

# **Immersion dans la communauté des Missionnaires de la Charité de Mère Térésa à Cuzco au Pérou**

## ***Rapport de stage Août 2008***



**Berchtold Lena  
Bordry Natacha**

**Malaspinas Iliona  
Triboulet Cécile**

Faculté de Médecine- Université de Genève



# Table des matières

<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>OBJECTIFS ET MÉTHODE.....</b>	<b>8</b>
<b>CONTEXTE.....</b>	<b>12</b>
<b>Démographique.....</b>	<b>14</b>
Population totale et structure de la population.....	16
Natalité, taux de fécondité et espérance de vie à la naissance.....	17
Mortalité.....	21
<b>Socio-économique.....</b>	<b>22</b>
<b>Socio-sanitaire.....</b>	<b>23</b>
Historique.....	23
Fonctionnement actuel.....	24
Les assurances sociales.....	24
Système solidaire ?.....	25
<b>PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>28</b>
<b>Définition.....</b>	<b>28</b>
<b>Le lien entre la pauvreté et le handicap.....</b>	<b>29</b>
<b>Bouleversements.....</b>	<b>31</b>
Financiers.....	31
Familiaux.....	31
Sociaux.....	31
Individuels.....	32
<b>Schéma résumant la problématique.....</b>	<b>33</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>34</b>
<b>Le centre de Mère Teresa à Cusco.....</b>	<b>34</b>
Présentation du centre.....	34
Présentation des sœurs et de leurs vocations.....	38
Le personnel du centre.....	43
Activités offertes par les sœurs.....	44
Les enfants du centre.....	45
Histoire des enfants.....	46
Une journée type chez les enfants.....	49
L'alimentation.....	52
Hygiène et salubrité.....	53
Prise en charge des enfants: la physiothérapeute :.....	59
Notre travail.....	61
Une journée type.....	61
Avec le médecin.....	62
Avec les sœurs.....	63

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>66</b>
<b>Entretiens.....</b>	<b>66</b>
Docteur Dante Olivera Mayo.....	66
Physiothérapeute Flora Sinchi Rora Zuniga.....	70
<b>SOURCE.....</b>	<b>72</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>72</b>
<b>Entretiens.....</b>	<b>73</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>74</b>

# Introduction

Contrairement aux conquistadors espagnols qui découvrirent le Pérou au XVI<sup>e</sup> siècle grâce à leur avidité et à leur soif de conquête et d'or, nous avons décidé de partir dans ce pays pour y découvrir tout simplement l'incalculable richesse humaine, culturelle et géographique.

Le Pérou, ce mythique El Dorado, nous offre autant de vestiges des plus grandes civilisations que de diversités de paysages : passant du désert aux montagnes enneigées des Andes à l'austérité de la forêt amazonienne autrefois qualifiée d'« enfer vert ». Il serait possible de passer de l'un à l'autre dans une seule journée, paraît-il ! Le Pérou attire et charme par ces couleurs, ces agencements de cultures fertiles quadrillant le paysage de vert et d'ocres, ces alignements de montagnes et de vallées. C'est aussi une source de vie car il possède à lui seul 84 zones de vie sur les 117 que contient notre planète.

Célèbre pour sa beauté, son harmonie et son équilibre mais aussi tristement célèbre par la guérilla menée par le Sentier Lumineux : un des mouvements subversifs les plus violents du monde. Son initiateur et prophète : Abimael Guzman voulait réformer le Pérou en revenant au degré zéro : « Non seulement nous voulons arrêter le temps, mais également l'inverser, jusqu'à ce que la page soit de nouveau blanche... ». Ceci explique la violence extrême et quasi obsessionnelle des *senderistas*, qui ont pour unique but de forcer la réalité à coïncider avec l'idéologie, celle-là même qui a coûté la vie à plus de 700 000 personnes et a décimé les masses paysannes des hauts plateaux.

En 2008, l'une d'entre nous a « renoué avec ce pays » en lisant un article dans un quotidien français, sur la prise en charge des enfants handicapés au Pérou. Or, quand est venu le temps de choisir une thématique pour notre stage en *immersion en communauté*, ce sujet s'est imposé tout naturellement à nous et ce, à plus d'un titre.

Tout d'abord, c'est un sujet original et opportun car peu d'étudiants, à ce jour, avaient traité ce problème dans les pays en voie de développement. C'est donc avec plaisir que nous nous y sommes consacrés.

Ensuite, cette problématique de santé correspond bien à l'idée de base de l'*Immersion en communauté*<sup>1</sup> puisqu'elle implique une multitude d'aspects et de disciplines différentes comme l'économie, la médecine, la psychologie, les relations internationales ou encore les sciences sociales.

Enfin, ce projet était aussi pour nous une opportunité de faire une expérience dans le monde du handicap, que nous connaissions d'ailleurs très peu. Notre choix s'est volontairement porté sur le centre de Mère Teresa à Cusco, il nous semblait intéressant de « s'immerger » dans une association non gouvernementale qui a ces propres règles et « mœurs » basés sur la foi et la religion catholique et qui par ce biais là s'occupe et prend en charge les enfants handicapés.

De manière objective nous avons essayé, par ce rapport, de décrire les différentes approches et méthodes pour une prise en charge optimale des enfants handicapés en comparant les diverses associations et organisations impliquées dans ce défi.

---

<sup>1</sup> Les objectifs de l'Immersion en communauté se trouvent sur le site de la Faculté à l'adresse suivante : <http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/index.html#objectifs>

Mais ce présent rapport se penche surtout sur ce qui nous parait le plus important à nos yeux, c'est-à-dire notre expérience en tant que volontaires dans ce lieu, ce que nous avons vécu, appris, découvert au cours de ces 6 semaines enrichissantes.

Il ne nous reste plus qu'à vous souhaiter une très bonne lecture !



*Cusco vue du ciel*



# Objectifs et Méthode

Notre projet a pour but d'étudier la prise en charge des enfants handicapés dans le Centre de Mère Térésa à Cusco au Pérou et parmi les différents acteurs de cette communauté.

Notre intérêt s'est focalisé sur le contexte socio-économique et sanitaire de ce pays. Notre attention s'est portée aussi sur l'étroite relation entre pauvreté et handicap, et sur l'impact biopsychosocial du handicap tant au niveau individuel, que familial et communautaire.

Pour réaliser nos objectifs nous avons procédé en **trois étapes** :

- Premièrement, avant le départ, nous avons pris des cours de langue espagnole pendant trois mois car nous n'avions que des bribes de connaissances du Collège et qui restaient pour le moins très lacunaires. Ces cours s'inscrivaient dans notre volonté de vouloir saisir et découvrir la culture de ce pays et cela devait aussi nous permettre une fois sur place de pouvoir communiquer et échanger avec la population locale. Pour nous ils étaient donc une nécessité car notre intégration aurait été encore plus dur sans ces quelques connaissances d'espagnol.

Dans cette même optique, nous avons visionné quelques films comme le film « Pérou » d'Abrigeon Bernard dans la collection « des trains pas comme les autres » dans lequel il explore à bord d'un train les diverses régions du Pérou et de leur culture: la côte, *la sierra* ou la cordillère des Andes en passant par Lima, Cusco, le Lac Titicaca. Nous avons aussi lu des livres narrant la civilisation des Incas et des romans écrits par des auteurs péruviens.

Nous avons essayé par ces divers moyens (cours d'espagnol, livres, films,...) de saisir un peu mieux ce pays : sa culture, ses mœurs, son histoire, son environnement, ses traditions, ses croyances,... Outils indispensables à nos yeux pour mieux comprendre, aider et établir une bonne relation avec les résidents de ce centre.

- Deuxièmement, une fois sur place nous avons pu, après une semaine d'adaptation commencer à « récolter la matière sur le terrain ». Notre première idée fut, tout d'abord, de traiter cette thématique sous forme de film. Mais nous avons, à bien des égards, rencontré plusieurs difficultés. Tout d'abord, celle de pouvoir filmer. Nous avons eu l'accord de la supérieure pour filmer le centre, les enfants ainsi que le personnel. Mais après une semaine de « tournage » et l'interview du médecin de l'association, il nous a été subitement interdit de pouvoir filmer et interviewer plus, et ce pour des raisons qui restent à nos yeux toujours peu claires et compréhensibles. Nous avons donc récolté les avis du personnel et des sœurs par écrit par la suite.

Nous avons essayé de comprendre ce changement si soudain de situation mais nos questions sont restées sans réponse. On comprend vite que la deuxième difficulté que nous avons rencontrée pour mener à bien ce stage est celle de la relation avec les sœurs. La communication était pour le moins difficile, la barrière de la langue n'a certes pas arrangé les choses, dans le sens où elles ne s'exprimaient que très peu sur



leurs sentiments, leurs émotions, leurs pensées et leurs décisions, ce qui a créé immanquablement chez nous de l'incompréhension voir parfois de la frustration.

Pour ces raisons il nous a été très dur d'avoir accès à des informations concernant le fonctionnement du centre, le travail des sœurs et la prise en charge des enfants handicapés dans ce lieu, à Cusco et au Pérou en général. Mais malgré ces quelques embûches, nous avons quand même réussi par les quelques entretiens privilégiés avec le médecin, la physiothérapeute, une infirmière et des travailleurs-ses du centre à récolter leurs points de vue et leurs regards sur cette problématique de santé

- Troisièmement, une fois de retour nous avons commencé à synthétiser les informations acquises lors de notre séjour en Amérique latine. Nous avons alors, comme nous l'avions décidé à la base, essayer de retranscrire notre expérience et nos informations récoltées par un film. Mais malheureusement la quantité ainsi que la qualité de nos images, prises de vue et interview laissaient un peu à désirer, nous avons pris la décision de faire un rapport écrit et d'utiliser ce petit montage lors de notre présentation.

Ce document a été organisé et construit selon ce mode de travail.

La première partie se concentrera surtout sur le contexte géographique, démographique, et historique de ce pays. Elle évoquera aussi l'état du système socio-sanitaire et économique. Cette petite « parenthèse » nous semble nécessaire pour une bonne compréhension du problème.

La deuxième partie explicitera d'abord notre problématique et essaiera de mettre en lien les deux questions de la pauvreté et du handicap. Puis elle se penchera sur les différents bouleversements provoqués par le handicap tant au niveau individuel, familial, que communautaire.

La troisième partie évoquera, quand à elle, la réponse apportée par l'état péruvien pour faire face à ce problème. Elle se penchera d'abord sur les principes de cette réponse puis sur ses acteurs plus particulièrement le centre où nous avons effectué notre stage. Dans cette partie nous ferons d'abord une brève description du centre : habitation, organisation,... Puis nous nous parlerons des sœurs et leurs vocations. Pour finir, nous nous intéresserons aux enfants, à leur vie dans le centre, à leur alimentation, leur hygiène et leur santé. Cette partie est entièrement basée sur notre expérience, notre vécu et notre travail dans ce lieu.

Enfin notre ressenti sur cette fabuleuse aventure fera l'objet de la conclusion.

La structure de notre plan est basée sur le document, de l'unité de *l'Immersion en communauté*, « un bon rapport de stage »<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Ce document se trouve à l'adresse suivante :

[http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/un\\_bon\\_rapport\\_immersion.ppt#256,1](http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/un_bon_rapport_immersion.ppt#256,1), Un bon rapport d'immersion



*Carte des différents départements du Pérou. Nous avons effectué notre stage à Cusco qui est la capitale du département du même nom, qui se situe dans la partie Sud du pays.*



# Contexte

Il nous a semblé important de consacrer quelques pages de ce rapport au contexte géographique, démographique, socio-économique et socio-sanitaire de ce pays. Cela permettra tout d'abord au lecteur néophyte de mieux le connaître et par la suite de mieux appréhender notre problématique car ces diverses disciplines possèdent de nombreuses implications avec notre sujet.

## Géographique<sup>345</sup>

Le Pérou occupe une surface de 1 285 220 km<sup>2</sup> (la Suisse fait 41 285 km<sup>2</sup> pour comparaison) et possède 2 414 km de côtes. Il est divisé en 25 régions, auxquelles il faut ajouter la province de Lima, entité au statut particulier, distincte de la région de Lima. Ces régions sont divisées en 193 provinces sans la province de Lima. Les provinces sont ensuite subdivisées en districts puis en secteurs.

Cuzco ou Cusco (du Quechua « Qusqu » signifie nombril) est une ville du Sud-Est du Pérou au milieu des Andes. C'est la capitale du département de Cuzco. Cuzco est une ville d'altitude (~ 3 400 m) d'une taille modérée, avec environ 300 000 habitants. Cuzco fut la capitale des Incas et a été longtemps un carrefour sur l'axe économique transandin mais s'est endormie quand l'activité commerciale s'est tournée vers Lima.



*La place d'Armes à Cusco*

---

<sup>3</sup> Page consacré au Pérou sur Wikipédia à l'adresse suivante : [http://fr.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9ographie\\_du\\_P%C3%A9rou](http://fr.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9ographie_du_P%C3%A9rou)

<sup>4</sup> FREMY Dominique et Michèle, *Quid 2002*, éd Robert Laffond, Paris, 2001

<sup>5</sup> Production des guides Gallimard, *Le grand Atlas géo Gallimard pour le XXIe siècle*, éd Gallimard, Paris, 2003

Le pays est aussi divisé en trois grandes zones, elles-mêmes divisées en 11 écorégions :

- **La zone côtière** le long du Pacifique. Elle occupe 11% de la superficie et concentre 35% de la population. Le climat est tempéré, en hiver il est ensoleillé et de mai à novembre une pluie très fine et un brouillard s'abattent sur cette région. Les températures varient de 12 degré à 28 degré. Le paysage est désertique, entrecoupé de vallées fertiles autour de rivières qui descendent de la Sierra.
- **La Sierra**, zone montagneuse au milieu du pays. Cette zone d'altitude moyenne de 3500 m est principalement composée de la Cordillère des Andes et des hauts plateaux vers la frontière avec la Bolivie (lac Titicaca). Le climat est tempéré à froid en fonction de l'altitude. Le Nevado Huascarán, qui s'élève à 6768 m dans la Cordillère Blanche, est le point culminant du pays. Cusco se situe dans cette région.
- **L'Amazonie**, à l'est, qui occupe une surface de près de 60% du pays (13% de la superficie totale de la forêt amazonienne) mais abrite seulement 10% de la population totale. Le climat est ici tropical et humide, la saison des pluies s'étend de décembre à mars.

On dénombre aussi de nombreux fleuves (dont l'Amazone) et lacs (il y aurait 12 000 lacs alto-andins!) dont le plus haut lac navigable du monde : le Lac Titicaca (3800 m d'altitude). Mais le fleuve qui retient surtout l'attention est un petit fleuve de 160 km qui se situe dans le bassin de l'océan Pacifique : le Río Rímac. Il est considéré comme l'un des fleuves les plus importants du Pérou, non pas par son débit d'eau - relativement faible - ni par la taille de son bassin, mais parce qu'il approvisionne en eau et électricité la métropole de Lima, où se concentre plus de 30% de la population du pays.

L'approvisionnement en eau de la capitale péruvienne est un des problèmes critiques que les autorités ne sont pas parvenues à résoudre au cours des dernières décennies, et chaque jour il devient - avec l'explosion démographique - plus aigu, nécessitant de fréquentes coupures dans la distribution de l'eau.



La population urbaine prédomine (72%) d'ailleurs la plupart des ressources naturelles (charbon, pétrole, l'or, l'argent, le cuivre, le minerai de fer) font marcher les nombreuses

raffineries de pétrole et les industries de transformations des métaux. La pêche constitue aussi une importante ressource naturelle ainsi que les fruits des arbres.

Il est enfin à rajouter que le département de Cusco fait partie des plus pauvres du Pérou car il est isolé de toute la modernité des villes et donc du développement des grandes villes. Autour de la ville de Cusco la région est très désertique et les gens vivent essentiellement de l'agriculture.

## Démographique<sup>6789</sup>

Population	28,1 millions d'habitants
Densité de la population	20 habitants au km <sup>2</sup> contre 174 pour la Suisse
Taux de croissance annuel	2%
Population urbaine	73%
Religions	95% : catholiques 5% : autres
Langues	Espagnol (officiel) Quechua (officiel) Aymara
Analphabétisme	10,1 % contre 1% en Suisse
Ethnies	Amérindiens : 54% Métis : 32% Blancs : 12% Autres : 2%

Sources : *Atlas mondial, Quid*

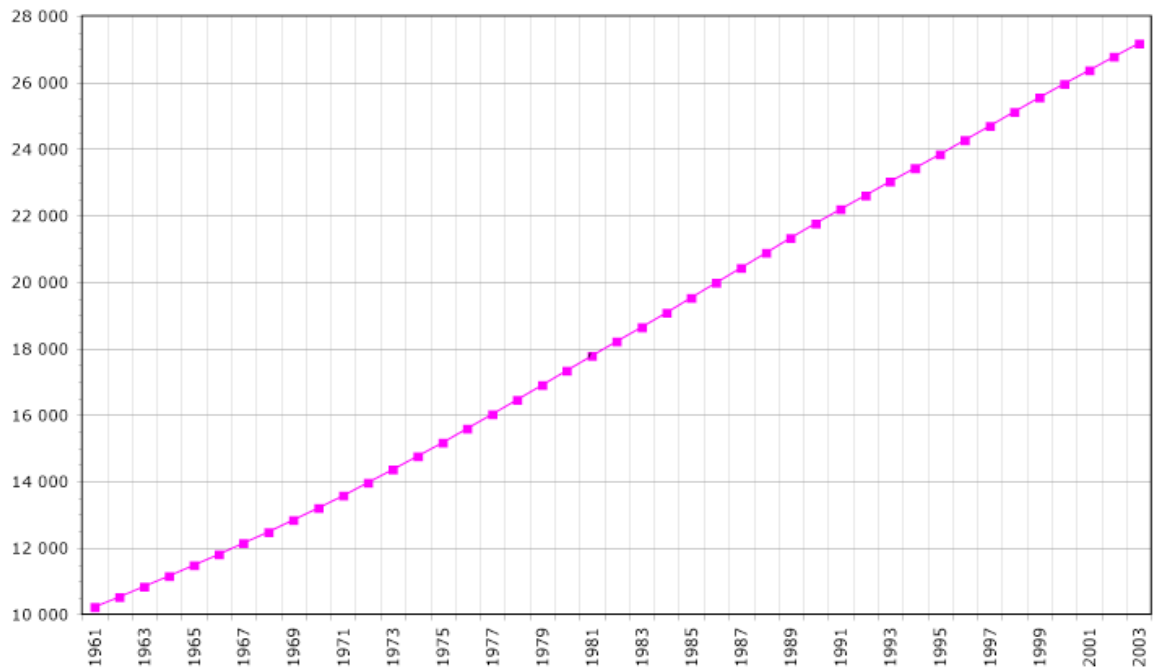
Nous voulons, sans forcément répéter les informations de ce tableau, insister sur quelques points. La densité de la population du Pérou est très basse pour un pays urbain, la Suisse pour comparaison a presque une densité 20 fois plus élevée pour une population urbaine moins grande (68%), cela s'explique par le fait que le Pérou a une superficie 30 fois plus grande que la Suisse.

<sup>6</sup> Page consacré au Pérou sur Wikipédia à l'adresse suivante : [http://fr.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9ographie\\_du\\_P%C3%A9rou](http://fr.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9ographie_du_P%C3%A9rou)

<sup>7</sup> FREMY Dominique et Michèle, *Quid 2002*, éd Robert Laffond, Paris, 2001

<sup>8</sup> Production des guides Gallimard, *Le grand Atlas géo Gallimard pour le XXIe siècle*, éd Gallimard, Paris, 2003

<sup>9</sup> Ministère de la santé péruvienne sur le site : [www.minsa.org](http://www.minsa.org)



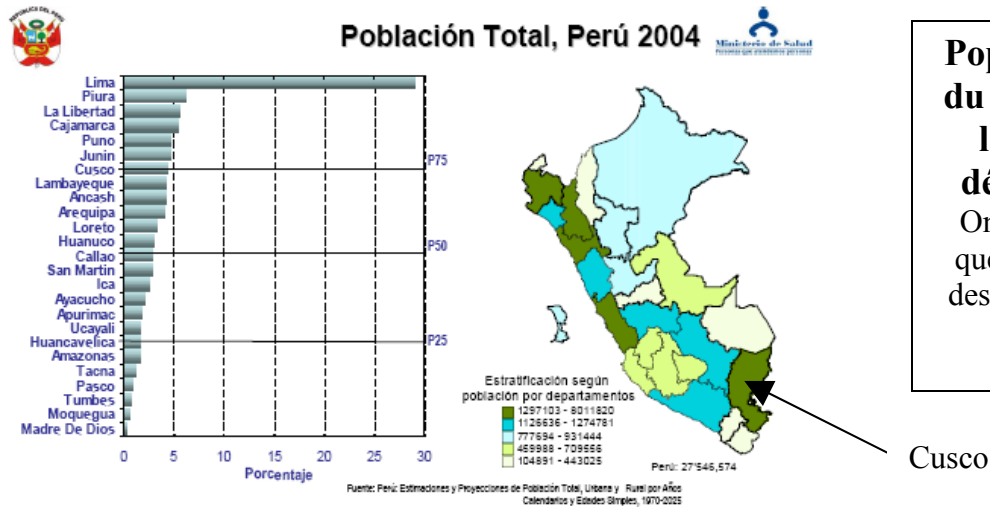
*Evolution démographique au Pérou entre 1961-2003*

*Source : Data FAOSTAT, 2005*

La courbe de ce graphique impressionne par son ascension vertigineuse, passant de 10 millions d'habitants à 28 millions d'habitants en un peu plus de 40 ans. De plus, la courbe est parfaitement exponentielle et ne semble jamais décliner ni voir stagner. Pour comparaison la Suisse est passé en plus de 30 ans (1970-2004) de 6,2 millions d'habitants à 7,2 millions, soit 18 fois moins que le Pérou en deux fois moins de temps. Ceci nous dit deux choses : le Pérou est un des pays d'Amérique latine avec le plus haut taux de croissance annuel de population et de fécondité alors que la Suisse est pour ces mêmes chiffres le plus bas à l'échelle européenne.

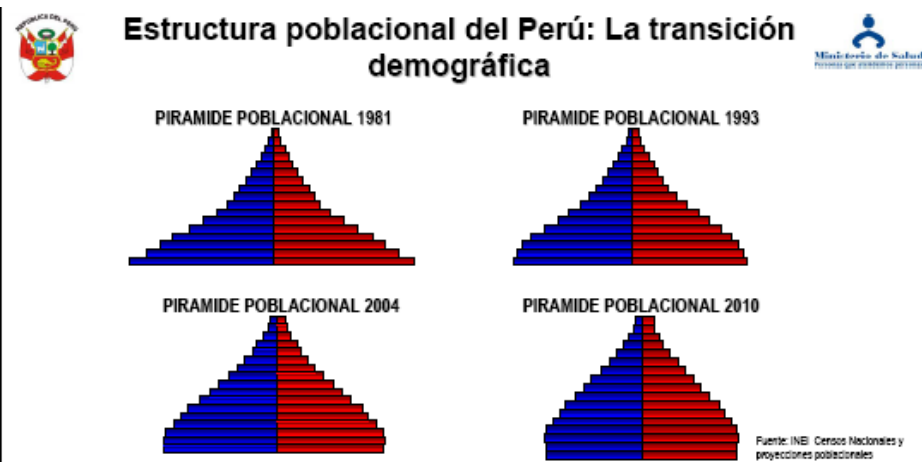
Avant de finir ce chapitre, il nous paraît important de porter votre attention sur quelques graphiques et chiffres en relation avec la démographie. Ces informations proviennent pour la plupart du site du ministère de la santé péruvien, pour certaines elles reprennent déjà quelques données énoncées plus haut mais avec beaucoup plus de précision et de clarté. Elles mettent aussi en exergue les différences et inégalités entre les diverses régions de ce pays.

## Population totale et structure de la population



La transition démographique au Pérou entre 1981 et 2010 est schématisée par des pyramides de population, celles-ci sont des représentations graphiques de la structure de la population. On peut voir sur celui-ci, qu'en 1981, la pyramide présente une base assez large, ce qui indique un haut taux de natalité, le rapetissement rapide signifie quand à lui un haut taux de mortalité chez les enfants et enfin le sommet pointu reflète la courte espérance de vie. Par la suite la forme de la pyramide évolue et en 2004, elle présente une diminution de la base qui est le produit de la diminution de natalité, un élargissement des paliers suivants résultat de la diminution de la mortalité et d'une meilleure survie des enfants, et un élargissement du sommet qui est corrélé avec la diminution de la mortalité en général et plus grand nombre de personnes adultes dans la population.

Ces informations tirées de ces pyramides nous amène à la conclusion qu'en plus de 20 ans, le Pérou est passé d'une pyramide d'un pays sous-développé à celle d'un pays en voie de développement voir développé.

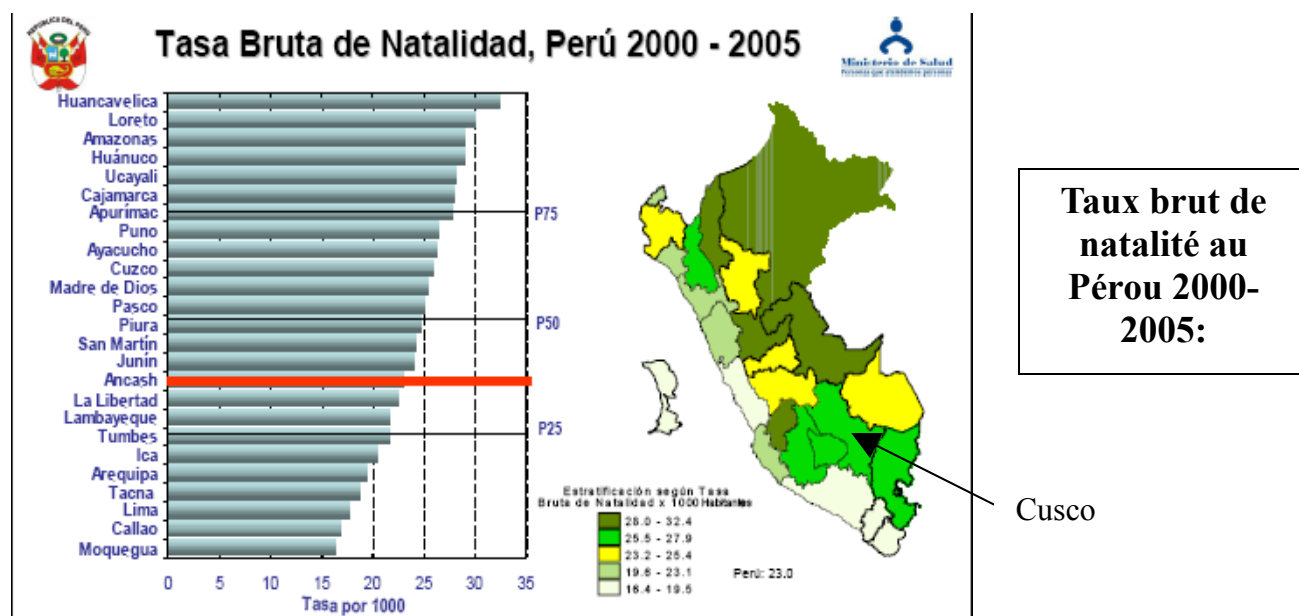


**Structure de la population péruvienne : la transition démographique**



## Natalité, taux de fécondité et espérance de vie à la naissance

Au Pérou, il y a 23 naissances pour 1000 habitants (contre seulement 9.8 pour la Suisse<sup>10</sup>). Ce graphique représente le taux de natalité total au Pérou et selon les divers départements. Il existe 14 départements qui ont des valeurs supérieures à celle de la valeur nationale (ligne rouge), d'ailleurs Cusco en fait partie.

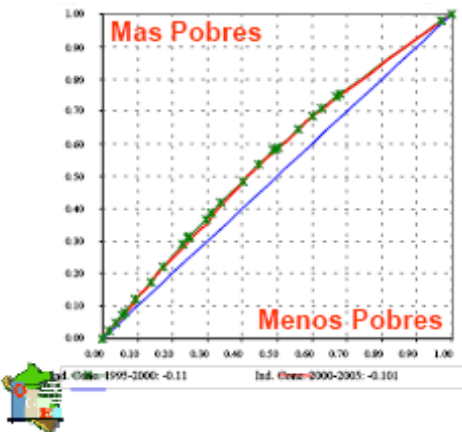
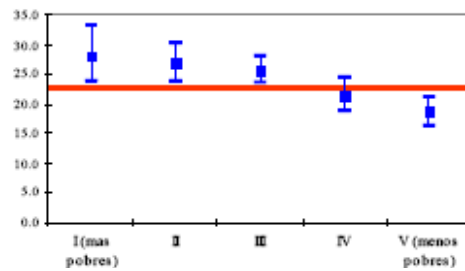
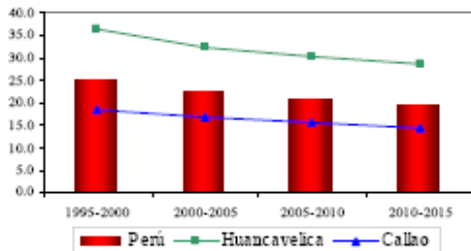


Sur ces schémas ci-dessus, on observe une diminution générale du taux de natalité, cependant cette diminution ne raccourcit pas les différences à l'intérieur du pays. Ce que nous pouvons remarquer c'est qu'il existe des inégalités : les hauts taux de natalité se concentrent dans les régions les plus pauvres. Pendant la période de 2000-2005, les 50% de la population les plus pauvres accumulaient presque 60% des naissances enregistrées dans le pays.

<sup>10</sup> Office fédéral de la statistique à l'adresse suivante : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/02.html>.



## Tendencia, Estratificación por pobreza e Índice de concentración de la Tasa Bruta de Natalidad, Perú 1995 - 2015

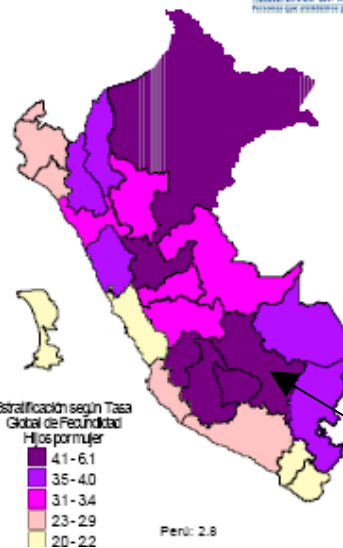
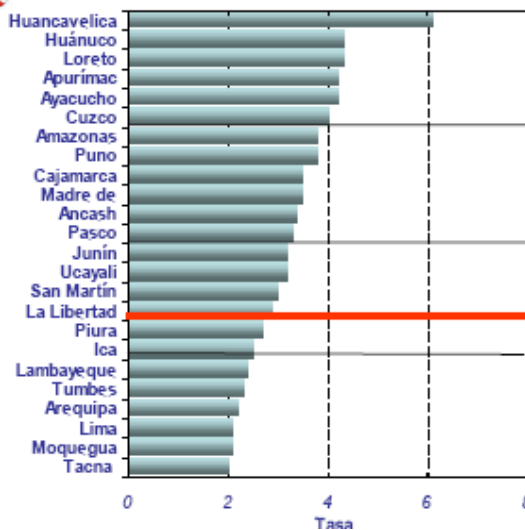


**Indice de concentration du taux de natalité selon les différentes régions**

Au Pérou, une femme a en moyenne 3 enfants (en Suisse une femme à 1.44 enfants<sup>11</sup>). Le graphique ci-dessous montre les taux globaux de fécondité au niveau national (ligne rouge : 3 enfants par femme) et au niveau des diverses régions. Il est intéressant de noter que Cusco fait partie des 15 départements avec les valeurs les plus hautes.



## Tasa Global de Fecundidad, Perú 2000 - 2005

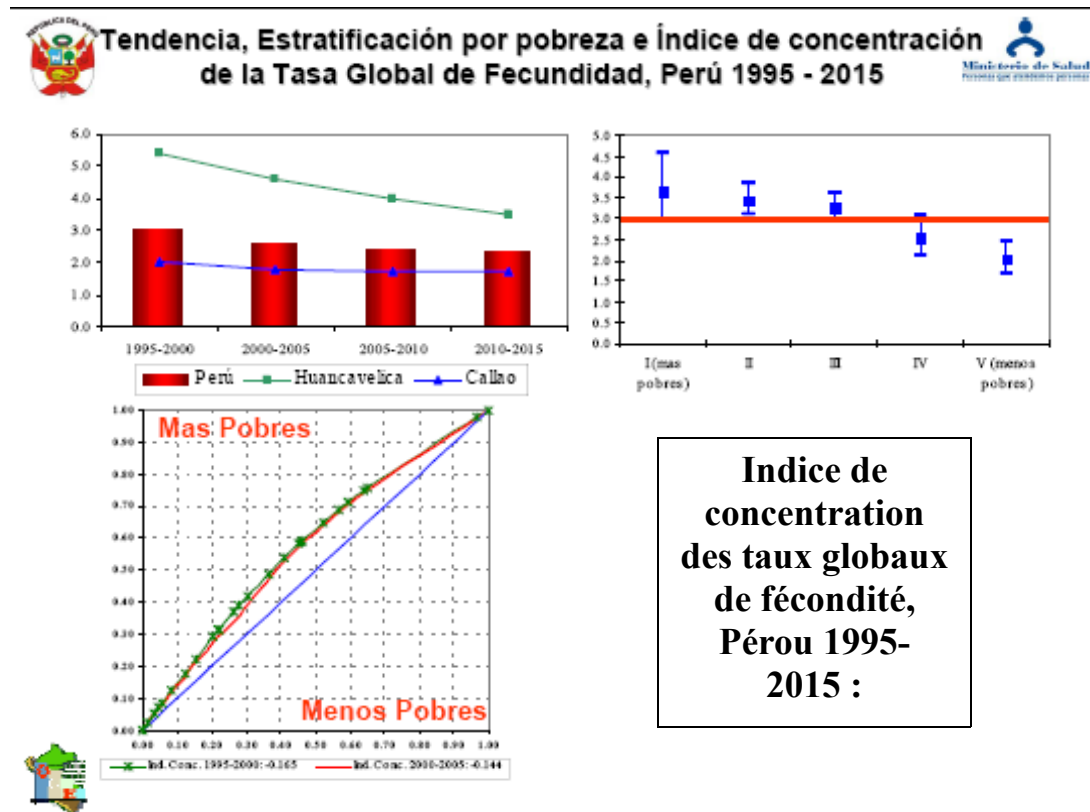


**Taux global de Fécondité au Pérou 2000-2005 :**

Cusco

<sup>11</sup> Office fédéral de la statistique à l'adresse suivante : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/02.html>.

Comme pour les taux de natalité, il existe des inégalités entre les divers départements. Comme le montre ces graphiques ci-dessous les plus haut taux de fécondité se concentrent dans les régions les plus pauvres.

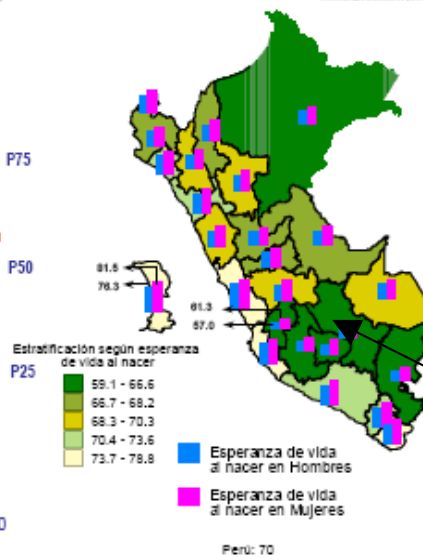
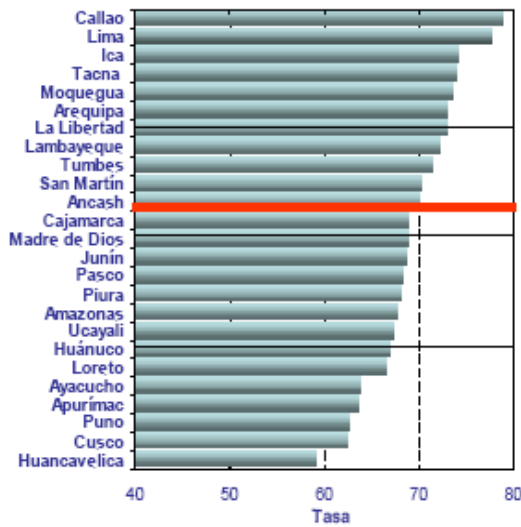


L'espérance de vie à la naissance, est une donnée qui nous intéresse particulièrement et qui est importante pour bien cerner notre problématique. Au Pérou, l'espérance de vie à la naissance est de 70 ans (ligne rouge, elle est de 79 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes en Suisse<sup>12</sup>). Encore une fois, on peut observer que Cusco est en dessous de la moyenne national et a une espérance de vie très basse qui est seulement de 62 ans.

<sup>12</sup> Office fédéral de la statistique à l'adresse suivante : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/key.html>



## Esperanza de vida al nacer, Perú 2000 - 2005



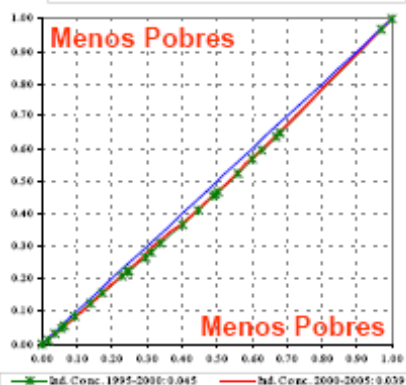
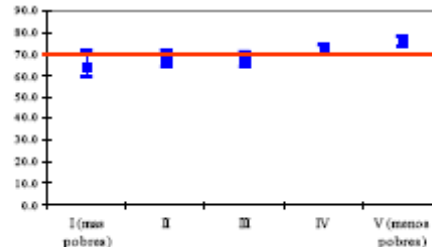
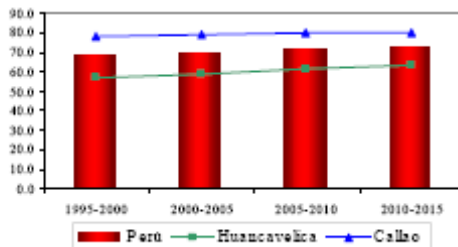
**Esperance de  
vie à la  
naissance,  
Pérou 2000-  
2005**

Cusco

Depuis 1995, l'espérance de vie a augmenté mais ceci ne suffit toujours pas à diminuer les différences entre les diverses régions : par exemple, l'espérance de vie à Cusco est seulement de 62 ans alors qu'à Lima elle est de 79 ans. Ces inégalités sont le reflet des inégalités socio-économiques entre ces diverses villes : l'espérance de vie est meilleure dans les états les plus riches.



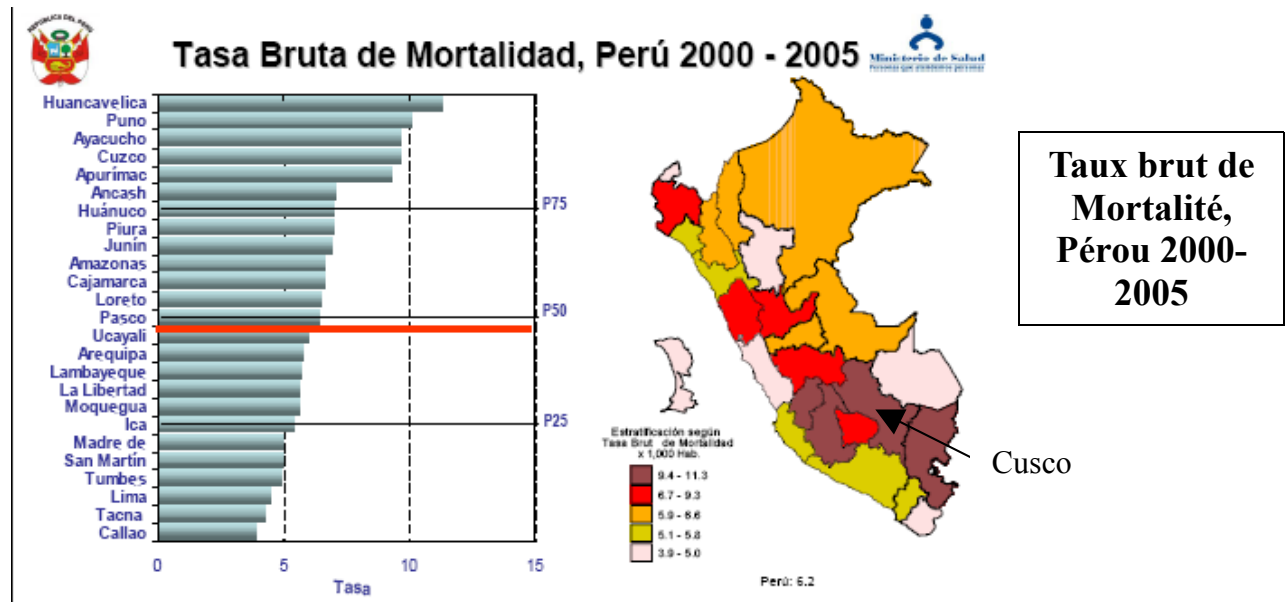
## Tendencia, Estratificación por pobreza e Índice de concentración de la Esperanza de vida al nacer, Perú 1995 - 2015



**Indice de  
concentration de  
l'espérance de vie à  
la naissance, Pérou  
1995-2015**

## Mortalité

La mortalité au Pérou est de 6.2 pour 1000 habitants (ligne rouge). Comme vous l'avez compris, Cusco fait partie des 15 départements avec les plus haut taux de mortalité, car il fait partie des régions les plus pauvres du Pérou. La Suisse, quand à elle a une valeur supérieure à la valeur péruvienne puisqu'il y a 8.5 décès pour 1000 habitants<sup>13</sup>.

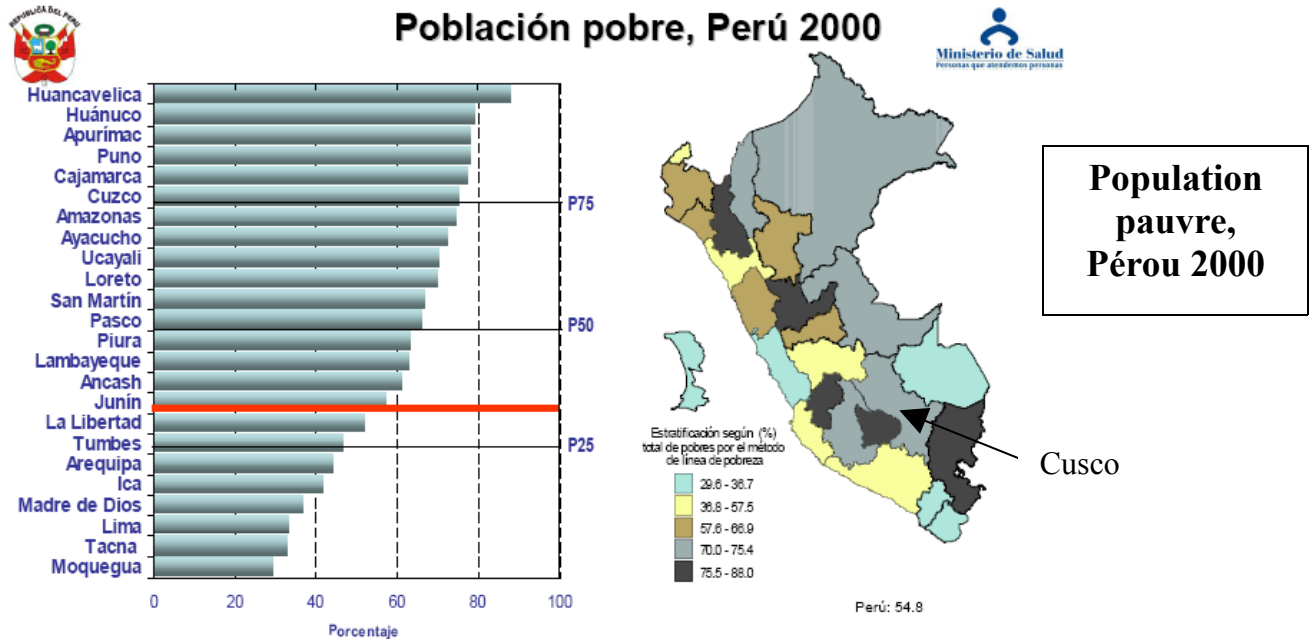


Deux autres données sont aussi importantes, ce sont la mortalité infantile et la mortalité maternelle. Dans le premier cas, pour 1000 enfants qui naissent au Pérou, 33 meurent avant d'avoir atteint leur première année de vie. Là encore Cusco a une valeur largement supérieure à la valeur nationale puisque pour 1000 enfants qui naissent plus de 52 meurent (contre 4.2 en Suisse c'est-à-dire plus que dix fois moins). Dans le deuxième cas, pour 100 000 enfants qui naissent au Pérou, 164 mères meurent suite à la grossesse ou à l'accouchement. Pour le même nombre de naissances il y a 280 mères qui meurent à Cusco soit un peu moins que le double.

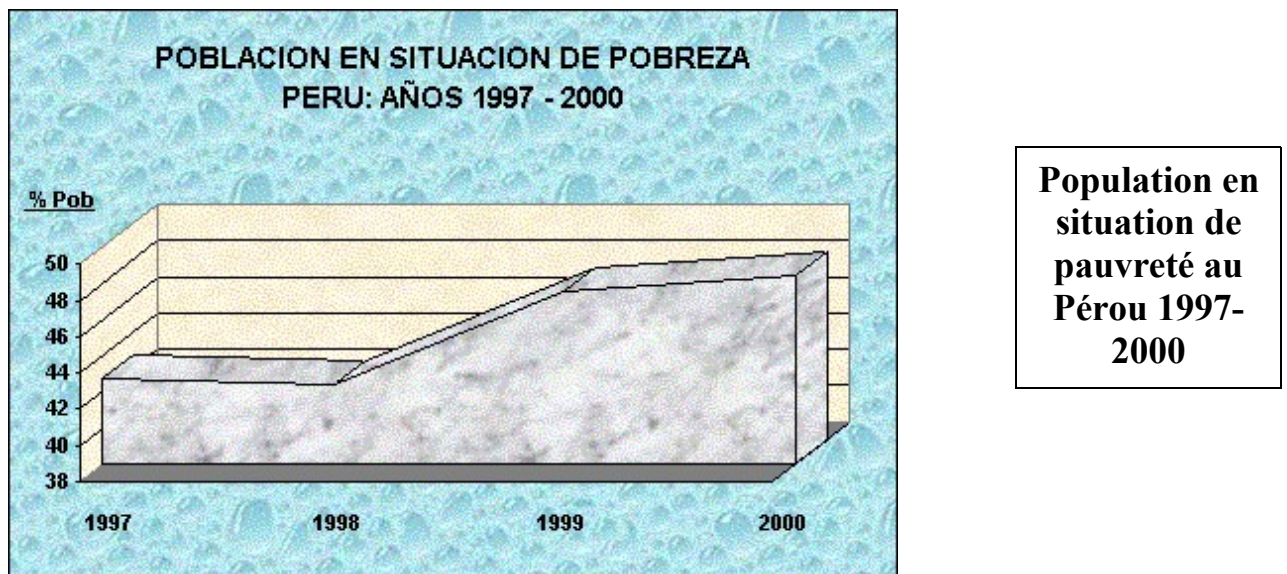
<sup>13</sup> Office fédéral de la statistique à l'adresse suivante : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/04/02.html>

## Socio-économique

Au Pérou, 54.8% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté (moins de 2 USD par jour) et 24.4% vivent dans une pauvreté extrême (moins de 1 USD par jour). Comme on le voit sur le graphique ci-dessous il y a de très grandes disparités à l'intérieur de pays. Quant à Cusco plus de 75% de sa population vit en dessous du seuil.



En 3 ans, le pourcentage de la population vivant dans le pauvreté a augmenté de plus de dix pour cent passant de 42.7% à 54.8%. Le schéma ci-dessous nous montre cette vertigineuse progression.



Le produit intérieur brut (qui mesure le niveau de production d'un pays) par habitant est un indicateur de richesse et de niveau de vie. Il donne une valeur indicative du pouvoir d'achat. Le PIB par habitant est de 3'374 USD en 2006<sup>14</sup>, ce qui le place au 87<sup>ème</sup> rang mondial (180 pays). Pour comparaison la Suisse a un PIB par habitant de 51'771 en 2006, ce qui le place au 6<sup>ème</sup> rang mondial.

## **Socio-sanitaire**<sup>1516</sup>

Afin de comprendre le système de santé au Pérou, nous avons pris contact avec une infirmière genevoise, Marie-Françoise, travaillant depuis vingt ans à Lima et étant de passage à Cuzco. Elle travaille actuellement dans l'ONG Kallpa (association s'occupant du développement humain et de la santé des personnes les moins favorisées) et a pu répondre à nos questions. Pour compléter nos informations sur ce sujet, nous sommes allées chercher des données sur Internet (voir les références 13 et 14)



*L'hôpital régional de Cusco, qui se trouvait juste à côté de notre centre*

## **Historique**

« Les premiers textes instituant une assurance maladie au Pérou datent des années 30-40. La sécurité sociale a été créée en 1973 et l'Institut de Sécurité Sociale (IPSS) en 1980. Du fait d'une situation économique et financière de l'IPSS incertaine, des réformes sont entreprises dans les années 90. Elle aboutit à la création de l'EsSalud, l'assurance maladie avec la Loi du 30 janvier 1999. »

<sup>14</sup> Liste des pays par PIB par habitant : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste\\_des\\_pays\\_par\\_PIB\\_%28nominal%29\\_par\\_habitant](http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_pays_par_PIB_%28nominal%29_par_habitant)

<sup>15</sup> Site du groupement d'intérêt public (GIP) santé et protection sociale internationale (SPSI) à l'adresse : [www.gipspsi.org](http://www.gipspsi.org)

<sup>16</sup> Ministère de la santé péruvienne sur le site : [www.minsa.org](http://www.minsa.org)

## **Fonctionnement actuel**

Le système de santé du Pérou repose sur le secteur public, composé de trois volets : SIS (Ministère de la santé), EsSalud (la sécurité sociale) et le service des armées et de la Police, ainsi que le secteur privé regroupant les Entités Prestataires de Santé/EPS, les cliniques, les pharmacies ainsi que les cabinets.

Les établissements du secteur public comme les hôpitaux, les polycliniques, dispensaires et autres, sont placés sous la tutelle du Ministère de la Santé. Les consultations y sont payantes, mais restent totalement abordables pour les petits revenus.

## **Les assurances sociales**

Au Pérou, nous comptons 3 systèmes d'assurances sociales :

1) Tout d'abord, ***l'assurance-maladie (EsSalud)*** s'adressant aux salariés du secteur privé et public et aux retraités ainsi qu'à leur famille (seuls les enfants jusqu'à 18 ans sont pris en charge).

C'est une assurance publique contributive. « Elle est financée par les cotisations patronales (9% des salaires). « En termes de prestations médicales, elle inclut les soins dentaires, maternité, médecine générale et spécialisée, l'hospitalisation, les services médico-techniques (laboratoires), les médicaments, les soins de rééducation, la prévention et la vaccination. Les prestations sont délivrées dans les établissements gérés par EsSalud».

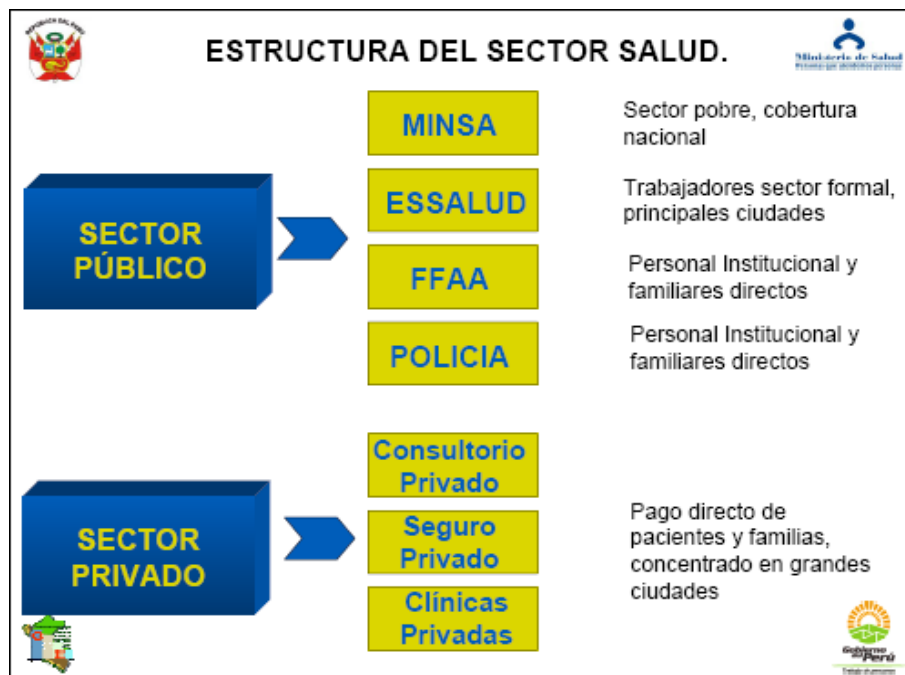
Suite à une réforme, elle couvre aussi les travailleurs indépendants, les groupes spécifiques tels que les étudiants, les agriculteurs ou les chauffeurs de taxi, sous la forme d'une assurance volontaire. Concernant celle-ci, les prestations offertes sont différentes selon la prime payée.

2) ***Les assurances privées (EPS)*** ; « s'adressent à toutes les personnes qui ne choisissent pas l'assurance maladie publique et leurs ayant droits. Tous les salariés d'une même compagnie procèdent au choix de l'EPS par vote, ce qui garantit une couverture égale quel que soit le salaire ». Cependant, les établissements couverts par cette assurance gèrent généralement les soins les plus courants, laissant les opérations chirurgicales les plus délicates aux soins des hôpitaux Essalud.

3) Pour finir, il y a ***le service des armées et de la Police*** : « cette assurance couvre exclusivement les fonctionnaires de l'Armée et de la police et leurs familles. Elle est financée sur l'impôt. »



Le schéma ci-dessous, tiré du ministère de la santé, résume les différents secteurs du système de santé péruviens :



### *Systeme solidaire ?*

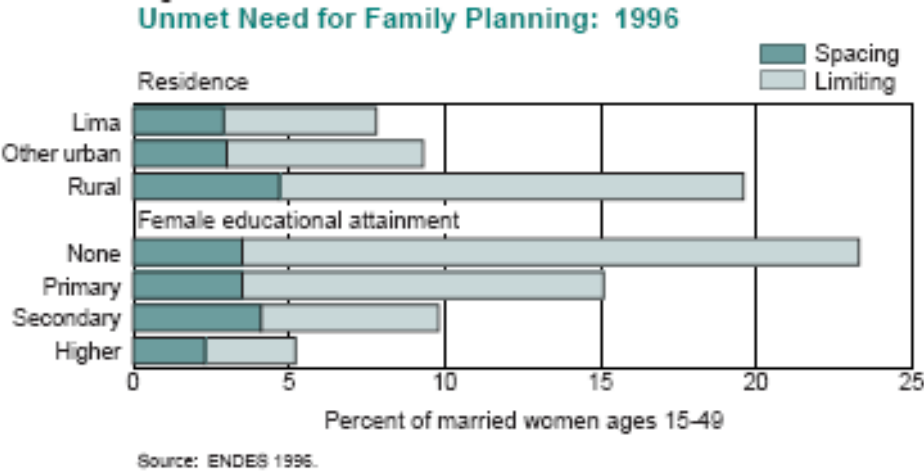
Selon l'analyse faite par le GIP SPSI (groupement d'intérêt public (GIP) santé et protection sociale internationale (SPSI)), le système reste peu solidaire. En effet, l'accès total aux soins est réservé aux personnes assurées. Le système public est donc le seul à prendre en charge les plus pauvres.

« Pour la population la plus démunie, le Ministère de la Santé a créé le SIS (Système Intégral de Santé) qui finance les soins préventifs (vaccination, contrôle clinique, traitement anti-parasitaire, dépistage de maladies non transmissibles) et curatifs (consultations, urgences, hospitalisations, médicaments). 9 millions de personnes auraient bénéficié de ce programme en 2004, soit 33,4% de la population. »

En résumé, on peut observer que Cusco est une des régions les plus pauvres du Pérou, avec de forts taux de mortalité tant infantile que maternelle et une basse espérance de vie. Ce département est rural en plus grande partie comparé à des départements comme Lima qui sont urbanisés.

Ces informations reflètent, comme nous avons pu le constater là-bas en voyageant et en visitant, des inégalités dans l'accès au système de santé comme par exemple aux plannings familiaux et aux diagnostics prénataux pour les femmes ainsi qu'à d'autres services de soins mis en place par le gouvernement.

Le graphique<sup>17</sup> ci-dessous vient appuyer cette conclusion : 20% des femmes mariées dans les zones rurales n'ont pas accès au planning familial contre seulement 9% dans les zones urbaines. On remarque la même tendance pour les femmes mariées avec peu de connaissances scolaires et celles avec une bonne formation scolaire.



Dans le prochain chapitre, nous nous pencherons sur le lien entre les inégalités d'accès aux soins pour les femmes dans les milieux ruraux et la forte prévalence des enfants handicapés dans ces mêmes zones.

<sup>17</sup> Thomas McDevitt, Population Trends : Peru, U.S Department of Commerce, IB/99-1, Mars 1999



# Problématique

L'écriture de la problématique revêt une importance capitale pour bien cerner les enjeux liés à la prise en charge des enfants handicapés au Pérou.

Mais pour ce faire, il nous semble d'abord judicieux de porter votre attention sur quelques définitions qui vous seront certainement utiles pour une bonne compréhension de ce problème.

## Définition<sup>18</sup>

Le mot incapacité recouvre à lui seul nombre de limitations fonctionnelles différentes qui peuvent frapper chacun des habitants du globe. L'incapacité peut être d'ordre physique, intellectuel ou sensoriel, ou tenir à un état pathologique ou à une maladie mentale. Ces déficiences, états pathologiques ou maladies peuvent être permanents ou temporaires.

Par handicap, il faut entendre la perte ou la restriction des possibilités de participer à la vie de la collectivité à égalité avec les autres, le mot lui-même désignant implicitement le rapport entre la personne handicapée et son milieu. On souligne ainsi les inadéquations du milieu physique et des nombreuses activités organisées (information, communication, éducation, etc.), qui empêchent les handicapés de participer à la vie de la société dans l'égalité.

Selon certains des spécialistes, il se pourrait que la définition du terme handicap qui y est donnée revête un caractère trop médical encore, qu'elle soit indûment centrée sur l'individu, et qu'elle ne précise pas assez clairement la manière dont la situation sociale, les attentes de la collectivité et les capacités de l'individu interagissent.

The International Classification of functioning, Disability and Health (ICF) crée par l'Organisation mondiale de la Santé (WHO) ont développé un modèle théorique basé sur ce modèle « plus social » du handicap<sup>19</sup>. Le handicap n'est pas, ici, conçu comme un concept de « tout ou rien » : cela veut dire que les personnes ne sont pas identifiées comme ayant un handicap, mais plutôt classifiées selon une description détaillée de leurs capacités dans différents domaines.

Le premier de ces domaines est : la structure (organes, membres,...) et la fonction corporelle. Il est le plus proche du modèle médical et se réfère aux fonctions psychologiques et physiologiques du corps humain (par exemple : être capable de mettre un bras au dessus d'une main).

Le deuxième domaine- l'activité - comprend des actions délibérées dans l'intention d'accomplir une tâche comme par exemple s'habiller ou manger seul.

La participation, le dernier domaine, qui se réfère à une activité faisant partie intégrante de la vie économique et sociale ainsi qu'aux différents rôles sociaux que l'on accomplit durant notre vie, comme par exemple pouvoir aller à l'école ou avoir un travail.

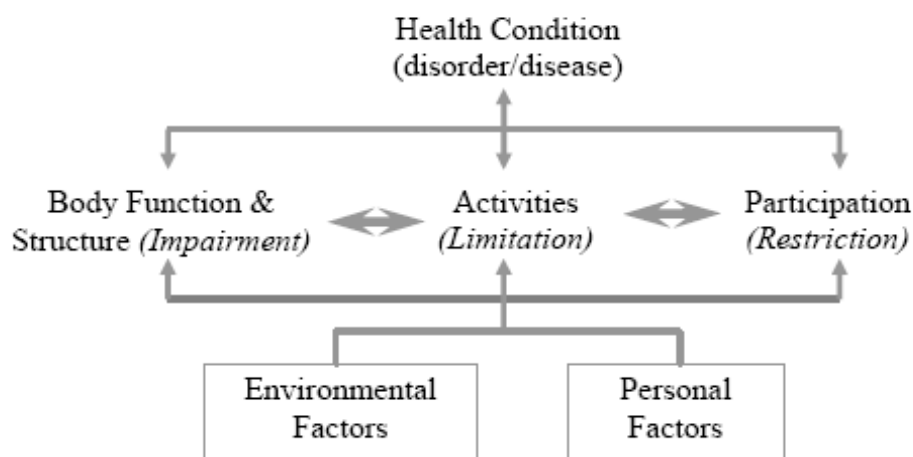
---

<sup>18</sup> Ces définitions sont tirées du site de World Enable à la page suivante : <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissrfr0.htm>

<sup>19</sup> Ce modèle est tiré de l'article : Mont Daniel, Measuring Disability prevalence, March, 2007, trouvé à l'adresse suivante : <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Data/MontPrevalence.pdf>

En résumé, le handicap résulte d'une limitation dans une activité et d'une restriction à une participation qui naissent toutes les deux d'une interaction entre les limitations fonctionnelles ou structurelles et un environnement non adapté. Par exemple : une limitation fonctionnelle chez une personne ne se traduira pas forcément par une limitation dans une activité et à une participation (donc un handicap) si son environnement est bien adapté. Ces interactions sont résumées sur ce schéma ci-dessous :

**Figure 1: The ICF Model**



## **Le lien entre la pauvreté et le handicap**

Il nous semble aussi important à ce stade de donner quelques chiffres en rapport avec les personnes handicapées. Nous aimerions, tout d'abord, attirer votre attention sur le fait que ces chiffres ont été durs à trouver parce qu'il existe très peu de documents sur ce sujet et qu'ils peuvent différer d'une source à une autre (absence d'une seule définition correcte du handicap, méthodes utilisées différentes pour mesurer la prévalence). Ces données<sup>20</sup> sont tirées de World Enable, une organisation créée par les Nations Unies qui s'occupe et supporte les buts internationaux dans l'égalisation des chances des personnes handicapés

Il y a environ 650 millions de personnes avec un handicap dans le monde, donc à peu près 10% de la population globale. 80% des ces personnes vivent dans les pays en voie de développement, la plupart dans des conditions de pauvreté. Tant dans les pays en voie de développement que dans les pays développés, les personnes avec un handicap sont plus pauvres que leurs confrères sans handicap. 1 personne sur 5 vivant dans une situation extrême de pauvreté, c'est-à-dire vivant avec moins de 1 dollars par jour et n'ayant pas accès à des nécessités basiques comme la nourriture et l'eau potable, ont un handicap.

A bien des égards, ces données nous disent une chose: la pauvreté et le handicap sont intimement liés.

Tout d'abord, les conditions de pauvreté augmentent le risque de devenir handicapé. Lors de notre stage dans le centre, Dante, le médecin, nous a expliqué ce lien lors de nos divers entretiens avec lui (voir l'interview dans les annexes): « les mères vivant dans une situation de

<sup>20</sup> Ces chiffres sont tirées du site Internet de World Enable à l'adresse suivante:  
<http://www.worldenable.net/standardrules/default.htm>

pauvreté sont plus sujettes aux infections pendant leurs grossesses par manque d'hygiène, de nourriture et d'accès aux systèmes de santé, de plus la plupart n'ont pas accès aux diagnostics prénataux car ceci coûtent chers et elles ne possèdent bien souvent pas de sécurité sociale, je pense que ces divers facteurs contribuent à la forte prévalence d'enfants handicapés au Pérou (30%) comparé en Europe (Suisse : 15%). Il convient aussi de rajouter qu'un enfant peut naître sain mais au cours de son développement, lors de ces premiers mois de vie, s'il ne reçoit pas l'alimentation nécessaire ou s'il ne reçoit pas de soins post-nataux ou encore s'il attrape une infection, ces diverses choses peuvent amener à des lésions cérébrales irréversibles et l'enfant aura donc un développement mental altéré et restera handicapé».

Enfin d'un autre côté le handicap peut précipiter les personnes vulnérables dans la pauvreté (perte de revenus des familles qui doivent s'en occuper, coûts associés aux dépenses médicales,...)

## **Bouleversements**

### **Financiers**

Comme nous venons de le voir, le handicap a un coût et pas des moindres car il peut précipiter des familles avec un niveau de vie moyen dans la pauvreté. On distingue plusieurs sortes de coûts :

- Coûts directs:

Dépenses médicales en équipement (par ex : chaise roulante,...)

Dépenses pour l'adaptation de l'habitat

Dépenses pour des services spécialisées de soins, d'éducatives, de réadaptation

- Coûts indirects :

Perte de revenu des personnes s'occupant des enfants handicapés (mères, membre de la famille,...)

Ces coûts ne sont souvent pas supportables pour la plupart des foyers au Pérou, cela peut expliquer que les familles abandonnent leurs enfants dans la rue, voir même qu'ils essayent de les tuer pour abrégier leurs souffrances. Il y a aussi d'autres facteurs qui rentrent en compte comme la honte et la stigmatisation de la société envers les familles qui ont des enfants handicapés. Le centre de Mère Térésa est indispensable en cela : c'est une des seules organisations non gouvernementales qui recueillent et s'occupent des enfants handicapés abandonnés par leurs familles ou exclus de la société sans argent comptant. Mais nous verrons cela dans le prochain chapitre.

### **Familiaux**

Les bouleversements familiaux sont aussi très importants. Comme énoncé plus haut, la perte de revenu est un changement qui peut amener à de graves conséquences économiques. Il est à noter aussi que la venue d'un enfant handicapé peut entraîner des réorganisations familiales (mère qui arrête de travailler, ou sœur qui reste à la maison pour s'occuper de son frère ou encore les deux parents travaillent à mi-temps). Ces réorganisations peuvent ne pas aboutir ou ne pas trouver de solutions qui conviennent à toute la famille : il peut s'en suivre des conflits, voire des divorces. Un tel bouleversement peut parfois aussi amener à des dépressions et des épuisements.

On voit donc que la famille est énormément touchée par cette arrivée et d'un autre côté l'enfant est lui aussi à son tour dépendant de ces bouleversements familiaux. Il est donc indispensable comme nous le verrons plus loin que la prise en charge des enfants handicapés englobe aussi celle de la famille.

### **Sociaux**

La majorité des enfants et adolescents handicapés ne sont pas scolarisés : au niveau national, on estime ainsi que seuls 36 % des enfants handicapés (âgés de 4 à 20 ans) sont scolarisés. Dans le département de Cusco, cette proportion n'atteint que les 20 %. Parallèlement, il

apparaît que la minorité scolarisée l'est rarement dans des conditions optimales, qui leur permettraient de s'épanouir pleinement (peu de centre spécialisé mise en place par l'Etat, absence de services d'appuis appropriés et de services d'interprétations dans les établissements d'enseignement général....).

L'éducation, la formation et l'accès physique sont intimement liés à l'emploi. Tout d'abord, les personnes handicapées n'ont souvent pas un accès facile à l'éducation et à une formation supérieure, comme nous venons de le dire, elles sont donc bien souvent illettrées ou ne sont pas assez formées, ce qui explique qu'elles sont pour la plupart sans emploi.

De plus, la société ne facilite pas leur tâche car le milieu de travail est bien souvent très peu adapté à leur handicap et les conditions de travail sont mal adaptées à leurs besoins.

Enfin, les travailleurs et les employeurs ont souvent des attitudes négatives et des préjugés à l'égard des travailleurs handicapés, ce qui contribue bien entendu aussi au chômage de ces personnes.

Ce manque d'éducation, de formation puis d'emploi rend difficile l'accès aux systèmes de réhabilitation et de réadaptation (systèmes de santé, services d'orientations, services de réadaptations spécialisés dans une sorte d'handicap, services d'appui et de conseil aux handicapés et à leur famille). D'un autre côté, cet accès limité à ces différents services réduit les opportunités des personnes handicapées à recevoir une éducation et une formation, augmentant leurs chances de tomber dans la pauvreté.

Enfin, ils sont souvent rejetés ou non intégrés dans les activités culturelles comme la danse, la musique, les arts plastiques, le théâtre ou encore la peinture.

En résumé, on peut donc dire que l'accès limité à l'éducation, à la formation supérieure, à l'emploi et aux activités culturelles contribue à l'isolement social des personnes handicapées.

### **Individuels**

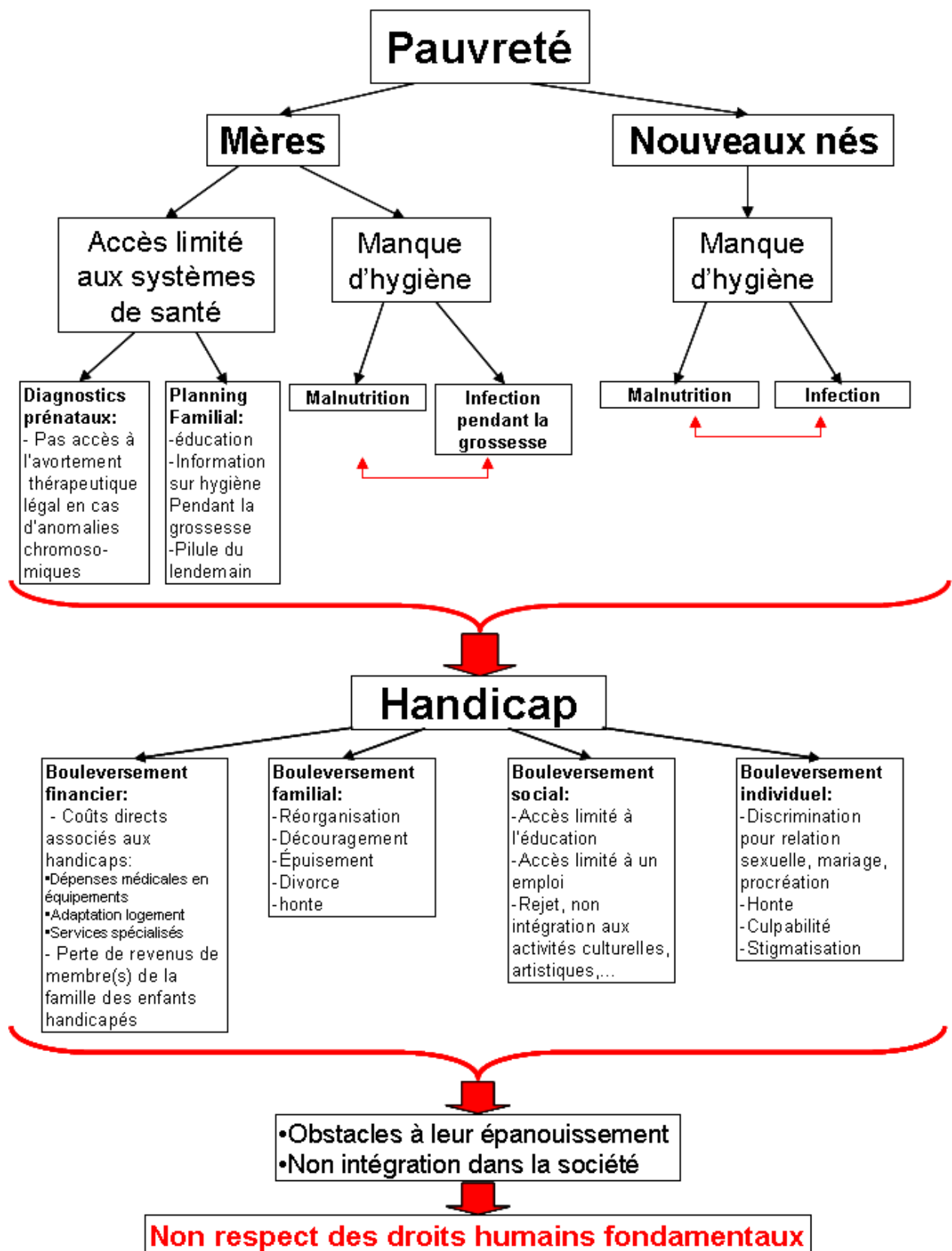
Outre les difficultés quotidiennes que les personnes handicapées doivent affronter, elles se heurtent également à une perception erronée de leur condition. Stigmatisées dans le jargon de la société rurale comme "les inutiles", elles sont souvent mises de côté. Au final, les enfants et adolescents handicapés sont considérés comme une source de honte. Ils vivent la plupart du temps cachés à la maison, leur famille ne sachant que faire d'eux.

Au sein de la société et des médias, il y a encore de nombreuses attitudes négatives à l'égard du mariage, de la sexualité et de la procréation des handicapés, notamment des jeunes filles et des femmes souffrant d'incapacités.

Les handicapés se sentent, pour ces différentes raisons, rejetés et accusés à tort d'un mal pour lequel ils n'y sont pour rien. Cette stigmatisation de la société et parfois de leur propre famille amène en eux des sentiments de honte, de culpabilité, d'infériorité et d'inutilité pouvant parfois mener à des dépressions, voir des abus de substances ou des suicides.



## Schéma résumant la problématique



## Résultats

Dans cette partie, nous aurions pu discuter de la réponse du Pérou à ce problème de santé publique que nous venons de vous exposer et faire, par la suite, une liste exhaustive des différents acteurs institutionnels et internationaux de cette réponse.

Mais ceci serai, à nos yeux, inutile et n'aurait pas de place dans un tel document car l'intérêt de celui-ci n'est nul de vous faire lire des informations que vous pourriez retrouver par vous-même sur Internet ou dans ouvrages, mais plutôt de vous retranscrire notre immersion, notre expérience et notre vécu dans ce centre. Nous vous laissons découvrir, à travers notre regard, l'une des organisations internationales les moins connues et les plus discrètes de notre planète!

### Le centre de Mère Térésa à Cusco

#### Présentation du centre

Le centre qui nous a accueilli est ouvert depuis 2002. Les infrastructures sont donc récentes et les sœurs ainsi que les travailleurs et travailleuses veillent à un bon entretien des locaux. L'ensemble était d'ailleurs très propre, les sols sont lavés 3 fois par jour, la lessive est faite tous les jours, les salles de bains sont très propres (pas de problème d'égouts, d'insectes). Le centre a une superficie d'environ 1500m<sup>2</sup>. Plusieurs bâtiments donnent sur une cours centrale où il y a un peu de verdure.



*L'allée principale*

Il y a aussi une grande serre où poussent des légumes que la cuisinière utilise pour la préparation des repas. Les coûts sont ainsi diminués car la salade, les pommes de terre, les oignons, les tomates et d'autres denrées alimentaires sont produits directement pour la consommation des résidents. Le centre se compose au total de 6 bâtiments répartis comme suit :

- Le bâtiment qui fait office de lieu de vie des sœurs. A l'intérieur, une salle de prière, une petite salle à manger réservée aux sœurs, et leurs chambres très modestes.
- Une grande salle qui accueillent les gens pauvres qui viennent chercher un repas le midi. Cette salle accueille aussi des rassemblements de paroissiens la semaine et surtout le week-end.
- Le bâtiment principal où il y a la cuisine, le garde manger, un salon qui est la pièce « salle d'attente » pour les adultes (femmes). Seule la cuisine est un endroit où ils peuvent se mélanger pour aider.



*La cuisine à gauche et nos folles soirées dans la cuisines le soir après notre travail  
(Natacha, Iiliona, Cécile)*

- Le bâtiment des enfants avec en communication une petite salle avec beaucoup de jouets. C'est un endroit où la physiothérapeute, Flora, peut les divertir et en profite pour faire de la physiothérapie.



*La salle principale où le repas est donné*

- Une église où tous les gens du centre de tout âges et de tout handicap se rassemblent le dimanche pour la messe à 9h.
- La serre qui prend une place importante. Deux jardiniers s'occupent tous les jours des légumes et de quelques lapins et cochons d'Inde (spécialité culinaire péruvienne réservée aux jours de fête).



*La serre à gauche et l'église à droite*

Au total environs 70 personnes résident dans le centre. Il y a 17 enfants, une vingtaine de femmes et une trentaine d'hommes qui sont très distinctement séparés. Ces résidents sont recueillis par les sœurs parce qu'ils sont en situation de pauvreté extrême ou parce qu'ils sont abandonnés donc sans famille pour s'occuper d'eux. Souvent ces gens n'ont pas de toit, de nourriture et sont souvent malades chroniques ou porteurs d'un handicap, ce qui explique d'ailleurs leur abandon.

Les sœurs vont au contact de la population pour être au cœur de la pauvreté et ainsi discuter et accueillir les gens qui en ont besoin. Parfois, c'est aussi la police municipale qui leur amène des enfants retrouvés dans la rue en train de mendier ou dans des poubelles. Pendant notre séjour personne n'est venu s'installer dans le centre.



*Senior Pedro*

Les sœurs offrent à ces gens pauvres et démunis un lit dans des dortoirs propres, des repas conséquents et équilibrés et surtout une attention particulière à leur existence. Ensemble ils vivent en communauté, s'entraident les uns et les autres avec les capacités qu'ils ont. Les sœurs veillent au bon déroulement de cette communauté en gérant les ressources alimentaires, en occupant les résidents afin qu'ils se sentent responsabilisés dans leur tâches. Par exemple Senior Pedro qui est dans une chaise roulante est responsable des entrées des gens dans le centre. Il reste toujours vers la porte d'entrée bleue pour contrôler qui entre. De plus il s'occupe de faire l'appel le midi quand les gens extérieurs viennent manger le repas distribué. Il y a une trentaine de personnes qui bénéficient de l'hospitalité du centre chaque midi.

### **Présentation des sœurs et de leurs vocations**

Les Missionnaires de la Charité forment une congrégation religieuse catholique fondée à Calcutta le 7 octobre 1950 par mère Teresa, religieuse albanaise de Yougoslavie appartenant jusque là à la congrégation Notre-Dame de Lorette, Prix Nobel de la Paix en 1979. Ces religieuses sont environ au nombre de 5000 réparties dans 132 pays, la supérieure générale de l'ordre est Sœur Mary Nirmala Joshi.



*Mère Térésa*

- Origine :

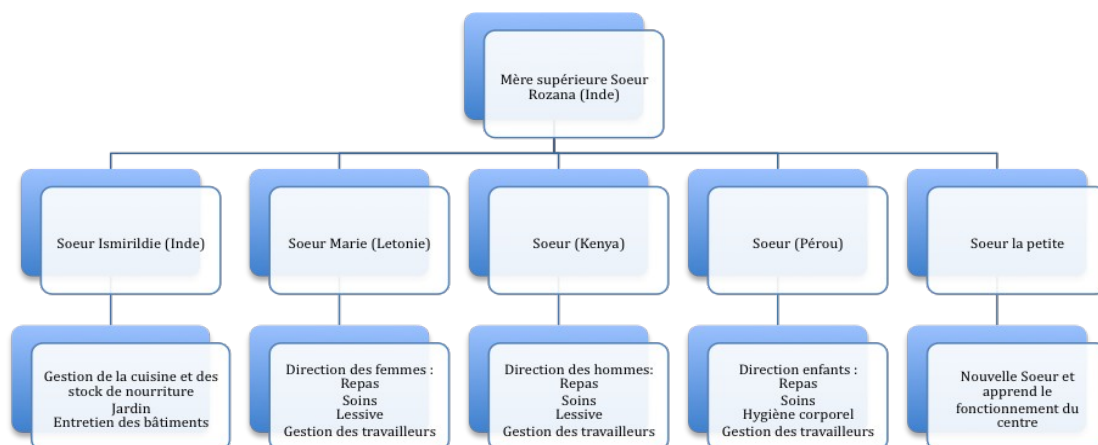
Les Missionnaires de la Charité, outre les trois vœux de pauvreté, de chasteté et d'obéissance, prononcent un quatrième vœu : celui de se vouer au service des plus pauvres d'entre les pauvres, de ceux qui ne peuvent les dédommager de leur peine, dont on n'attend rien en retour. Mère Teresa limite volontairement le travail des sœurs à une catégorie de personnes, les plus méprisées, les plus défigurées. C'est dans une volonté d'identification à Jésus abandonné par les siens, celui qui « s'est anéanti lui-même, en prenant la condition d'esclave » (Ph 2, 7).

- Reconnaissance :

Le 7 octobre 1950, la Congrégation pour les religieux approuve la fondation de la Congrégation des Missionnaires de la Charité.

Mère Teresa développe dans les années 1950 et 1960 l'œuvre des Missionnaires de la charité à Calcutta et dans le reste de l'Inde. Elle partage alors le quotidien des enfants abandonnés, des sans-abri, des lépreux et des mourants vivant à Calcutta. Durant ces années, elle ouvre des mouiroirs, des dispensaires et des orphelinats d'abord pour aider les plus pauvres à mourir dignement car entourés et accompagnés, puis, lorsque les moyens financiers le permettent, les aider à vivre et à s'instruire. En 1965, suite aux encouragements du Pape Paul VI, l'ordre des Missionnaires de la Charité crée son premier centre à l'étranger au [Venezuela](#).

Au centre de Cusco, six sœurs nous ont accueillies. Toutes viennent d'horizons et de pays différents et ne se connaissent pas avant d'arriver au centre.



La sœur supérieure encadre les sœurs et prend toutes les décisions concernant le centre. Elle recrute les travailleurs, prend les décisions médicales concernant les résidents. C'est aussi par elle que passe toute la communication avec l'extérieur (le gouvernement, les volontaires, les pauvres...)

Il a été difficile de discuter ouvertement et librement avec les sœurs sans l'accord de la Sœur supérieure, donc nous ne savons pas exactement quelles sont les motivations profondes ni les raisons qui ont poussé ces femmes à devenir Sœur de Mère Térésa.

Voilà en quelques lignes l'explication de leur mission dans un sens très large :

*NOTRE MISSION PARTICULIÈRE AVEC LES MISSIONNAIRES DE LA CHARITÉ :*

Nous travaillons pour le Salut et la Sanctification des plus pauvres des pauvres à travers :

- Vivre l'amour de Dieu en vivant une vie de simplicité et d'humilité de l'Évangile.
- L'amour de Jésus dans l'Eucharistie (La sainte Messe et l'adoration de l'Eucharistie)
- L'amour et le service à Dieu en la présence des plus pauvres des pauvres aussi bien matériellement que spirituellement à travers les malades, les mourants, les handicapés, les dénués, les affamés, les enfants des rues, les sans abris, etc...



*Sœurs dans les campagnes*



Nous avons pu leur poser quelques questions plus précises sur le centre par écrit. En voici les réponses :

### INTERVIEW DES SŒURS DE MÈRE TÉRÉSA DE CALCUTTA

#### **1. Présentez-nous le centre, depuis quand est-il ouvert, comment fonctionne-t-il (par dons, état?)**

Le centre est ouvert depuis 2002. Nous vivons de la providence c'est-à-dire par des dons qu'ils soient matériels, alimentaires ou financiers.

#### **2. Quels sont les objectifs du centre, pourquoi est-il situé à Cusco ?**

Où il y a les pauvres nous allons. Le plus important est TOUT POUR JESUS. Nous servons les plus pauvres d'entre les pauvres. On essaye d'aller où il y a beaucoup de personnes abandonnées et pauvres qui n'ont personne pour les aider. Maintenant nous sommes les mains de Jésus pour eux.

#### **3. Quelles sont vos motivations pour travailler ici ?**

Notre motivation pour travailler est de tout donner pour Jésus, pas seulement ici mais dans le monde entier. Mère Térésa a dit : « Quoi que tu fasses pour les moins que rien, tu le fais pour Jésus ».

#### **4. Comment avez-vous choisi les enfants qui sont dans le centre ?**

Nous ne choisissons pas les enfants. Notre travail est pour les plus pauvres des pauvres. Matériel ou spirituel, malade, mourant nu, affamé. Les enfants de la rue sont complètement abandonnés. Personne ne veut d'eux. Nous les prenons parce que nous voyons le visage de Jésus en eux.

#### **5. Nous aimerions en savoir plus sur trois des enfants : Carlos, Delia et Luis.**

Concernant ces trois enfants, la famille ne les voulait pas. Quand ils sont arrivés ils étaient malade, rien n'était fait pour eux mais maintenant leur état s'améliore progressivement. Le plus important c'est de leur donner de l'amour, ils ne souriaient pas mais maintenant oui.

#### **6. Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour une prise en charge des enfants?**

Quelles que soient les difficultés rencontrées, en s'occupant des enfants, la foi en Jésus et les prières rendent cette tâche plus facile. Nous savons que c'est difficile mais nous acceptons tout pour Jésus, parce que c'est notre vocation.

#### **7. Est ce que les femmes qui travaillent avec les enfants sont qualifiées pour les stimuler, leur donner la nourriture ... ?**

Les femmes qui travaillent ne sont pas qualifiées. Elles n'ont jamais fait ce genre de travail et ce sont des femmes pauvres. On les appelle pour travailler et elles apprennent avec nous ce

qu'il faut faire, s'entraînent et nous aident. En faisant ce travail elles reçoivent une contribution.

**8. Sur le budget total, quel pourcentage est destiné aux enfants pour la nourriture, les habits, les lessives, le personnel ?**

Nous n'avons pas obtenu de réponses.

**9. Faites vous de la pub pour le centre ? Comment les collégiens qui viennent le samedi sont-ils au courant ?**

Les collégiens viennent pour partager le travail avec nos pauvres. Chacun est libre de venir. Ils apprennent aussi beaucoup de ces petits enfants et des vieilles personnes. Tout le monde sait qu'ils n'ont personne alors les collégiens viennent pour partager quelque chose avec eux et ils repartent très contents.

**10. Quelles sont les choses que vous aimeriez changer pour les enfants de façon pratique ?**

Nous n'avons rien à dire. Notre travail est très humble et simple.

D'après ces réponses nous avons été frappées par l'engagement des sœurs envers cette communauté et la force de leur foi qui les fait avancer. Elles consacrent l'entièreté de leur vie pour ces gens pauvres, elles les considèrent comme leur propre famille. C'est aussi pour ces raisons qu'il nous a été difficile de s'introduire dans la vie quotidienne du centre. Suivre les malades avec le médecin était pour elles une atteinte à leur vie privée.

De plus leur conviction religieuse était très rigide et nous n'avions pas les mêmes points de vue par rapport à l'avenir. Elles consacrent énormément d'amour aux personnes du centre, mais ne conçoivent aucun changement, aucune amélioration pour leur résident. Elles restent dans une façon de vivre très humble et simple mais ne cherchent pas à profiter d'autres opportunités d'amélioration. Un exemple qui nous a frappé est celui de la machine à laver que nous voulions leur offrir pour améliorer l'hygiène des enfants face à une lessive à la main déplorable et qu'elles ont refusé (car considérée comme trop luxueux).

L'accès à l'information était aussi difficile et beaucoup de nos questions sont restées sans réponse sans doute à cause de la pudeur et de la gêne qu'elles éprouvaient face à nos questions.

## *Le personnel du centre*

Voici la liste de toutes les personnes extérieures qui travaillent dans le centre et participent à son bon fonctionnement :

### Soins des personnes

- 2 travailleuses s'occupent des femmes âgées
- 2 travailleurs s'occupent des hommes âgés
- 2 travailleuses s'occupent des enfants
- 1 médecin
- 1 physiothérapeute
- 2 personnes "aides soignantes" qui s'occupent des médicaments
- 1 ou 2 cuisinière(s)

### Entretien des bâtiments

- 1 jardinier
- certains résidents aident à l'entretien

### Services

- 1 chauffeur
- 2 femmes s'occupent de traduire le catéchisme de l'espagnol en quechua



*En cuisine, Sœur Ismirildie, Marivelle, et Natacha*

Les Sœurs recrutent ces travailleurs aussi pour leur rendre service. Ce sont des gens qui sont pauvres et qui ont des difficultés en société (difficulté de trouver un emploi, ont des enfants sans pouvoir les nourrir). Les Sœurs offrent à ces gens un repas copieux à midi et les rémunèrent un petit salaire (d'après nos sources un tiers du salaire moyen au Pérou).

## Activités offertes par les sœurs

- Repas de midi offert aux gens des rues :

Les Sœurs prévoient pour le midi de la nourriture en plus pour environ une trentaine de personnes qui viennent régulièrement. Les Sœurs connaissent ces personnes et les voient régulièrement. Senior Pedro est chargé de faire l'appel chaque midi afin de savoir qui manque et de pouvoir suivre ces personnes pauvres.

Le repas offert est très généreux de sorte que les personnes peuvent en emporter avec elles pour le repas du soir. Le repas s'accompagne d'une boisson chaude. En contre partie les gens se doivent de laver les locaux et leur vaisselle.

- Sacs alimentaires distribués aux gens des rues :

Nous avons préparé pendant notre séjour une centaine de sacs qui contenaient tous un kilogramme de riz, de pâtes, de sucre, de farine et une autre céréale du Pérou. Ces sacs sont distribués un jeudi par mois aux gens qui se présenteront au centre. Ces denrées alimentaires de base permettent d'apporter une nourriture consistante aux gens qui n'ont pas les moyens de s'en acheter au quotidien.

- Catéchisme dans les campagnes :

Chaque dimanche deux des sœurs partent en campagne à environs deux heures de voiture de Cusco pour rencontrer les populations des petits villages de campagne. Au départ nous croyions qu'elles apportaient des soins à ces gens et finalement elles leur donnent des cours de catéchisme.



*Cours donnés aux adolescent-e-s du village*



*Les enfants attendent sagement les chansons avec Sœur Ismirildie*

### **Les enfants du centre**

Dans le centre il y a 17 enfants qui sont accueillis depuis 2002. Tous sont handicapés physique et/ou moteur. Ils sont tous abandonnés et sans famille. Certains d'entre eux ont de la famille mais elle ne peut pas s'en occuper à cause du manque de disponibilités et surtout à cause des moyens financiers.



*Milagros, Marie-Cielo, Juan Daniel et Luis*

- Histoire des enfants

Nous trouvons intéressant de vous faire partager la vie des enfants que nous avons côtoyé pendant 6 semaines. Nous avons choisi ces 3 enfants car c'est avec eux que nous avons le plus interagi et c'est d'eux aussi qu'on s'est le plus occupé. Cette partie est basée sur les informations que nous avons obtenues des travailleuses, du médecin Dante et de la physiothérapeute Flora (son interview se trouve à la fin de ce présent document dans les annexes au chapitre source)

**a. Carlos**

Carlos est un petit garçon d'environ huit ans. Il a été abandonné par sa famille il y a plus de trois ans. Cet enfant est arrivé au centre avec de gros problèmes articulaires et mentaux. Il était tout recroquevillé sur lui-même. Il ne pouvait ni bouger ses bras ni ses jambes. Flora nous raconte que quand elle est arrivée, Carlos ne pouvait pas manger tout seul, il était tout simplement incapable de se tenir assis. Pour elle, Carlos est l'enfant qui a fait les progrès les plus spectaculaires. Il est maintenant capable de marcher presque tout seul et de comprendre ce qu'on lui demande. Il peut aussi manger sans aucune aide.



Si Carlos a pu faire tous ces progrès, c'est parce qu'il a un programme hebdomadaire bien précis.

Les lundi, mercredi, vendredi, samedi, Carlos fait, le matin, de la physiothérapie avec Flora. Elle lui décongestionne les membres, lui fait travailler sa proprioception. Puis elle le fait marcher un maximum : en le tenant par les bras, ou en le faisant traverser dans un parcours en bois. Nous avons nous-mêmes, en six semaines, pu remarquer des progrès. Ce qu'il adore faire

c'est marcher d'une personne à l'autre et de leur sauter dans les bras, et nous avons vu que son périmètre de marche avait beaucoup augmenté.

Lorsqu'elle ne s'occupe pas de lui, et qu'elle le regarde jouer, elle essaie quand même de le stimuler : chaque jeu qu'il peut faire est source d'apprentissage. Quand il prend une cuillère, Flora essaie tout de suite de lui rappeler à quoi cet objet sert : alors Carlos fait semblant de manger.

En plus de la physiothérapie, Carlos va le mardi et jeudi dans un centre spécialisé. (Ils ne sont que deux du Centre de Mère Térésa à pouvoir y aller. Quand ils auront fait assez de progrès, ce seront deux autres enfants qui prendront leur place). Dans cet établissement, Carlos fait de la logopédie et on leur fait faire aussi des exercices pour qu'ils apprennent à marcher. Malheureusement, nous n'avons pas pu assister aux séances, nous ne savons donc, que ce que Flora nous a raconté.

Le reste de son temps, Carlos est dans le centre avec tous les autres enfants, et ce sont des travailleuses non spécialisées qui s'occupent de lui.

Le futur de ce petit garçon plein de vie est dans le centre, car malgré tous les progrès qu'il a accomplis, comme le disait Flora : « ese nino va a caminar, pero no sabra a donde va » (Ce garçon pourra marcher, mais il ne saura pas où il va).



### *b. Luis*

Luis doit avoir 6 ans. Son père l'a amené au centre parce qu'il ne pouvait plus s'occuper de lui. Il était veuf et comme Luis ne pouvait pas marcher, il ne pouvait pas l'emmener avec lui sur son lieu de travail. C'est pourquoi il l'a laissé au centre, en disant qu'il pourrait le récupérer s'il se mettait à marcher.

Luis est arrivé au centre dans un état de dénutrition très prononcé. Il n'avait pour ainsi dire, que la peau sur les os... La

première fois que nous avons vu Luis, nous avons toutes les quatre été très choquées, parce qu'il a un tic nerveux très impressionnant : il se cogne la tête contre les murs ! Son petit visage est marqué de cicatrices qui à l'occasion s'infectent. Cependant, à force de le côtoyer nous nous sommes vite rendues compte que c'est un petit garçon très attendrissant en manque d'amour. En effet, le seul moment où Luis arrête de se faire du mal, c'est lorsqu'il est avec des personnes qui lui donnent de l'attention. Alors, dans ce cas, il se cale quelque part contre elles et il ne bouge plus.

La vie de Luis se passe au centre d'où il ne sort pas. Il se lève le matin, il est changé, prend son petit-déjeuner, puis va dans la salle de jeu avec Flora. À ce moment, elle fait bien attention qu'il ne puisse pas se faire du mal et lui donne quelques jeux en l'éloignant un petit peu des autres enfants. En effet, Luis a des relations plutôt difficiles avec ses petits camarades : il veut très souvent leur prendre leurs jouets, parfois il en vient même aux mains. Flora le stimule un peu aussi, en le massant et en le faisant marcher. Luis est effectivement capable de marcher si on le tient par la main.

Quand l'heure du repas arrive, Luis est installé sur sa chaise roulante (tous les enfants sont sur une chaise roulante pour manger, il n'y a pas de table) et est attaché par la taille pour qu'il ne s'enfuit pas. S'il n'est pas le premier servi, alors il commence à crier et fait rouler sa chaise pour aller voler la nourriture des autres. C'est pourquoi c'est un des premiers enfants nourris. Après son repas, il a tendance à régurgiter tout ce qu'il a mangé et à l'avalier à nouveau, comme les vaches. C'est pourquoi en général, s'il y a assez de monde, quelqu'un le fait marcher, car c'est la seule solution pour qu'il ne vomisse pas tout !

Après son repas, Luis va avec les autres enfants dans leur pièce, où inmanquablement il va recommencer à se taper la tête. Il arrête de se faire du mal, dès qu'une personne, que ce soit un enfant ou un adulte, lui porte son attention.

Son après-midi ne comporte rien de particulier, puis vers 15h30 il dîne, on lui brosse les dents, on le change et on le met au lit.

Nous nous sommes demandées pourquoi Luis qui était capable de marcher ne suivait pas de thérapie aussi. Pourquoi est-ce qu'il n'était pas plus stimulé. En fait, c'est un tournus qui s'établit avec les enfants. Pour des raisons d'ordre économique, pas plus que deux enfants à la fois ne sont admis. Luis attend donc son tour.

### *c. Delia*

Delia est une petite fille d'environ 8 ans. Elle est arrivée au centre aussi dans un état de dénutrition. C'est son père qui l'a amené, en disant aussi qu'il la récupérerait quand elle serait capable de marcher.

Delia est différente des deux autres enfants. Elle n'a aucun retard mental, mais une malformation congénitale qui lui déforme les os et l'empêche de se mouvoir de façon normale. À son arrivée, elle était incapable de bouger ses bras et ses jambes, nous raconte Flora. Maintenant, elle peut marcher, bien que de temps à autre elle tombe.

La semaine de Delia est bien chargée. Tous les



matins, elle se rend à l'école spécialisée. C'est Willi, le chauffeur et homme à tout faire du centre, qui emmène en voiture tous les enfants qui vont à l'école. Elle est dans une classe avec d'autres enfants handicapés (que ce soit un handicap physique ou mental). Elle y apprend à lire et à écrire.

Alors qu'au centre Delia est totalement à l'aise avec les autres enfants, à son école, c'est une enfant plutôt réservée. Le programme qu'elle suit n'est pas forcément adapté à ses capacités. Les autres enfants ayant un retard mental, l'enseignante ne peut naturellement pas faire un programme normal que pour elle.

À midi, elle revient au centre où elle mange avec les autres enfants qui sont allés à l'école. Son après-midi est fait de jeu avec les enfants du centre. Notamment la petite Soraya (qui est là parce que sa maman est en convalescence dans le centre) qui est une enfant de 3 ans. Elles passent leur après-midi à jouer ensemble. Delia qui est plus âgée, a plutôt un rôle de grande sœur dans ce centre. Elle s'occupe aussi des autres enfants, elle sait très bien où se trouvent les choses et elle nous a beaucoup aidé lorsque nous sommes arrivées.

Le week-end, elle joue avec Soraya et les jeunes bénévoles qui viennent au centre. Et le dimanche matin, elle se fait toute jolie pour aller à la messe.

L'avenir de Delia est aussi probablement au centre. Son père ne vient jamais la voir. Cependant, les personnes sur place espèrent qu'elle trouvera peut-être un travail, puisqu'elle n'a aucun problème mental.





*Delia à l'école*

- Une journée type chez les enfants

**a. Réveil**

La journée commence vers 5h30 du matin, heure à laquelle les enfants se lèvent. L'aide, qui est restée pendant la nuit, les emmène dans la cuisine et les assied tous sur leur chaise roulante. La deuxième aide arrive pour aider à donner le repas aux enfants. Repas qui se compose de lait chaud dans lequel du sucre et du pain de mie sont ajoutés. Suite à cela, les enfants sont changés, coiffés, langés et on leur brosse les dents. Ils attendent suite à cela dans la pièce « attente », tous dans leur chaise ou leur lit.

**b. Nettoyage**

Après s'être occupées des enfants, les aides nettoient toutes les salles en passant le balai ainsi que la serpillière et font la vaisselle. Pendant ce temps-là, les enfants sont livrés à eux-mêmes, ils attendent dans la salle.

**c. Mise en route de la journée**

A 8h les enfants qui vont à l'école, c'est-à-dire 4 enfants sur 17 partent alors que les autres sont pris en charge par la physiothérapeute. Elle les emmène dans la salle de jeux et s'en occupe seule jusqu'à l'heure du repas. Pendant ce temps-ci, les aides font la lessive à la main et finissent de nettoyer les locaux.

**d. Repas de midi**

Le repas de midi est pris à 10h30 chez les enfants, à nouveau les enfants sont installés dans leurs chaises roulantes. 2 enfants sont capables de se nourrir seuls et sont assis à une petite table adaptée à leur taille, tous les autres doivent être aidés. Le repas contient toujours un féculent, un peu de légumes et de la viande en petits morceaux. Tout est en bouillie pour que tous les enfants puissent manger, aussi bien les plus petits que les plus handicapés. Après le repas, les aides leur nettoient les dents et langent ceux qui sont mouillés.



*Natacha qui donne à manger tant bien que mal à Milagros*

*e. Après-midi*

La physiothérapeute n'est plus là et les enfants sont à nouveau « entreposés » dans la salle « attente ». Livrés à eux-mêmes, l'après-midi se passe sans activités.



*Juan Maria et Térésa livré à eux-mêmes dans la salle « attente »*

**f. Repas du soir et mise au lit**

Les enfants sont mis au lit à 16h30 juste après avoir reçu un repas. Il existe 2 grandes chambres qui accueillent tous les enfants. Un radiateur d'appoint dans chaque pièce permet de tempérer l'air. Ils restent dans leur lit jusqu'à leur endormissement qui a lieu généralement vers 18h.



*Marie Cielo et Martin prêt pour aller dormir*

**g. Garde pendant la nuit**

Une aide dort avec eux pendant la nuit afin de les surveiller.

**h. Le rôle des sœurs**

Une sœur est responsable des enfants et vient aider de temps en temps. Elle apporte beaucoup d'affection aux enfants et elle est très appréciée par ceux-ci.



*Une des sœurs qui reçoit un câlin de Milagros*

- L'alimentation

**a. Composition des repas**

La composition des repas est contrôlée par le médecin. Il nous a confié que lorsqu'il a commencé à travailler dans le centre, un an auparavant, les enfants étaient sous nourris. Il a d'abord rétabli la prise pondérale de chacun en augmentant les quantités d'aliments à chaque repas puis il s'est préoccupé de l'équilibre alimentaire.

Actuellement, il considère que les enfants mangent suffisamment de féculent et de protéines, mais qu'il reste un problème au niveau des vitamines. Il prescrit des compléments alimentaires vitaminés à plusieurs enfants afin de palier à ce manque. Chaque enfant reçoit sa portion ainsi qu'un demi verre de thé par repas. Les repas sont mis en purée pour que tous les enfants puissent les manger. Les trois handicapés qui sont capables de manger sur une table et qui savent manier les couverts sont installés sur une petite table adaptée à leur taille et reçoivent un repas qui n'a pas été mis en bouillie.



*Exemple d'un repas de midi au centre : galette aux œufs et herbes, avec des haricots blancs et une salade de tomates et oignons*

**b. Heures des repas**

Le petit-déjeuner est donné vers 5h45

Le déjeuner est servi vers 10h30.

Le dîner est quant à lui, pris vers 16h00

**c. L'heure du repas, un moment de plaisir ?**

Les enfants sont attachés dans leurs chaises roulantes pour recevoir les repas. Comme il y a deux aides et douze enfants, le rythme auquel le repas est donné est très rapide. L'enfant n'a pas le temps de prendre du plaisir à manger et souvent s'étouffe en mangeant car ils ont presque tous des problèmes de salivation, de déglutition, et de digestion. Le manque de personnel est en lien direct avec ce problème.



*Cécile donnant à manger à un enfant*

Notre avis :

Nous avons été tout d'abord choquées de la manière dont était donné le repas : trop rapide, pas assez d'attention, un cadre stressant, ...

La deuxième chose qui nous a marqué : l'odeur. Pour nous, l'odeur et l'aspect des repas étaient constamment les mêmes. Lorsque nous connaissons l'importance de la présentation et de l'odeur pour ouvrir l'appétit et profiter pleinement des repas, il était normal de nous étonner face à cela. Mais quand nous avons aidé à donner à manger, nous avons vite compris que ce n'était qu'un aspect pratique. La nourriture est la même pour tout le monde et comme certains ne peuvent pas mâcher, tout est mixé, d'où l'aspect constamment pareil.

De plus, si nous prenions le temps avec chaque enfant d'aller à son rythme et de lui apporter toute l'attention nécessaire, à deux personnes, cela nous prendrait la journée. Nous nous sommes donc retrouvées à devoir suivre ce rythme soutenu pour donner les repas, car le temps nous manquait. Pourtant nous avons envie que d'une seule chose : que l'enfant puisse jouir de ce moment important dans la tranquillité et la bonne humeur.

Concernant la composition et la quantité de nourriture, nous avons été très surprises de la quantité énorme de nourriture que ces enfants mangeaient. Suite à l'explication du médecin, nous avons bien compris qu'il était important qu'ils maintiennent leur poids pour éviter toutes sortes de problèmes de santé. Tout au long de notre stage, nous avons pu remarquer que parfois notre jugement trop rapide était biaisé car nous n'avions pas les éléments nécessaires pour comprendre l'ampleur du problème. Une bonne leçon pour nous : avant de juger et prétendre détenir une meilleure solution, il est important de comprendre le problème dans son ensemble et de discuter avec tous les acteurs pour avoir plusieurs points de vue.

- Hygiène et salubrité

Les enfants étaient bien traités et propres. Il n'y avait pas d'importants problèmes d'hygiène (les sanitaires étaient installés, l'eau potable à disposition, une attention particulière était constamment portée à la propreté des lieux, ...) cependant nous avons relevé deux ou trois choses dont nous aimerions parler.

#### **a. L'hygiène corporelle des enfants**

*-Les couches :* Les enfants étaient tous incapables de maîtriser la miction donc portaient tous des couches de protections. Elles étaient changées en moyenne 3 fois par jour. Les couches étaient faites de deux tissus que nous devions nouer autour de la taille de l'enfant, puis d'un triangle de plastique que nous mettions par-dessus pour éviter, lorsque la couche était souillée, de trop mouiller ou salir les vêtements. La taille des couches était adaptée pour un enfant peut-être jusqu'à 6 ans, mais par exemple pour la fille du centre qui avait 14 ans, cela posait un réel problème.

En effet, il était dur de gérer la quantité de selles par rapport à la taille des couches. Les couches sont d'abord lavées à l'eau froide et au savon puis normalement bouillies à l'eau chaude. Mais après un mois passé dans ce centre, nous avons remarqué que les couches n'étaient pas toujours propres. En effet, comme les aides n'avaient pas quotidiennement le temps de faire correctement la lessive, les couches étaient parfois juste lavées à l'eau froide et au savon. Nous pouvons facilement imaginer les problèmes que cela pose.

*-La toilette intime:* lorsque les enfants sont changés, les aides les nettoient avec de l'eau chaude savonneuse (qui devient tiède pour le dernier) à l'aide d'UNE lavette, la même pour tous les enfants. Évidemment, ceci contribue au problème de transmission, par exemple des diarrhées, chose courante dans les pays en voie de développement.

*-La douche :* Chaque enfant est lavé, une fois tous les deux jours dans une douche qui a la chance d'être reliée au chauffe-eau du centre. Ceci contribue à leur hygiène corporelle.

*-L'hygiène dentaire :* Après chaque repas, les enfants se font brosser les dents. Chose très difficile chez un enfant handicapé car quand il n'avale pas la pâte dentifrice, il serre les dents et ne laisse pas entrer la brosse à dents dans sa bouche ou se met à pleurer et bouger dans tous les sens. L'hygiène dentaire reste donc très précaire et beaucoup d'enfants ont des problèmes de caries ou d'infections buccales. Les brosses à dents sont toutes entreposées dans un même bocal et un seul verre sert à rincer la brosse à dents pour tous les enfants. À nouveau, le problème de la transmission de germes apparaît.

#### **b. Les locaux et le matériel**

Les locaux sont modernes et bien aménagés, les sanitaires sont fonctionnels et l'eau courante est présente dans trois des chambres : la cuisine, la salle de bain ainsi que la cour intérieure où les bassins à lessive sont installés. Nous aimerions soulever quelques points qui nous semblent importants.



*Le centre de nuit*

*-les chambres et la proximité:* les enfants dorment dans deux grandes chambres voisines. Chaque enfant possède son propre lit, les draps sont changés régulièrement et sont propres. Il n'y a pas de chauffage central dans le centre mais les deux chambres à coucher sont munies d'un petit radiateur électrique d'appoint, malgré cela la température reste froide dans ces chambres (enfin dans tout le centre). Six enfants logent donc dans la même chambre, rendant la proximité des lits problématique. En effet, tant au niveau du calme, de l'intimité, du besoin de solitude qu'au niveau transmission de maladie respiratoire, il y a un réel problème.

*-les assiettes et verres :* Après chaque repas, les assiettes, verres et couvert sont lavés à l'aide d'une éponge à l'eau froide. L'enfant ne possède pas des couverts à son nom donc à chaque repas, il mange dans une autre assiette. Étant donné que les couverts ne sont pas lavés avec du savon et/ou à l'eau chaude, lorsqu'un enfant a par exemple une angine ou une autre maladie à transmission par contact indirect, la vitesse de propagation parmi les enfants est fulgurante.

*-les jouets :* Dans la salle de jeu, une multitude de jouets est à la disposition des enfants. Ils se servent librement sur une étagère et jouent à leur aise dans la salle. Une des filles du centre, pour citer un exemple, mettait tous les objets dans sa bouche. Il est donc évident que les enfants étaient en contact avec de multiples germes. Dans les crèches et jardins d'enfants de Genève, un nettoyage quotidien des jouets est usuel permettant de maintenir la transmission de germe à son taux le plus bas. La salle de jeux du centre de Cuzco est nettoyée une fois par jour mais uniquement le sol. Les jouets sont remis en fin de journée dans l'étagère sans avoir été nettoyés. Nous pouvons facilement imaginer que cette situation laisse place à une transmission rapide des germes entre les enfants.

*-Les habits :* le lavage des habits est la chose sur laquelle nous avons été le plus en contradiction avec la pensée des sœurs. Chaque enfant a des habits qui lui sont propres et qui sont rangés dans une petite armoire. Les enfants sont changés tous les jours et parfois le pantalon est même remplacé plusieurs fois par jour, car il n'est pas rare que les couches débordent et que les pantalons soient vite mouillés ou humides.

Étant donné que les locaux ne sont pas chauffés (à l'exception des chambres à coucher en cas de grand froid), les enfants sont habillés avec de multiples couches. La quantité d'habits utilisés par jour est donc énorme. Une aide est employée à 100% pour laver les habits. Elle lave tous les habits dans des grands bassins à l'eau froide légèrement savonneuse. Étant donné

que tout se fait à la main, du lavage à l'essorage, si elle veut réussir à laver tous les vêtements, elle doit maintenir un rythme de travail très soutenu.

Ceci étant presque impossible, elle prend donc moins de temps pour laver et essorer chaque habit. Les habits sont donc rapidement lavés, parfois pas totalement propres, et approximativement essorés. Comme il y a encore un peu de savon dans le tissu, qu'ils sont mal essorés et que la température est basse, les habits prennent beaucoup de temps à sécher. Trop longtemps pour attendre qu'ils soient totalement secs pour les ranger. Les habits encore humides sont donc entreposés dans l'armoire et sont mis aux enfants.

Non seulement cela pose un problème au niveau de la santé des enfants, car être habillé avec des vêtements humides favorise l'apparition de maladie telle que le rhume et la grippe, mais en plus les habits ne sont pas bien lavés, donc une transmission est possible entre les enfants. Chose qui est commune dans ce centre.



*Séance de travail dans notre chambre (dans le centre)*

Notre avis :

La première impression que nous avons eue sur le centre était un étonnement face à cet effort fait pour la propreté. Le centre était bien entretenu pourtant une odeur flottait un peu dans tous les locaux. Cette odeur imprégnait tous nos habits et notre chambre, nous avons vite été dégoûtées par celle-ci. Odeur qui venait des habits mal lavés, des couches imprégnées de selles, des enfants portant des habits humides, ...

Lorsque nous avons dû habiller les enfants avec des vêtements encore humides, nous avons voulu trouver une solution. Pour nous la chose la plus simple aurait été une machine à laver, elle permettrait de laver correctement tous les vêtements et d'assurer un séchage parfait. Nous avons parlé de notre idée avec le médecin qui vient dans le centre et il a trouvé celle-ci excellente. Son argument principal est l'amélioration de l'état de santé des enfants et la diminution des transmissions au sein du centre.



Après avoir regardé les prix des machines ainsi que le budget que nous étions prêtes à y mettre, nous avons exposé notre proposition aux sœurs. Nous avons été face à un refus total. En effet, l'ordre des sœurs de mère Térésa refuse toute modernité ou machine superflue. Malgré nos arguments et l'appui du médecin, nous n'avons rien pu faire à ce sujet. Ce fut une grande surprise pour nous, peut-être car c'était la première fois qu'on se retrouvait devant un refus catégorique face à des arguments solides et « scientifiquement prouvés ». Nous avons donc continué durant tout notre séjour à habiller les enfants de vêtements humides en acceptant difficilement le choix des sœurs. Notre déception a été très grande...

### *c. La santé des enfants*

Les enfants du centre sont bien nourris et reçoivent des compléments alimentaires. Mais ils doivent aussi recevoir régulièrement des traitements antibiotiques pour traiter des infections diverses telles que : sinusites, rhinites, diarrhées, infections urinaires, infections cutanées, ...

Le médecin du centre fait deux visites hebdomadaires et prescrit les médicaments nécessaires en donnant les instructions aux aides. Les sœurs vont acheter les médicaments dans la pharmacie de l'hôpital régional, pharmacie gouvernementale assurant les prix les plus bas. Les facteurs favorisant l'apparition de ces infections sont relativement clairs. Nous en avons déjà parlé ci-dessus mais pour résumer :

Les assiettes et couverts lavés à l'eau froide	} facteurs influençant négativement la santé des enfants
La lavette unique	
Les couches	
Eau froide	
Jouets sales	
Habits humides	
Proximité	
Température basse dans les locaux	
Manque de personnel	

Tant de facteurs portant préjudice à la santé des enfants et laissant place aux bactéries et autres micro-organismes. Ces facteurs sont nombreux, mais les solutions sont simples et facilement applicables. Voici un tableau qui se base sur notre vécu, sur les solutions que l'on pense envisageables pour résoudre ces différents problèmes et sur les raisons supposées de leur non mise en place et de leur non application :

<b>Le facteur</b>	<b>La solution</b>	<b>Impasse actuelle</b>
Assiettes et couverts lavés à l'eau froide	Matériel nominatif pour chaque enfant ainsi que du savon pour chaque lavage	Manque d'argent ? Manque de temps ?
LA lavette unique	12 lavettes nominatives	Manque d'argent ? Manque de temps ?
Les couches en tissus	Lavage à l'eau savonneuse bouillante obligatoire/machine à laver permettant un lavage à 90°C	Manque de temps ? Machine pas autorisée au sein des centres des sœurs...
Eau froide	Installer des chauffe-eau dans chaque bâtiment	Manque d'argent !
Jouets sales	Lavage quotidien ou du moins au minimum hebdomadaire	Manque de temps ! Manque de systématique ?
Habits humides	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lavage et essorage bien fait</li> <li>- plus de vêtements permettant un tournus sur plus de jours</li> <li>- machine à laver</li> </ul>	Manque de temps ! Manque d'habits ? Machine pas autorisée au sein des centres des sœurs...
Proximité	plus grand espace personnel et si cela n'est pas possible, meilleure aération et	Manque de place et d'argent ! Mauvaise gestion de l'espace

	agencement des pièces	
Température basse dans les locaux	Plus de chauffages d'appoints	Manque d'argent
Manque de personnel	Plus de personnel	Manque d'argent

Selon ce tableau, nous pouvons remarquer que le manque de temps est un élément important. Ce manque est en lien direct avec le manque de personnel, qui, lui, est en lien avec le manque d'argent. Évidemment ce manque est un facteur influençant grandement la santé des enfants mais malgré cela une systématique et une attention plus particulière pourraient déjà être suffisantes pour réduire significativement les infections et les transmissions au sein du centre. Peut-être qu'une information ainsi qu'un programme de formation des aides pourraient suffir à faire évoluer l'état actuel. Mais que faire face à des refus catégoriques et une vision quelque peu fermée des sœurs ?

Notre avis
------------

Nous avons été très surprises et déçues face à la réaction des sœurs concernant notre idée de machine à laver ainsi nous n'avons plus osé proposer des améliorations pour le centre. En ayant reçu des cours d'épidémiologie, les points où nous pouvions agir étaient clairs mais nous n'avons pas eu la force de nous confronter aux sœurs et à leur vision tellement différente de la nôtre. Peut-être avons-nous été démunie face à cette situation et nous nous ne sommes pas senties de donner d'autres conseils alors que cela ne faisait qu'un mois que nous travaillions ici.

- Prise en charge des enfants: la physiothérapeute :

Une physiothérapeute vient au centre afin de travailler avec les enfants pour les aider à se développer.

***a. Horaire de la physiothérapeute***

La physiothérapeute vient cinq jours par semaine de 8h00 à 11h00, elle s'occupe de tous les enfants qui ne vont pas à l'école et elle a à sa disposition une salle de jeux.



*Flora la physiothérapeute*

***b. Travail de la physiothérapeute***

Elle prend en charge seule, chaque jour où elle vient travailler dans le centre, les 13 enfants qui restent et qui ne partent pas à l'école. Elle prend en charge par jour environ trois enfants plus spécifiquement. Comme elle doit amener tous les enfants dans la salle de jeux, les installer sur leurs coussins ou chaises respectives, puis toujours les surveiller afin d'être sûre qu'ils n'avalent pas ou ne cassent rien, il ne lui reste plus beaucoup de temps pour faire de la physiothérapie.

Elle connaît très bien les enfants et le traitement qu'elle leur offre est différent selon leur handicap. Pour la plupart, elle fait des massages et les aide à détendre leurs muscles qui sont souvent très crispés. Elle encourage à la marche ceux qui sont en mesure de le faire et aide au maintien de leur stature. Les enfants sont en totale confiance lorsqu'ils sont dans ses bras.

Notre avis
------------

Nous avons été abasourdis par le travail de cette physiothérapeute. Elle sait allier la patience et l'autorité tout en ayant établi un climat de confiance avec les enfants. Très méticuleuse et attentive, elle travaille avec enthousiasme et bonne humeur. Elle a été très accueillante avec nous et nous a donné beaucoup d'informations sur les enfants. Elle devrait pouvoir s'occuper d'un enfant sans devoir regarder et surveiller les autres, elle pourrait ainsi beaucoup plus avancer dans sa thérapie et les enfants feraient beaucoup plus rapidement des progrès. Le centre a beaucoup de chance d'avoir cette femme comme physiothérapeute.

## *Notre travail*

Nous aimerions décrire en quelques lignes quelles ont été nos activités durant notre séjour dans le centre.

- Une journée type

Nous avons formé deux équipes de deux afin d'avoir un jour plus reposant en cuisine. En effet, travailler dans ce centre était fatigant ou plutôt éprouvant. Deux de nous quatre allaient donc chez les enfants vers 7h00 afin d'aider à habiller et changer les enfants, qui avaient déjà mangé. Par la suite, nous aidions à nettoyer les sols et à faire la lessive. Lorsque la physiothérapeute arrivait, une des deux partait avec elle dans la salle de jeux afin de surveiller les enfants. Ceci permettait à la physiothérapeute de travailler tranquillement. L'autre restait avec le personnel afin de les aider à essorer et suspendre le linge. À l'heure du repas, nous aidions à donner à manger aux enfants puis à les langer et les changer.

Nous avons ensuite une pause pour manger notre repas. Pendant ce temps-ci, les deux autres partaient en cuisine afin d'aider à préparer les repas du jour. Couper, laver, éplucher, nettoyer, récolter, était notre quotidien.



*Cécile aide la cuisinière Marivelle à peler les patates pour le repas de midi*

Après notre pause de midi, nous retournions avec les enfants afin de les divertir durant l'après-midi. Nous pouvions les emmener dans le jardin ou jouer simplement avec eux dans la pièce « attente ». À nouveau, nous aidions à donner le repas ainsi qu'à les préparer pour la nuit.



*Préparation du poulet al horno avec les deux cuisinières du centre Marivelle (au fond) et Dina (tenant le poulet)*



*Petite journée de congé bien mérité à Andahuyalillas  
De gauche à droite : Iliona, Cécile et Lena*

- Avec le médecin

Nous avons eu la chance de rencontrer le médecin du centre, qui nous a permis de le suivre dans beaucoup de ses activités. Nous avons pu assister à ses consultations au sein du centre deux fois par semaine. Chacune de nous avons pu passer une matinée dans l'hôpital régional en pédiatrie afin d'assister à des consultations ambulatoires. Nous avons également pu aller dans la faculté de médecine de Cuzco pour suivre un cours de physiologie cardiaque que M. Dante Oliviera donnait.

- Avec les sœurs

Nous avons pu partir dans les campagnes le dimanche matin avec les sœurs. Elles se rendent dans des petits villages, afin de faire du catéchisme avec les enfants et les adultes de ces villages.



*Dans les campagnes avec les sœurs.  
Nous assistons au catéchisme donné par la Mère Supérieure*



*Baptêmes auxquels on a assisté dans les campagnes*

## Conclusion

Difficile de conclure en quelques pages une expérience de travail de six semaines au Pérou qui ont été immensément riches tant au point de vue humain qu'émotionnel.

Nous sommes arrivées dans cet endroit un beau jour du mois de mai, nous avons été projetées dans ce centre qui était dirigé par les sœurs. Nous avons été de suite immergées dans un monde encore inconnu à nos yeux : la vie au sein d'une confrérie et d'une communauté religieuse. Nous avons vécu chez elles, nous les avons vu travailler, nous avons travaillé avec elles au quotidien et nous avons entendu leur foi et leur passion.

Nous avons été rapidement confrontées à leurs croyances et à leurs visions qui n'étaient pas toujours en accord avec les nôtres et avec notre savoir médical. Nous nous sommes toujours efforcées de les comprendre et de les accepter, ce qui pour nous n'a pas été toujours facile. Leur absence totale d'analyse sur les questions sanitaires et sociales qui touchent le pays , ainsi qu'un manque d'approche globale sur le devenir de ces enfants handicapés nous ont vraiment questionnées et parfois dérangées.

Le manque d'hygiène et de matériel adapté, l'insuffisance de prise en charge des enfants au niveau médical, social et culturel et le manque d'intégration dans la société ou dans leur milieu familial, nous ont aussi particulièrement choquées et révoltées.

Certes leur centre ne répond pas forcément aux normes nationales et internationales en terme d'hygiène et d'intégration de ces enfants (peu de prévention, de prise en charge spéciale, de formations des travailleur-e-s et des aides, et de coordination et d'échanges avec d'autres centres spécialisées) mais finalement, elles nous ont fait comprendre que leur seul but à elles étaient de leur donner de l'amour, de l'attention et un toit Elles nous ont appris que, l'on peut ne pas avoir les mêmes visions dans des mondes si différents.

Nous n'avons rien pu changer, ni améliorer ce qui nous a énormément frustré et déçu. Mais nous étions chez elles, dans leur centre et au sein de leur confrérie. Ici, l'Etat n'intervient pas et le centre est sous l'unique tutelle de l'organisation de Mère Térésa. Certes, nous pourrions les blâmer, mais si elles n'étaient pas là, qui recueillerait ces enfants abandonnés, drogués, pauvres et par-dessus tout handicapés. Certainement pas les autres organismes spécialisés mis en place par l'Etat où les parents doivent déboursier « des fortunes » pour que leur enfant y soit admis. Et puis, il faut le dire, nous avons vu des enfants heureux, épanouis et qui portaient beaucoup d'affection aux sœurs, et cela nous paraît avec le recul finalement capital !

Nous sommes admiratives de leur travail, de leur volonté et de leur assiduité à leurs tâches. Chaque matin, elles se lèvent pour aider les exclus de la société. Il n'y aucune place pour la détente, le confort, et aucune place pour elles-mêmes car elles dévouent leur vie et leur temps à ces personnes indigentes. Nous avons eu du mal à tenir ces longues semaines et par moment elles ont été très difficiles à vivre.

Nous avons également découvert un autre monde que celui des Missionnaires de la Charité : celui du handicap. Avant de partir, nous ne connaissions que très peu ce monde et nous nous y sommes confrontées pendant six semaines. Il y a eu des moments durs et nous nous sommes souvent senties, au début, inutiles, gauches et frustrées. Oui, frustrées car nous avions l'impression que notre travail ne servait à rien ou qu'il n'avait aucun impact sur ces enfants :



ils avaient toujours des difficultés à manger, à parler, à marcher,.... Et nous ne voyions aucune progression. A cause de leur handicap, la difficulté de communication et même parfois la non-communication avec les enfants nous ont parfois énormément pesé.

Mais nous avons appris à les connaître, à s'occuper d'eux et des liens se sont alors tissés entre nous. Des liens, certes différents qu'avec des personnes non handicapées, mais qui en restaient pour le moins forts voir même magiques. Ces moments passés avec eux, nous ont énormément appris sur nous-mêmes et sur la vie. Grâce à eux, nous nous sommes ouverts aux autres et avons découvert le don de soi.

Nous n'oublierons jamais les sœurs et leur foi inébranlable, ni les visages souriants des enfants handicapés qui nous ont montré que l'on pouvait être heureux tout en étant différents. Nous continuerons à parler de cette bouleversante expérience pour que chacun-e d'entre nous n'oublie pas que des enfants encore aujourd'hui dans notre monde, naissent handicapés, sont abandonnés et rejetés, et voués à une vie de misère, d'exclusion et de solitude.



*Notre équipe de gauche à droite : Lena, Iliona, Cécile et Natacha*

# Annexes

## Entretiens

### Docteur Dante Olivera Mayo

#### *1) Pouvez-vous vous présenter, s'il vous plaît ?*

Je suis Dante Olivera Mayo, j'ai 46 ans et je suis un médecin péruvien. Je travaille à l'hôpital Lorena, j'enseigne également à la faculté de médecine nationale du Pérou. Je m'occupe aussi de l'assistance médicale du centre de Mère Térésa de Calcutta

#### *2) Où est-ce que vous avez fait vos études ?*

J'ai fait mes études de base à Cuzco. En 1993, je suis allé en Belgique pour quatre ans. Puis je suis revenu à Cuzco, pour repartir un peu plus tard aux Etats-Unis où j'ai fait un stage de physiologie; j'enseigne la physiologie à l'Université. Puis, je suis revenu à Cuzco où je travaille pour l'hôpital Lorena, qui est un hôpital public.

#### *3) Quelle est votre fonction à l'hôpital ?*

Je travaille dans le service de pédiatrie. Je fais les consultations et les gardes.

#### *4) Depuis combien de temps travaillez-vous au centre de Mère Térésa ? Et quelle est votre fonction ?*

Cela fait un an que je travaille ici. Je suis assistant médical pour le centre. Je m'occupe des enfants, des femmes et des hommes, ce qui fait environ une trentaine de patients (n.b. à la fois). Je viens les lundi et vendredi. Je m'occupe des patients malades et essaie de trouver au plus vite une thérapie adéquate.

#### *5) Comment avez-vous connu ce centre ? Quelles sont vos motivations ?*

J'ai connu ce centre à travers une amie qui m'a dit que les sœurs avaient besoin d'un médecin.

Concernant mes motivations, de façon générale, c'est pour servir. Je considère que la carrière de médecin n'est pas une carrière pour faire de l'argent, mais bien pour servir. C'est pour ça d'ailleurs que je n'ai pas de cabinet ou une consultation privée. Je crois en une médecine sociale et pas chère qui travaille avec des génériques. Je ne crois pas à la médication commerciale. Je crois que toutes les carrières de santé sont là pour servir.

#### *6) Pensez-vous qu'il y a une raison particulière au handicap des enfants ?*

Oui! Certains de ces enfants sont nés avec une encéphalopathie hypoxémique qui a eu lieu pendant l'accouchement. Pour d'autres, leurs mères ont été malades pendant la grossesse. Ou encore, ici au Pérou, 30% des femmes enceintes souffrent de malnutrition. Notamment d'anémie, de manque d'acides foliques, d'oligoéléments... Ces enfants sont donc souvent le résultat de problème pendant la grossesse.

Il y a un cercle vicieux qui s'instaure: malnutrition-infection-malnutrition. La malnutrition peut être une cause de maladie cérébrale irréversible, comme dans le cas où un enfant mange moins de 0.3 gr de protéines par kilo.

Beaucoup de ces enfants sont venus dans un état de dénutrition grave et donc avec des lésions cérébrales irréversibles.

**7) Pensez-vous qu'il y ait plus d'enfants handicapés au Pérou qu'en Europe dû à ces raisons ?**

Oui ! Au Pérou il y a surtout des maladies infectieuses. Elles sont en train de diminuer par rapport aux maladies congénitales. Cependant, d'après les statistiques qui sont en train d'être établies et analysées, il semblerait qu'à cause des facteurs de risque socio-économiques et le haut taux de maladies infectieuses, il y ait environ 30 % de plus d'enfants handicapés.

**8) Pendant la grossesse les femmes ont-elles la possibilité d'avoir un diagnostic prénatal pour détecter une éventuelle maladie.**

Seules les femmes qui ont les moyens financiers peuvent bénéficier de ce diagnostic. Par exemple les femmes qui ont la sécurité sociale et qui ont accès aux hôpitaux couverts. Je pense qu'au Pérou, environ 30% des femmes ont cette possibilité.

**9) Est-ce que vous pensez que s'il y avait plus de diagnostics prénataux, il y aurait moins d'enfants handicapés au Pérou ?**

Oui ! Définitivement oui ! Parce que ce diagnostic permettrait l'avortement thérapeutique qui au Pérou est accepté légalement.

**10) L'avortement thérapeutique est légal, qu'en est-il des autres avortements ?**

Si une femme ou l'équipe médicale peut montrer que l'enfant a une maladie chromosomique ou que la grossesse met en danger la santé de la femme, alors l'avortement est légal.

**11) Et si l'enfant est sain ?**

Non ! L'avortement n'est pas permis

**12) Et dans la réalité ?**

C'est un processus illégal. La femme doit mentir. Souvent elle prend des médicaments et va au centre de santé où elle dit qu'elle a porté quelque chose de lourd, qu'elle est tombée, qu'elle est malade, et que ça fait quelques jours qu'elle saigne. Le centre confirme qu'elle a une hémorragie et l'emmène à l'hôpital où l'avortement est pratiqué.

**13) Les femmes qui font des avortements illégaux ont-elles de l'argent ?**

Non ! Ces femmes-là sont souvent pauvres. Les femmes qui ont les moyens financiers et qui vivent dans des conditions matérielles aisées ont plus facilement accès à des traitements adéquats et peuvent payer pour que l'opération soit faite.

**14) Combien coûte un avortement ?**

Une opération de ce genre coûte entre cent et cent cinquante dollars.

**15) Pour ici c'est beaucoup d'argent, non ?**

Pour Cuzco c'est beaucoup, sachant que le salaire moyen mensuel est de 515 soles (ndlr environ 170 dollars).

**16) Le planning familial existe-t-il au Pérou ?**

Oui ! Il existe différents systèmes qui sont sous la direction du ministère de la santé. Les moyens contraceptifs les plus utilisés sont « le retrait » et la pilule, par contre la pilule du lendemain est moins utilisée, mais ça vient gentiment.

La population n'a pas conscience que l'âge normal pour avoir un enfant est entre au minimum 18 et au maximum 34 ans, du coup l'utilisation de contraceptif n'est pas encore ancrée dans la mentalité. Ce sont surtout les femmes qui sont d'un haut rang social qui utilisent des méthodes contraceptives.

**17) Les enfants du centre sont-ils vaccinés ? Et si oui contre quoi ?**

Oui ! Ils sont vaccinés contre le BCG, la poliomyélite, la fièvre jaune, l'hépatite B, et maintenant l'influenza pour les moins de 5 ans et plus de 65 ans. Et aussi le ROR.

**18) C'est vous qui avez fait les vaccins ?**

Non ! Ils ont été faits au centre de santé, parce que le système de réfrigération est le meilleur. Dans les consultations privées, nous n'avons pas la garantie que les vaccins soient bien conservés. Car il y a des pannes d'électricité. Alors qu'à l'hôpital, il y a un système de réserve au cas où une panne se produit.

**19) Est-ce que la vaccination est payante pour ces enfants ?**

Non ! C'est un service de l'état : le système intégral de santé (SIS) dont les enfants du centre bénéficient.

**20) Quel est le problème majeur que les enfants du centre rencontrent d'un point de vue médical ? Et comment peut-on y remédier ?**

Initialement, nous avons des problèmes de malnutrition. Mais ce problème de malnutrition était le résultat d'infections à répétitions : respiratoires ou gastro-intestinales, et dans une moindre mesure urinaires.

Il a fallu stopper ces infections, et donc arrêter le cercle vicieux de la malnutrition.

Nous avons changé l'alimentation en donnant un apport en plus de sulfates, de vitamines, et un régime riche en protéines qui boostent tous les systèmes de l'immunité : compléments, macrophages, neutrophiles, éosinophile... Tout cela rien qu'en changeant leur alimentation.

Le traitement le plus utilisé est l'amoxiciline, quatrinoxazol, érythromycine et parfois ciprofloxacine et parfois un mélange. Ces médicaments sont les moins chers sur le marché. Évidemment à l'hôpital, nous utilisons des médicaments plus sophistiqués, mais ici au centre,

nous visons le moins cher. Le premier objectif était donc de stopper ces infections. Les enfants ont commencé à prendre du poids et à grandir. On a donc réussi cet objectif.

***21) Quels sont pour vous les points positifs de ce centre ? Pourquoi est-il indispensable pour ces enfants ?***

Dans un premier temps, l'apport nutritionnel et les conditions de vie qui sont apportés aux enfants permettent de diminuer les maladies.

Deuxièmement, l'apport humain grandement positif : il s'agit de sœurs, ces sœurs qui viennent de si loin pour s'occuper de nos enfants.

Puis, elles offrent un toit, des habits à des enfants qui sont abandonnés et vivent dans la rue.

Troisièmement, elles offrent aussi de la nourriture, l'école, des médicaments...

L'apport humain est incroyable, ces femmes consacrent leur vie à ces enfants.

***22) Quelles sont les améliorations qui pourraient être apportées ?***

Vu le nombre des personnes handicapées résidentes dans le centre, il faudrait un personnel permanent, par exemple une infirmière qui suivrait tous les jours leur état médical.

De plus, d'un point de vue matériel, l'achat d'une machine à laver, diminuerait le risque de maladies infectieuses.

D'autre part un matériel approprié de façon général pourrait être utile. Par exemple, il existe ici des personnes qui ont des cicatrices importantes, et il y a un manque de matériel de ce point de vue-là. Mais de façon générale, elles s'en sortent, et si le manque est vraiment important, alors les gens sont envoyés à l'hôpital régional où il y a plus de moyens techniques.

***23) Existents-ils d'autres centres à Cuzco qui accueillent des personnes handicapées ?***

Il y a deux ou trois autres centres qui sont plus grands. Ils sont financés par l'état. Ils ont de la logistique, du personnel et du matériel médical plus développés. Il y a aussi un programme lié aux centres de santé et éducatif. Par exemple à Geronimo où il y a 200 enfants aveugles.

***24) Les parents doivent-ils payer dans ces centres ?***

Oui ! Parfois c'est symbolique, mais le plus souvent ils payent.

## **Physiothérapeute Flora Sinchi Rora Zuniga**

### **1) Pouvez-vous vous présenter ?**

Je m'appelle Flora Sinchi Rora Zuniga, je suis physiothérapeute et je travaille comme volontaire.

### **2) Depuis quand travaillez-vous au centre ?**

Ça fait deux ans que je viens de temps en temps, mais cela fait presque un an que je suis fixe ici.

### **3) Etes-vous rémunérée ?**

Non, de temps en temps un petit quelque chose

### **4) Avez-vous un autre travail ?**

Oui, je travaille à domicile chez des personnes qui me sollicitent et qui ont besoin de moi.

### **5) Comment avez-vous trouvé ce travail au centre ?**

J'avais un patient qui était odontologue qui travaillait ici. C'est à travers lui que j'ai entendu parler de ce centre.

### **6) Qu'est-ce qui vous plaît dans ce travail ?**

Pouvoir aider dans la limite de mes capacités, des enfants qui sont abandonnés et qui ont besoin de notre aide.

### **7) Pouvez-vous nous raconter l'histoire de Carlos, Luis et Délia ?**

*Carlos :*

Quand je suis arrivée, cet enfant était totalement dénutri. Il était si faible, qu'il pouvait à peine rester assis. Quand je lui ai donné à manger pour la première fois, ses jambes et ses mains étaient totalement recroquevillées et il ne bougeait quasiment pas.

Maintenant, il est capable de manger seul, il comprend une bonne partie des choses qu'on lui dit, il fait ses premiers pas, et il est à deux doigts de prononcer ses premiers mots.

Il doit avoir 5-6 ans.

Chaque jour je lui fais travailler ses membres supérieurs et inférieurs. Je le stimule pour qu'il marche et qu'il parle. A l'hôpital : il fait de la logopédie deux fois par semaine.

*Luis :*

Il est aussi arrivé totalement dénutri, il ne pesait que 6 kg. Il pouvait seulement s'asseoir.

Aujourd'hui, si on le tient, il peut marcher.

Il doit avoir 5 ans

*Délia :*

Elle est également arrivée dans un état de dénutrition, elle ne pouvait bouger que ses extrémités ; et elle était extrêmement timide.

Aujourd'hui, elle marche toute seule...

Elle doit avoir 8 ans.

L'âge des enfants est difficile à évaluer puisque aucun d'eux n'a un acte de naissance.

**8) *Quels sont les progrès de ces enfants ?***

Grâce à Dieu, ils évoluent. Ce dont je suis le plus reconnaissante envers Dieu, c'est le fait qu'ils apprennent à marcher et à parler.

**9) *Quels sont les points positifs du centre ?***

Accueillir les personnes les plus pauvres, leur donner un toit, de la nourriture, des habits, un suivi médical, une attention personnalisée, et la chose la plus importante dans ce monde : de l'amour. J'ai travaillé dans plusieurs centres, et c'est ici que je ressens de façon la plus forte, la dévotion la plus totale pour les personnes défavorisées.

**10) *Qu'aimeriez-vous améliorer ?***

Solliciter des élèves de fin d'études pour qu'ils viennent travailler dans le centre.

# Source

Ce rapport se base principalement sur les observations et les discussions menées durant notre stage et, plus généralement, pendant notre voyage au Pérou. Néanmoins quelques personnes, notamment le docteur Dante Olivera Mayor nous a indiqué plusieurs sites Internet intéressants pour appuyer nos informations récoltées dans ce lieu.

## **Bibliographie**

### ***1. Sites Internet***

Site de l'unité de l'Immersion en communauté:

- <http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/index.html#objectifs>
- [http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/un\\_bon\\_rapport\\_immersion.ppt#256,1,Un\\_bon\\_rapport\\_d'immersion](http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/un_bon_rapport_immersion.ppt#256,1,Un_bon_rapport_d'immersion)

Site de l'Office fédéral de la statistique :

- <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/02.html>.

Wikipédia :

- [http://fr.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9ographie\\_du\\_P%C3%A9rou](http://fr.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9ographie_du_P%C3%A9rou)
- [http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste\\_des\\_pays\\_par\\_PIB\\_%28nominal%29\\_par\\_habitant](http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_pays_par_PIB_%28nominal%29_par_habitant)

Site du Ministère de la santé péruvienne :

- [www.minsa.org](http://www.minsa.org)

Site du groupement d'intérêt public (GIP) santé et protection sociale internationale (SPSI) :

- [www.gipspsi.org](http://www.gipspsi.org)

Site de World Enable :

- <http://www.worldenable.net/standardrules/default.htm>
- <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissrfr0.htm>

### ***2. Ouvrages et documents***

- FREMY Dominique et Michèle, Quid 2002, éd Robert Laffond, Paris, 2001
- Production des guides Gallimard, Le grand Atlas géo Gallimard pour le XXI<sup>e</sup> siècle, éd Gallimard, Paris, 2003
- Thomas McDevitt, Population Trends : Peru, U.S Departement of Commerce, IB/99-1, Mars 1999
- Mont Daniel, Measuring Disability prevalence, March, 2007



## **Entretiens**

- Docteur Dante Olivera Mayo (voir Annexes)
- Physiothérapeute Flora Sinchi Rora Zuniga (voir Annexes)
- Missionnaires de la Charité (voir le sous-chapitre présentation des sœurs et de leurs vocations)

# Remerciements

Même s'il nous est impossible de faire ici une liste exhaustive de toutes les personnes qui ont collaboré à la réussite de ce stage, nous tenons tout de même à en citer quelques unes ici.

Nous voudrions tout d'abord remercier chaleureusement le Dr Philippe Chastonnay et la Faculté de médecine pour nous avoir autorisées à vivre notre « Immersion en Communauté » au Pérou. Nous pensons que cette expérience nous a permis de toucher à des thèmes insuffisamment abordés dans nos études tels que les droits humains fondamentaux et les enjeux de la prise en charge sanitaire d'une population extrêmement nombreuse, pauvre et bien souvent délaissée.

De grands remerciements aux sœurs pour nous avoir accueillies, nourries et logées et pendant ces 6 semaines. Pour nous avoir laissé tant bien que mal faire notre projet, pour avoir répondu à nos questions et pour nous avoir intégrées dans ce monde discret des Missionnaires de la Charité.

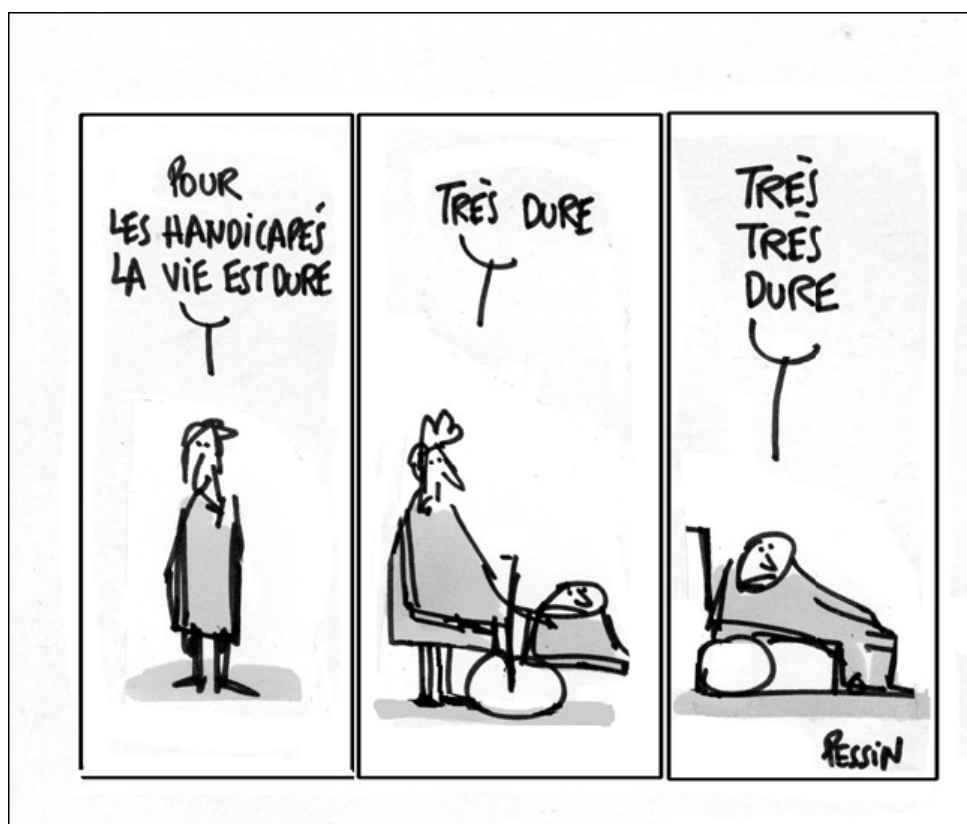
Un grand merci également au docteur Dante Oliviera Mayo qui nous a énormément aidées dans notre rapport en répondant à nos nombreuses interrogations. Nous voulons aussi le remercier sincèrement pour son soutien moral, sa gentillesse, sa disponibilité et sa passion pour la médecine qui nous a donné envie de continuer.

Un merci tout particulier aussi pour la physiothérapeute Flora Sinchi Rora Zuniga qui nous a donné l'exemple en matière de prise en charge des enfants handicapés. Merci à elle pour son immense amour, sa générosité, son aide très précieuse, sa bonne humeur et son dynamisme.

Merci également aux travailleuses du foyer de Mère Térésa à Cusco, tout particulièrement à Dina, Marielle, Rebecca et les femmes s'occupant des enfants qui nous ont fait partager leur quotidien, leurs cultures et nous ont fait découvrir ce magnifique pays de l'intérieur. Nous avons eu énormément de plaisir à partager avec elles de nombreuses expériences et espérons que la prochaine fois la barrière de la langue nous permettra d'en partager encore plus.

Sans oublier la sœur Anita qui nous a mis en contact avec les sœurs et qui a répondu très gentiment à nos nombreuses questions concernant le centre à Cusco, avant notre départ.

Les derniers grands merci, et pas des moindres, vont aux enfants handicapés qui nous ont apporté énormément de bonheur et d'amour durant ce séjour. Ils nous ont montré leur monde, leurs difficultés, leurs frustrations, leurs hontes mais aussi leurs joies, leurs bonheurs simples et leurs espoirs. Nous étions parties pour les soutenir et les aider mais c'est eux avec leurs rires et leurs sourires qui ont réchauffé nos cœurs et nous ont permis de continuer jusqu'au bout. Merci à eux de nous avoir ouvert les yeux sur notre chance d'être ce que nous sommes et de nous avoir appris et montré la signification du mot « VIVRE » !



Source : Poèmes et lettres de la Fraternité 2003-2004 : être handicapé.