enfants à propos de leur avenir et surtout de faire connaître leurs droits. Chaque année, un Téléthon est organisé pour soutenir la cause des enfants. Durant une journée, des dons sont récoltés soit par téléphone, soit par sms... Cette année, 7000 personnes ont participé au show télévisé, dont des artistes locaux et internationaux, des footballeurs... Cet argent permet à l'association de réaliser des projets comme la réinsertion des enfants de la rue dans un système scolaire, l'éducation des parents...

Ces diverses associations et aides sont importantes, car les programmes assistés par le gouvernement couvrent seulement 8.4% des enfants.

Afin de mieux comprendre les conditions de vie de la population pauvre, il nous paraît intéressant d'insister sur le développement économique du pays : l'Equateur est un pays très riche en ressources naturelles. L'économie se base sur l'agriculture, dont la banane, la canne à sucre, le manioc ou le yuca, le riz, le maïs, le café, le cacao... La pêche à la crevette, ainsi que les métaux tels que l'or, l'argent, le plomb, le gaz naturel, le zinc et le sel sont aussi très abondants. Mais, le pétrole constitue aujourd'hui la première source de richesse du pays. En 1970, les gisements pétroliers ont vu l'apogée de leurs exploitations. Ainsi, le pays est devenu le second exportateur de l'Amérique latine et ceci lui a permis de se procurer des devises étrangères et des fonds pour l'investissement, évidemment, non sans conséquence pour le pays. En effet, l'inflation de même que les inégalités sociales se sont accentuées. De plus, l'économie de ce pays a été

particulièrement affectée pendant la seconde moitié des années 1990 par El Niño, par la baisse des prix du pétrole ainsi que par la mauvaise gestion de ses dirigeants. Le coût de la vie est alors à nouveau monté en flèche. Ajouté à cela, la dette extérieure n'a rien arrangé. L'Etat consacre 40% de son budget au service de cette dette, contre 13% attribués à l'Education et 3% alloués à la Santé. Pour atteindre un nouvel équilibre financier, le gouvernement a décidé de couper les subventions, de diminuer les aides sociales et de créer un nouvel impôt pour les plus pauvres.

En 1999, le secteur bancaire s'est effondré de même que la monnaie nationale. Le sucre a dévalué de 5000 pour 1 dollar en 1998 à 25000 pour 1 dollar en 2000. Les autorités ont imposé le dollar comme monnaie officielle en janvier 2000. L'Equateur est ainsi devenu le premier pays d'Amérique latine à avoir adopté le dollar comme monnaie nationale. Cependant, contrairement à l'attente, le premier effet de cette dollarisation fut l'augmentation des prix de 35%, voire de 60% sur les marchés de Quito. Les plus défavorisés ont payé les conséquences de cette crise économique, aggravant leur condition déjà critique. La paupérisation de l'Equateur est même reconnue par la Banque mondiale : elle estime que 46% des habitants ne possèdent même pas le fameux dollar par personne et par jour, qui constitue la limite de l'hyperpauvreté. Par contre, si on se fie à l'insatisfaction des besoins vitaux en alimentation, en logement convenable, en habillement décent et en sécurité humaine, le pourcentage de pauvres pourrait atteindre 80%. L'écart entre la classe pauvre et riche s'agrandit de plus en plus et la classe moyenne se fait de plus en plus mince. L'Etat est donc responsable d'avoir appauvri son peuple et de l'avoir négligé sur tous les plans. Bien entendu, les chiffres publiés par le pays ne correspondent pas tout à fait aux chiffres de la Banque Mondiale et de l'UNICEF. Il n'est pas dans leurs intérêts de publier les chiffres exacts, qu'ils ne possèdent certainement pas. Pour obtenir les statistiques officielles, notre voisin avait organisé un rendez-vous avec le sous-ministre de la Santé ; ce dernier nous a fait faux bond, coutume habituelle en Equateur. Nous avons alors eu recours aux chiffres de l'UNICEF, faute d'informations. Par conséquent, certaines données sont probablement inexactes.

Avec cet aperçu rapide de la situation économique et de la gestion de ce pays, on comprend mieux pourquoi autant de gens se trouvent dans la nécessité. Cet état des lieux justifie le choix de notre sujet d'étude. Ce stage nous a vraiment permis d'étudier la prise en charge des enfants pauvres en Equateur, en particulier dans les secteurs de la Santé et de l'Education. Ces enfants ne pas méritent pas la fatalité de leur sort, qui découle du fonctionnement de notre monde et en constitue un des aspects les plus inacceptables.

Histoire :

Les premiers vestiges d'une quelconque civilisation remontent à des milliers d'années. Il s'agit de la civilisation Valdivia, qui s'est éteinte vers 1500 av J.-C.. Puis, à partir du XVe siècle, les différentes tribus des Amérindiens furent conquises et intégrées à l'Empire Inca, qui s'étendait autour de Cuzco et dans la région du lac Titicaca.

Cet Empire fut préservé jusqu'à ce que les Espagnols débarquèrent pour la première fois sur les côtes au début du XVIe siècle. Ils profitèrent de l'affaiblissement du pouvoir Inca, dû à des problèmes de passation du pouvoir, pour s'imposer dans le pays. Les conquistadores envahirent le pays en 1532. Il leur fallut deux années pour devenir maîtres de la région. Le pays fut alternativement placé sous la dépendance de la vice-royauté de Lima et sous celle de Bogota. L'Equateur fut donc administré et géré jusqu'au début du XIXe siècle par les Espagnols et leurs diverses colonies. Dès lors, la majorité de la population est devenue catholique.

A cette période, les premiers mouvements d'indépendance sont apparus. La première insurrection équatorienne contre l'Espagne eut lieu en 1809. Il fallut douze années de combats pour remporter la victoire le 24 mai 1822. La région fit, dans un premier temps, partie de la République de Grande-Colombie et le pays obtint définitivement son indépendance en 1830. Elle porta alors le nom de République d'Equateur.

De 1830 à 1948, le pays connut plus de 62 gouvernements successifs présidentiels, militaires ou dictatoriaux. Il serait trop long d'énumérer la liste de tous les dirigeants successifs.

A partir de 1941, des litiges frontaliers opposèrent l'Equateur à son pays voisin, le Pérou. Le problème fut finalement réglé en 1998 à la suite d'un accord de paix.

De cette époque à nos jours, l'Equateur a vécu des moments très mouvementés entre les différentes prises de pouvoir, les crises sociales et financières ainsi que les multiples soulèvements des indigènes.

Annexe :

Définitions

Child work : L'UNICEF n'est pas opposée à ce que des enfants travaillent. Selon elle, la participation d'enfants ou d'adolescents à un travail -activité économique- qui n'affecte pas négativement leur santé et leur développement ou n'interfère pas avec leur éducation, est souvent positive. Un travail léger (qui n'interfère pas avec l'éducation) est permis dès l'âge de 12 ans selon OIT Convention no.138.

Child labour : est un concept plus étroit et se réfère aux enfants qui ne travaillent pas selon les standards de OIT contenus dans les Conventions 138 et 182. Cela comprend tous les enfants de moins de 12 ans effectuant une activité économique, tous ceux âgés de 12 à 14 ans engagés dans un travail léger, et tous les enfants engagés dans des conditions de travail déplorables.

Worst forms of child labour : définit les enfants esclaves, recrutés de force, prostitués, victimes de trafics, forcés à effectuer des activités illégales ou exposés à des occupations dangereuses.

Article relevé de la Convention des Droits de l'Enfant

Article 32 (1)

« Les différents Etats reconnaissent le droit d'un enfant d'être protégé contre une exploitation économique et contre un travail qui est dangereux pour sa santé ou pour son développement physique, mental, spirituel, moral ou social ou qui interfère avec son éducation. »

Les statistiques de l'Equateur de l'UNICEF

Basic Indicators	to the top
Under-5 mortality rank	102
Under-5 mortality rate,1960	178
Under-5 mortality rate,2003	27
Infant mortality rate (under 1),1960	107
Infant mortality rate (under 1),2003	24
Total population (thousands),2003	13003
Annual no. of births (thousands),2003	295
Annual no. of under-5 deaths (thousands),2003	8
GNI per capita (US\$), 2003	1790
Life expectancy at birth (years), 2003	71
Total adult literacy rate,2000	92
Net primary school enrolment / attendance (%) (1996-2003)	90
% share of household income 1992-2002,lowest 40%	11
% share of household income 1992-2002,highest 20%	58
Nutrition	to the top
% of infants with low birthweight 1998-2003	16
% of children who are exclusively breastfed (<6 months) (1995-2003)	35
% of children who are breastfed with complementary food (<6-9 months) (1995-2002)	70
% of children who are still breastfeeding (20-23 months) (1995-2002)	25
% of under-fives suffering from underweight (moderate & severe) (1995-2003)	12
% of under-fives suffering from underweight (severe) (1995-2003)	-
% of under-fives suffering from wasting (moderate and severe) (1995-2003)	-
% of under-fives suffering from stunting (moderate and severe) (1995-2003)	26
Vitamin A supplementation coverage rate (6-59 months),2002	50

% of households consuming iodized salt (1997-2003)	99
Health	to the top
% of total population using improved drinking water sources (2002)	86
% of urban population using improved drinking water sources (2002)	92
% of rural population using improved drinking water sources (2002)	77
% of total population using adequate sanitation facilities (2002)	72
% of urban population using adequate sanitation facilities (2002)	80
% of rural population using adequate sanitation facilities (2002)	59
% of routine EPI vaccines financed by government (2003)	100
% of one-year-olds fully immunized against tuberculosis (2003)	99
% of one-year-olds fully immunized against DPT3 (2003)	89
% of one-year-olds fully immunized against polio3 (2003)	99
% of one-year-olds fully immunized against measles (2003)	99
% of one-year-olds fully immunized hepB3 (2003)	58
% of pregnant women immunized for tetanus,(2003)	-
% of under-fives with ARI (1998-2003)	-
% of under-fives with ARI taken to a health care provider (1998-2003)	-
% under-fives with diarrhoea receiving oral rehydration and continued feeding (1994 – 2003)	-
% of under-fives sleeping under a bed net (1999-2003)	-
% of under-fives sleeping under a treated bed net (1999-2003)	-
% of under-fives with fever receiving anti-malarial drugs (1999-2003)	-
HIV AIDS	to the top
Adult prevalence rate (15-49 years), end 2003, estimate	0.3
Estimated number of people living with HIV, 2003 (in thousands), adults and children (0-49 years)	21
Estimated number of people living with HIV, 2003 (in thousands), low estimate	10
Estimated number of people living with HIV, 2003 (in thousands), high estimate	38
Estimated number of people living with HIV, 2003 (in thousands), children (0-14 years)	-
Estimated number of people living with HIV, 2003 (in thousands), women (15-49 years)	6.8

HIV prevalence rate in young (15-24 years) pregnant women in capital city, year	-
HIV prevalence rate in young (15-24 years) pregnant women in capital city, median	-
% who know condom can prevent HIV, male	-
% who know condom can prevent HIV, female	-
% who know healthy-looking person have HIV, male	-
% who know healthy-looking person have HIV, female	58
% who have comprehensive knowledge of HIV, male	-
% who have comprehensive knowledge of HIV, female	-
% who used condom at last high risk sex, male	-
% who used condom at last high risk sex, female	-
Children (0-17 years) orphaned by AIDS, 2003, estimate (in thousands)	-
Children (0-17 years) orphaned due to all causes, 2003, estimate (in thousands)	290
Orphan school attendance ratio, 1998-2003*	-
Education	to the top
Adult literacy rate,male (1990)	90
Adult literacy rate,female (1990)	85
Adult literacy rate,male (2000)	93
Adult literacy rate,female (2000)	90
No. of phones sets per 100 people (2002)	23
No. of internet users per 100 people (2002)	4
Primary school enrolment ratio,gross,male (1998-2002)	117
Primary school enrolment ratio,gross,female (1998-2002)	117
Primary school enrolment ratio,net,male(1998-2002)	99
Primary school enrolment ratio,net,female (1998-2002)	100
% of net primary school attendance,male,(1996-2003)	90
% of net primary school attendance,female,(1996-2003)	90
% of primary school entrants reaching grade 5,admin data (1998-2001)	78
% of primary school entrants reaching grade 5,survey data (1997-2003)	-
Secondary school enrolment ratio,gross,male (1998-2002)	59

Secondary school enrolment ratio,gross,female (1998-2002)	59
Demographics	to the top
Population (thousands) under age 18,2003	5061
Population (thousands) under age 5,2003	1422
Population annual growth rate 1970-1990 (%)	2.7
Population annual growth rate 1990-2003 (%)	1.8
Crude death rate,1970	12
Crude death rate,2003	6
Crude birth rate,1970	42
Crude birth rate,2003	23
Life expectancy,1970	58
Life expectancy,2003	71
Total fertility rate,2003	2.7
% of population urbanized, 2003	62
Average annual growth rate of urban population,1970-1990 (%)	4.4
Average annual growth rate of urban population,1990-2003 (%)	2.7
Women	to the top
Life expectancy: females as % of males,2003	108
Adult literacy: females as % of males,2000	97
Gross enrolment ratios: females as % of males,primary school (1998-2002)	100
Gross enrolment ratios: females as % of males,secondary school (1998-2002)	100
Contraceptive prevalence (%) (1995-2003)	66
Antenatal care coverage (%) (1995-2003)	69
Skilled attendant at delivery (%) (1995-2003)	69
Maternal mortality ratio,reported (1985-2003)	80
Maternal mortality ratio,adjusted (2000)	130
Lifetime risk of maternal death. 1 in: (2000)	210
Child Protection	to the top
% of children (5-14 years) in child labour (1999-2003)	6
% of male children (5-14 years) in child labour (1999-2003)	9
% of female children (5-14 years) in child labour (1999-2003)	4

% of children in child marriage, urban (1986-2003)	21
% of children in child marriage, rural (1986-2003)	34
% of children in child marriage, total (1986-2003)	26
% of children whose births were registered, total (1999-2001)	-
% of children whose births were registered, urban (1999-2001)	-
% of children whose births were registered, rural (1999-2001)	-
% of female genital mutilation/cutting among women aged 15-49, total (1999-2001)	-
% of female genital mutilation/cutting among women aged 15-49, urban (1999-2001)	-
% of female genital mutilation/cutting among women aged 15-49, rural (1999-2001)	-
% of female genital mutilation/cutting among women aged 15-49, daughters total (1999-2000)	-
Rate of Progress	to the top
Under-5 mortality rank	102
Under-5 mortality rate, 1960	178
Under-5 mortality rate, 1990	57
Under-5 mortality rate, 2003	27
Under-5 mortality rate average annual rate of reduction (%), 1960-90	3.8
Under-5 mortality rate average annual rate of reduction (%), 1990-2003	5.7
Under-5 mortality rate reduction since 1990 (%)	53
GDP per capita average annual growth rate (%), 1960-90	2.0
GDP per capita average annual growth rate (%), 1990-2003	0.1
Total fertility rate, 1960	6.7
Total fertility rate, 1990	3.8
Total fertility rate, 2003	2.7
Total fertility rate, Average annual rate of reduction (%), 1960-90	1.9
Total fertility rate, Average annual rate of reduction (%), 1990-2003	2.8

BACA ORTIZ



Hospital Pediátrico Baca Ortiz

Dirección: Colón y 6 de Diciembre (Entrada sobre Colón)

Telefon: 220-797/220-977



Figure 2 Baca Ortiz

Il s'agit du plus grand hôpital pédiatrique public du pays. Cette institution draine des patients de tout le pays jusqu'aux îles Galapagos. Sa capacité est grande, puisqu'il s'étend sur six étages et contient tous les services pédiatriques nécessaires, des soins intensifs à la médecine générale en passant par l'imagerie médicale. Les normes de sécurité ne sont, par contre, pas toujours respectées : le bâtiment, datant des années septante, est vétuste et, par exemple, les murs des salles de radiologie ne sont pas protégés contre l'irradiation.

Comme je l'ai dit plus haut, notre première visite de l'hôpital eut lieu lors de notre entretien avec le docteur Jíjon. En franchissant le portique d'entrée, nous avons de suite été surprises par la foule de gens patientant dans les halls et la mauvaise odeur qui y régnait. Après nos négociations pénibles avec le docteur Jíjon et sa secrétaire, nous avons obtenu un nouvel entretien, le lundi suivant, au bureau des Damas Voluntarias ; ce dernier refusant de nous inclure à son groupe d'études, jugeant notre niveau d'espagnol insuffisant. Nous avons donc quitté ce personnage très imbu de lui-même et nous sommes présentées quelques jours plus tard à l'« oficina » des Damas Voluntarias. Nous avons, cette fois-ci, été reçues chaleureusement.

Les Damas Voluntarias de l'hôpital Baca Ortiz travaillent bénévolement pour recruter de jeunes volontaires et s'occupent également de l'aide sociale aux familles en difficulté financière. Il faut savoir que Baca Ortiz ne possède qu'une pharmacie sommaire, faute de moyens et que c'est aux parents des enfants malades qu'il revient d'acheter tous les traitements et le matériel utiles aux soins. Beaucoup de parents étant incapables de financer ces coûts, les Damas Voluntarias ont mis sur pieds une « aide financière aux parents en difficulté ». Elles sont en recherche permanente de fonds pour financer les traitements des

enfants. Ces derniers représentent la majeure partie des patients de l'hôpital, car dès qu'on est muni d'une assurance maladie et qu'on dispose de quelque ressource, on ne fréquente plus les établissements publics, mais les hôpitaux privés, souvent américains. Dans les institutions médicales publiques, les frais d'hospitalisations et de soins sont entièrement pris en charge par l'Etat. Les familles paient uniquement les coûts des médicaments. L'assurance maladie est obligatoire en Equateur, comme c'est le cas en Suisse, bien que plus de la moitié de la population ne soit pas en mesure d'en contracter une. Ainsi, soit vous faites partie des personnes assurées et vous vous faites soigner en institution privée, soit vous n'avez pas les moyens d'être assurés et vous êtes soignés en public. Ainsi, la majeure partie des patients que nous avons rencontrée n'était pas munie d'une assurance maladie. Les Damas Voluntarias, en recherchant des fonds pour aider à financer les familles dans le besoin, tentent de limiter le fossé de cette médecine à deux vitesses qui se creuse. Elles font partie des femmes privilégiées du pays, d'un certain âge, souvent retraitées et se mettent au service des plus démunis pour essayer d'améliorer le système de santé fragilisé.

Nous avons, ce jour-là, effectué une visite guidée de tous les services, accompagnés d'autres volontaires américains, arrivés le matin même. Nous avons pu constater que l'hôpital dispose de tous les instruments nécessaires, mais en quantité insuffisante.

Le premier choc, face auquel nous nous sommes retrouvées, est le manque d'hygiène omniprésent, malgré l'affichage au mur des instructions d'usage.

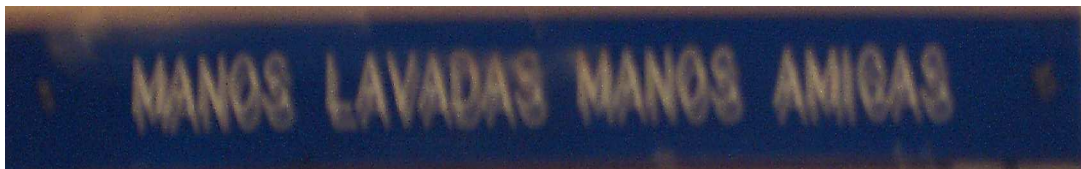


Figure 3 Instruction d'hygiène

Aucun soin n'est effectué avec des gants, le lavage des mains reste plus qu'occasionnel et se fait au lavabo avec un savon ordinaire, non désinfectant. Les soignants ne se lavent pas systématiquement les mains entre les patients, même lors des contacts directs avec des patients infectieux. Les poubelles contenant du matériel contaminé restent à l'air libre dans les chambres des enfants.



Il y a une distinction entre les ascenseurs fréquentés par le personnel soignant et ceux occupés par le linge souillé ; cependant cette règle est, la plupart du temps, bafouée. Les masques portés par les soignants sont mal mis et nous avons assisté à l'enlèvement d'un drain pulmonaire

par des chirurgiens, sans aucune précaution, dans une chambre ouverte à l'air libre.

Nous avons été déçues du comportement des volontaires américains durant notre visite de l'hôpital. Ces derniers viennent dans des pays en développement pour assouvir leur désir de « se faire la main » ou afin de faire valider un crédit universitaire nécessaire à leur promotion dans une année supérieure. Ils n'ont aucune sensibilisation préalable à la médecine communautaire, convoitent uniquement les stages en chirurgie et n'ont aucun tact avec les patients. Ils sont prêts à se ruer à vingt sur un enfant malade pour étudier un cas atypique, sans se soucier du bien-être du patient. Ils sont là plus par obligation que par intérêt personnel et ne semblent pas avoir reçu un enseignement adéquat sur le respect des patients. Ils se désinfectent les mains chaque deux minutes par crainte d'être contaminés. Leur manque de respect nous a choqué.

Au cours de notre passage dans le service des soins intensifs, nous avons été confrontées à la dureté du manque de ressources de cet hôpital. Un nouveau-né, souffrant d'une surinfection pulmonaire, était en décompensation respiratoire et dans l'attente d'un tube d'intubation. Les parents ont été chargés de se rendre à la pharmacie, munis d'une ordonnance, l'hôpital ne disposant pas de stock de matériel. Ils sont revenus, au plus vite, avec le matériel et les traitements requis. Malheureusement, le tube d'intubation, fourni par le pharmacien, n'était pas adapté à la taille des voies respiratoires du nouveau-né et les parents ont dû assister au décès de leur bébé. Ce triste exemple est une preuve criante et désolante du manque de moyens dont disposent les hôpitaux publics de Quito. Bien souvent, dans des situations d'urgence, l'attente de financement mène à la perte des patients. L'expérience d'être confrontées à cette dure réalité nous pousse à dire, tout en restant impuissantes face à ces problématiques mondiales, qu'il est, de nos jours, inadmissible et scandaleux, dans quelque pays que ce soit, de voir des enfants mourir, faute de matériel adéquat. On se demande ce que fait l'Etat équatorien, totalement corrompu, de ses subventions en matière de santé !

A la fin de notre aperçu de l'hôpital, les Damas nous ont fait une proposition de stage : il s'agissait d'un système de rotation. Toutes les matinées de la semaine, de 7h à 12h, deux d'entre nous travailleraient comme volontaires à occuper les enfants malades pendant que la troisième suivrait le docteur Patricio Rodriguez Fiallos dans ces tournées et ces consultations quotidiennes. Le travail de volontaires consiste à s'occuper de enfants hospitalisés, établir un contact en jouant avec eux et mettre en place des animations dans les étages. Nous avons reçu chacune un badge de volontaire et l'obligation de nous munir d'une blouse blanche pour être reconnues au sein de l'établissement. La cheffe des Damas a

écrit une lettre de recommandation et nous a convoquées, le lendemain matin, pour confirmer l'acceptation de notre stage auprès du docteur Rodriguez.

Le lendemain matin, nous nous sommes présentées munies de notre lettre de recommandation au bureau des Damas. L'une des Damas nous a emmenées devant le box de consultation du docteur Rodriguez et nous a demandé de patienter en attendant sa venue. Après deux bonnes heures d'expectative, les parents des enfants nous interrogeant sur notre fonction en nous voyant affublées de blouses blanches et espérant ainsi soigner leurs enfants au plus vite, nous avons pris la décision d'interrompre une consultation pour nous présenter auprès du docteur. Très mal à l'aise de faire irruption de la sorte, nous avons expliqué, avec notre espagnol approximatif, la raison de notre venue. Le Dr Rodriguez a rapidement mis fin à sa consultation pour tenter de comprendre nos intentions, car il n'avait, visiblement, pas été mis au courant de notre venue. Un peu perplexe et ne sachant pas très bien que faire de nous, il a accepté de nous prendre en charge les trois ensemble et nous a proposé de le rejoindre le matin suivant à 7h30. Voilà comment fut confirmée notre place de stage au Baca Ortiz.

Pour illustrer notre expérience à l'hôpital, il nous semble plus judicieux de décrire une matinée type, afin que vous compreniez mieux en quoi consistaient nos occupations matinales :

Nous commençons par un cours ex-cathedra d'une heure (de 7h30 à 8h30) en compagnie d'un groupe d'étudiants de 5^{ème} année. Ce cours se constitue de la théorie des cas examinés en pratique. Il a lieu dans la salle de consultation du docteur, une petite pièce ne contenant pas suffisamment de sièges pour tout le monde, certains étudiants étant obligés de prendre place sur le lit de consultation. Le docteur Rodriguez y enseigne son savoir pratique et, parfois, les étudiants présentent leurs exposés. De grands posters blancs accrochés au mur par du scotch font office de rétroprojecteur. La prise de notes est plutôt chaotique, puisque aucun élève ne dispose de bureau. On est bien loin du confort de nos beaux auditoriums, mais l'ambiance y est studieuse et chaleureuse. L'enseignement est moins didactique que chez nous et basé uniquement sur le discours des médecins. On est face à une relation où le maître transmet son savoir aux disciples, sans réel support didactique. De plus, la formation des étudiants est plus basée sur l'expérience et la pratique que sur des lectures théoriques.

Sur les six semaines de cours, nous avons survolé les problèmes pédiatriques les plus fréquents de l'hôpital, dans le service de médecine générale, où nous effectuions notre stage pratique. Les sujets étudiés furent les maladies respiratoires, dont les pneumonies et les allergies, les parasitoses, les problèmes de dénutrition et de déshydratation sévères et les infections des

voies urinaires, causes principales des consultations externes et des hospitalisations. Toutes ces maladies reflètent, d'ailleurs, très bien les problèmes sociaux sous-jacents, à savoir le manque d'hygiène, la pollution de Quito et les carences alimentaires.

TAQUIPNEA		TENSION ARTERIAL	
HASTA 2 MESES	60 o más	$EDAD \cdot 2 + 90 = \text{presión sistólica} \pm 10$	
2 MESES - 1 AÑO	50 o más	La mitad de la presión sistólica + 10 =	
1 - 4 AÑOS	40 o más	presión diastólica ± 10	
PESO			
1 - 6 AÑOS = $EDAD^2 + 8 \pm 10\%$			
6 - 8 AÑOS = $EDAD^3 + 3 \pm 10\%$			
8 - 12 AÑOS = $EDAD^2 + 8 \pm 10\%$			
TALLA			
$EDAD \cdot 6 + 75 \pm 5$			

Figure 4 Théorie pédiatrique

Désirant nous tenir à jour pour suivre les cours, nous avons visité la petite bibliothèque de l'hôpital avec quelques étudiants, toujours prêts à nous seconder. Nous avons alors pris conscience du manque de matériel d'apprentissage dont est frappé le pays : tous les livres datent de dix ans, voire plus et la matière en est dépassée. Tout le système scolaire public manque de moyens pour apporter une bonne éducation à la jeunesse équatorienne. Le système de santé comme le système éducatif souffrent d'un fonctionnement à deux vitesses, opposant systématiquement le privé au public. Par chance, ces futurs médecins se tiennent au courant grâce à des accès à Internet pour leurs remises à niveau. On a pu constater également que l'enseignement est moins rigoureux et exact que dans nos salles de classe. Ce dernier est basé sur l'urgence et le besoin de former des médecins aptes à pratiquer. On apprend à soigner, sans toujours comprendre les mécanismes sous-jacents d'une maladie. On connaît parfaitement les dosages à prescrire pour tel mal, sans en maîtriser la théorie. On va donc à l'essentiel, sans avoir le temps de se poser des questions. La médecine se veut efficace avant tout, avec un haut rendement, pour tenter de lutter contre l'urgence du besoin permanent de médecins de ce pays en développement. L'enseignement vise, de ce fait, plus à former des médecins efficaces, capables de soigner rapidement, que d'instruire ses étudiants.

Nous poursuivons notre matinée dans le service de médecine générale, au cinquième étage du bâtiment, pour assister, de 8h30 à 10h, au colloque des internes avec les étudiants externes et les médecins du service. Ces six semaines de stage nous ont permis de suivre la vie d'un service et les patients qui y sont hospitalisés. Nous avons pu assister aux améliorations et aux péjorations

des cas de l'étage. Le colloque se constitue d'une remise à jour quotidienne des dossiers. Nous avons appris à lire des radiographies cardio-pulmonaires d'une qualité médiocre, par rapport à celles que nous avons pu visualiser en Suisse. Toutes les informations, tapées à la machine à écrire, sont consignées sur de vieux dossiers volants. Chaque cas est présenté par un des internes et fait l'office d'études plus approfondies sur le sujet.

Suite au colloque, par petits groupes, nous allons au chevet des enfants, accompagnés par l'un des médecins du service. Les chambres des enfants sont plus que sommaires ; elles se constituent de quatre lits de métal, comme on pouvait en voir dans les orphelinats du début du siècle, d'un lavabo par chambre et de quatre fauteuils pour accueillir un membre de la famille par enfant. Les poubelles contaminées traînent au milieu de la pièce et personne ne semble s'en préoccuper. Le service est toujours plein. Les parents des enfants malades occupent une place active dans l'hospitalisation de leur enfant. Ils jouent le rôle de nos aides-soignantes européennes : ils lavent, nourrissent l'enfant et aident les infirmières dans leurs soins quotidiens. Leur présence est constante au chevet du patient, 24h sur 24. Un gardien limite, cependant, à un seul parent, l'entrée dans les services et vérifie l'identité des visiteurs. Les parents n'ont, par contre, pas le droit de résider aux soins intensifs



Nous avons noté une grande entraide entre les parents des enfants hospitalisés. Ce trait de caractère reflète bien la chaleur humaine omniprésente dans la population équatorienne. Les gens aiment vivre en communauté et tolèrent très bien la promiscuité.

Le suivi de ces enfants nous a appris que malgré le manque d'hygiène et la pauvreté des soins, bon nombre d'enfants finissent par guérir. Les enfants sont étonnamment résistants, car, lors de leur admission, ils sont souvent dans des états déplorables. Les parents attendent la dernière minute pour hospitaliser leurs enfants et beaucoup pratiquent l'automédication sauvage pour éviter d'avoir à recourir au médecin. Il faut savoir que dans les grandes pharmacies, établies sur des modèles américains, on trouve de tout sans ordonnance. C'est un peu un supermarché à médicaments. On peut obtenir aussi bien des anti-inflammatoires que la pilule et des antibiotiques, sans prescription. Malgré l'usage abusif des

antibiotiques, toutes les infections bactériennes sont soignées par la pénicilline et ses dérivés et très peu de résistances sont connues à ce jour. La grippe n'est pas endémique, car le virus Influenza est très peu répandu en Equateur. Malheureusement, il arrive des situations où, malgré les efforts des équipes soignantes, la mort est inévitable. Les parents semblent accepter la disparition de leur enfant avec moins de fracas que dans nos populations occidentales. On cherche moins à maintenir les patients en vie à n'importe quel prix. Les parents sont moins exigeants face aux médecins. On sait très bien que, sur une fratrie, le risque de perdre un enfant est plus élevé que chez nous. La mort est alors plus acceptée comme une fatalité. La religion catholique, très présente dans tout le pays, joue certainement un grand rôle dans cette attitude face à la mort, n'enlevant rien à la douleur et au chagrin qu'éprouve n'importe quel parent lors de la perte de son enfant.



D'autre part, des occupations sont organisées tous les jours pour distraire les enfants : certains enfants disposent d'une télévision dans leur chambre et les autres participent à leur guise aux activités organisées par les volontaires : jeux, dessins, bricolage... Ils disposent, de surcroît, d'une grande ludothèque au troisième étage de l'hôpital.■

En six semaines, nous avons eu l'opportunité d'étudier de nombreux cas pratiques, souvent éloignés des maladies occidentales : la plupart des enfants sont hospitalisés dans ce service pour des complications de pneumonies bactériennes aiguës. On a pu voir, également, des cas d'infections urinaires, de glomérulonéphrites, de déformations cardiaques dont un situs inversus, de nombreuses parasitoses, des cas graves de dénutrition et de carences alimentaires, un purpura thrombopénique idiopathique auto-immun et des maladies congénitales. Quelques cas nous ont interpellés par leur rareté, dont le purpura de Schönlein. Il s'agit d'une vasculite conduisant à un purpura et des oedèmes des membres inférieurs. Il s'accompagne de douleurs articulaires, de symptômes gastro-intestinaux, d'une glomérulonéphrite, causés par une réaction d'hypersensibilité. Il est souvent précédé, de quelques jours, par une maladie respiratoire. Il n'existe pas de traitement spécifique. La guérison est spontanée, parfois aidée par des corticostéroïdes. Les symptômes sont récurrents et peuvent mener, à long terme, à des lésions rénales.



Le Syndrome de Cornelia Lang, une maladie génétique caractérisée par un hirsutisme, des déformations du visage (oreilles basses implantées, petites dents espacées etc....), un retard de maturation osseuse, une microbrachycéphalie, des anomalies thoraciques ainsi qu'une déformation des hanches, nous a aussi frappées.

En outre, comme dans tout service de pédiatrie, certains enfants sont admis pour une intoxication, après avoir avalé la pilule de leur maman ou, fait plus grave, une tablette d'anxiolytiques.

Enfin de nombreux enfants sont admis parce qu'ils ont été violentés. . La violence domestique est omniprésente dans les familles défavorisées. Les incestes sont malheureusement fréquents et restent extrêmement tabous au sein de la société : tout le monde en est conscient, mais personne n'en parle... Nous reviendrons, plus tard, sur notre expérience des enfants maltraités au sein de l'association CENIT.

Le manque d'intérêt prêté aux parents et l'absence d'informations sur l'état de leur enfant nous a perturbé lors de nos visites au lit du patient. Le médecin est là pour soigner, mais n'a pas l'obligation, ni le devoir de jouer un rôle social. Les médecins et les internes ne prêtent pas attention aux parents et nous enseignent les techniques cliniques et diagnostiques devant eux. Cependant, ils traitent toujours les enfants malades avec une grande douceur. Dans ces moments, on ressent très bien l'attention des parents pour capter chaque parole précieuse du médecin et ainsi tenter de mieux comprendre l'affection dont souffre leur enfant. Les parents restent très souvent ignorants et impuissants face à la maladie par manque d'informations. De plus, une barrière de communication est souvent présente: la population défavorisée parle, par manque d'instruction, un espagnol différent de la langue nationale et les indigènes peuvent parfois ne parler que le quechua, la deuxième langue nationale du pays.



La matinée se poursuit de 10 heures à midi par les consultations externes du docteur Rodriguez. Dès le petit matin, l'hôpital se voit envahi par des centaines de famille, débarquées des quatre coins du pays et venant consulter. On

distribue des tickets aux patients en fonction de l'état d'urgence des soins à prodiguer.■

Les enfants sont pesés, mesurés et on leur assigne un dossier d'admission. Suite à cela, les familles prennent leur mal en patience et traînent de longues heures dans les couloirs, qui se transforment alors en une grande « cours de miracles », où l'odeur n'est pas toujours des plus agréables.

Le docteur Rodriguez descend vers dix heures du service de médecine générale du 5^{ème} étage et se rend dans son petit box de consultation, le n°15. Comme décrite plus haut, la salle de consultation contient le minimum : un bureau, un lit surmonté d'un drap blanc changé une fois par jour, quelques chaises et quelques abaisse-langues.■

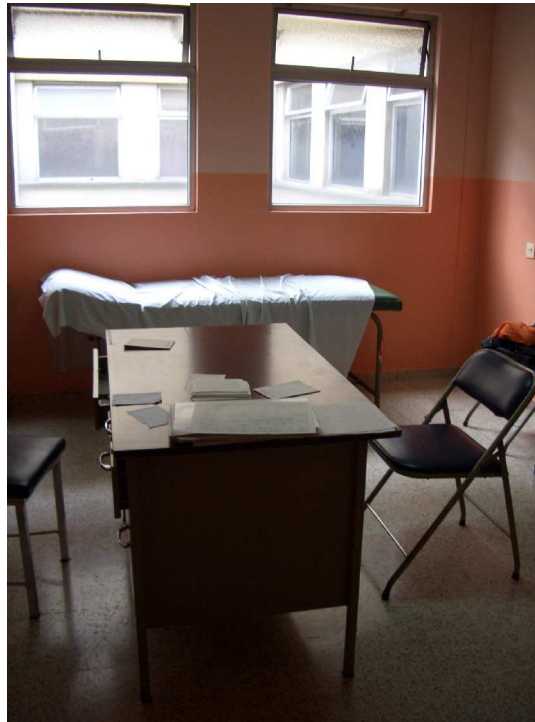


Figure 5 Salle de consultation

Il reçoit, des bras d'une infirmière, la pile de dossiers dont il va devoir s'occuper dans la matinée. Parce que les médecins sont surchargés, les familles, venant pourtant de loin, se voient fréquemment, après des heures d'attente, forcées de revenir le lendemain. Le principe de ces consultations est de soigner efficacement et rapidement. Les patients défilent à une allure impressionnante. Ils sont appelés les uns après les autres. La famille type, se présentant à la consultation, se compose d'une mère, souvent très jeune, accompagnée parfois par son mari, toujours plus âgé et par plusieurs enfants avec peu d'écart d'âge entre chacun d'entre eux. La contraception n'est pas toujours très bien maîtrisée par les mamans et ces dernières se retrouvent avec de nombreux enfants et peu de ressources pour les nourrir correctement. Les mamans sont souvent dépassées et dans le pire des cas abandonnent un de leurs enfants, l'avortement étant très mal considéré et très peu pratiqué. Notre voisin, Ramiro, nous a, à ce propos, raconté une expérience qu'il a vécue personnellement : il y a quelques années, il a été réveillé, en pleine nuit, par des cris peu distincts. Il s'est approché de la source de ces bruits et s'est retrouvé en pleine rue, au pied de l'immeuble où nous vivions, face à un nouveau-né abandonné dans les ordures. Il l'a alors recueilli et s'est adressé aux services sociaux de l'hôpital Baca Ortiz. Ce genre d'aventures reste beaucoup trop fréquent dans une grande ville comme Quito.

Durant l'anamnèse, le docteur Rodriguez réussit souvent à cibler, en quelques questions précises, le mal dont souffre son patient. Il passe, par la suite, à un examen physique complet pour confirmer ses

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
JEFATURA PROVINCIAL DE SALUD
HOSPITAL "BACA ORTIZ"

Quito, a 01 de Julio del 2005

Nombre..... H.CI.....
Servicio..... Cama.....
Diagnóstico.....
Rp.....

*Z. Inmuniz. x 500 mg
tab # 3 (tar)*

Nombre y Firma del Médico

conjectures diagnostiques. La consultation se solde, la plupart du temps, par une prescription de médicaments ou une ordonnance d'examens plus poussés. Le docteur vérifie, lorsque la communication en espagnol est possible, que ces prescriptions soient bien comprises par les parents et...au suivant ! La durée d'une consultation est en moyenne de 5 minutes.

Les consultations sont interrompues, en permanence, par des parents d'enfants, des infirmières ou des internes. Il n'est pas toujours facile de garder son calme et sa concentration dans un environnement aussi agité. On respecte beaucoup moins la sphère privée des patients et de leur famille que chez nous. La promiscuité est plus présente, il y a moins de distance et de gêne entre les gens. Par exemple, les mamans n'hésitent pas à nourrir leur nouveau-né au sein pendant la consultation ou même dans le bus. Le secret médical est quasi inexistant. Le docteur Rodriguez ne nous a jamais introduites auprès de ses patients pour leur expliquer notre démarche. Les parents ne semblent, d'ailleurs, pas s'étonner de notre présence et parlent très librement des soucis de leurs enfants. Ils sont souvent de bonne humeur et ont toujours été très aimables avec nous. Le docteur se permet de grands apartés pendant la consultation pour nous expliquer la théorie pédiatrique. Comme ces intermèdes n'avaient pas toujours trait à la médecine, nous nous sentions parfois gênées face aux parents qui ne venaient pas pour entendre un médecin converser avec trois étudiantes, mais pour soigner leurs enfants atteints de maladies graves. Cependant, à notre grande surprise, ces derniers semblaient s'en accommoder, puisqu'ils participaient parfois à ces discussions pour nous conseiller de beaux endroits à visiter durant nos week-ends.

L'empathie et l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et son patient sont peu existants, bien que l'on ait remarqué que le docteur Rodriguez arrive, en un coup d'œil, à savoir exactement comment se comporter au mieux avec chaque enfant. Ce dernier a une grande expérience de la pédiatrie et de la néonatalogie et traite toujours admirablement ces patients, avec tact et douceur. Cependant, il ne dispose pas de temps suffisant pour installer une relation solide lors de la consultation. Le médecin mène l'entretien à sa guise et les parents sont forcés de suivre « le chef d'orchestre ». Les échanges verbaux restent concis, questions brèves, réponses courtes. Il y a tellement de cas à traiter que le temps est insuffisant pour tenter d'établir des contacts. Le médecin ne dispose pas du temps nécessaire pour s'attarder sur un patient ; il doit être efficace avant tout. Pour lutter contre ce manque de rapport humain pas toujours évident à supporter, le docteur Rodriguez restait, par moment, assez froid et distant avec ses patients, comme pour ne pas s'y attacher, alors qu'il se montrait très chaleureux envers nous.

Par manque d'éducation et par ignorance, il est décevant de constater que les parents sont fréquemment responsables du mal-être des enfants. Cette

injustice sociale mène à la colère des médecins. A plusieurs reprises, le docteur Rodriguez laissait ressortir ses patients sachant pertinemment que les parents allaient commettre, à nouveau, les mêmes erreurs et qu'il les retrouverait, quelques mois plus tard, pour les mêmes motifs de consultation. Les erreurs régulières que commettent les parents concernent principalement l'alimentation et les dosages des traitements.

Les motifs majeurs de consultation sont dans environ 80% des cas des problèmes respiratoires : pneumonie, bronchite, allergies causées par l'excès de pollution. La dénutrition sévère ainsi que les problèmes liés aux parasites reviennent régulièrement. Il va de même pour les maladies de l'enfance, comme la varicelle et la rougeole ainsi que les retards mentaux liés à la malnutrition. A tout cela s'ajoute les nombreuses maladies liées à un manque d'hygiène. Il est intéressant d'observer que de nombreux enfants souffrent de problèmes orthopédiques non traités, comme des pieds bots et des boiteries diverses. Ces affections, ne faisant pas encourir un risque vital pour la santé, ne sont pas considérées prioritairement et sont rarement soignées. Nous n'avons plus l'habitude de voir ces malformations congénitales dans nos sociétés, puisqu'elles sont traitées dès la naissance.

Le suivi médical des enfants est quasi inexistant : on les suit pour l'analyse des résultats d'examens prescrits, des cultures bactériennes par exemple, mais, la plupart du temps, on ne les revoit jamais.

L'adhérence thérapeutique est faible par manque d'instruction. Il est rare que des parents sortent de la consultation en ayant bien compris les instructions de traitements. La consultation suivante est alors troublée par des parents qui reviennent avec des questions sur les prescriptions à suivre.

Le statut du médecin public, au sein de la société équatorienne, se rapproche de celui que nous avons au début du siècle. Il a plein pouvoir, on l'écoute sagement, sans se permettre de remettre en cause ses jugements. Cependant, la vie d'un médecin travaillant en institution publique est misérable. Les salaires sont, environ de 200 à 300 dollars par mois, somme avec laquelle il nous aurait été impossible de vivre correctement pendant un mois à Quito, tout en payant notre loyer. Le travail du médecin n'est pas du tout valorisé. En effet, le sacrifice que représente les années d'études et l'acquisition de connaissances adéquates ne sont pas reconnus. De ce fait, les médecins se voient obligés de partager leur temps entre les institutions publiques et des cabinets privés pour vivre décemment. En revanche, les médecins, travaillant dans les hôpitaux privés américains, font partie de la frange sociale aisée.

Les mesures de prévention quelles qu'elles soient demeurent faibles au sein de l'établissement, par manque de moyens. Elles se limitent à des films

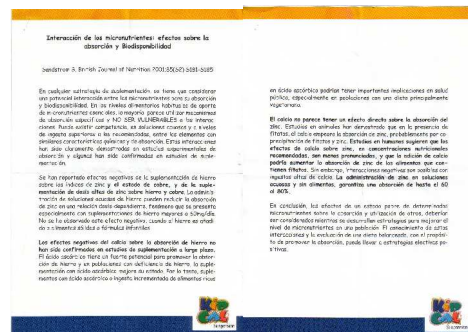


diffusés occasionnellement dans les couloirs où patientent les enfants. Ces supports pédagogiques visent à sensibiliser la population aux normes d'hygiène, aux notions élémentaires d'alimentation équilibrée et à les mettre en garde contre les maladies sexuellement transmissibles ou aux risques de grossesse non désirée.



Figure 6 Salle de soins

PROPAGANDE PHARMACEUTIQUE PENDANT UN COLLOQUE :



Un matin, le colloque des internes auquel nous assistions, a été interrompu par un représentant d'une agence pharmaceutique. Ce représentant, très bien habillé, venait nous présenter une petite conférence sur l'interaction des micronutriments et leurs effets sur l'absorption intestinale et leur biodisponibilité. Son intérêt était de nous sensibiliser aux moyens de lutter contre les problèmes de malnutrition et de carence alimentaire trop fréquentes chez les enfants et nuisibles à leur croissance et à leur bon développement. Il insistait sur l'intérêt de comprendre les mécanismes sous-jacents à l'absorption et à l'interaction respectives des agents de la nutrition dans le système digestif pour soigner au mieux la dénutrition. Voici la traduction libre du pamphlet qui nous a été distribué lors de cette réunion :

L'INTERACTION DES MICRONUTRIMENTS : les effets sur l'absorption et la biodisponibilité

Dans n'importe quelle stratégie de supplémentation alimentaire, il faut considérer une interaction possible entre les micronutriments au moment de leur absorption, ayant des conséquences directes sur leur biodisponibilité. La majeure partie des formules alimentaires habituelles d'apport de micronutriments essentiels semble utiliser des mécanismes d'absorption spécifiques et ne pas être vulnérables en matière d'interactions. Il peut, cependant, exister une compétition entre les éléments, ayant des caractéristiques chimiques d'absorption similaires, en solution aqueuse et au moment de l'ingestion, supérieure à celle recommandée. Ces interactions ont été clairement démontrées lors d'études expérimentales d'absorption et certaines ont été confirmées dans les études cliniques de supplémentation.

Des effets négatifs de l'apport de fer sur les taux de zinc et de cuivre ont été rapportés, ainsi que des effets secondaires de l'apport de doses importantes de zinc sur l'absorption de fer et de cuivre. L'administration de solutions aqueuses de fer peut réduire l'absorption de zinc en une relation dose dépendante. Ce phénomène se produit spécialement avec un apport de fer supérieur à 60mg par jour. Cet effet secondaire est aboli lorsque le fer est mélangé à des aliments solides ou à des formules infantiles.

Les effets négatifs du calcium sur l'absorption de fer n'ont pas été confirmés lors d'études de supplémentation alimentaire effectuées sur de longs délais. L'acide ascorbique permet de promouvoir l'absorption intestinale du fer et d'améliorer les carences de fer des enfants dénutris. Par conséquent, des suppléments d'acide ascorbique ou une ingestion augmentée d'aliments riches en vitamine C pourraient avoir de grandes implications sur la santé de la population, particulièrement chez les végétariens.

Le calcium ne semble pas avoir un effet direct sur l'absorption de zinc. Des études sur des animaux ont prouvé qu'en présence de « fitatos » ????, le calcium a des effets péjoratifs sur l'absorption de zinc, probablement par effet de précipitation entre le zinc et les fitatos. Toutefois, des interactions négatives demeurent possibles lors d'ingestion de hautes

concentrations de calcium. L'administration de zinc en solution aqueuse, sans aliments, garantit une absorption jusqu'à 60 à 80%.

Pour conclure, le fait de constater les effets d'une alimentation pauvre en micronutriments sur l'absorption intestinale et l'utilisation accrue de suppléments nutritionnels devraient permettre, entre temps, de développer des stratégies pour améliorer le niveau de nutrition d'une population. La connaissance de ces interactions et l'évaluation d'un régime équilibré, visant à promouvoir une meilleure absorption, peuvent faire partie des stratégies électives et positives.

Le propos et le message délivré par ce représentant nous ont paru louables au premier abord, mais nous avons vite constaté à la lecture du prospectus que tous ces dires n'étaient basés sur aucune étude ou fondement concrets. Nous étions censées le croire sur parole et adhérer sans contester au produit qu'il désirait nous vendre. Nous, qui venons d'un système où tout ce qui nous est enseigné est toujours accompagné d'une preuve à l'appui, sommes restées abasourdies face à si peu de cohérence et d'exactitude. Cependant, en discutant et en observant les étudiants autour de nous, nous avons remarqué qu'il s'agissait d'un procédé habituel et qu'ils ne semblaient pas remettre en cause la véracité de ces dires. Cette présentation s'est achevée par un apéritif où tout le monde était content et prêt à utiliser le produit que le représentant était venu vendre, sans paraître se préoccuper des méfaits, ni des effets secondaires qu'un tel produit aurait, peut-être, pu engendrer. Cet exemple illustre bien la manière dont est transmis le savoir médical, tel que nous l'avons expérimenté. Là où la faculté de médecine de Genève tente de nous rendre autonome et d'éveiller en nous un certain esprit critique, le système équatorien transmet de l'information en masse, sans jamais en énoncer les sources. La transmission du savoir se base plus sur des expériences concrètes que sur de la littérature médicale.

En outre, l'hôpital Baca Ortiz est fréquenté par des médecins réputés spécialisés dans les maladies touchant fréquemment les pays en développement, puisque l'un d'entre eux, avec lequel nous avons eu la chance de travailler, est reconnu mondialement et se rend, une fois par an, à l'Université de Bâle pour distiller son expérience des parasitoses et de la problématique des maladies liées à la dénutrition et aux carences alimentaires.

CONCLUSION:

Malgré les déboires de la mise sur pied de notre stage à l'hôpital Baca Ortiz, nous avons beaucoup apprécié notre expérience. Ce fut une réelle ouverture d'esprit que d'étudier le fonctionnement de cet hôpital, sans nul doute très éloigné de celui que nous allons côtoyer l'an prochain. Nous sommes cependant conscientes de l'enrichissement que procure l'observation d'une autre manière de pratiquer la médecine avec, certes, moins de moyens mais tout autant de bonne volonté.

Cette aventure a été très riche humainement : nous sommes restées très amies avec certains étudiants. Le docteur Rodriguez nous a énormément appris et est toujours demeuré très accessible pour répondre à nos interrogations. N'oublions pas les principaux acteurs, les enfants et leur famille qui par leur simplicité, leur amabilité et leur chaleur humaine nous ont énormément touchées. Cette expérience a réveillé en nous beaucoup de sentiments : nous avons été choquées et révoltées par l'injustice qui règne dans une société essentiellement gouvernée par un Etat ravagé par la corruption. Celui-ci délaisse trop souvent le système de santé au profit d'autres ministères, menant ainsi à la mort d'enfants, qui, s'ils étaient nés du bon côté de la ville, auraient sans doute survécu...Ce même Etat, qui provoque, par son manque d'initiatives, l'accroissement du fossé social entre les riches et les pauvres et n'arrive visiblement pas à mettre à profit ce qu'offre la terre fertile et le climat équatoriens.



Figure 7 Le docteur Rodriguez et ses étudiants



CENIT



Figure 8 Cenit

C.E.N.I.T, Centro de la Niña Trabajadora, est une Association non gouvernementale fondée en 1991 par des sœurs catholiques de la « Buen Pastor ». Il s'agit d'une institution religieuse catholique, mais ouverte à toute personne dans le besoin quelles que soient ses croyances. Cette association cherche à améliorer la situation des enfants travailleurs, dont le nombre s'accroît perpétuellement à cause de l'exode rural des « indigènes », de la crise du besoin et de l'extrême précarité. Elle vise à apporter des connaissances générales et une éducation adéquate pour que ces enfants travailleurs puissent trouver une formation plus enrichissante que celle que leur réserve la rue et espère, ainsi, lutter contre la fatalité des enfants travailleurs. Initialement, CENIT était uniquement destinée aux filles, mais elle accueille désormais aussi les garçons. Elle s'adressait principalement aux jeunes filles travailleuses, dont la situation est particulièrement difficile. Ces dernières sont régulièrement moins bien nourries, les mères privilégiant les frères et le père. Si les parents disposent d'un peu d'argent pour envoyer un de leurs enfants à l'école, ils favorisent trop souvent les garçons de la fratrie, pensant qu'il s'agit d'un meilleur investissement à long terme. En plus de leur travail pauvrement rémunéré, les jeunes filles sont systématiquement de corvée ménagère au sein de leur famille. Enfin, elles sont plus susceptibles d'être abusées sexuellement.

La société équatorienne est encore très imprégnée par le machisme ; de ce fait, CENIT veille à aider ces femmes et tente de rehausser leur statut social. Pour ce faire, elle exige des parents qu'ils envoient un quota équilibré entre les garçons et les filles d'une même fratrie.

CENIT s'efforce d'apporter un soutien permanent à ses adhérents et d'améliorer la qualité de vie de toute la population du quartier Sud. Elle travaille en accord avec les lois équatoriennes et est enregistrée au Ministère de la Santé publique. Sa philosophie vise à n'épargner personne et se fixe comme objectif de vivre en harmonie avec les familles, les différentes communautés et la société toute entière.

Ses bâtiments se situent en banlieue Sud de Quito dans les quartiers pauvres, à proximité du grand marché populaire de la Camal. L'édifice de l'association ressemble à une école avec ses salles de classe, son préau, sa cantine, ses ateliers de menuiserie, boulangerie et d'artisanat, et sa petite clinique.





Figure 9 Le quartier Sud

Cet organisme offre des programmes médicaux, psychologiques et éducationnels, ainsi que des petits travaux pour les enfants et leurs familles. La majorité des enfants, fréquentant l'association, ont été victimes d'abus psychologiques, physiques et sexuels. Ils se présentent avec des problèmes lourds et dans des états déplorables.

Tenue à ses débuts par des bonnes sœurs, CENIT a véritablement pris de l'ampleur en 2003 grâce au retour des volontaires étrangers dans leur pays, où ils ont fait connaître l'Association. A l'heure actuelle, il existe même des Universités proposant à leurs étudiants des séjours interculturels et humanitaires au sein de CENIT.

La répercussion s'en est ressentie au niveau des effectifs : restreinte à une dizaine de volontaires avant 2003, elle compte actuellement environ 45 employés équatoriens fixes (incluant des professeurs, des administrateurs, des psychologues et des travailleurs sociaux) et 50 bénévoles équatoriens et internationaux.

L'Association est financée en majorité par des donations privées, mais reçoit aussi de l'argent du gouvernement (INFAA) et de l'Eglise catholique. Les mécènes peuvent choisir, spécifiquement, à quel programme ils désirent faire parvenir leurs dons, ou laisser le libre choix à CENIT d'utiliser l'argent là où il est le plus nécessaire.

L'Association possède un site Internet www.cenitecuador.org que nous avons consulté, après que des amis nous en eurent parlé pour la première fois. C'est par courrier électronique que nous avons communiqué avec elle, afin de savoir si nous pouvions travailler à CENIT. Ce système est très pratique pour les longues distances et il prouve que l'Association a l'habitude d'accueillir des étrangers, qu'elle s'est organisée de façon à faciliter au maximum l'échange et permet ainsi de proposer du volontariat accessible à tous. De plus, bien que l'Institution soit dirigée par des Equatoriennes, ce sont des Américaines qui se chargent d'organiser le bénévolat.

De part son emplacement dans un quartier pauvre de la ville et proche des marchés, CENIT est très bien située pour venir en aide aux familles les plus démunies. Les parents peuvent y déposer leurs enfants en allant travailler le matin ou bien les enfants peuvent s'y rendre seuls depuis le marché, s'ils y travaillent avec leur famille.



Figure 10 Le marché de la Camal

Statut des enfants de la rue :



Figure 11 Niños en la calle

L'épidémie des enfants travailleurs est présente depuis de nombreuses années en Equateur, mais certains facteurs économiques et sociaux ont tendu à

accroître ce fléau dès les années 1980. Alors que les pays dits « développés » ont institué et développés des réformes sociales, punissant le travail des enfants, les pays, comme l'Equateur, n'ont pas établi les changements légaux nécessaires, ni tenté de renforcer leurs ressources pour lutter contre le travail des enfants. Les rues des pays latins se sont vues envahies par les enfants après la crise de l'endettement de 1980, engendrant une forte migration urbaine. Beaucoup de ces enfants sont les fils et les filles de parents campagnards, émigrés dans les grandes villes, dans l'espoir de trouver de nouvelles opportunités de travail. Le taux de chômage à Quito atteint 8,5% de la population. Ce chiffre, contesté par le manque de recensement effectué ces dernières années, est à considérer à titre indicatif.

Les enfants vivant et travaillant dans les rues sont confrontés à des myriades de problèmes. Passant leur vie à l'extérieur, ils sont exposés à des abus physiques et sexuels de la part d'étrangers et subissent parfois la pression de certains gangs malfaisants. En regard de leur précarité, ils sont souvent tentés de se prostituer ou de s'adonner aux vols. Par leur manque d'hygiène, ils attrapent la gale, des poux, et des parasites. Ils souffrent évidemment de malnutrition, n'ont pas accès à l'eau potable, manquent de sommeil et vivent dans un stress permanent. Certains sont dépendants à des drogues, comme les inhalants. Le « sniffage » de colle soulage la sensation douloureuse de faim et diminue la sensation de froid. Les abus ne sont pas uniquement infligés par des étrangers : la majorité des enfants, fréquentant, CENIT subissent aussi des maltraitements ou abus de la part de membres de leur famille, proche ou éloignée, ou de voisins. Ces êtres sans défenses souffrent de négligence et de sévices physiques, verbaux émotionnels et sexuels. L'augmentation de l'incidence de l'alcoolisme, chez les mâles migrants, ne fait, d'ailleurs, qu'entretenir ce problème. Beaucoup d'enfants ont un quota d'argent à ramener chaque jour à leurs parents. Lorsqu'ils n'y parviennent pas, ils sont frappés ou privés de nourriture. Ces mauvais traitements les contraignent à voler. En résumé, la soumission des enfants à la volonté de leurs parents, leur obligation de travailler pour ramener de l'argent les rend vulnérables, dès leur plus jeune âge. Dès la naissance, ils sont privés d'espérer, un jour, avoir l'opportunité de s'instruire ou de pouvoir quitter le milieu de la rue.

La plupart des enfants ne reçoivent aucune éducation, même basique. La pauvreté de certaines familles est extrême et les parents se soucient plus de leur survie, au jour le jour, que de miser sur un investissement à long terme en envoyant leurs enfants à l'école. Les enfants n'ont pas le choix, ils doivent apporter leur contribution familiale. Un des arguments, qui dissuade les parents de permettre à leurs enfants de s'instruire, réside dans le fait que l'école traditionnelle n'est pas gratuite. En Equateur, les parents doivent payer entre 100 et 400\$ l'accès de leurs enfants à l'école publique, somme comprenant les

frais administratifs et les uniformes. Il faut savoir que les familles équatoriennes ont une moyenne de 7 enfants et qu'il n'est pas rare d'en compter jusqu'à douze. Il est, de ce fait, impossible de sacrifier jusqu'à plus de la moitié du revenu annuel des parents pour l'éducation de leur progéniture, alors que chaque « centavo » pour se nourrir est compté. Seuls 12% des enfants appartenant à la frange la plus défavorisée de la population termine l'école élémentaire basique et plus de 24% des enfants fréquentant un établissement scolaire abandonnent l'école pour chercher du travail.

Les enfants travailleurs sont âgés de quelques mois à environ 18 ans et travaillent trop souvent à plein temps. Ils effectuent toutes sortes de petits boulots, comme vendeurs ambulants de fruits, de légumes et de sucreries, cireurs de chaussures, amuseurs dans les bus et sur les marchés, ouvriers etc.... Ils représentent une main-d'œuvre peu coûteuse. Le plus souvent, ils commencent à travailler sur les marchés aux côtés de leur mère et, vers l'âge de 3 ou 4 ans, deviennent suffisamment indépendants pour se débrouiller tous seuls. C'est à ce moment là que leurs heures de labeur tendent à augmenter. Contrairement à de nombreuses croyances, beaucoup d'enfants disposent d'un toit et ne dorment pas à même la rue. La plupart ont une famille proche ou éloignée, qui les héberge pour la nuit. Cependant, ils vivent dans des environnements sales, ne disposant pas d'eau courante, ni de salle de bain.

Le manque de stimulation intellectuelle que leur procurent leurs petits jobs répétitifs tend à appauvrir le niveau de connaissances général de la population et renforce la difficulté de rendre obligatoire l'accès à l'éducation. En effet, moins une population est instruite, moins elle cherche à l'être. On tombe dans un cercle vicieux qu'il faut tenter de briser. La majorité de la population défavorisée ne sait plus lire et ceux qui y parviennent réussissent seulement à déchiffrer des inscriptions simples, comme les panneaux dans les rues. Comme le dessein prioritaire de cette population est, avant tout, de survivre, l'éducation est reléguée au second plan et le cycle consistant à mettre en avant le travail, au détriment des études, s'ancre profondément dans la société et se renforce de génération en génération. CENIT cherche, à juste titre, à réveiller les consciences sur ce déclin social et à trouver un compromis entre la nécessité du revenu journalier des enfants pour la survie de leur famille et l'accès primordial à une éducation basique. Ainsi, permet-elle le travail des enfants à mi-temps, tout en les conviant à un programme scolaire durant les demi-journées restantes.

Les marchés:



Figure 12 La Camal

La visite des volontaires sur les marchés est une activité visant, avant tout, à encourager la population des quartiers défavorisés, à profiter des avantages sociaux que leur offre CENIT. Ce programme s'occupe d'établir des contacts entre les enfants travailleurs et l'association et de conscientiser les familles, en allant à leur rencontre sur le terrain, afin qu'elles profitent des infrastructures proposées.

Les volontaires de CENIT travaillent sur quatre secteurs, aux alentours de l'association : el Registro Civil, la Mayorista, Santa Maria et le dernier, que nous avons eu l'opportunité de visiter, la Camal. Le travail de volontaire implique le recueil des enfants sur toute l'étendue du marché et la prise de connaissance ou l'exploration de l'histoire personnelle de chacun d'eux. A l'issue de la discussion, l'enfant est libre de choisir s'il veut rejoindre ou non le groupe. En outre, la participation de l'enfant aux activités proposées est toujours validée par l'un des membres de sa famille. L'accord des parents dépend, principalement, de la solde rapportée par leurs enfants, la veille : si les parents sont satisfaits, ils se montrent tolérants et permettent à leur progéniture de quitter leur travail. Une fois les enfants rassemblés, des activités leur sont proposées : jeux éducatifs, coloriages, lecture, puzzles etc....



Ces activités ont toujours des visées pédagogiques et, par l'intermédiaire de supports ludiques, le volontaire essaie d'établir une relation avec chaque enfant, basée sur la confiance. Elles permettent, par la même, d'apporter des

notions d'éducation et de santé publique aux enfants les plus démunis. On propose aussi aux enfants de venir partager un repas à l'association, en fin de matinée et ces derniers peuvent profiter de toutes les infrastructures mises à leur disposition. Il est important, par exemple, d'encourager les enfants à se joindre aux programmes éducatifs et d'éviter ainsi qu'ils ne traînent dans les rues et finissent par s'accoutumer à cette vie de misère. Il est évident que plus longtemps est déscolarisé un enfant, plus dure est sa réinsertion sociale. Il est, alors, primordial de lui offrir des projets futurs autres que l'optique de finir sa vie dans la rue. La cruauté de la précarité ainsi que l'horreur du quotidien lui ayant déjà volé la naïveté de son enfance et l'ayant propulsé trop rapidement dans une réalité d'adulte, autant qu'il puisse se projeter dans un avenir plus brillant. Ainsi, l'objectif premier de CENIT est d'intégrer ces jeunes travailleurs dans un programme scolaire, le plus approprié possible à la situation de chacun d'entre eux. Convaincre l'enfant ainsi que sa famille du bienfait d'accéder au savoir est souvent un travail de longue haleine. C'est pourquoi CENIT met l'accent sur la discussion et considère toujours la famille dans son ensemble. L'établissement de contacts basés sur la confiance et le respect est crucial pour obtenir l'adhérence souhaitée. Les parents, souvent dans des situations financières déplorables, restent réticents à la scolarisation de leurs enfants, qui représente, à leurs yeux, un manque à gagner évident et tout l'art réside, alors, à adopter le comportement adéquat. Le rôle de CENIT est de renseigner les parents sur les opportunités qui leur sont offertes (programmes sur les marchés, ateliers d'apprentissage, clinique avec soins gratuits, assistances aux familles, classes pour adultes etc.) et sur leurs possibilités d'intégration, en insistant sur le fait que l'association vient, avant tout, en aide aux enfants, mais qu'elle assiste également les parents en difficulté, afin d'améliorer la qualité de vie de toute une société. Les programmes de scolarisation privilégient des remises à niveau, pour réinsérer les enfants dans un cursus scolaire, dit « normal ».

Les volontaires se doivent, dans quelque activité que ce soit, de toujours rester respectueux envers les enfants, aussi difficiles qu'ils puissent l'être, tout en restant fermes et fidèles à certaines règles. Par exemple, une partie importante de la responsabilité du volontaire est de montrer que la violence ne fait pas partie intégrante de la vie, afin de briser le cycle de maltraitance dans lequel sont enfermés les enfants depuis leur naissance. L'agressivité de certains enfants maltraités n'est pas toujours évidente à gérer. Chaque volontaire doit s'impliquer au minimum un mois dans cette expérience pour assurer une certaine stabilité émotionnelle, nécessaire aux enfants, et ainsi réussir à établir une relation constructive. La constance et la régularité dans les horaires et les attitudes des volontaires apportent des repères rassurants pour les enfants.

Voici un exemple général du déroulement des activités d'une matinée au marché :

- ronde de salutations en chanson
- lecture
- jeux d'éveil, activités imaginées par les volontaires
- temps libre
- enseignement des notions d'hygiène : lavage des mains et du visage, brossage de dents
- ronde en chanson pour se quitter

A l'issue de cette matinée, les enfants sont, soit raccompagnés auprès de leurs parents, soit conviés à un repas gratuit dans l'enceinte de l'association. CENIT est un lieu d'échanges très vivant, où il se passe tout le temps quelque chose. Je me souviens, notamment, avoir participé à des improvisations fréquentes de chorégraphies endiablées dans la cours ou dans les couloirs de l'établissement. Toute personne, jeune ou moins jeune, passant dans les environs est naturellement invitée à venir passer un moment joyeux, lui faisant oublier, l'espace d'un instant, la dureté du quotidien. Il n'y a rien de plus enrichissant, dans ces moments privilégiés, que de voir des sourires s'inscrire sur tous les visages.

Des infirmières qualifiées se rendent, également, sur les marchés, une fois par semaine. Elles établissent des campagnes de prévention pour instruire les familles sur les problèmes de santé publique récurrents. Nous n'avons, malheureusement, pas pu assister à ces visites, les infirmières étant toutes en vacances pendant la période où nous effectuions notre stage.

Notre expérience sur les marchés s'est résumée à une matinée d'observation. En effet, nous n'avons pas pu intégrer ce programme, car nous étions déjà engagées tous les matins à l'hôpital Baca Ortiz. Cependant, Wing-Chung CHEUNG, une amie de Suisse nous a rejointes en Equateur et a effectué ce travail de volontariat sur les marchés, durant un mois. Nous avons, donc pu bénéficier de ses impressions quotidiennes et lui avons rendu visite sur son lieu de travail. Nous sommes arrivées sur le plus grand marché du quartier sud de la ville de Quito, la Camal. C'est impressionnant comme, au sortir du tram qui nous y conduisait, nous avons eu l'impression d'être projetées dans un autre univers, un espèce de microcosme qui vit presque en autarcie du reste de la ville. La Camal est un lieu populaire, très vivant, où l'on trouve de tout. La misère est présente à chaque coin de rue ; les enfants sont mal habillés et souvent sales. Ils connaissent tous les recoins du marché, considéré comme leur seconde maison. A partir du moment où ils savent marcher, ils crapahutent à travers le secteur, sans que personne ne se soucie réellement de leur présence. Nous avons très vite été touchées par l'entraide impressionnante qui règne au sein d'une



même fratrie : les aînés prennent soin des cadets, occupant ainsi le rôle des parents absents, trop occupés à travailler. Pendant les repas, les aînés se préoccupent d'abord de nourrir leurs petits frères et petites sœurs et se servent en dernier. Il n'est pas rare de rencontrer, dans les rues de Quito, un enfant de 5 ans portant un bébé sur leur dos et tenant un autre enfant par la main.

A l'approche de chaque enfant, les mêmes gestes sont effectués pour analyser brièvement son état de santé : on regarde, en premier lieu, l'apparence physique de l'enfant, s'il a eu l'occasion de pouvoir se laver ou non, puis, en fonction son état de santé et de nutrition, rappelons aux parents qu'une clinique offre des consultations familiales gratuites deux après-midi par semaine.

Les enfants sont d'une chaleur humaine déconcertante. Dès notre arrivée, sur le lieu de récréation, aménagé par les volontaires le long d'un trottoir, nous avons été submergées par une foule d'enfants souhaitant nous témoigner de leur affection. Le gain de leur confiance débute en faisant l'effort de leur parler espagnol et en les identifiant par leurs prénoms.

L'état sanitaire de ces enfants est déplorable. Totalement livrés à eux-mêmes, ils passent leur temps libre à jouer dans les débris et côtoient la pollution omniprésente dans les rues de Quito. Leurs dents sont dans des états inquiétants et leur peau souvent brûlée par le soleil.



Un des objectifs des volontaires est d'apprendre aux enfants à être le plus indépendant possible, dès l'instant où ils peuvent penser et agir par eux-mêmes et à les préparer aux difficultés qu'ils vont être forcés de rencontrer. Un des principes fondamentaux sur lesquels il faut insister chaque jour n'est autre que l'hygiène personnelle. Tous les enfants



éprouvent un plaisir énorme à se laver les mains et la frimousse. Des cris jaillissent, car il y en a toujours un ou deux qui finissent par se gicler du savon dans les yeux. Après que chacun soit passé à la fontaine d'eau pour se rincer, a lieu l'un des moments préférés des enfants : La distribution de crème « magique ». Il s'agit, en réalité, d'une simple crème hydratante. Les enfants se barbouillent avec et peuvent, alors, s'admirer dans un petit miroir. Cet exercice a pour but de prouver à l'enfant, de manière ludique, le bien-être que l'on éprouve, lorsque l'on se sent propre.■

C'est amusant de voir ressortir la coquetterie de certaines petites filles qui ne veulent plus quitter le miroir. Cette manière de faire valorise l'acte de l'enfant et le pousse à réitérer à domicile ces gestes banals du quotidien. Chaque enfant dispose d'une brosse à dent à son nom et passe auprès d'un volontaire pour recevoir un peu de dentifrice. Les égouts de la rue se transforment, alors, en un crachoir gigantesque.



Les jeux proposés aux enfants ont toujours un pendant éducatif. Les enfants apprennent ainsi, indirectement, à lire et à compter.

Le fait d'arriver avec un appareil photo numérique a créé un chahut mémorable. Beaucoup d'enfants voyaient ce genre d'appareil, pour la première fois de leur vie, stupéfaits de pouvoir contempler leur portrait sur l'écran. Tous souhaitaient être pris en photo et je me suis vite retrouvée submergée par une foule d'enfants, s'accrochant à moi et me criant « dejame ver » (« laisse-moi voir ») pour admirer les photos.

Le chant et la musique occupent une place primordiale et sont omniprésents dans les rues de Quito. Une chansonnette clôture chaque matinée. Les enfants et les volontaires se mettent en ronde en se tenant par la main, signe d'appartenance à un groupe, et entonnent une comptine d'adieu.

A la fin de la matinée, il demeure difficile de quantifier si ce que l'on offre aux enfants réussit à



égaler ce que eux nous apportent. Travailler avec ces jeunes enfants n'est pas chose facile, parce que ces derniers nécessitent une attention permanente. On n'est jamais à l'abri d'une bêtise et certains s'échappent des activités qui leur sont proposées. Ces enfants, livrés à eux même depuis leur plus jeune âge, sont extrêmement indépendants et n'acceptent pas toujours les actes autoritaires des volontaires. Cependant, leur affection naïve et désintéressée reste inestimable. Avec le peu dont ils disposent, ces « niños trabajadores en la calle » réussissent à vous ensoleiller une journée par leur simple présence et chaque sourire ou démonstration affective vous transportent.

L'école :

Cenit est avant tout une école. Elle propose des cours divers pour les enfants défavorisés, afin de leur apporter une scolarité de base et de les sortir quelque peu de leur travail dans les rues.

Plusieurs niveaux ont été mis en place, afin de correspondre le plus précisément possible à chaque enfant. Ces derniers sont :



Nivelaciones

C'est une préparation et une remise à niveau pour des enfants qui ne sont jamais allés à l'école et qui vont intégrer le degré élémentaire ESTAR. Des élèves de tout âge participent à ce cours. La plupart de ces enfants travaillent dans la rue ou sur les marchés tous les matins. Un déjeuner leur est offert à la cafétéria de Cenit. De 14h à 16h30, ils suivent le programme des nivelaciones. Aux lacunes scolaires des enfants s'ajoutent souvent des troubles d'adaptation difficiles à gérer. Par exemple, ils leur est quasiment impossible de rester assis tranquillement ou bien ils ne savent pas comment tenir un stylo en main. Personne ne s'est jamais donné la peine de leur apprendre.

Le but des nivelaciones est de développer leur capacité de concentration et de leur enseigner la lecture, l'écriture, les maths et certaines notions de sciences naturelles. Les volontaires leur donnent goût à l'apprentissage et leur transmettent les connaissances nécessaires pour rejoindre le cursus normal.

L'estime de soi fait partie des sujets traités. Ce n'est pas toujours une tâche facile, car personne ne les a jamais valorisés et soutenus. Ils sont souvent impatients et en colère contre eux-mêmes. Les instruire dans un univers sans la violence, qui est leur pain quotidien, n'est pas évident. Pour atteindre tous ces objectifs, il faut s'armer de beaucoup de patience et être motivé.

CEA : centre d'études surveillées

Ce projet comporte 80 élèves et a pour fonction de les aider à faire leurs devoirs ou leur expliquer une notion incomprise. Les sujets enseignés sont les langues, maths et sciences. Ce cours n'est pas seulement là pour les soutenir, mais il leur permet également de pratiquer des activités artistiques et de jouer. Il correspond aux études surveillées de chez nous.

Les enfants viennent soit le matin de 9h45 à 12h, soit l'après-midi de 13h45 à 16h30. La tranche d'âge se situe entre 6 ans et 16 ans et la plupart souffrent de difficultés d'apprentissage. Ils doivent par conséquent être très encadrés.

Les enfants suivent ce cours en fonction de leurs disponibilités et de leurs besoins.

Jardin d'enfant ou école enfantine

28 enfants le composent, tous âgés de 5 ans. Les niveaux et les capacités d'apprentissage sont très variés au sein du groupe : certains ont des notions sur les couleurs et les nombres, épellent leur nom, alors que d'autres ne savent pas lire, voire ne connaissent même pas l'alphabet... En revanche, tous ont acquis une intelligence pratique dans la rue.

Ce degré a pour but de les préparer au mieux pour leur rentrée prochaine à l'école élémentaire. Outre les maths, l'écriture, la lecture, on les initie à la danse, à l'art, à la poterie. Beaucoup de temps est également consacré aux jeux et aux bricolages. De plus, les volontaires ont pour mission de leur enseigner les bonnes manières, le respect, l'hygiène de base, le lavage des mains, l'attitude à table, le rangement, la non-violence... Des cours sur l'éducation, la violence, les abus...ont été intégrés dans leur programme.

On essaie d'aider les enfants à résoudre certains problèmes familiaux ; une psychologue et une assistante sociale travaillent avec eux.

Les parents les amènent le matin à 8h quand ils s'en vont pour le travail. Ils ont ensuite classe jusqu'à 12h, puis ils dînent à la cafétéria tous ensemble. De 13h à 14h, l'heure est consacrée à la récréation et à l'hygiène des enfants.

Travailler avec ces enfants n'est pas une sinécure. Ils requièrent une attention constante, une patience à toute épreuve, mais c'est par ailleurs un travail très gratifiant si l'on aime les enfants. Ils sont extrêmement reconnaissants de l'attention qu'on leur porte et le témoignent par des câlins et signes d'affection divers. Ces premières années de leur vie sont capitales dans leur développement. On les aide à se préparer et à savoir faire face à tous les aspects de la vie autant émotionnellement qu'intellectuellement.

ESTAR- Degré élémentaire

Les élèves sont âgés entre 8 et 15 ans et sont repartis dans trois degrés différents. En tout, ils sont 71 à côtoyer les bancs de l'école.

L'école élémentaire dure trois ans. Pour des raisons économiques uniquement, ils ne suivent que 3 années de cours au lieu des 7 années requises par l'UNICEF. Cenit est une école publique et n'existe que par des fonds privés. Elle n'est donc pas en mesure, à l'heure actuelle, de leur offrir plus d'années d'éducation. C'est pourquoi les cours dispensés ciblent surtout les sujets sociaux et académiques les plus importants. Il s'agit de cours sur le corps humain et sur son développement, sur les valeurs fondamentales humaines et civiques. Par ailleurs, les étudiants approfondissent leurs connaissances en espagnol et en anglais et apprennent à jongler avec les chiffres. Leur emploi du temps est réparti comme ceci : 50% du temps pour l'apprentissage académique, 30% à une formation professionnelle et 20% à la révision ainsi qu'à la récréation. Ils ont accès à la ludothèque de l'établissement et à la librairie

En première année, il y a 28 enfants divisés en deux groupes selon leurs facilités.

En deuxième année, ils sont 23.

En troisième année, ils sont 20.

Ils ont tous cours de 13h30 à 17h15 tous les jours.

Collège professionnel- « Rosa Virginia »

Le collège offre la possibilité aux adolescents entre 12 et 18 ans de continuer leurs études après l'école élémentaire ESTAR. A l'heure actuelle, 93 élèves font partie de ce programme. Même s'ils viennent en classe, ils maintiennent leur travail à côté. Leur activité professionnelle leur demande

beaucoup de temps et ils n'ont par conséquent que peu de plages libres pour effectuer leurs devoirs et étudier. A cela s'ajoute la perte de motivation et le manque de concentration dus à toute une journée de travail auparavant.

L'Atelier de menuiserie :

L'Atelier de menuiserie est une activité hebdomadaire d'une heure et demie environ. Douglas, un sympathique bénévole d'origine équatorienne d'une trentaine d'années environ, en est le responsable. Ce dernier accueille tous les jeudis après-midi une vingtaine d'enfants pour confectionner des objets en bois : cadres photos, boîtes à bijoux, balais...

Lorsque je me présente à CENIT, la personne en charge de répartir les volontaires dans les multiples projets me propose de participer à cet atelier qui offre un réel contact avec les enfants et qui ne nécessite par une maîtrise parfaite de l'espagnol. J'aime beaucoup bricoler et c'est donc avec enthousiasme que j'accepte la proposition. Je suis présentée le jour même à Douglas qui m'explique brièvement comment se déroule le travail avec les enfants et il me donne rendez-vous pour le surlendemain.

Un petit peu anxieuse à l'idée de rencontrer les enfants, j'arrive avec une demie heure d'avance dans la cour de CENIT. Les élèves ont terminé de déjeuner et une soixantaine d'entre eux sont regroupés dans un coin de la cour de façon ordonnée en ligne et en colonne. Ils font des gestes de gymnastique avec leurs bras et leurs jambes en chantant en même temps. Une fois l'exercice fini, ils récitent tous en cœur plusieurs fois la même prière. Curieuse, je scrute à travers la foule d'enfants pour tenter de savoir qui est l'investigateur de tout cela et c'est avec stupeur que je le découvre enfin : il s'agit d'un homme de petite taille, qui n'est autre que Douglas! A l'évidence, cet individu a de multiples casquettes...

Tandis que je continue d'observer la scène avec amusement, une petite fille vient s'asseoir à mes côtés et me regarde en silence. Je lui souris. Aussitôt elle se rapproche et me demande mon prénom. Je lui réponds et la questionne en retour à propos du sien. La fillette continue de se rapprocher, apparemment à la recherche d'un contact physique, car finalement elle se plante devant moi, pose

ses deux mains sur mes genoux et demeure là, à présent muette, se balançant devant moi et me souriant. Je reste surprise par cette démonstration d'affection, si rapide, envers une personne qu'elle ne connaît que depuis quelques minutes. Je retrouverai cette même avidité d'affection et absence totale de méfiance vis-à-vis des étrangers chez beaucoup des enfants fréquentant l'association. Puis soudainement l'enfant court rejoindre son groupe et disparaît. Je la recroiserai à plusieurs reprise dans le quartier de CENIT.

Les enfants se dispersent enfin et reforment spontanément de nouveaux groupes, plus petits cette fois, qui se dirigent vers les différentes salles de cours. Certains d'entre eux, très dissipés, continuent de courir dans tous les sens, jusqu'à ce que qu'un adulte les rappelle à l'ordre et les engage à gagner leur salle. Les derniers enfants à rester dans la cour sont ceux de l'atelier de Douglas. Ils n'attendent qu'un signe de sa part pour tous se précipiter à l'intérieur.



Figure 13 La cour où jouent les enfants avant de rentrer dans l'atelier

La salle de cours est relativement grande, mais ce n'est pas évident à voir au premier coup d'œil, car des étagères la sépare en deux. La partie de la pièce qui est consacrée au cours de menuiserie est très petite, comparée au nombre de personnes qui s'y amassent. Elle dispose d'une grande fenêtre avec des barreaux, une armoire munie d'un cadenas avec le matériel et des bancs sont adossés aux murs. Le reste de la pièce derrière les étagères sert plutôt de débarras. Mille et une vieilles choses y sont entassées. Cinq ou six enfants s'y réfugient régulièrement pour bricoler tranquillement entre une chaise brisée et un tas de papiers utilisés, lorsqu'il n'y a plus assez de place pour eux sur les bancs.

Les élèves entrent en se bousculant dans l'atelier. Certains d'entre eux portent des tabliers bleus. Je suis étonnée mais ravie de constater qu'il y a presque autant de filles que de garçons. En effet, la responsable des bénévoles

m'avait affirmé qu'il s'agissait d'une activité réservée exclusivement aux garçons et je n'avais pas trouvé cela normal. Les âges des enfants sont très différents. Je me présente à eux et leur explique que je vais rester à CENIT quelque temps.

La misère des enfants se lie sur leurs vêtements et leurs visages : ils sont pauvres et sales. Ils portent des pulls avec des réclames de la bière nationale trop grands pour eux et couverts de tâches. Leurs pantalons sont troués à divers endroits et leurs chaussures usées vont rendre l'âme d'un instant à l'autre. Les pommettes de certains sont ridées, brûlées irréversiblement par le soleil. Ils sont vieux et jeunes à la fois. Leurs ongles noirs et leurs petites mains toutes écorchées par les rudes travaux manuels font peine à voir.

Parce qu'il est tout seul et faute de moyens financiers, Douglas ne peut proposer qu'un unique projet pour une quinzaine d'enfants. Face à cela, la diversité des âges au sein de l'atelier pose un problème : en effet, l'activité proposée n'est pas adaptée à tous. Certains terminent bien avant la fin du cours et s'ennuient, d'autres sont trop jeunes et incapables d'exécuter tout seul ce qu'on leur demande. Douglas n'est pas en mesure de passer auprès de chacun d'eux pour leur donner autre chose à faire ou un coup de main. En fin de compte, beaucoup des enfants sont rapidement inoccupés et c'est le chaos.... Les enfants commencent alors à sortir et rentrer dans la pièce en se bousculant et se disputent. Des tambourinements de portes ponctués par des cris résonnent dans l'atelier. Douglas tente de remettre un peu de discipline, mais le résultat est éphémère et ses efforts demeurent vains. Pour ma part, je n'ose pas faire preuve d'autorité et les gronder. Je pense que je ne les connais pas encore assez bien pour en avoir le droit.

Je passe vers quelques enfants pour les aider dans leur travail et j'en profite pour discuter un petit peu avec eux. Je constate que de manière générale le courant passe mieux avec les filles, mais j'en ignore la raison.

L'air se remplit peu à peu de sciure et devient irrespirable. Mes yeux, mon nez, ma bouche, tout me pique et je n'arrête pas de tousser. Apparemment je suis la seule que cela gêne. Les enfants quant à eux sont couverts de sciure de la tête aux pieds et n'ont plus de peau sur leurs doigts à force de poncer, mais cela leur est égal, ils n'ont pas mal.

Une grande partie des enfants ont grandi dans la pauvreté des familles du marché. Très jeunes, ils sont obligés de se débrouiller seuls pour survivre. Pour eux, tout objet, même le plus insignifiant possède une valeur marchande qui leur permettra peut-être de remplir leur estomac aujourd'hui ou le lendemain. A l'atelier, alors qu'elles croient que personne ne les observe, des petites mains vont disparaître de la commode des morceaux de bois dans les poches des enfants. Je n'ai pas tourné la tête plus de deux minutes que voilà que mon goûter se volatilise aussi. J'avais déposé dans un coin de la pièce une bouteille d'eau et

un minuscule paquet de biscottes. Par contre, dès que je demande aux enfants s'ils savent ce qu'il est advenu de ces deux choses, aussitôt et sans l'ombre d'une hésitation ils me rendent mes affaires en s'excusant. Ils ne savaient pas que cela m'appartenait.

Je ne peux pas condamner leur attitude ni la juger punissable, parce qu'elle me touche. Ils n'ont pas le choix d'agir autrement. Je ne considère par leur geste comme un vol qu'on qualifierait d'acte prémédité, mais je le vois plutôt comme un réflexe incontrôlé, contre lequel ils ne peuvent et ne veulent pas lutter, parce que, chaque jour qui passe, il leur permet de survivre.

A la fin du cours, Douglas fait sortir les enfants un à un en leur demandant de lui montrer ce qu'ils ont accompli pendant l'après-midi. Il note les progrès de chaque élève dans un carnet, ce qui lui permet de contrôler l'évolution du projet de chacun de semaine en semaine. Lorsqu'il constate que quelqu'un n'a pas travaillé ou bien s'est montré très dissipé pendant le cours, il le fait rester dans sa salle pour pouvoir parler avec lui après que tous les autres enfants soient sortis. Il ne s'agit pas de le gronder pour son comportement, mais de savoir s'il a un problème personnel ou quelque chose qui le perturbe et dont il aimerait parler.

Les curaciones

Mon activité au sein de Cenit s'appelait « curaciones ». Il s'agissait de donner des soins de base aux enfants blessés ou malades, les jours de fermeture de la clinique. On me demandait de désinfecter des plaies, de poser des sparadraps, de distribuer des aspirines, des pastilles pour la gorge, mais mon rôle était psychosocial avant tout.

Ma présence était surtout requise pendant la pause des enfants. C'était essentiellement à ce moment qu'ils se blessaient ou qu'ils prenaient le temps de venir.



Figure 14 Les curaciones: la balance

Alison, en charge de tout le système de santé de l'association, m'accueillit le premier jour. Elle m'emmena, alors, sur mon lieu de travail : la clinique. Cette dernière était située au fond de la cour de jeu et fermée à double tour, pour éviter le vol du matériel médical. Elle était composée d'une petite salle d'attente sombre, la lumière ne fonctionnant qu'une fois sur deux, et d'une salle de consultation. Dans la première pièce, un bureau, quelques chaises pour les patients, une étagère pour les dossiers ainsi qu'un pèse-personne rattaché à un mètre étaient convenablement agencés. L'arrière-salle, séparée par une porte, se partageait entre une pharmacie et un secteur de soins. Il y avait tout l'équipement de base, nécessaire à son bon fonctionnement. Alison me montra l'emplacement de tout ce dont je pourrais avoir besoin ainsi qu'un petit chariot de soin dans la salle d'attente. Ce dernier était rempli de pansements, de sparadraps, de désinfectant, de compresses ainsi que d'antidiarrhéiques, de préservatifs, de paracétamol, de serviettes hygiéniques....mélange très hétéroclite.

Tout cela constituait le matériel principal utilisé lors des « curaciones ». Puis, à mon étonnement, Alison prit également le soin de me montrer et de m'expliquer l'utilisation de la pilule du lendemain. En effet, selon le laps de temps écoulé entre la relation non protégée et prise, la posologie est différente. Il est très courant que des jeunes filles aient recours à moyen. Je ne me sentais pas du tout à l'aise, car elle me confiait là une grande responsabilité. il fallait que, non seulement je



la
ce

réussisse à poser des questions indiscrètes, délicates et personnelles à une jeune fille, sans l'embarrassée davantage, mais aussi que je lui explique correctement l'usage correct de ce médicament. J'étais angoissée à cause de mon espagnol. Ne m'exprimant que très sommairement, cette tâche me paraissait bien au-delà de mes aptitudes.

Une fois la visite terminée, elle me confia une feuille, que je devais remplir à chaque visite des enfants. Elle permettait de consigner le nom des enfant, leur âge, leur degré d'étude à Cenit, la raison de leur venue et le traitement donné. Ce ne fut par la suite pas toujours évident de la remplir, car certains enfants ne savaient pas épeler leur nom ou inventaient leur âge.

Comme dernières instructions, je reçus une feuille de consignes précises à respecter selon les maux et l'âge des enfants. En effet, aucun médicament ne devait être distribué à un enfant de moins de 12 ans, sauf en cas de diarrhée. Du paracétamol était à ma disposition pour les douleurs dues aux règles et pour les maux de tête des enfants au-delà de cette tranche d'âge, mais malgré tout, la parcimonie était de règle. La discussion figurait être l'élément principal et le remède à leurs soucis.

Selon Alison, la plupart des enfants viennent chercher de l'attention et de l'affection. Leurs maladies est souvent un simple prétexte et sert d'amorce à une conversation. Cette constatation s'est confirmée en présence des enfants. En effet, il est arrivé plusieurs fois que des enfants, venus pour des douleurs diverses, se mettent à converser et à s'amuser avec moi, malgré la barrière de la langue. Leur plus grand plaisir était de se faire peser et mesurer. Ils en retiraient une joie immense, surtout, lorsqu'ils constataient avec fierté qu'ils avaient grandi. Ce n'était pas toujours évident de les faire penser à autre chose. Certains devaient certainement souffrir, mais comme je n'avais pas le droit de leur donner des comprimés, ils n'avaient pas le choix. Pour ne pas complètement ignorer leurs maux, je faisais systématiquement une petite anamnèse. Un rendez-vous chez le médecin ou le dentiste était pris pour le lendemain, si cela semblait nécessaire et grave.

Comme cité à plusieurs reprises, mon espagnol n'était pas excellent et me jouait parfois des tours. Mais à ma grande surprise, les enfants faisaient tout pour me mettre à l'aise et me faciliter la tâche. Ils utilisaient mille et une astuces comme des gestes pour m'expliquer le sens des mots. L'habitude de côtoyer des volontaires les avait sensibilisés à cette barrière de communication. Avec leur aide, l'handicap était vite comblé. Je fus soulagée de pouvoir me débrouiller plus ou moins seule, car en effet, j'étais la seule à m'occuper de cette activité. Lorsque je m'en rendis compte le premier jour, la déception et la peur m'envahirent. Personne ne m'avait indiqué, lors de mon choix, que je serai seule. Au contraire, Sara, un des organisatrices, avait affirmé qu'on serait toujours accompagnée de gens parlant couramment l'espagnol. Cela ne semblait poser de

problèmes à quiconque de me laisser seule gérer les « curaciones » et personne ne s'en préoccupait, malgré mes plaintes.

Souvent seule à ne rien faire, l'observation des activités de la cour devint



mon passe-temps favoris. Dès que la cloche retentissait, des enfants, vêtus de leur uniforme, affluaient de tous les côtés. La cour de jeu se remplissait de monde en l'espace de quelques minutes.

Ils étaient tous ravis de pouvoir jouer et se changer les idées. Fidèle à mon poste, je m'amusais en les regardant. Certains discutaient et riaient et d'autres

accomplissaient des acrobaties telles que colonne droite, flick-flack ou je ne sais quoi encore. Habiles et souples, on se serait cru au cirque. Mais, cette image ne faisait que me rappeler le souvenir de ces pauvres enfants que l'on voit constamment réaliser des acrobaties entre les voitures de Quito, à la recherche de quelques centavos de la part des automobilistes bienveillants. En fait, ils ne faisaient que répéter leur numéro dans la cour de récréation.

Dans d'autres groupes, les garçons jouaient au football et les filles sautaient à la corde. Ils avaient l'air heureux de ce moment de jeu. Mais, je fus frappée de voir que les garçons, pleins de haines et de colères, sont souvent très violents et brusques entre eux. Ils se chamaillent et se bagarrent beaucoup ; au point qu'il n'est pas rare qu'un soit blessé. On voit qu'ils n'ont pas appris certaines valeurs et qu'ils ont été éduqués par la rue.

Pendant une après-midi, une amie chinoise, volontaire à Cenit, décida de me tenir compagnie et de m'accompagner. Cette demi-journée fut très animée. On reçut la visite de trois garçons, qui furent hypnotisés par Wing-Chung. Il n'avait jamais parlé à une chinoise de leur vie. Cette dernière parlait couramment l'espagnol, ce qui facilita la communication. Ils se mirent, alors, à lui poser mille et une questions. Ils étaient fascinés. Cela leur rappelait tous les films de Kung-fu, qu'ils avaient vu à la télé. C'était amusant de les observer. Ils étaient persuadés que Wing connaissait personnellement « Chaki Chan », le célèbre acteur et leur idole. Que ne fut leur déception quand elle leur affirma le contraire ! Ils remplissaient la pièce de leur joie de vivre. Le plus petit de la bande, Chucky, comme la poupée du célèbre film d'horreur était le petit clown de la bande. Il faisait tout pour être remarqué : il tenta de jouer avec le tensiomètre, il faisait le guignol à tour de bras, essaya de rentrer dans la salle de consultation... On dut le calmer à plusieurs reprises, mais ce n'était pas facile de le réprimander. Il savait faire les yeux doux pour apaiser la tempête. Il se tranquillisa quelques minutes, lorsque son attention fut attirée par un panneau

affiché au mur. Sur cette pancarte figurait différentes parties du corps avec le dessin et le nom en dessous. Il se mit alors à nous les lire, décrire et expliquer leur fonction. Il était très concentré jusqu'à ce qu'il arriva à l'image des organes sexuels féminins. Il nous affirma que c'était « el culo », le derrière des femmes. A ce moment précis, il se mit à rire. Il ne pouvait plus s'arrêter tellement il trouvait ça drôle. Tous les enfants présents riaient. Wing tenta, malgré le fou rire général, de lui expliquer ce que c'était et à quoi ça servait. En effet, il n'en connaissait pas la fonction. Elle lui expliqua alors la notion de femme enceinte. Il était très attentif aux explications, mais je crois qu'il n'en saisissait pas vraiment le sens. C'était trop abstrait pour lui et en plus, il avait trouvé un moyen de faire rire tout le monde, alors pourquoi s'arrêter là ? Le rire nous submergea également et on termina l'après-midi ainsi.

Cette demi-journée fut très enrichissante. Je me rendis compte que le contact se passait beaucoup mieux quand Wing était là, car elle pouvait communiquer. La plupart de ces enfants, il est vrai, venait aux « curaciones » pour discuter ou chercher un moment d'attention. Il était difficile de leur apporter cela sans parler couramment.

Ce fut, malgré tout, une très bonne expérience. J'ai vécu des moments agréables et magiques en compagnie de ces enfants et je les en remercie du fond du cœur. Ils étaient si attachants et reconnaissants. En fin de compte, Un sourire, une parole ou un simple geste leur suffisaient. Cela me réchauffait le cœur de les voir rire, parler, s'amuser...Ils avaient une joie de vivre étonnante et mettaient tout en œuvre pour être adoptés et aimés.

Je pense qu'ils pourraient servir d'exemples à chacun d'entre nous !

La clinique :

Problèmes majeurs de santé publique en Equateur :

Les problèmes majeurs de santé publiques que nous avons pu recenser, durant notre séjour, sont les suivants : la source des difficultés sanitaires rencontrées par l'Equateur vient, sans nulle doute, de la mauvaise organisation générale dont souffre l'ensemble du système de santé. Le IESS, l'Institut équatorien de la sécurité sociale, est une entreprise étatique recrutant des fonds à investir dans le système de santé. Cependant, les ressources qu'elle récolte sont extrêmement mal gérées et mal utilisées. De plus, cette infrastructure requiert une rénovation complète. Une meilleure répartition des revenus et de la fortune du pays pourrait créer un fond pour le Ministère de la Santé, afin de développer, par exemple, des campagnes de soins gratuits pour les

plus démunis et de faire prendre conscience à la population de l'importance de se battre pour faire respecter un de leurs droits fondamentaux, à savoir l'accès aux soins. Malheureusement, ce n'est pas dans l'intérêt du gouvernement actuel d'élever les consciences. Ce dernier préfère maintenir l'ignorance pour mieux tromper sa population.

Le manque d'accessibilité aux infrastructures de soins pose également un réel problème. Les populations indigènes, vivant dans des contrées reculées, ne disposent d'aucuns dispensaires et doivent se rendre dans les grandes villes pour recevoir une attention médicale. Cette inaccessibilité a pour conséquence de retarder la consultation au maximum. De ce fait, les malades arrivent dans des états déplorables et leur prise en charge nécessite une hospitalisation, engendrant des coûts bien plus élevés que s'ils avaient été soignés, plus tôt et à proximité de leur foyer, en ambulatoire. En outre, aucun soin gratuit n'est offert aux personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté et ne pouvant s'assurer. Une redistribution juste des revenus de l'Etat devrait tenter d'améliorer la situation. Une prise de conscience de l'Etat en regard des problèmes liés à la santé est indispensable, mais malheureusement pas prioritaire actuellement. La corruption permanente et trop bien installée au sein du gouvernement empêche toute réforme salubre en matière de santé. Il manque, actuellement, foncièrement de moyens pour offrir des soins de qualité pour tous. C'est d'ailleurs rageant de constater que ce pays dispose de toute la matière première pour la fabrication des médicaments, mais qu'il ne peut s'en servir. En effet, les firmes pharmaceutiques se procurent des principes actifs dans la jungle équatorienne (el oriente), pour développer de nouveaux médicaments, auxquels la population locale n'a jamais accès.

L'implantation de la clinique de CENIT à proximité de la population à soigner représente un avantage de taille. La majorité des problèmes de santé communautaires peuvent y être résolus grâce à des soins basiques et une médecine peu coûteuse. Les familles rechignent à se déplacer dans les centres hospitaliers, parce que le temps passé à attendre de se faire soigner représente un manque à gagner trop important. Dans tous les services de santé équatoriens, les patients sont forcés de se présenter à 6h du matin pour espérer pouvoir voir le médecin le jour même. Dans certains services surchargés, il faut patienter jusqu'à 3 jours pour recevoir une attention médicale. Chaque consultation coûte entre 10 et 40\$, dépendant du service proposé, alors que la plupart des familles ne disposent pas même de 5\$ à sacrifier pour se soigner. Par exemple, le coût d'une échographie s'élève à 10\$. Cette dépense trop importante empêche les mamans de recevoir un suivi et une instruction prénatale corrects. En conséquence, il existe un haut taux d'avortements illégaux, qui font courir des risques démesurés aux mamans. CENIT propose, d'ailleurs, des campagnes de prévention pour éduquer les jeunes mamans à se servir du planning familial, pour

éviter qu'elles se retrouvent avec une douzaine d'enfants à charge ou qu'elles doivent avoir recours à des avortements « sauvages ». Il faut noter que l'avortement provoqué n'est pas reconnu par la loi équatorienne et punissable pénalement. Il est, de ce fait, effectué « en cachette », de manière inadéquate, augmentant le risque d'infections, de perforation du col de l'utérus, d'hémorragies et de décès des mamans. L'avortement est une pratique privilégiée, entre autre parce que l'adoption est très peu usitée.

La pauvreté endémique engendre des carences alimentaires importantes et une dénutrition de la population. Les personnes habitant les quartiers les plus défavorisés sont, comme toujours, les plus touchés ; ils se nourrissent mal, faute d'avoir reçu une éducation alimentaire adéquate. Ils n'ont pas conscience de l'importance de s'alimenter correctement pour rester en bonne santé et ne disposent pas de ressources suffisantes pour s'offrir des repas équilibrés. En outre, la précarité des logements ne permet pas de se laver correctement et les enfants ne reçoivent pas une éducation suffisante en matière d'hygiène, cause principale des infections et des maladies courantes. Les structures de prévention sont quasiment inexistantes et aucune campagne nationale n'est mise en place pour conscientiser la population à ces problématiques.

Le manque de discussion entre les médecins et les patients est préjudiciable. Les médecins n'expliquent pas toujours correctement les diagnostics à leurs patients, ni les diverses options thérapeutiques ou la prévention nécessaire pour éviter une rechute. De plus, les patients n'interrogent pas suffisamment leur médecin. Ils sont désavantagés par un niveau de connaissance de leur corps très bas et ne comprennent pas ce que leur raconte le docteur. Ce malaise a pour effet de péjorer l'adhérence thérapeutique. Les patients, ignorant la raison exacte de leur maladie, ne prennent pas leurs médicaments de manière appropriée et reviennent de façon récurrente, présentant les mêmes symptômes.

CENIT dispose dans son établissement d'un département bio psycho social. En réalité, derrière ce joli nom, se cache une toute petite clinique offrant des soins entièrement gratuits à toute la population. Ce service médical travaille avec les enfants de la rue et leurs familles et tente de maintenir un bon état de santé général, en guérissant les maux du quotidien. La clinique est ouverte tous les après-midi de 14h à 16h pour traiter les petits bobos que se font les enfants en jouant dans la cour de récréation. Cette permanence s'appelle « curaciones ». La plupart du temps, il ne s'agit pas d'affections sérieuses et les enfants se présentent régulièrement avec une atteinte imaginaire, simplement pour parler et se sentir écouté. Les plaintes les plus fréquemment rencontrées sont des douleurs à l'estomac, des maux de tête ou de dents, des éraflures aux genoux et aux coudes, traités à l'aide de médicaments, de soins ou de conseils. Elles demandent parfois des examens médicaux plus approfondis. Les enfants sont

beaucoup touchés par des atteintes dermatologiques, comme des brûlures par le soleil, la gale, les champignons, les poux, l'eczéma et des infections de diverses origines. On peut voir également des maladies causées par les parasites, ingérés en buvant l'eau non potable, ou des abcès faisant suite à une rage de dents, des demandes de contraception ainsi que des tests de grossesse. Dès que la situation dépasse les compétences de ce petit dispensaire, les enfants sont dirigés vers des hôpitaux ou des cliniques dentaires, avec la permission d'un de leurs parents.

CENIT ne dispose pas de suffisamment de ressources pour employer un médecin à plein temps. De ce fait, le docteur travaille deux après-midi par semaine, le mardi et le jeudi. Ces après-midi là, la clinique est ouverte de 13h30 à 17h. Le médecin est présent et prêt à soigner gratuitement toute personne, enfants ou adultes, nécessitant ses services. Le dispensaire se transforme, alors, en un immense lieu de rencontre, hautement fréquenté, propice aux discussions informelles et amenant aux volontaires l'opportunité de tisser des liens sociaux avec les parents et de délivrer des messages de prévention sur la nutrition, l'hygiène et le planning familial. Je trouve merveilleux de pouvoir offrir des soins gratuits de qualité à des gens, n'ayant jamais sollicité un médecin auparavant. Parfois, il arrive même que le docteur aille rendre des visites à domicile pour voir des patients refusant de se déplacer jusqu'à l'association. La plupart du temps, le docteur, accompagné de son infirmière, ne dispose pas de temps suffisant pour voir tous les patients, se présentant dans l'après-midi.

Mon travail, au sein du dispensaire, consistait à accueillir les patients, récolter leurs plaintes et discuter avec eux, afin d'établir un dossier pour chaque patient ; le tout dans une minuscule salle assez sinistre ou le néon capricieux de la pièce refusait de fonctionner une fois sur deux. Les murs de la pièce étaient tapissés par les dossiers et retrouver le dossier de chaque patient (pour effectuer son suivi médical) n'était pas toujours chose facile.



D'autant plus que le nom et le prénom des patients, ne sachant pour la plupart ni lire ni écrire, étaient communiqués oralement. En conséquence, les erreurs de compréhension et les qui pro quo arrivaient fréquemment. Il est amusant de constater que les prénoms américains sont très à la mode et détonnent un peu aux côtés de leurs noms de famille typiquement équatorien. Je devais, également, peser et mesurer tous les enfants de

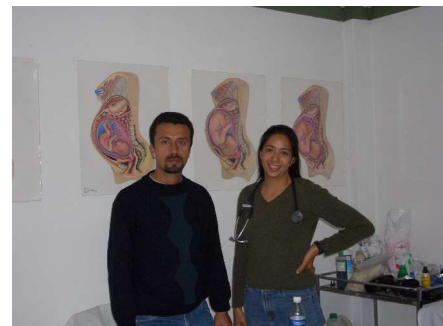
moins de 16 ans et prendre la tension de tous les patients, afin de consigner ces informations.

Par la suite, en fonction de la gravité des plaintes, il me fallait classer l'ordre de priorité des passages chez le médecin. Ce n'est pas évident de réussir à jongler entre l'urgence de certains soins et la règle du « premier venu, premier servi ». Le choix est vite devenu cornélien par souci d'équité, surtout quand j'étais entourée par une horde de patients, tous pressés de voir le médecin et me suppliant de leur accorder une place prioritaire. Ce sont des moments difficiles à gérer, car on aimerait apporter son aide à tout le monde, mais ce n'est guère possible. L'ambiance qui règne au sein de la clinique est extrêmement chaleureuse. Une grande entraide se fait ressentir entre les mamans qui patientent en discutant de leurs soucis quotidiens et en s'échangeant des conseils. Les enfants entrent et sortent à leur guise, venant chercher un sparadrap ou discuter un moment. C'est impressionnant de constater combien ces patients ont besoin de parler et surtout de se sentir écoutés. Parfois, simplement en m'asseyant à leurs côtés et en offrant une écoute compatissante, les mamans se livraient à moi sur des sujets aussi délicats que leurs problèmes conjugaux.



Après avoir patienté plusieurs heures, chaque patient subit une consultation en compagnie du médecin et de l'infirmière, à laquelle je n'ai assisté qu'une seule fois par respect pour la sphère privée des patients.■

La salle de consultation est une grande pièce bien éclairée, meublée par une grande pharmacie mieux fournie que celle de l'hôpital Baca Ortiz ! A la fin de chaque consultation, les patients passent au bureau des volontaires pour que nous vérifiions la bonne compréhension de la prescription du traitement ou des examens complémentaires. De plus, nous consignons toutes les sorties de médicaments pour maintenir le stock de la pharmacie constant.





J'ai beaucoup apprécié l'approche et le contact humain que m'ont procuré cette expérience. Quelques cas m'ont profondément interpellée, notamment la masse de jeunes filles, entre 15 et 17 ans, avec déjà de jeunes enfants dans les bras, venant consulter pour une nouvelle suspicion de grossesse. L'ignorance, concernant la contraception et les mesures de sécurité pour éviter de contracter une MST est consternante. L'une des mamans nous a même demandé, un jour de lui prescrire un vaccin pour ne plus avoir d'enfants. On se sent vite dépassé par les événements face à ces lacunes de connaissances. En conséquence, nous étions confrontés à des familles très nombreuses. La plupart des papas ne vivent pas avec tous leurs enfants et la plupart des mamans ont des enfants de pères différents. Les jeunes mamans ignorent l'existence des moyens de contraception actuels et viennent, en moyenne, seulement consulter le planning familial après leur cinquième grossesse. La méthode de contraception, la plus couramment usitée, consiste à stériliser les femmes en leur ligaturant les trompes. Par manque d'instruction et par machisme, il est extrêmement rare que les hommes utilisent le préservatif et encore plus qu'ils subissent une vasectomie. Parce que le préservatif ne s'utilise qu'occasionnellement et que les maris trompent leurs épouses, les femmes équatoriennes sont beaucoup affectées par les MST. Quant à elle, la pilule est encore très mal acceptée par les maris, car ces derniers craignent que le contrôle des naissances favorise l'adultère

Quelques cas d'enfants maltraités m'ont profondément marqués. Ces derniers se présentent à la consultation avec des dommages physiques sévères (brûlures, ecchymoses, coupures etc.), des carences affectives majeures et des troubles psychologiques inquiétants. Ils sont très agressifs et craintifs, au premier abord, mais, si on leur prête l'attention qu'ils méritent de recevoir, ils se confient plus facilement et témoignent des gestes d'affection touchants. J'ai trouvé surprenant comme, au fil des jours, les enfants ont appris à me connaître

et revenaient me trouver, chaque fois un peu plus longtemps et surtout plus confiants. La maltraitance enfantine reste un sujet hautement tabou et la dénonciation des abus auprès des autorités est très peu pratiquée.

Les contacts avec la population « indigena », ne parlant que très peu l'espagnol, sont difficiles à établir. Ces femmes se présentaient à moi, au moment de l'établissement de leur dossier, en me tendant leur carte d'identité, attachée autour de leur cou, ne sachant ni lire ni écrire. La plupart sont des paysannes, complètement meurtries, (cf. photo) venant des campagnes aux alentours de Quito et se présentant en habits typiques. Elles souffrent de douleurs articulaires effroyables, causées par le nombre de leurs grossesses et le fait qu'elles portent en permanence sur leur dos, soit un enfant, soit de la marchandise. La dureté de leur réalité ainsi que leur misère se lisent sur les rides de leur visage et à travers leur regard perçant. Elles restent, cependant, humbles, ne se plaignant que très rarement. C'est en étant confrontée à de situations de ce genre, que je me suis rendue compte de la chance que j'avais de vivre en Suisse, où tout semble si facile et si bien fonctionner. Cette prise de conscience m'a immédiatement renvoyée à l'injustice que représente le fait de ne pas choisir où l'on naît...

Sinon, la plupart des enfants viennent pour des maux de ventre et des diarrhées provoquées par des infections parasitaires. Ils sont souvent déshydratés et dénutris et requièrent une réalimentation urgente. Le taux de malnutrition chronique des enfants de 0 à 5 ans atteint 45%. 80% des morts des enfants de moins de 5 ans sont causées par des maladies parasitaires, dues au manque d'hygiène. Plus de la moitié des enfants fréquentant le « kindergarten » de CENIT sont en dessous du cinquième percentile des courbes de poids et de taille. Les diarrhées régulières, provoquées par les parasites provenant de l'eau contaminée, accentuent ces troubles du développement. La malnutrition contribue aux déficits intellectuels des enfants. De plus, elle provoque des anémies endémiques, touchant particulièrement les jeunes filles. Ainsi, une bonne instruction et une lutte contre les carences alimentaires demeurent donc indispensables.

Enfin, les petits bobos, les rhumes, les maux de gorge, les urticaires et les allergies faisaient partie du lot habituel des patients à traiter. De plus, les problèmes respiratoires sont endémiques et provoqués par l'inhalation permanente des gaz d'échappement.

En vivant cette expérience, j'ai été profondément touchée par la reconnaissance que me témoignaient systématiquement les patients. Les mamans me remerciaient chaleureusement à plusieurs reprises et les enfants me sautaient au cou, en recherche perpétuelle d'affection. Et quelle



bonheur, quand je parvenais à obtenir les confidences d'une maman ou à voir un sourire se dessiner sur le visage d'un enfant. C'est en vivant cette expérience que j'ai pris conscience de la complexité des problèmes de santé. En effet, on entend en permanence autour de nous parler de la misère de ces pays en développement. Pourtant, ce n'est qu'une fois confrontée et immergée pleinement au sein de ces populations en difficulté, que j'ai réalisé l'ampleur du désastre. Par exemple, le manque d'hygiène ou la maltraitance sont des fatalités tellement ancrées dans le quotidien de cette population, qu'il devient très difficile d'améliorer leur statut. Cependant, je me suis, tout de même, sentie utile dans mon travail et reste intimement convaincue qu'avec une bonne volonté collective, il est possible de faire évoluer les consciences. Je reste, encore aujourd'hui, très attachée à la population équatorienne, qui m'a accueillie amicalement et m'a apporté un regard nouveau sur la médecine communautaire.

Voici, présenté, en annexe, le règlement à respecter pour travailler comme volontaire reconnu au sein de l'association :

Règles et régulations de CENIT à l'attention des volontaires:(traduction de l'espagnol)

Il y a certaines règles et régulations qui aident au bon fonctionnement de CENIT en tant qu'organisation, et nous vous demandons de les suivre.

1. Si vous ne pouvez **pas effectuer votre travail pour cause de maladie**, appelez le numéro suivant... Vous devez impérativement parler au volontaire coordinateur et **donner les raisons de votre absence**. Si le coordinateur est absent vous devez laisser un message clair à votre interlocuteur, afin qu'il puisse ensuite expliquer pourquoi vous êtes incapable de venir.
2. Si vous **désirez prendre un congé pour voyager** ou pour d'autres raisons, veuillez s'il vous plait le demander au **moins une semaine à l'avance** au coordinateur. Souvenez-vous que votre présence est très importante pour le développement de nos activités, et que votre **absence empêche leur bon déroulement et peut aussi surcharger de travail et surcharger les responsabilités des autres volontaires**.
3. Réunion obligatoire tous les jeudis matins 9 :00 pour tous les volontaires. Vous recevrez également des évaluations et un planning meetings pour vos programmes spécifiques. **Les volontaires qui ne se présenteront pas à ces meetings recevront une amende ou un blâme**.
4. Nous faisons de notre mieux pour maintenir les enfants dans un environnement confortable et professionnel. C'est pourquoi nous vous demandons de **séparer vos relations professionnelles de vos relations personnelles**.

5. En tant que volontaire, les enfants de l'Institution voient en vous une influence adulte et positive. En conséquence, la **consommation de substances illicites** quelles qu'elles soient, **à l'intérieur comme autour de CENIT est interdite**, cigarettes et alcool inclus.
6. Vous ne **pouvez pas venir travailler en état d'ébriété ou avec la gueule de bois**. Prenez s'il vous plait en compte que **vous travaillez avec des enfants issus de familles souffrant d'alcoolisme** et que vous devez avoir une influence positive sur eux.
7. Votre **sécurité personnelle est primordiale** pour nous : Si vous vous sentez **inconfortable ou en danger** dans certaines situations, s'il vous plait, n'hésitez pas à nous en **parler immédiatement**. Vous pouvez vous adresser au volontaire coordinateur, à n'importe quel éducateur ou à la direction de CENIT.
8. La majorité des enfants fréquentant notre Association ainsi que leurs parents vivent de la vente de leurs biens et services. Il est très difficile de **maintenir des relations équitables** avec ces familles si vous ne traitez qu'avec une seule d'entre elles. C'est pourquoi, afin d'évitez ces problèmes, nous vous demandons de ne **rien acheter auprès des familles**. Si vous désirez faire une donation, adressez-vous au volontaire coordinateur.
9. **Votre travail n'est autorisé que dans les lieux désignés par CENIT**. Il est recommandé de ne pas se rendre sur ces lieux pendant votre temps libre, et CENIT l'interdit par ailleurs. Il est également interdit par CENIT de travailler en son nom dans d'autres aires que celles désignées par elle sans en avoir reçu l'autorisation.
10. Si vous effectuez votre travail de volontaires en **dehors des locaux de CENIT** vous devez **obligatoirement porter votre ID badge**.

Ce règlement a été mis en place pour vous protéger ainsi que les enfants, les familles et les éducateurs. Le non-respect de celui-ci peut placer CENIT dans une situation légalement et éthiquement risquée. Nous nous réservons le droit de renvoyer tout volontaire qui aurait violé une ou plusieurs de ces règles.

J'ai lu et agréé le règlement de CENIT. Je comprends que toute violation de celui-ci justifie la fin de mon travail en tant que volontaire chez CENIT.

Nom /Prénom

Signature

Date

L'entrevue des nouveaux volontaires :

L'attitude de Sarah, la coordinatrice américaine des activités des volontaires, m'a beaucoup déçue. En effet, je n'ai pas été prévenue de l'entrevue de familiarisation des nouveaux volontaires, ayant lieu tous les débuts de semaine. Ne travaillant que les après-midi, je me suis rendue, par hasard, un peu plus tôt à l'association. Sarah m'a très mal accueillie, m'accusant de ne pas prendre mon rôle de volontaire au sérieux en négligeant son rendez-vous. Après lui avoir expliqué son oubli, sans s'excuser, elle a daigné m'intégrer au groupe, afin que je puisse participer à la visite de l'établissement. Nous avons eu l'opportunité d'assister à un bref historique de l'association et à l'explication sommaire du fonctionnement de l'association. De retour au bureau des volontaires, Sarah nous a contraints, chacun à notre tour, à lire un point du règlement ci-dessus et à le commenter pour vérifier notre compréhension de chaque règle. Le texte ne comportant pas de passages hautement philosophiques, il m'a semblé que cette manière de faire était ridicule et digne d'un professeur d'école primaire. On ne demande pas à des personnes, ayant la gentillesse d'offrir de leur temps et de leur bonne volonté, de se plier à un exercice débilisant et n'ayant aucun bien-fondé. Je ne m'oppose absolument pas à la nécessité de respecter un tel règlement, mais à la forme qu'a pris cet entretien, qui aurait pu être mené dans la simplicité et la bonne humeur. Au lieu de cela, Sarah s'est montrée agressive et désagréable envers nous tous. Je trouve dommage de mettre à la tête de l'organisation du volontariat, une femme qui ne sait pas reconnaître ses erreurs ni encourager les volontaires. De plus, il me semblerait plus judicieux qu'une personne équatorienne, connaissant parfaitement l'espagnol et plus à même de déceler les problèmes et les besoins de la population défavorisée de Quito, occupe ce poste.

En fin de compte, profitant de ce temps partagé avec Sarah, j'ai pris la liberté de lui demander un entretien avec la hermana Jacqueline, l'une des fondatrices de l'association. Lui expliquant que nous souhaitions effectuer un rapport de stage sur notre expérience en Equateur, il me semblait judicieux d'interroger cette dernière. Sarah s'est rapidement braquée, suite à ma requête, et a refusé de me mettre en contact avec la hermana Jacqueline. A la vue de mon insistance, elle m'a finalement proposé de lui soumettre une liste de questions à déposer sur son bureau. Elle souhaitait superviser le questionnaire et le transmettrait éventuellement à la hermana Jacqueline. Elle m'a clairement donné l'impression de nous faire passer un test pour voir si nous étions dignes d'obtenir une entrevue avec la hermana Jacqueline. La volonté de Sarah de filtrer les informations m'a beaucoup déplu et j'ai finalement renoncé, à contre-cœur, à rencontrer la hermana, ne souhaitant pas encourager une telle manière d'agir. En effet, je ne trouve pas sain qu'il faille, dans le cadre d'une association, introduire une méfiance envers les volontaires et ce n'est pas lui rendre service que de laisser à Sarah la possibilité d'occuper un poste, que, visiblement, elle n'assure pas correctement. Je tiens à insister sur le fait que la déception que j'ai ressentie ne concerne que la sphère administrative de CENIT et que, par ailleurs, j'ai eu énormément de plaisir à côtoyer certains volontaires ; le travail en compagnie des enfants et de leurs familles m'a vite fait oublier ces contrariétés. Je remets simplement en cause les faiblesses du fonctionnement administratif, en n'omettant pas le besoin vital que CENIT vive et apporte son aide le plus longtemps possible. C'est d'ailleurs rassurant de voir que cet organisme est devenu indispensable, au fil des années, et qu'il a su trouver sa place dans la vie quotidienne du quartier. En conclusion, j'ajouterai, qu'au cours de notre stage, nous avons à plusieurs reprises été déçus par des administrateurs, mais jamais par la population locale, qui s'est toujours montrée accueillante et reconnaissante du peu que nous lui apportions.

CONCLUSION:

Le travail que nous avons toutes trois effectué, en tant que volontaires, fut une jolie expérience humaine, forte en émotions. Les relations tissées durant ces six semaines étaient bidirectionnelles : nous avons aidés les enfants du mieux que nous pouvions et eux nous ont « rémunérés » par leurs démonstrations permanentes d'affection et de reconnaissance. Contrairement à l'hôpital Baca Ortiz, nous avons été enchantées par notre premier entretien avec la coordinatrice du volontariat, mais très vite désillusionnées de la fausse image que dégageaient certains responsables de l'association. En effet, les projets et les buts primaires de CENIT sont louables, mais leur exécution s'éloigne bien souvent d'un certain idéal. Certains responsables souffrent d'un manque d'organisation considérable et desservent la bonne exécution des programmes offerts par CENIT. Quel dommage de voir gaspiller des fonds pour payer des professeurs absents de leurs classes la majeure partie du temps. Les volontaires sont, alors, démotivés par ce manque de conscience professionnelle et les désordres infrastructurels et ont l'impression de ne servir à rien. De plus, les deux responsables américaines amènent une mauvaise ambiance, parlent malheureusement plus souvent américain qu'espagnol, au détriment des enfants, et bafouent quotidiennement plusieurs points de leur précieux règlement. Ainsi, CENIT dispose de ressources importantes, mais ne les utilisent pas toujours de manière optimale. En dernier lieu, nous avons, en comparant notre expérience de l'hôpital avec celle vécue à CENIT, appris à ne pas nous baser sur nos premières impressions, mais plutôt d'effectuer un bilan ultérieur, après avoir porté un regard critique sur leur fonctionnement respectif.



Nuestro Hogar :



Figure 15 Nuestro Hogar

Le foyer a été fondé, en 2003, par deux couples, dont l'un est franco-équatorien (Maria del Carmen et Etienne Moine) et l'autre suisse (Antoinette et André Bourdin). Il ne s'agit pas d'un orphelinat, mais d'un établissement qui recueille des enfants blessés par la vie et qui s'efforce de leur offrir un environnement paisible et équilibré, afin qu'ils puissent se reconstruire et repartir sur de bonnes bases. Ses pensionnaires sont en général des enfants trouvés par les services sociaux après avoir été abandonnés par leur famille, ou

confiés par ces mêmes services après qu'ils les aient retirés à leurs parents pour cause de problèmes familles extrêmement graves. L'Institution a été créée il y a un an et demi seulement, mais il est, en réalité, le fruit de toute une vie de travail. Maria Moine, sa fondatrice équatorienne, a étudié pendant de longues années la psychologie et la neuropsychologie infantile, avant que ne naisse Nuestro Hogar. Elle donne actuellement plusieurs conférences par année ainsi que des cours de formation. Instigatrice du projet, elle s'est inspirée d'un foyer semblable qui existe depuis une cinquantaine d'années à Budapest, rue Loczy, l'Institut Emmi Pikler.

L'Institut Pikler est une pouponnière fondée en 1946, immédiatement après la guerre, par une pédiatre. Après avoir longtemps travaillé au service des de familles, les aidant à mettre les enfants dans une atmosphère tranquille, harmonieuse et sécurisante, la Doctoresse Pikler voulut prouver que, ce qu'il était possible de réaliser au sein même des familles, l'était aussi en Institution. Le foyer recueillait des enfants, dans leur première année, leur mère étant décédée, malade, ou dans des situations délicates relevant de cas sociaux (prostitution, attitude à risque suite à des troubles psychiatriques etc.). Ces derniers pouvaient y rester jusqu'à l'âge de 3 ans seulement. Cet âge dépassé, ils devaient impérativement s'en aller. On espérait qu'au cours de la période institutionnelle, la situation familiale s'améliorerait et qu'ainsi les enfants pourraient retourner dans leur famille ou chez des parents proches ; en désespoir de cause, on les plaçait dans une famille d'accueil ou dans un autre foyer. A l'heure actuelle et grâce aux aides financières, l'Institut Pikler existe toujours et est en mesure de garder des enfants jusqu'à leur sixième année. Il doit sa renommée à sa conception nouvelle et originale de l'enfant et de sa relation avec l'adulte. Toute cette théorie est basée sur une longue observation du comportement des enfants par Emmi Pikler. En 1964, l'institut Loczy devient "l'Institut des méthodes pédagogiques pour les soins des nourrissons et des petits enfants" et, en 1970, un Institut national. Depuis qu'il existe, environ deux mille enfants sont passés par ce foyer. Des recherches ont montrés que ces enfants ne souffraient pas des séquelles souvent rencontrées chez ceux au « passé institutionnel ». C'est donc devenu un lieu de formation pour d'autres établissements, ainsi qu'un centre de recherche international.

Grâce à sa rencontre avec les Bourdin, Maria Moine a pu concrétiser son idée. En effet, André Bourdin s'est chargé de récolter les fonds nécessaires à l'entretien de l'établissement, alors que Maria et Etienne ont mis le terrain à disposition et fait construire le foyer en le finançant personnellement. En tant qu'avocat, André s'est également chargé des questions juridiques. Il existe, à Genève, une association, « Graines d'affection » (www.grainedaffection.org) qui s'occupe de récolter les financements nécessaires à son bon fonctionnement. Cette dernière a pour but de soutenir, de promouvoir et aider des organismes sis

en Equateur, qui recueillent des enfants orphelins, rejetés ou abandonnés par leur famille. Ses fondateurs organisent, d'ailleurs, régulièrement des soirées caritatives.

Nuestro Hogar, lui même soutenu par « Graine d'affection », est un îlot, entretenant néanmoins des contacts avec l'extérieur. L'environnement naturel du foyer est extraordinaire : il s'agit d'une ravissante maison blanche en bois, selon une architecture typique du pays, avec un jardin délimitée par une petite clôture, en plein milieu d'une exploitation agricole. Le paysage est véritablement paradisiaque. L'endroit est tranquille et, mis à part les jardiniers et les agriculteurs de la région, le lieu est peu fréquenté. A notre arrivée nous sommes restées bouche bée, émerveillées par cette nature verdoyante et la tranquillité du lieu. Comment croire qu'un tel lieu existe, à seulement quelques kilomètres de Quito, asphyxiée par la pollution et le tapage infernal des taxis ?

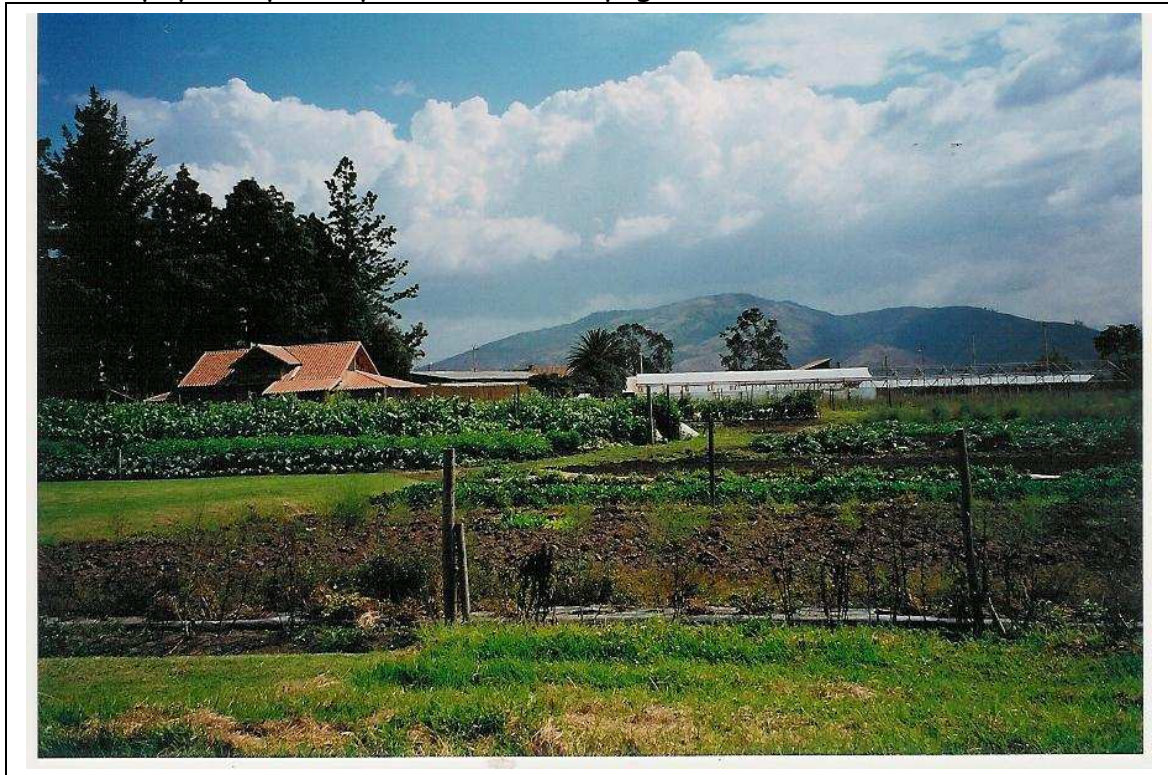


Figure 16 Campagne de Pifo

Il accueille des enfants de 0 à 4 ans, orphelins, abandonnés, inadaptés, violents,...qui ne peuvent pas être pris en charge par leurs parents pour de multiples raisons, (décès, maladies en phase terminale, inaptitude due à la drogue, à l'alcoolisme, à l'emprisonnement, à une extrême précarité économique,...). Des contacts étroits avec la Croix-Rouge permettent de récupérer ces enfants meurtris. Aucun critère de sélection n'est établi, si ce n'est l'âge et la place à disposition. C'est important de réaliser cela, car il y a des maisons qui n'acceptent pas les enfants retardés mentalement ou avec d'autres infirmités. La capacité



maximale est de dix lits et le foyer est actuellement complet. (Les Moine ne vivent pas dans la maison des enfants). Plusieurs services sociaux et hôpitaux contactent régulièrement les Moine pour savoir s'ils peuvent recevoir un enfant, et ceux-ci doivent malheureusement à chaque fois refuser. Une fois la limite d'âge atteinte, les besoins de l'enfant changent et l'infrastructure n'est plus adaptée. Nuestro Hogar veille, cependant, à replacer ces enfants dans un environnement adéquat. Le but de Nuestro Hogar n'est absolument pas de recréer une famille virtuelle. En effet il n'y a pas de mère, seulement des cuidadoras. Ce sont de jeunes employées équatoriennes ayant obtenu l'équivalent d'une maturité, qui ont une vie et une famille en dehors de leur lieu de travail. Etre une mère pour autant d'enfants c'est émotionnellement beaucoup trop lourd à porter pour une seule personne. De plus, les enfants seront amenés à quitter un jour le foyer, ce sera donc un traumatisme pour eux, et ils en ont déjà subi suffisamment. L'objectif est d'élever l'enfant de manière à ce qu'il soit en mesure de retourner plus tard dans sa famille pour y vivre une vie normale de famille et qu'il soit capable alors de s'attacher sentimentalement comme les autres enfants.

Les cuidadoras sont au nombre de six, en plus de Maria, pour s'occuper des enfants nuit et jour. Elles ne sont pas présentes en permanence. Il existe un tournus assez stricte, de manière à ce que, de semaine en semaine, ce soit toujours les mêmes soignantes qui s'occupent des enfants au même moment. Cette rigueur apporte une stabilité rassurante pour l'enfant. Des femmes qui étaient là au tout début, il n'en reste plus aucune. Bien que motivées au début, elles se sont rendues compte que ce travail était au-dessus de leur force et ont donné leur démission. Certaines sont même parties sans rien dire. C'est pourquoi Maria Moine a alors changé sa manière de recruter ses nurses et a décidé de rapidement les mettre dans des situations plus pratiques plutôt que de leur donner une longue formation théorique avant de leur permettre d'agir. Ainsi elles savent à quoi s'en tenir et peuvent immédiatement se rendre compte si elles en sont capables ou non. Pour commencer les candidates doivent faire deux semaines d'observation passive. C'est précisément ce que nous avons fait, mais pendant une matinée seulement. Là, il s'agit de tenir le coup pendant une quinzaine de jours. Ce processus long et éprouvant assure aux enfants des soins de qualité et permet d'effectuer une sévère sélection parmi les postulantes. Celles qui n'ont pas abandonné obtiennent alors l'autorisation d'interagir avec un seul enfant. Puis, au fur et à mesure, les interactions se multiplient, jusqu'à gagner la confiance de tous les enfants. Actuellement en plus de Maria et des six cuidadoras, il y a une pédiatre, une assistance psychologique, ainsi qu'une aide juridique, mais le foyer recherche encore du personnel et aimerait bien avoir une présence masculine parmi celui-ci.

Etre une cuidadora exige une implication très importante de la part de la personne en question. Ce n'est pas un rôle que l'on peut porter comme un tablier pendant la journée et dont une fois enlevé en fin de journée on peut se détacher. L'impact de cette profession sur la vie personnelle de ces femmes est énorme et les oblige à une profonde remise en question d'elles-mêmes, et qui les poursuit même lorsqu'elles rentrent chez elles. Elles sont fortement troublées par cette éducation non traditionnelle qu'elles n'ont pas reçue et qu'elles ne donnent pas à leurs propres enfants. Alors pourquoi traiter ainsi ces enfants et leur témoigner autant d'égards et de soins? Il y a beaucoup d'incompréhension en elles dont elles ont besoin de parler pour se soulager et porter ce poids avec plus de tranquillité. C'est pourquoi, chaque semaine les nurses et Maria se réunissent pour discuter et échanger leurs sentiments, émotions et expériences, et pour trouver des réponses à leurs interrogations. C'est un moment privilégié où elles parlent d'elles-mêmes et non des enfants. En plus de cela elles se réunissent bien sur tous les jours, mais pour parler des enfants surtout, comme il leur est interdit d'avoir des conversations d'adultes devant ceux-ci.

Voici, à ce propos, une citation exprimant la complexité qu'éprouvent les soignants dans la relation qu'ils doivent instaurer avec les enfants : « Cette relation est très complexe dans ses composantes, difficile à établir et à gérer sans ce support fondamental qu'est dans des conditions normales l'amour maternel, l'amour des parents. Elle est cependant indispensable pour offrir à l'enfant une sécurité affective profonde et les bases d'une affectivité saine de l'adulte futur qu'ils deviendront. »

Le volontariat n'est accepté que s'il s'étend sur une période de 3 ans. Contrairement à CENIT, où le changement de volontaires est fréquent, Maria privilégie une stabilité rigoureuse des intervenants face à ces enfants déjà très instables affectueusement. Antoinette Bourdin va d'ailleurs, dès le mois de décembre prochain, suivre une formation pour seconder Maria et lui permettre de se consacrer à la formation et à l'animation de conférences auprès d'hôpitaux, d'universités et de professionnels de l'éducation. André, quant à lui secondera Etienne dans le marketing et le développement du projet. Régulièrement, tous ces acteurs se réunissent pour discuter et échanger leurs sentiments et leurs expériences. Beaucoup d'entre eux se disent fortement troublés par la cruauté des situations, auxquelles ils sont confrontés.

Le foyer possède une philosophie de vie assez particulière qui le rend unique en son genre. Il offre :

- d'accueillir et d'apporter des soins, assurant respect, dignité, bien-être et confort.
- de répondre aux besoins sensorio-moteurs et affectifs des enfants.
- de suivre le rythme et le développement personnel de l'enfant, à l'aide de divers moyens de communication

- de donner l'opportunité à l'enfant inadapté d'être accepté et aimé comme un être humain légitime.
- de maintenir vivant l'intérêt des parents pour leurs enfants, en encourageant la relation dans le respect de leurs possibilités et de leurs décisions.

La méthodologie se base sur un environnement libre de tout danger objectif, une attention exclusive à l'enfant, sans conditionnement ni attentes. Elle établit des règles et des limites claires et élève l'enfant de manière à ce qu'il soit en mesure de retourner dans sa famille pour y vivre une vie normale. L'adulte s'adapte aux émotions et aux comportements des enfants. Toute thérapie directrice pour l'enfant y est bannie. Ici, c'est aux enfants de se reconstruire eux-mêmes. Il n'y a d'ailleurs pas de médicaments uniquement des remèdes naturels et aucune physiothérapie. On pourrait croire que sans cela il sera impossible que des enfants si jeunes et sévèrement malades guérissent. Pourtant, c'est le cas. Les problèmes urinaires, digestifs et autres liés aux mauvais traitements et à la malnutrition disparaissent avec le temps. La pédiatre est toujours très étonnée de l'évolution des enfants. Elle n'arrive pas à comprendre comment cela peut arriver sans traitement médicamenteux. Excepté le poids, les enfants n'ont aucun symptôme de malnutrition et mangent suffisamment. Le médecin reste toujours perplexe devant sa feuille lorsqu'il s'agit pour elle de rédiger son rapport pour les services sociaux. Elle ne sait pas quoi écrire.

Toute manipulation des enfants est aussi interdite, car on juge cela comme un acte agressif envers l'enfant. C'est-à-dire de les prendre dans les bras alors que ce ne sont pas eux qui viennent s'y blottir, les embrasser, les soulever dans les airs pour les faire tourner... Les cuidadoras ne mettent pas les enfants dans des positions qu'ils ne sont pas encore capables de prendre tout seuls. Avant d'entreprendre quoique ce soit, elles expliquent systématiquement, à l'enfant ce qu'elles vont lui faire. Il n'est pas stimulé à apprendre à marcher ou à effectuer d'autres gestes de la vie de tous les jours, qu'il devra, pourtant, apprendre à exécuter pour sa vie future. C'est à lui seul de décider quand il sera prêt à les accomplir. Ses réussites ne visent pas à satisfaire l'adulte qui l'encourage. Au foyer, il n'y a pas de normes fixes ni de limite d'âge, quant à la rapidité de développement. L'autonomie de l'enfant est totalement respectée et chacun d'eux peut évoluer librement et à son propre rythme sans la pression des adultes.



Maria et Etienne soutiennent ardemment tout processus de réintégration familiale. Une infrastructure en collaboration avec la police et les médias par l'intermédiaire de diffusion de photos des enfants à la télévision se charge également de rechercher activement les familles des enfants abandonnés. Les Moine eux-mêmes se déplacent aussi sur le terrain pour enquêter. On espère pouvoir organiser ensuite des visites occasionnelles des parents et préparer le retour des enfants dans leur famille. Les enfants sont toujours très impatients de la venue de leurs parents, proches ou éloignés. Malheureusement, ces entrevues ne se passent pas toujours très bien et les pensionnaires sont souvent déçus, car leurs attentes restent insatisfaites. On peut remarquer une recrudescence de la nervosité et de l'agressivité des enfants, après la venue de leurs parents, qui ne savent pas toujours adopter une attitude adéquate. Il est fréquent que les grands-parents reprennent d'eux-mêmes contact, afin d'espérer récupérer l'enfant. Cette option est envisageable, car l'écart générationnel est beaucoup plus court qu'en Europe. En outre, si la réinsertion familiale est impossible, les enfants sont dirigés vers d'autres institutions ou secteurs, qui doivent prioritairement, dans la mesure du possible, favoriser le développement complet de l'enfant. Enfin, la réhabilitation est systématiquement mise en avant et l'adoption reste la dernière des solutions. Si cette dernière a lieu, elle se fait dans le cadre de l'Equateur et les enfants ne sont jamais arrachés à leur pays d'origine.

Pour illustrer un exemple de réinsertion abouti, voici l'histoire de Tatiana et Valentin, deux frères et sœurs, qui ont été retirés à leur famille. En effet, leur mère est schizophrène et leur père alcoolique. Après avoir séjourné pendant une année à Nuestro Hogar pour se reconstruire, ils ont eu dernièrement la possibilité de réintégrer leur famille. Suite aux efforts de leurs parents pour se stabiliser, Maria et l'assistante sociale ont établi un accord, grâce à un suivi régulier de leur évolution. Un établissement d'accueil va recevoir les enfants durant la journée et ces derniers rentreront le soir à la maison. Pour le bien-être des enfants, des entrevues régulières obligatoires seront maintenues, pour évaluer le bon fonctionnement de ce dispositif. De plus, pour avoir le loisir de retourner chez eux, l'accord du juge d'instruction a dû être prononcé.

Notre expérience :

Un vendredi matin, nous avons décidé d'aller à Pifo visiter le foyer de Maria et Etienne. Pifo est un grand village situé à environ une demi-heure en bus de Quito. L'institut est situé en pleine campagne dans une grande propriété. Les règles y sont très strictes, ne visite pas qui veut Nuestro Hogar! Tout d'abord, le rendez-vous doit être pris à l'avance et des motivations valables de vouloir visiter le foyer doivent être fournies. Ensuite, il faut être prêt à

consacrer environ quatre heures, voire plus, à la visite. Finalement, le nombre de personnes admises à l'intérieur de la maison, est de deux au maximum. L'une de nous n'a donc pas pu pénétrer à l'intérieur avec les deux autres, pour éviter de perturber le quotidien des enfants.

Se rendre sur place s'est révélé être une véritable expédition pour nous ! Pour commencer, nous avons mis plus d'une dizaine de jours avant de pouvoir joindre au téléphone les responsables de l'orphelinat. La communication téléphonique étant très mauvaise, nous n'avons pas entendu correctement la totalité des indications concernant la route pour parvenir jusqu'au foyer. Nous savions quel bus prendre, mais comme, en Equateur, il n'y a pas d'arrêts officiels, c'est au passager de dire au chauffeur où il souhaite descendre. Le nôtre allait parcourir d'énormes distances dans la campagne et nous ne connaissions pas l'arrêt exact ! Déjà en Equateur depuis un mois, nous étions, par chance, habituées au caractère hasardeux des transports publics dans le pays. C'est pourquoi, plutôt que de nous affoler, nous ressentîmes une excitation à l'idée de partir ainsi à l'aventure. La seule indication que nous possédions pour trouver le foyer était de s'arrêter à REDSOL, dont nous ignorions la signification. Une fois le bus, nous avons questionné le chauffeur. De prime abord, REDSOL n'évoquait absolument rien pour lui. En revanche, lorsque nous lui avons expliqué que nous recherchions un foyer pour enfants, son visage s'illumina et il nous a assuré pouvoir nous y emmener. Le bus nous déposa alors en pleine campagne, à l'écart de tout signe de civilisation. Une personne nous indiqua « hogar antiguos », à savoir le « foyer des anciens ». A l'écoute de ce nom nous avons commencé à nous inquiéter et réaliser que nous avions probablement atterri au mauvais endroit... Ainsi, nous sommes revenues sur nos pas, afin de rejoindre le village le plus proche. Après avoir atteint Etienne depuis une cabine téléphonique, nous avons regagné le point de rendez-vous convenu. En fait, REDSOL n'était autre qu'une station essence. Malgré ces péripéties, nous sommes finalement arrivées à destination, avec plus d'une heure de retard. Maria nous attendait sur une petite terrasse, jouxtant le foyer. Elle prit la peine de nous instruire sur le fonctionnement de l'orphelinat et nous informa de l'attitude adéquate à observer durant la visite. Pour ne pas interférer avec les habitudes des enfants, il nous a été recommandé de n'interagir ni avec les enfants ni entre nous, de garder le silence, de ne poser aucune question durant la visite et de ne jamais être à deux dans une même pièce. Cette position d'observatrices n'a pas été évidente à gérer ; en effet, face à la curiosité et aux tentatives d'approches constantes des enfants, il nous était difficile de résister. Cependant, l'expérience fut enrichissante et inhabituelle, car il ne nous était encore jamais arrivé, auparavant, de nous taire et de rester indifférentes face à des enfants. Ce comportement s'opposait radicalement à notre emploi au sein de CENIT et surtout à nos habitudes personnelles. Nous sommes entrées par le portique du jardin et nous sommes directement

retrouvées en compagnie des plus jeunes pensionnaires, profitant du soleil et de l'air frais. Les plus grands étaient regroupés dans une autre aile du jardin, séparée à l'aide d'une clôture. Des voilages étaient disposés pour éviter les coups de soleil et les enfants reposaient sur des nattes, entourés de jouets. Quelques-uns tentaient déjà d'effectuer leurs premiers pas, en se maintenant à la clôture, profitant ainsi d'attirer l'attention des plus âgés.



Une cuidadora leur donnait à boire, l'un après l'autre, afin que chacun profite d'un instant privilégié en sa compagnie. Nous avons, par la suite, gagné le jardin des aînés ; ces derniers se distrayaient sur de multiples attractions. Le jardin était équipé d'une balançoire, d'un toboggan, d'une échelle et d'une plate-forme de jeu. Une voiture en bois occupait toute leur attention.

Nous avons constaté la présence d'un poulailler, placé derrière la maison, qui permet aux enfants de disposer d'œufs frais et de participer quotidiennement à leur récolte. Le terrain dispose également d'un grand potager, fournissant aux enfants des vivres de qualité. Sous un petit porche, 5 petits lits en bois étaient soigneusement aménagés, à l'abri du soleil et du vent. Les enfants avaient le loisir d'y faire la sieste tous les après-midi. Après avoir enfilé des pantoufles pour respecter les règles de la maison, nous sommes entrées à l'intérieur. Toute l'architecture intérieure est faite en bois. Le rez-de-chaussée, réservé aux plus âgés, comprend un espace de détente, une cuisine, un coin à manger, un dortoir ainsi qu'une salle de bains. Tout le mobilier est à l'échelle des enfants, pour développer leur indépendance et les mettre à l'aise. On se serait vraiment cru dans la maison des sept nains ! Le premier étage, quant à lui, abrite les plus petits. Chaque enfant possède son parc à jouer ainsi qu'un lit. De chaque côté de la pièce, les chaises des cuidadoras servent à nourrir les enfants. Sur un petit balcon, on pouvait apercevoir des petits lits en bois pour la sieste. Dès notre arrivée, Maria a pris le temps de signaler notre présence et d'expliquer aux enfants la raison de notre visite. Étonnamment, les enfants se sont très vite accoutumés à notre présence. Nous avons pu assister à diverses scènes de leur quotidien, comme la préparation commune du repas, les soins des cuidadoras, les massages, le repas et leur intérêt pour la venue du jardinier.



A ce titre, il faut savoir que les enfants reçoivent de nombreux repas (environ chaque 2 heures) pour lutter contre leur dénutrition sévère. Ils jouissent de siestes fréquentes de promenades, confectionnent des gâteaux et effectuent des visites à Quito. Il est intéressant d'observer que lors des jeux, les enfants interagissent à leur manière, ne sachant pour la plupart pas parler. Ils ont un langage qui leur est propre, plus gestuel qu'oral.

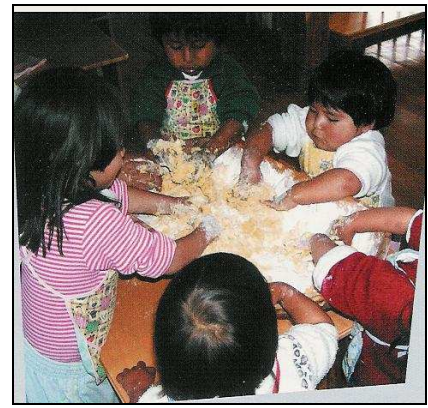


Figure 17 Le Goûter

Il est impressionnant de constater avec quelle patience chaque soignante prend le temps de s'occuper de chaque enfant individuellement, en lui expliquant chacun de ses faits et gestes. Ces dernières doivent se montrer impartiales et ne jamais témoigner de l'affection gratuite, sans que l'enfant n'en réclame. L'enfant est maître de la relation qu'il entretient avec les cuidadoras, qui, elles, doivent savoir respecter le rythme et les besoins propres à chaque enfant. Pour exemple, nous citerons l'histoire du petit Galo, premier bébé recueilli. Il est arrivé à l'âge de six mois et demi, dans un état critique, condamné selon le diagnostic des médecins de Baca Ortiz. Il pesait à peine 3 kilos et demi et souffrait de lésions multiples, dont des érythèmes sévères causés par la macération de ses urines dans ses couches. Il faut, ici, insister sur l'état déplorable et tragique dans lequel arrivent les enfants. En plus de leurs soucis sévères de santé, ils souffrent de perturbations psychologiques dramatiques, n'ont pas appris à parler ni à marcher et manquent profondément de soutiens affectifs, le plus souvent inexistant jusqu'à là. Durant les premiers temps, il s'opposait catégoriquement à s'accrocher à la vie, refusant toute nourriture ou contact affectif. Il passait ses journées les yeux fermés, sans même avoir la force de pleurer. A cause de sa dénutrition avancée, son corps avait subi un retard de croissance important, reflété par une disproportion corporelle. Ses jambes frêles ne supportaient pas le poids de sa grosse tête et de son tronc.

Les séquelles de sa maltraitance l'empêchaient, à son arrivée, de communiquer et de se mouvoir, comme tous les enfants de son âge. Sans

thérapie, quelle qu'elle soit, ni exercice, Galo a appris à se mettre debout et a effectué ses premiers pas, il y a peu. La pédiatre du foyer est restée stupéfaite face à ce miracle. Galo est la preuve évidente que les ressources de chacun sont énormes et qu'il suffit de fournir aux enfants un milieu libre de danger avec des soins attentifs et beaucoup d'affection, pour qu'il puisse se développer. Selon Maria, les thérapies médicamenteuses ne servent à rien, tant que l'enfant n'a pas pris la décision de s'en sortir. Elle est même convaincue, que Galo devait prioritairement combler d'autres lacunes, plus importantes à ses yeux, comme



une carence affective prononcée, plutôt que de mettre son énergie dans la marche.

Selon elle, les adultes doivent apprendre à respecter l'autonomie et le rythme propre à chaque enfant, savoir rester patient et laisser le choix à l'enfant d'acquiescer, au fur et à mesure, les aptitudes dont il doit comprendre et ressentir la nécessité. Nous avons appris dernièrement, que la grand-mère

de Galo s'est manifestée et souhaite récupérer son petit-fils.

Nous joignons à notre observation, un texte qu'avaient rédigé Antoinette et André sur leurs impressions, après leur première visite à Nuestro Hogar. Ce dernier illustre bien le mode de vie particulier qui y règne et nous a particulièrement touché :

Voici quelques généralités sur Nuestro Hogar et nos premières impressions:

« Pour apprécier le travail effectué à Nuestro Hogar, il faut bien comprendre que le foyer n'est pas une garderie d'enfants, mais bien un centre de soins intensifs pour enfants déjà profondément meurtris par la vie.

Lorsque ceux-ci sont confiés au foyer, par des instances sociales ou judiciaires de Quito, il est difficilement concevable d'envisager ce que ces enfants ont déjà enduré. Tous ont un passé très lourd et douloureux, malgré leur jeune âge. Maltraitance, sous-nutrition, hygiène inexistante, abandon, etc... Ils se conduisent comme de petits animaux. Ainsi, Ruth, à son arrivée lorsqu'elle se mettait à table, mangeait plus de 3 assiettes pleines. Elle se rendait malade, par crainte de ne plus rien avoir le lendemain.

Aucun enfant ne parle à l'exception de Carlitos (3 ans 1/2) qui s'exprime d'une manière incompréhensible. Les enfants émettent des sons ou des signes pour se faire comprendre. Maria del Carmen et son équipe doivent donc effectuer un travail de reconstruction.

Dans le foyer règne une ambiance de douceur et de sérénité. Toutes les actions sont effectuées avec lenteur et application. Il n'y a aucun éclat de voix, ni stress quelconque.

Les enfants jouissent de la plus grande liberté dans le choix des jeux et la découverte personnelle est privilégiée. Ainsi, par exemple, l'utilisation de l'eau ou du sable est libre, avec toutes les conséquences que cela peut impliquer.

Nous avons constaté que lors d'épisodes conflictuels entre les enfants, Maria del Carmen recherche l'adhésion de l'enfant, jamais sa soumission.

Le rythme propre à l'enfant est respecté lors de toute activité: soins, repas, jeu, sieste, etc... Aucun enfant n'est jamais brusqué.

L'organisation du temps est très structurée et les enfants se voient imposer des limites. La discipline semble être acceptée et les cuidadoras veillent à ce que les règles établies soient respectées, toujours en douceur et avec des explications constantes données aux enfants.

Ils sont l'objet de toute l'attention des cuidadoras et de Maria del Carmen qui, lorsqu'elle ne s'active pas avec un enfant, observe de l'un ou l'autre d'entre eux. »

Voici le budget annuel de Nuestro Hogar :

NUESTRO HOGAR

Budget annuel (pour 10 enfants)

Pour assurer le bien-être des enfants, deux aides soignantes la journée et une la nuit sont nécessaires. En réalité, ce sont six postes qui garantissent cette permanence s'effectuant 24h./24 et 365 jours par an.

En outre, une personne pour l'entretien des locaux et une assistante sociale sont indispensables. Cette dernière est en charge de la gestion des dossiers et des contacts avec les institutions sociales, tout particulièrement avec l'autorité de tutelle qui autorise ou retire la garde d'enfants à Nuestro Hogar.

Le budget annuel du poste « salaires » s'établit comme suit :

• 6 aides soignantes, charges incluses	24'300.-- \$	
• 1 personne pour l'entretien	2'430.-- \$	
• 1 assistante sociale	4'050.-- \$	30'780.-- \$

Le budget annuel du poste « fonctionnement » s'établit comme suit :

• Alimentation et soins	12'000.-- \$	
• Frais administratifs	6'000.-- \$	18'000.-- \$

Budget annuel	48'780.-- \$
	=====

Conclusion :

Cette expérience nous a apporté un nouveau regard sur l'éducation des enfants. Cette méthode inhabituelle nous a quelque peu troublé. En effet, le rapport à l'affection est diamétralement opposé à nos habitudes. Une autonomie rigoureuse est préconisée et c'est à l'enfant de réclamer l'affection qu'il désire recevoir. Selon la théorie Pinkler, les signes d'affection que témoignent les parents sont égoïstes et ne visent qu'à satisfaire ces derniers, sans penser aux envies propres de l'enfant. Il faut avouer que nous avons peiné à adhérer complètement à cette idéologie. Nous sommes conscientes de l'importance de développer leur autonomie, puisque ces enfants sont livrés à eux-mêmes ; il est alors vital pour eux d'apprendre à être indépendants, dès leur plus jeune âge. Cependant, il nous paraît un peu rude de les responsabiliser si jeunes. Cette manière de faire a éveillé en nous plusieurs questions : Comment des enfants en carence d'affection pourraient-ils être en mesure d'en demander ? N'ont-ils pas aussi besoin qu'on leur donne spontanément de l'affection ? Seront-ils, eux-mêmes, capables un jour d'offrir de l'affection à leur entourage ? Comment un enfant peut-il se développer entièrement sans le soutien ni les encouragements d'une tierce personne ? Ne se sent-il pas profondément seul ? Autant de questions auxquelles nous pourrions peut-être répondre dans quelques années, avec le recul nécessaire. Une chose est sûre, nous allons suivre avec attention l'évolution Nuestro Hogar, « laboratoire pilote d'une nouvelle éducation ». De plus, nous nous réjouissons d'évaluer ses réussites futures...Peut-être que ce qui n'est qu'une théorie aujourd'hui se transformera en une pratique universelle demain...

Maria vise justement l'extension de ce procédé en prépare des supports de dissémination, tels qu'un site Internet sur Nuestro Hogar, des conférences, des livres, des formations, ainsi qu'un documentaire rétrospectif sur cette belle expérience humaine.



Figure 18 Acrobaties

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement :

- Antoinette & André Bourdin
- Marcia Simon
- Maria del Carmen & Etienne Moine
- Dr. Patricio Rodriguez & ses étudiants
- Marielena & Ramiro Burbano
- Les Damas Voluntarias de l'Hôpital Baca Ortiz
- Les membres de Cenit
- Nos parents, les principaux sponsors de notre voyage
- La Faculté de Médecine

Sans qui ce projet n'aurait jamais vu le jour...

Un grand merci à tous !

Nathalie, Ilona et Milena

BIBLIOGRAPHIE :

- www.grainedaffection.org
- www.cenitecuador.org
- www.unicef.org/ecuador/
- www.unicef.org
- www.silapedagogie.com
- www.aipl.com
- www.aipl.org
- www.projuventute.ch
- www.lib.utexas.edu/maps/ecuador.html
- [fr.encarta.msn.com/encyclopedia_761565312_4/%C3%89quateur_\(pays\).html](http://fr.encarta.msn.com/encyclopedia_761565312_4/%C3%89quateur_(pays).html)