



**Université Toulouse - Jean Jaurès**

**Institut Pluridisciplinaire pour les Études sur les Amériques  
à Toulouse (IPEAT)**

**Master mention Civilisations, Cultures et Sociétés**

**Parcours Ingénierie de Projet avec l'Amérique latine (IPAL)**

*Amélioration des conditions de santé materno-infantile  
dans la communauté Chilcapampa, région Piura,  
Pérou.*

Mémoire de 2<sup>ème</sup> année présenté par :  
Camille JUVIN

Sous la direction de :  
Davy DESMAS

**Année Universitaire 2020-2021**



## REMERCIEMENTS :

Je remercie ma famille, pour son soutien inconditionnel, à ma mère pour croire en moi, mon frère pour son aide précieuse.

À mes proches, pour leurs encouragements en ces temps difficiles, particulièrement à Laurie et Ninon pour leur relecture bienveillante, à Marie pour ses conseils.

À Diego, pour le courage et la patience que l'on a partagé face aux circonstances.

Un merci pour mes camarades et l'équipe pédagogique du master IPAL pour cette dernière année d'étude.

Enfin je souligne ma reconnaissance envers Davy Desmas, pour son suivi.





## RÉSUMÉ :

Au Pérou, l'anémie infantile et la santé maternelle sont deux thématiques qui préoccupent les autorités sanitaires. Les indicateurs de morbidité restent aujourd'hui assez élevés. Pour remédier à cet enjeu, plusieurs acteurs comme le ministère de la Santé, l'OMS, ou encore des acteurs internationaux, proposent des programmes et projets visant à améliorer les conditions de vie des populations les plus affectées et les plus marginalisées. L'éloignement géographique et culturel de la plupart des communautés rurales et autochtones, notamment, représente un défi important en ce qui concerne l'accessibilité aux soins, et freine les actions entreprises pour améliorer la santé materno-infantile. Ce mémoire analyse la santé materno-infantile au Pérou en premier lieu, puis propose un projet technique divisé en quatre phases pour la communauté de Chilcapampa, une communauté quechua de la région Piura. La méthodologie de l'intervention est communautaire et son approche est orientée changement, mettant l'accent sur des campagnes de sensibilisation aux acteurs locaux, tout en renforçant et maximisant les capacités de la population bénéficiaire. De plus, le projet propose une gestion interculturelle de la santé entre les accoucheuses de la communauté et le personnel médical du centre de santé le plus proche afin d'assurer la pérennité du projet sur le long terme dans le respect des droits fondamentaux des peuples autochtones.



## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS :	3
RÉSUMÉ :	5
SOMMAIRE	7
SIGLES :	9
INTRODUCTION :	1
PARTIE 1 : Contexte et mise en perspective de la santé materno-infantile au Pérou	3
1.1 La santé au Pérou	3
1.1.1 La malnutrition :	5
1.1.2 La santé maternelle :	6
1.2 Problème d'accès à la santé pour les populations autochtones	8
1.2.1 Éloignement géographique :	8
1.2.2 Éloignement culturel :	10
PARTIE 2 : Répondre aux besoins sanitaires de la communauté de Chilcapampa, dans le département de Piura.	13
2.1 Contexte et enjeux dans le département de Piura	13
2.1.1 La santé materno-infantile et l'anémie dans le département de Piura.	14
2.1.2 Pratiques des communautés Quechua :	15
2.2 Un projet communautaire en santé interculturelle est-il adapté ?	17
2.2.1 La "partera" comme agent communautaire en santé :	17
2.2.2 Un projet intégré à des stratégies nationales et internationales et sur des projets similaires :	18
PARTIE 3 : Amélioration des conditions materno-infantiles dans la communauté Chilcapampa, district de Huarmaca, Piura.	23
3.1 Contexte :	23
3.1.1 Localisation du projet	23
3.1.2 Identification de la population et analyse ethnographique :	26
3.1.3 La population bénéficiaire	26
3.1.4 La demande	27
3.2 Justification	27
3.2.1 Éloignement géographique, un accès aux soins materno-infantils difficile :	27
3.2.2 Forte prévalence de l'anémie infantile :	28
3.2.3 Notre projet s'inscrit dans la continuité de projets locaux :	28
3.2.4 Notre projet s'inscrit dans des logiques nationales et internationales :	29
3.3 Méthodologie	30

3.3.1 Objectifs du projet	30
Objectif général du projet	30
Objectifs spécifiques du projet	30
3.3.2 Mise en œuvre du projet	30
3.3.3 Présentation des actions :	33
PHASE 1 : Identification et constitution d'une équipe	33
Action 1 : Analyse du terrain et contact avec les acteurs locaux.	33
Action 2 : Mise en place d'une équipe et conception de projet.	35
PHASE 2 : Campagnes de sensibilisation des acteurs locaux	37
Action 3 : Sensibilisation des autorités locales	37
Action 4 : Distribution de "chispitas" et sensibilisation des familles à une alimentation riche en fer.	38
Action 5 : Sensibilisation des femmes dont les accoucheuses.	40
PHASE 3 : Équipement de la maison d'attente d'Olmos et mise en place d'une gestion interculturelle en santé.	41
Action 6 : Équipement de la maison d'attente d'Olmos.	41
Action 7 : Tables rondes et création d'un guide de gestion interculturelle en santé	43
Action 8 : Formation d'agents communautaires de santé :	45
PHASE 4 : Évaluation du projet :	46
Action 9 : Réaliser une évaluation finale.	46
3.4 Contraintes et risques du projet	47
3.5 Chronogramme	48
3.6 Budget et financements :	49
3.6.1 : Budget Prévisionnel et plan de financement (TTC, en \$) :	49
3.6.2 : Notes concernant le budget :	50
3.6.3 : Recettes et stratégie de financement :	53
ANNEXES	54
Annexe 1 : Cadre Logique du projet :	54
Annexe 2 : Exemple d'une fiche de suivi nutritionnel :	58
Annexe 3 : Sommaire type d'un rapport d'évaluation finale :	59
Annexe 4 : Termes de référence du consultant évaluateur et mode de recrutement :	60
Annexe 5 : Détail ethnographique de la communauté de Chilcapampa :	61
BIBLIOGRAPHIE	64
WEBOGRAPHIE	66

## SIGLES :

AOC : Approche Orientée Changement.

DIRESA : Dirección Regional de Salud.

MEF : Ministère de l'Economie et des Finances.

MINSA : Ministère de la Santé.

ODD : Objectifs de Développement Durable.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

OPS : Organisation Panaméricaine de la Santé.



## INTRODUCTION :

Dans la région Panaméricaine, plusieurs pays sont confrontés aux déserts médicaux dans les zones rurales et se voient confrontés à des indicateurs de morbidité élevés concernant la santé materno-infantile et l'anémie. L'anémie se définit par une baisse anormale du taux d'hémoglobine dans le sang, généralement causé par la malnutrition. Les carences en fers, en vitamines et en acides foliques provoquent un état de faiblesse qui est particulièrement problématique chez les enfants, car cela retarde leur développement physique et cognitif et engendre une fatigue chronique et une faible concentration à l'école. La santé maternelle désigne la santé des femmes avant, pendant et après l'accouchement, périodes pendant lesquelles des complications peuvent apparaître.

Au Pérou, les indicateurs de morbidité relatifs à la santé materno-infantile et à l'anémie sont alarmants, notamment dans les milieux ruraux isolés, dans lesquels vivent de nombreuses communautés autochtones. Ces communautés sont marginalisées géographiquement et culturellement des services publics. En effet, les structures de santé sont inégalement réparties sur le territoire. Les centres de santé et le personnel qualifié sont centralisés sur Lima, délaissant les provinces et leurs centres urbains. À ces éloignements physiques s'ajoute un éloignement culturel, c'est-à-dire des incompréhensions entre le personnel médical des centres et les usagers autochtones, dont les conceptions et pratiques culturelles concernant leur santé, la maladie et leurs corps diffèrent.

L'amélioration de la santé materno-infantile des communautés marginalisées représente un enjeu de développement sanitaire inscrit dans le respect des droits des peuples autochtones, car il est question d'instaurer l'égalité de l'accès aux soins pour tous, dans la perspective d'atteindre le troisième Objectif de Développement Durable : *“permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge”*. Dans cette dynamique, l'État péruvien a mis en œuvre des stratégies comme la distribution de compléments alimentaires riches en fer,

(nommés “Chispitas”), et la construction de maisons d'attente gérées avec la communauté et les autorités locales afin d'héberger les femmes enceintes et leurs accompagnants pendant la grossesse. Des politiques de développement ont été établies, inscrites dans des programmes internationaux soutenus par l'OMS, comme le programme “Cero muertes maternas”, ou “La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia 2016-2030”. Cependant, les inégalités perdurent dans les zones reculées et pour les populations autochtones.

C'est dans ce contexte que nous présenterons, à travers ce travail, un projet communautaire dans le « *caserío* »<sup>1</sup> de Chilcapampa du district de Huarmaca, un espace rural isolé, en prenant en considération les enjeux, les ressources locales, et les stratégies nationales et internationales en vigueur. Notre projet formule une solution adaptée dans la continuité de précédents projets et notre stratégie d'action s'inscrit dans une approche orientée changement adaptée au contexte socio-culturel de la zone : nous cherchons à changer des comportements et à renforcer les capacités de la population bénéficiaire afin de pérenniser notre intervention.

Nous avons pour objectif d'améliorer les conditions materno-infantiles dans la communauté Chilcapampa, une communauté Quechua de 150 habitants, dont environ 50 enfants impactés par le phénomène “*El Niño*” de 2017 et par la pandémie que nous traversons encore actuellement. L'enjeu est de réduire le taux d'anémie et de malnutrition, de renforcer l'accès aux soins maternels en favorisant le rôle de la maison d'attente<sup>2</sup> d'Olmos, et d'élaborer une collaboration entre les accoucheuses et le personnel du centre d'Olmos.

---

<sup>1</sup> Le caserío est un ensemble de maisons dans les champs qui ne constituent pas tout a fait un village.

<sup>2</sup> Une maison d'attente est un espace commun, géré, construit et soutenu en coordination entre la communauté, le gouvernement local et régional. Il est utilisé pour l'hébergement des femmes enceintes et de leurs accompagnants (enfants, partenaires, autres parents, accoucheuses ou sage-femmes) dans des environnements chauds, similaires à leurs maisons, intégrant leurs pratiques alimentaires et rituels liées à la santé materno-infantile. Ces structures permettent aux femmes, notamment les femmes résidant dans les espaces ruraux éloignés des villes, de recevoir des traitements adaptés avant et après l'accouchement, afin de garantir le suivi de la santé de la mère et de l'enfant ainsi que leur sécurité.



## PARTIE 1 : Contexte et mise en perspective de la santé materno-infantile au Pérou

### 1.1 La santé au Pérou

Le Pérou est un pays de la région Panaméricaine, frontalier avec la Colombie, l'Equateur et la Bolivie. Sa capitale est Lima et sa superficie est de 1 285 220 km<sup>2</sup>. Le Pérou compte une population d'environ 32 millions d'habitants et son taux de croissance démographique s'élève à 1.7 %. Les villes principales du pays à part Lima sont Arequipa, Trujillo, Chiclayo, Piura, Huancayo, Cuzco, Chimbote, Iquitos, Pucallpa, Tacna, Ica, et la monnaie officielle est le sol péruvien. Le pays divise son territoire par régions, qui regroupent plusieurs départements. Ceux-ci sont composés de diverses provinces ("*provincias*"), divisées en districts ("*distritos*"). Le Pérou connaît une instabilité politique, notamment depuis novembre 2020, où s'est déroulé un coup d'Etat constitutionnel, résultant d'un conflit entre le congrès, présidé par Manuel Merino du parti de gauche "*Acción Popular*", et l'ex-président de la République, Martín Vizcarra, du parti "*Somos Perú*" (centre-droit). M. Merino a repris la présidence de manière non-démocratique à la suite de la destitution de M. Vizcarra pour "*incapacité morale permanente*" et pour corruption. Le 17 novembre 2020 que Francisco Sagasti Hochhausler est élu président de manière provisoire suite aux manifestations du peuple péruvien pour la destitution de M. Merino. Économiquement, le pays est un grand exportateur de matières premières, notamment de pétrole, d'or, d'argent de zinc et de cuivre, mais aussi de produits agricoles, comme le café, le soja ou l'avocat. La situation économique du pays est de plus en plus instable avec la situation pandémique de la COVID-19. En effet, bien qu'il ait adopté des mesures de quarantaine strictes depuis le début de l'épidémie de coronavirus, le taux de mortalité du Pérou par Covid-19 était le troisième plus élevé au monde, avec 114 décès pour 100 000 personnes. La pandémie a cristallisé certaines inégalités, car elle a favorisé l'isolement des zones rurales isolées des services publics.

Le système de santé péruvien se caractérise par une attention sanitaire décentralisée dont les deux acteurs majeur sont le Ministère de Santé (le MINSA), qui offre des services de santé pour 60 % de la population et la sécurité sociale

péruvienne, et *Essalud*, qui intervient au bénéfice de 30 % de la population. 10 % de la population est donc pris en charge par des organismes tels que les Forces armées “*Fuerzas Armadas*”, la police nationale (PNP) et le secteur privé. Les acteurs sont pluriels et divers, ce qui engendre une coordination désorganisée. Les Péruviens bénéficient d’une assurance santé nommée le SIS (“*Seguro Integral de Salud*”)<sup>3</sup>.

Au Pérou, l’accès aux soins est géographiquement inégal. En effet, la distribution des centres, des hôpitaux ou des “*Posta*”<sup>4</sup>, des matériels médicaux et des professionnels de santé diffèrent en fonction des zones et régions du pays. Cela est dû à la centralisation vers la capitale, phénomène hérité de la colonisation espagnole, époque à laquelle Lima était le centre des échanges et activités. Aujourd’hui Lima représente le tiers de la population du pays, soit plus de 8 millions d’habitants et est au cœur des décisions politiques et des activités économiques. Cette centralisation à la capitale est une première barrière à l’accès aux soins de tous sur l’ensemble du pays, car nous notons une attention sanitaire de moins bonne qualité et moins de professionnels de santé dans les provinces. Aussi, le Pérou subit le phénomène de la fuite des cerveaux : les départs des médecins qualifiés s’estiment à environ 1000 départs par an environ, fragilisant davantage les ressources humaines disponibles sur l’ensemble du territoire. Le manque de moyens et de personnels favorise une inégalité dans les espaces ruraux du pays.

Parmi les différents aspects de la santé, le Pérou est confronté à des indicateurs épidémiologiques alarmants concernant la santé materno-infantile, qui regroupe la santé maternelle et la dénutrition infantile.

---

<sup>3</sup> HOCH, Camille, “L’adaptation culturelle des soins dans les populations andines du Pérou : intérêts et limites”. Médecine humaine et pathologie. 2012. fhal-01874458f

<sup>4</sup> Les “*Postas*” sont des postes de santé, établissements moins complexes que les hôpitaux, ils se trouvant plutôt dans les centres urbains et font partie d’un réseau d’assistance sanitaire.

### 1.1.1 La malnutrition :

La malnutrition se définit par l’OMS comme les carences, excès ou déséquilibres de l’apport calorique et de nutriments d’une personne. Elle se caractérise par trois formes :

- La dénutrition, qui inclut l’émaciation (amaigrissement prononcé, un poids insuffisant par rapport à la taille), le retard de croissance (une taille insuffisante pour l’âge), et l’insuffisance pondérale (un poids insuffisant pour l’âge).
- Les carences, excès et déséquilibres en vitamines ou minéraux ;
- Le surpoids, l’obésité et les maladies non-transmissibles qui sont liées à l’alimentation (diabète, cancers etc.).

Le Pérou est touché notamment par la dénutrition infantile et l’anémie, qui touchent plus de 12% des enfants du pays en 2018<sup>5</sup>. La dénutrition infantile provoque notamment une anémie nutritionnelle, c’est-à-dire un manque de fer dû à des carences alimentaires qui peuvent débuter très tôt dans la vie d’un individu. L’anémie est estimée à partir du niveau d’hémoglobines dans le sang, s’il n’y en a pas assez, cela va provoquer des carences en fer, en vitamines, et en acides foliques. Au Pérou, l’anémie affecte 4 enfants sur 10, de moins de trois ans, les chiffres étant plus élevés dans les zones rurales.

La dénutrition débute dès la vie prénatale. Le lait maternel prévient les infections respiratoires aiguës et renforce le système immunitaire de l’enfant, et c’est la raison pour laquelle l’OMS recommande fortement l’allaitement du nourrisson durant les premières semaines de vie, car il satisfait ses besoins nutritionnels. Si la mère souffre de dénutrition et/ou est anémiée, elle ne sera pas en mesure de transmettre les apports nécessaires au fœtus. À la naissance, le nouveau-né aura déjà des carences nutritionnelles. Ensuite, les premières années de vie représentent un enjeu, car un enfant en bas âge (moins de 5 ans) aura des besoins importants du fait du développement de son cerveau, de ses capacités cognitives, et de son corps.

---

<sup>5</sup> Instituto Nacional de estadísticas e informática, “Desnutrición crónica afectó al 12,2% de la población menor de cinco años de edad en el año 2018” [en ligne], 01/02/2019. Disponible sur : <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-122-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-de-edad-en-el-ano-2018-11370/> [Consulté 18.06.2021]

Les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants en bas âge sont donc davantage exposés à la dénutrition, car elle représente des enjeux importants sur leur santé et leur développement.

Les causes et effets de l'anémie sont de nature sanitaire mais aussi sociale. En ce qui concerne la santé, la dénutrition entraîne des retards de croissance chez les enfants, des fatigues chroniques, un retard de développement cérébral, cognitif et physique. L'enfant aura plus de probabilités de développer des maladies respiratoires, cancers, défaillance d'organes, pathologies liées à l'appareil digestif, ou encore de développer des troubles mentaux et des problèmes de dépendances (alcoolisme etc.). D'un point de vue social, les fatigues chroniques entraînent un manque de concentration des enfants à l'école, ce qui peut influencer l'analphabétisme et nuire à leur développement économique. Cet appauvrissement peut engendrer la dénutrition et entraîner de fait la perpétuation du cercle de la pauvreté<sup>6</sup>.

#### 1.1.2 La santé maternelle :

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la santé maternelle a un impact sur la santé des enfants, car l'allaitement est une réponse à la dénutrition infantile. Parce que la santé maternelle est liée à celle des enfants, nous parlons de santé materno-infantile<sup>7</sup>. Elle se définit par une prise en charge de l'alimentation de la femme enceinte, par le suivi de soins pendant l'accouchement et durant les premières semaines de vie du nouveau-né. Selon l'OMS, *“Toutes les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals pendant la grossesse, bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et recevoir des soins et un soutien au cours des semaines qui suivent cet accouchement”*. 75% des complications qui surviennent ou s'aggravent durant sa grossesse, l'accouchement ou dans la période post-partum, sont des complications obstétriques comme une

---

<sup>6</sup> OMS, “Malnutrición” [en ligne], 01.04.2020. Disponible sur : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> [Consulté le 18.06.2021]

<sup>7</sup> VALVIDIA, Martín, DÍAZ, Juan José (2007). La Salud materno-infantil en el Perú : Mirando hacia dentro y fuera del sector salud. Dans : Zegerra Eduardo (dir.), *Investigación, políticas y desarrollo en el Perú*. (p. 539-602.). Grade.

hémorragie sévère, des infections liées à de mauvaises pratiques médicales ou personnelles, ou encore durant la grossesse, comme de l'hypertension. En dehors de cela, il est important de considérer les pratiques d'avortement qui, effectuées dans de mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité, peuvent nuire à la santé voire la vie des femmes. Enfin, une partie des complications sont associées à des maladies comme le paludisme ou le VIH durant la grossesse<sup>8</sup>.

Les complications durant la grossesse et l'accouchement représentent un risque de mortalité très élevé au Pérou, notamment dans les régions rurales<sup>9</sup>. Dans les années 2000 au Pérou, la mortalité maternelle s'élevait à 165 cas pour chaque 100 000 enfants nés vivants<sup>10</sup>. En 2020, sur 183 décès de femmes liés à la grossesse, l'accouchement ou encore la période post-partum, 56.8% étaient âgées d'entre 20 et 35 ans ; 29.5% avaient plus de 35 ans, et 13.7% avaient moins de 19 ans. Sur ces 183 décès, 53.8% étaient liés directement à des complications obstétriques dues à de mauvaises interventions, traitements incorrects ou oublis survenus lors de la prise en charge médicale, et enfin 40% étaient causés par des maladies qui sont survenues ou se sont aggravées durant la grossesse<sup>11</sup>.

La dénutrition infantile ainsi que la santé maternelle sont liées et représentent des enjeux sanitaires mais aussi économiques et sociaux pour l'État Péruvien, du fait des problématiques et des répercussions importantes qu'elles engendrent<sup>12</sup>. Pour pallier ces problèmes<sup>13</sup>, le pays a mis en œuvre plusieurs programmes et politiques de développement, néanmoins les inégalités perdurent dans les zones reculées et pour les populations autochtones.

---

<sup>8</sup>OMS, « Mortalité Maternelle » [en ligne], 19.09.2019. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=Toutes%20les%20femmes%20doivent%20avoir,nouveau%2Dn%C3%A9s%20sont%20%C3%A9troitement%20li%C3%A9es.>

[Consulté le 18.06.2021]

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> VALVIDIA, Martín, DÍAZ, Juan José (2007). La Salud materno-infantil en el Perú : Mirando hacia dentro y fuera del sector salud. Dans : Zegerra Eduardo (dir.), *Investigación, políticas y desarrollo en el Perú*. (p. 539-602.). Grade.

<sup>11</sup> MINSA, "Números de muerte maternas anual" [en ligne], 2020. Disponible sur :

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2020/SE24/mmaterna.pdf> [Consulté le 18.06.2021].

<sup>12</sup> MARIÑOS-ANTICONA, Carlos. Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú. *Revista peruana de epidemiología*. ISSN 1609-7211, 2014, 8 pages.

<sup>13</sup> MINSA, *Documento de plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014 - 2016*, Lima, 2013, 108 pages.

## 1.2 Problème d'accès à la santé pour les populations autochtones

### 1.2.1 Éloignement géographique :

Si en Amérique Latine il existe plus de 400 peuples originaires, soit 45 millions d'individus autochtones, au Pérou nous pouvons compter plus d'une cinquantaine de peuples originaires sur l'ensemble du territoire, résidant majoritairement dans les zones rurales des trois grandes régions : le littoral à l'Ouest "La Costa", la côte des Andes, "Cierra" et la partie Amazonienne à l'est, la "Selva". Dans chacune de ces zones sont présents divers peuples autochtones spécifiques. Parmi les plus connus, les peuples Awajún, Kichwa, Quechuas, Aimara (qui se trouvent majoritairement dans la zone Cierra), ou encore les Achuar (habitant vers la Selva).

La marginalisation des populations autochtones se caractérise par un accès limité et difficile aux services sociaux, provoquant souvent l'analphabétisme d'une partie ou de toute la communauté, des problèmes à l'obtention et la conservation d'un emploi, et une mauvaise prise en charge médicale<sup>14</sup>. En termes de santé, les zones rurales montrent des indicateurs épidémiologiques alarmants<sup>15</sup>. Si l'âge moyen de décès au Pérou est de 64 ans, 50% des décès survenus chez les individus autochtones surviennent vers les 40 ans.

Selon une l'enquête démographique de santé familiale "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar" (ENDES)<sup>16</sup> la dénutrition chronique infantile chez les enfants de moins de 5 ans dans la région amazonienne s'élève en 2013 à 24.1%, et les départements les plus touchés sont Huancavelica (42,4%), Cajamarca (35,6%), Loreto (27,7%), Apurímac (29%), Ayacucho (29%), Amazonas (27,1%) y Ucayali (24,5%)<sup>17</sup>. Plusieurs études comparatives concernant l'état de la nutrition

---

<sup>14</sup> ARAUJO, Miguel ; MORAGA, Cecilia ; CHAPMAN, Evalina ; BARRETO, Jorge ; ELLANES, Eduardo. *Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas*. Rev Panam Salud Publica. 2016;(40)5:371–81.

<sup>15</sup> DÍAZ Adrian, ARANA Ana, VARGAS-MACHUCA Rocio, ANTIPIORTA Daniel. Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(1):49–56.

<sup>16</sup> Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES", 2014.

<sup>17</sup> FLORES-BENDEZÚ, Janet ; CALDERÓN, Juan ; ROJAS, Betty ; ALARCÓN-MATUTTI, Edith ; GUTIÉRREZ, César. Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú – Análisis de la

d'enfants de moins de 5 ans, ont montré des écarts notables entre les départements majoritairement peuplés par des communautés autochtones, et les moyennes nationales. Par exemple, une étude de l'OPS dans la région Amazonienne démontre un pourcentage plus haut d'enfants autochtones en situation de dénutrition (plus de 50%), en comparaison d'un pourcentage plus bas pour les enfants non-autochtones (12.2% dans le département de Bagua, et 31.7% dans le département de Condorcanqui)<sup>18</sup>.

En ce qui concerne la santé maternelle, les indicateurs épidémiologiques sont plus importants dans les zones rurales que dans les espaces urbains. Les femmes autochtones affrontent des complications spécifiques dues à leurs origines ethniques. En effet, selon le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), il existe beaucoup de maltraitance obstétriques au Pérou<sup>19</sup>. De plus, les hôpitaux manquent cruellement de services adaptés d'un point de vue interculturel, comme des maisons d'attentes (conçues pour que les femmes et leurs familles puissent attendre l'accouchement), ou encore des salles prévues pour l'accouchement vertical, et une assistante adaptée à cette pratique médicale.

L'éloignement des communautés vis-à-vis des structures de santé joue un rôle important concernant la morbidité répertoriée dans les zones rurales. Nous l'avons évoqué, les établissements ainsi que les professionnels de santé sont inégalement répartis sur le territoire et provoquent des déserts médicaux importants. Les centres de santé et personnels qualifiés se trouvent dans les centres urbains, qui sont éloignés des communautés habitant dans des zones reculées. Selon le recensement des communautés Natives "*Censo de Comunidades Nativas*"<sup>20</sup>. Pour

---

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar in Anales de la Facultad de Medicina Fac. med. vol.76 no.2 Lima abr./jun. 2015.

<sup>18</sup> YON LEAU, Carmen. Informe final del proyecto: salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú. Lima : instituto de estudios peruanos, 2017, 214 páginas.

<sup>19</sup> UNFPA, "Regiones con altas tasas de mortalidad materna enfrentan serios desafíos para asegurar la calidad en la atención de la salud materna" [en ligne], 31.01.2017. Disponible sur : <https://peru.unfpa.org/es/noticias/regiones-con-altas-tasas-de-mortalidad-materna-enfrentan-serios-desaf%C3%ADos-para-asegurar-la>. [Consulté le 18.06.2021]

<sup>20</sup> INEI, "censo de comunidades nativas resultados definitivo", [en ligne], 2018. Disponible sur : [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1598/TOMO\\_01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1598/TOMO_01.pdf) [Consulté 18.06.2021]

toutes les communautés natives recensées, 67% des communautés natives n'ont pas accès à un d'établissement de santé.

### 1.2.2 Éloignement culturel :

À ces éloignements physiques des structures de santé, s'ajoute un éloignement culturel, c'est-à-dire des incompréhensions entre le personnel médical des centres et les usagers autochtones, dont les conceptions et pratiques culturelles diffèrent. Tout d'abord, il est question d'inadéquation de langage : les professionnels médicaux parlent en général espagnols. Ensuite, il est nécessaire de comprendre que la maladie est différemment expliquée et interprétée, en fonction des schémas culturels dans lesquels nous nous inscrivons. La maladie est comprise au travers d'un principe de causalité, c'est-à-dire que les causes qui sont attribuées à une maladie, à un trouble, ou même à la mort, sont expliquées culturellement<sup>21</sup>. En ce qui nous concerne par exemple, nous considérons la COVID-19 au travers d'une classification des maladies. La COVID-19 appartient à la famille des virus, plus spécifiquement des coronavirus (CoV), et ses causes originelles sont expliquées par de multiples interprétations entre réchauffement climatique, régime carné, exploitation animale intensive, etc.

La conception biomédicale, à la base de notre système et nos interprétations de la santé, est inscrite dans une cosmovision, régie par une logique scientifique empirique. Certaines communautés autochtones, comme les Aïmaras à titre d'exemple, considèrent un monde invisible et un monde tangible, qui peuvent, sous certaines conditions, interagir. Dans ce schéma culturel, une maladie peut être l'expression d'un phénomène invisible, la volonté d'un ancêtre par exemple, ou bien le résultat des pratiques de sorcellerie. Comprendre le principe de causalité nous permet de faire un point sur l'importance de la représentation de la maladie. En effet, chaque culture évolue dans un processus qui lui est propre, et interprète le monde, la vie, la mort, la santé, la maladie, etc. Les réponses apportées à la maladie et les catégorisations, modèles, pratiques relatifs à la santé font partie de la cosmovision culturelle intégrée par l'individu, et qui le conditionne. C'est pour cela que les

---

<sup>21</sup> ZEMPLÉNI, Andras, 1985, Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, Paris, Société d'Ethnographie : 218 p.



réponses apportées par un groupe social ne seront pas validées par un autre groupe, et qu'il est nécessaire d'intégrer une dynamique interculturelle dans les processus de soins dédiés à des communautés culturellement différentes. Lors d'un diagnostic, si le/la médecin explique les causes et les effets d'une maladie à un usager qui interprète d'une toute autre manière le monde et la santé, il y aura une incompréhension culturelle, et donc le soin n'aboutira pas ou pas aussi bien que si l'usager et le médecin parlent le même langage culturel<sup>22</sup>.

---

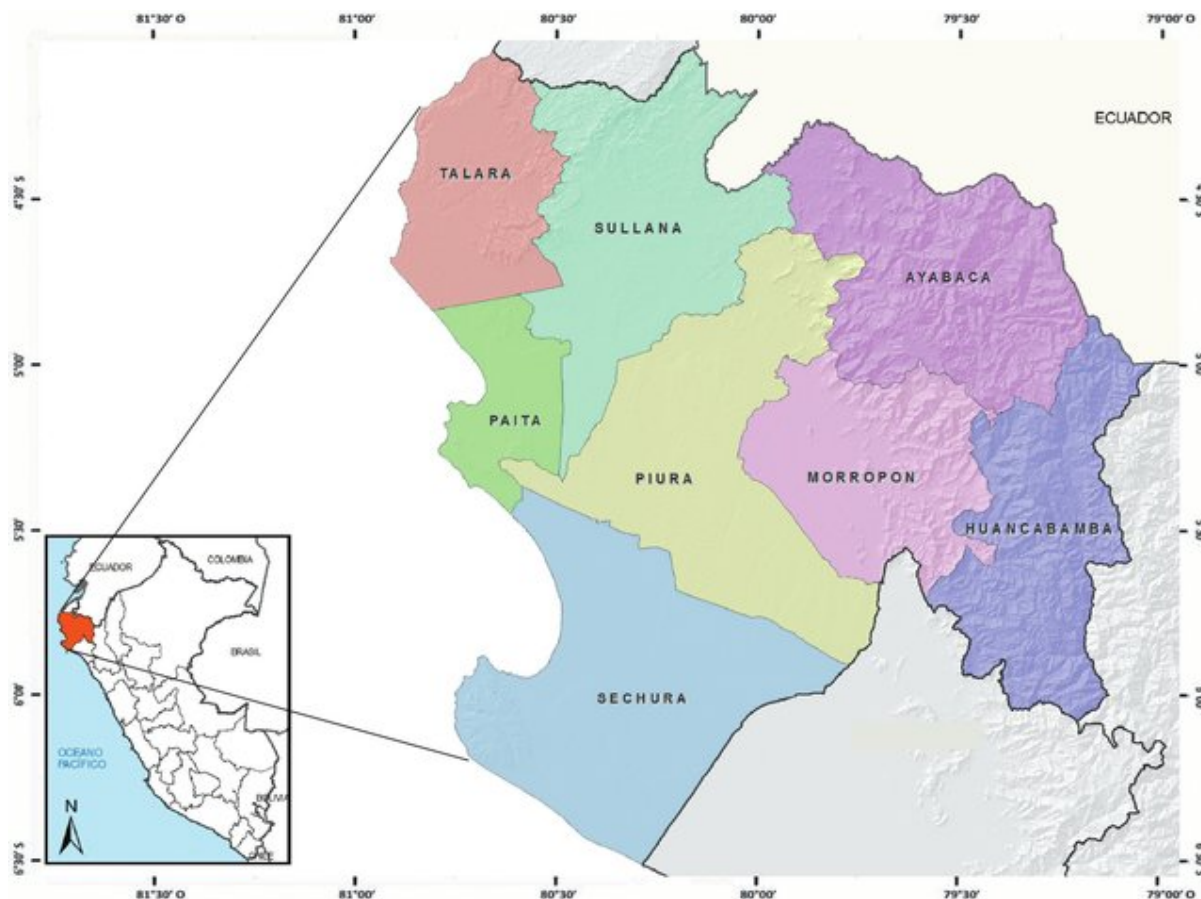
<sup>22</sup> OPS, *La salud de los pueblos indígenas de las Américas : conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*, Washington, OMS, 2010.



## PARTIE 2 : Répondre aux besoins sanitaires de la communauté de Chilcapampa, dans le département de Piura.

### 2.1 Contexte et enjeux dans le département de Piura

Le département de Piura se trouve au Nord du Pérou, il est composé de plusieurs provinces : Talara, Sullana, Ayabaca, Piura, Huancabamba, Morropon et Sechura. Beaucoup de communautés quechua résident dans le département de Piura, comme la communauté de Chilcapampa, qui se trouve dans la province de Huancabamba, dans les hauteurs des cordillères des Andes.



Source :

[https://www.researchgate.net/publication/341522312\\_Listado\\_Preliminar\\_de\\_Mantodea\\_Blattodea\\_y\\_Orthoptera\\_Insecta\\_de\\_la\\_region\\_de\\_Piura\\_Peru/figures?lo=1](https://www.researchgate.net/publication/341522312_Listado_Preliminar_de_Mantodea_Blattodea_y_Orthoptera_Insecta_de_la_region_de_Piura_Peru/figures?lo=1)

### 2.1.1 La santé materno-infantile et l'anémie dans le département de Piura.

Dans le département de Piura, la présence d'anémie infantile aujourd'hui s'élève à 42.8%, et la dénutrition infantile à 12.2%. Ce taux est plus important que la moyenne nationale, et l'a été depuis les années 2010. En ce qui concerne la dénutrition chronique infantile, le taux représente environ 15,3%. Sachant que la dénutrition cause des troubles chez les enfants de moins de 5 ans, ces chiffres restent alarmants et représentent un frein au développement sanitaire et social de la région, et du pays<sup>23</sup>.

En ce qui concerne la santé materno-infantile sur l'ensemble du département, les indicateurs de morbidité sont élevés. 48.7% des motifs d'hospitalisation sont liés à la grossesse et à l'accouchement. Les troubles pendant la grossesse, comme des complications de la cavité amniotique et du développement du fœtus, s'élèvent à 70.6%. La morbidité lors de l'accouchement représente 16.1%.

La mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes a diminué à 73.6 pour l'année 2013. Les principales causes de mortalité sont la pré-éclampsie (50%) et l'hémorragie du troisième trimestre (16,7%), indicateurs qui ont baissé au fil des années, mais qui restent importants pour le développement sanitaire de la région. 70% des causes de la mortalité maternelle sont liées à des raisons obstétriques directes, 27% à des causes obstétriques indirectes, et 3% à des causes autres, ce qui met en exergue l'importance d'une attention sanitaire menée par des professionnels de santé qualifiés, et dans un établissement de santé équipé, durant tout le processus de la grossesse, de l'accouchement et de l'étape post-partum. Pour le département de Piura, l'accouchement institutionnel, c'est-à-dire l'accouchement pris en charge dans un service de santé par un personnel spécialisé, et qui se déroule selon les pratiques biomédicales en position horizontale, est de 86.4% dans la région contre 91.9% pour la moyenne nationale en 2016. L'attention prénatale par médecin est de 42.7%, l'accouchement pris en charge par un médecin est de 61,7% et par une obstétricienne, 24,7% et 8.3% par une accoucheuse.

---

<sup>23</sup> LLANOS, Fernando, "Diagnóstico situacional de salud y del aseguramiento universal en salud. Región Piura" [en ligne], Date de publication. Disponible sur : <https://www.diresapiura.gob.pe/documentos/Asis/ASIS-15-DE-MARZO-2018-VERSION02-ABRIL2018.pdf>. [Consulté le 18.06.2021]

Le taux de mortalité néonatale, soit la mort d'un enfant entre sa naissance et les premiers 28 jours de vie, dans le département de Piura s'élève à un taux de 27 pour mille naissances vivantes.

### 2.1.2 Pratiques des communautés Quechua :

La communauté de Chilcapampa est une communauté andine et fait partie du groupe ethnique quechua. Elle se situe dans les montagnes du district de Huarmaca, dans le département de Piura. La langue parlée est le "*quechua incahuasi cañaris*". La communauté ne compte pas d'autres infrastructures ni d'accès aux services publics comme l'eau courante et l'électricité. Le territoire de Chilcapampa se trouve dans une zone montagneuse des Hautes Andes une zone nommée ("*Alto Andino*"), à la frontière de Cajamarca, qui se caractérise par un climat propre au climat de la cordillère des Andes : froid et sec avec une basse pression atmosphérique. Cette zone se définit par une saison de fortes pluies, qui commence généralement au mois de septembre jusqu'au mois de mai<sup>24</sup>. Ces fortes pluies provoquent des éboulements de boue et empêchent le trajet entre la communauté et la ville d'Olmos qui se trouve à environ 3 heures de marche.

La communauté fait face à un éloignement culturel des pratiques de soins conventionnelles. L'accouchement et les soins prénataux et post-partum sont très différents des pratiques biomédicales utilisées dans les établissements de santé conventionnels, dans lesquels sont pratiqués seulement l'accouchement en position horizontale. Les futures mères sont souvent seules, dépossédée de leurs effets personnels, dans un endroit aseptisé, non chauffé et sans présence de leurs familles qui joue un rôle important dans le processus de parentalité. Il est d'usage d'enfanter en présence de l'époux (père des enfants) qui a le rôle d'apporter à la mère un soutien émotionnel<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> SENAMHI-Perú "Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú. Caracterización Climática y escenarios climáticos de la región Piura" [en ligne], 2016. Disponible sur : <http://siar.regionpiura.gob.pe/documentos/repositorio/2585.pdf>. [Consulté le 18.06.2021]

<sup>25</sup> MINSA, El Parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú. Lima : MINSA, 2000, 255 páginas.

Le fait que le personnel médical, revêtant des blouses blanches et incarnant des figures d'autorité, s'expriment en espagnol le plus souvent et non en langue vernaculaire, génère une intimidation et une incompréhension de la part des usagères rurales. Les pratiques médicales conventionnelles comme l'accouchement horizontal dans des endroits froids, la catégorisation des usagères comme "patientes", et l'impossibilité d'être entourées de leurs proches sont autant de facteurs qui éloignent les femmes des soins conventionnels et établissements de santé<sup>26</sup>. La maison d'attente d'Olmos permet d'accueillir les femmes enceintes ainsi que leurs familles, mais la communauté ne s'y dirige pas ou peu.

L'accouchement est un processus biologique qui s'inscrit dans des cosmovisions culturelles diverses. Pour les communautés quechua, auxquelles la communauté de Chilcapampa appartient, la période prénatale est prise en charge par des accoucheuses ("*parteras*"), des sages-femmes traditionnelles qui sont en général des femmes d'un certain âge, reconnues et respectées dans la communauté, et détiennent un savoir qui se transmet le plus souvent par leurs mères et grand-mères, ou dans certains cas, parce qu'elles ont appris avec leur propre accouchement. Leur statut est acquis en fonction des naissances qu'elles prennent en charge par vocation. En effet, les accoucheuses ne sont pas rémunérées pour les soins qu'elles donnent. La communauté, surtout les femmes, ont confiance en elles et en leurs expériences.

Les soins qu'offrent les accoucheuses sont en général des remèdes phytothérapeutiques : elles utilisent des plantes médicinales pour réchauffer, soigner selon les codes culturels de la communauté. Elles soignent les douleurs post-partum ou prénatales, et assistent les femmes et familles durant le processus d'accouchement en fonction de positions spécifiques. Par exemple, elles prodiguent des soins spéciaux, comme la purge de l'utérus (*purgar el útero*) pour que le nourrisson naisse sain. Il s'agit de boissons chaudes, notamment du maté d'herbes de ("*trinidad*"), ("*chalcарosa*") ou ("*siempreviva*"). La position utilisée par la femme durant l'accouchement est très importante. En effet, selon la cosmovision des communautés quechua, il est nécessaire d'accoucher de manière verticale (en se soutenant avec une corde), ou bien d'accoucher sur les genoux et les mains, ou

---

<sup>26</sup> CHIRAPAQ, "Informe sobre maltrato y violencia contra las mujeres indígenas durante la atención de salud reproductiva, con enfoque en parto". Lima, 2019, 12 páginas.

encore en se tenant debout, appuyée sur un objet en hauteur. Dans tous les cas, il est d'usage d'accoucher en position verticale et non horizontale<sup>27</sup>.

En ce qui concerne l'alimentation, les communautés Quechua utilisent des techniques de conservation des aliments nommé "*charquis*", et des recettes riches en fer typiquement péruviennes telles que la "*sangrecita*". Par contre, l'étude ethnographique de l'anthropologue Gustavo Reto Yarlequé nous démontre que la communauté de Chilcapampa n'a pas une alimentation très riche en fer. Les techniques alimentaires des familles ne sont pas très favorables à la prévention et au contrôle de l'anémie.

## 2.2 Un projet communautaire en santé interculturelle est-il adapté ?

### 2.2.1 La "*partera*" comme agent communautaire en santé :

Les accoucheuses fournissent des soins inscrits dans une dimension culturelle. Elles sont les référentes en termes de santé materno-infantile. Leur rôle et leurs compétences sont des leviers de changement<sup>28</sup> intéressants dans le cadre d'un projet socio-sanitaire. Intégrer leurs capacités en leur donnant le statut d'agent de santé communautaire permettra de créer une médiation entre les acteurs conventionnels de la santé et la communauté.

Un agent communautaire est généralement membre de la population bénéficiaire d'un projet de développement local. Il assure une médiation entre la communauté, les parties prenantes et les porteurs de projet, afin d'assurer le changement désiré. Les agents communautaires assurent la durabilité des projets, car ils sont ancrés dans un groupe cible. Ils permettent d'orienter les familles vers des établissements ou des professionnels médicaux, et peuvent aussi leur donner des soins. De cette manière, ils pérennisent un projet. La formation de ces agents de santé est une stratégie souvent mise en place dans des projets à caractère

---

<sup>27</sup> MINSa, El Parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú. Lima : MINSa, 2000, 255 páginas.

<sup>28</sup> OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre, 1995, Anthropologie et développement, KARTHALA Editions, Paris : 224 p.

communautaire et dans la logique de l'approche orientée changement (AOC). En effet, intégrer un ou plusieurs membres d'une communauté dans le système de santé renforce les capacités de celle-ci tout en leur permettant de conserver ses pratiques et son identité culturelle.

Dans notre cas de figure, les accoucheuse peuvent assurer une médiation entre les soins conventionnels et les soins traditionnels en orientant le cheminement thérapeutique des personnes vers d'autres acteurs de santé, comme un médecin, un obstétricien ou un infirmier<sup>29</sup>.

### 2.2.2 Un projet intégré à des stratégies nationales et internationales et sur des projets similaires :

L'aspect communautaire de notre projet et notre volonté de créer une gestion interculturelle de santé répond à la logique de reconnaissance des droits des peuples autochtones, enjeu qui a soulevé de nombreux débats à la fin des années 1980 dans la région panaméricaine. Diverses organisations représentatives des peuples autochtones revendiquent leurs droits, leur identité et leur reconnaissance dans les politiques nationales. Nous pouvons prendre l'exemple de l'organisation comme AIDSESP ("*Asociación Interétnica de Desarrollo de la Amazonía Peruana*"), constituée dans les années 1980 et qui continue aujourd'hui de transmettre les demandes des peuples aux autorités péruviennes locales et nationales et de défendre leurs droits. Dans les années 1990, l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS), bureau détaché de l'OMS<sup>30</sup>, propose de considérer la santé et le bien être des peuples autochtones et de prendre en compte les signifiants culturels différents de la santé dans les débats et politiques internationaux. En 2007, les Nations Unies adoptent la Déclaration sur les Droits des Peuples Autochtones et

---

<sup>29</sup> OMS, L'Agent de santé communautaire : guide pratique, directives pour la formation, directives pour l'adaptation, Genève, Ed. rév. et aug, 1987, 507 pages.

<sup>30</sup> L'OMS, l'Organisation Mondiale de la Santé est une agence spécialisée de l'ONU, elle est implantée dans plusieurs pays membres dans lesquels elle est représentée par des bureaux détachés. Dans la région panaméricaine, il s'agit de l'OPS, l'Organisation Panaméricaine de la Santé. L'OPS Pérou se charge de mettre en œuvre des programmes de développement sanitaire et d'assurer une veille de la situation sanitaire du pays. Elle collabore sur beaucoup de programmes avec le MINSA, et divers organismes de développement, comme des ONG, des institutions, les autorités locales et nationales, etc. Les pays membres s'alignent sur ces plans stratégiques, et mettent en place des programmes et projets de développement.



mettent en exergue l'importance du droit des peuples autochtones à l'autodétermination. Le respect pour les cultures indigènes et leur conservation, devient une priorité dans les projets de développement. L'OPS va alors considérer la santé comme intégrale ou globale, c'est-à-dire que la santé représente un état de bien-être physique, émotionnel et social d'une personne. Prendre en compte le facteur social dans la santé va amener les projets de développement à prendre en considération les déterminants socio-culturels et les croyances relatives à la santé et la maladie de la population ciblée.

Avec l'initiative de l'OPS de mettre en place des plans internationaux intégrant les différences culturelles dans les politiques publiques de santé, de nombreux programmes ont commencé à s'orienter vers l'adaptation culturelle des soins<sup>31</sup>. Le Ministère de la Santé péruvien a mis en place des stratégies nationales pour permettre une adaptation interculturelle des soins et donc pour diminuer le taux de mortalité et de morbidité relatif à la dénutrition, l'anémie infantile et la santé maternelle.

Par exemple, en 2005, il a rédigé une norme technique établissant la prise en charge de l'accouchement vertical, une pratique culturelle des communautés andines, et a introduit les pratiques culturelles locales adaptées aux besoins et aux pratiques des communautés. L'une des stratégies du MINSA dans les années 2000-2010 pour réduire la morbidité de la santé maternelle, était de mettre en place des maisons d'attentes pour améliorer l'accès aux soins des femmes dans les zones éloignées. Ces maisons d'attentes permettent aux femmes enceintes d'attendre l'accouchement dans un endroit qui soit culturellement adapté, en présence de ses proches et des accoucheuses, en fonction de la demande et des besoins. Ce lieu permet aux familles éloignées de se rendre aux centres et de rester jusqu'à l'accouchement. De plus, le personnel de santé des centres reçoit une formation pour adapter ses pratiques, pour proposer notamment un accompagnement pour l'accouchement vertical. La présence de la famille et des proches des usagères peut être indispensable, pourtant selon les normes des hôpitaux, un accouchement ne permet que la présence d'un accompagnant.

---

<sup>31</sup> NUREÑA, Cesar R. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Lima : Rev Panam Salud Publica 26(4):368-76, 2009.

Ensuite en 2020, le MEF en collaboration avec le MINSA lance un programme incitatif pour améliorer la gestion municipale en proposant des guides techniques d'intervention. L'une d'entre elles est le guide pour la réalisation de l'objectif 4 "Actions des municipalités pour promouvoir la prévention, réduction de l'anémie et une alimentation adéquate" (*"Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de la anemia"*). Cinq millions de soles ont été destinés à la gestion de l'Objectif 4, dont la stratégie vise à renforcer les capacités des acteurs municipaux et communautaires afin que ceux-ci développent des actions de lutte contre l'anémie et la malnutrition. Huit cent soixante-cinq municipalités, présentant une prévalence d'anémie infantile, participent aujourd'hui à la réalisation de cet objectif<sup>32</sup>.

Aujourd'hui, plusieurs documents techniques sont diffusés dans les établissements de santé et de nombreux programmes nationaux s'orientent vers les communautés autochtones ou intègrent une dimension interculturelle dans les politiques de développement sanitaire du pays. L'OPS en parallèle a mis en place des plans stratégiques d'action en faveur de l'amélioration de la santé des peuples autochtones dans la région panaméricaine. Nous pouvons citer les plans d'actions et plans stratégiques les plus récents : "*La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia 2016-2030*" ou l'initiative "*Cero muertes maternas*" : "*La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia 2016-2030*" est un plan stratégique créé en 2015 par l'OMS pour la période de 2016-2030, en vue de réduire la mortalité materno infantile d'ici à 2030. L'OMS propose des actions pour la prévention et la réduction de l'anémie chronique et de la nutrition infantile puis la réduction de la morbidité et mortalité maternelle. Le plan présente une stratégie d'action participative et communautaire, intégrée dans les politiques nationales, et prend en compte que les interventions doivent prendre en compte les différences culturelles des groupes ou communautés bénéficiaires. Le plan évoque le terme d'agent communautaire, d'acteur de changement, et met en exergue l'impact positif et durable lorsque la communauté participe et gère son changement, et quand celui-ci est adapté à son contexte culturel.

---

<sup>32</sup> MINSA, MEF, Guía para el cumplimiento de la meta 4 : Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de la anemia. Lima, 2020, 59 pages.

“*Cero muertes maternas*” est une initiative de l’OPS mise en place en 2014. Elle dénonce des indicateurs de mortalité maternelle importants et un mauvais accès aux services de santé, notamment au Pérou. L’initiative cherche à réduire ce taux de mortalité en renforçant les services de santé des pays, en améliorant l’accès à la santé, de sensibiliser les populations et de former les personnels de santé. La stratégie utilisée cherche à autonomiser les femmes en faisant respecter leurs droits et leurs différences culturelles. Dans cette initiative aussi nous retrouvons l’approche participative et communautaire et la prise en compte des différences culturelles. En effet, certaines activités comme la formation d’agents communautaires de santé et le renforcement de la participation des accoucheuses traditionnelles, sont propres à l’approche communautaire et participative, et répondent à une logique d’*“empowerment”* des femmes et des communautés.

D’autres programmes sont en vigueur, ciblant ces mêmes objectifs et indicateurs et démontrant une approche communautaire, nous pouvons citer le “*plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*” ; “*la Estrategia y plan de acción para la salud integral de la niñez*” ; le “*plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*”.

#### Etude de cas de projets similaires :

En ce qui concerne la dénutrition infantile, nous pouvons prendre en exemple un projet de 2019 de l’ONG Action contre la Faim s’inscrivant dans la lutte contre l’anémie des milieux ruraux du pays. Ce projet était dédié à une communauté autochtone de la province de Huanta, à Ayacucho, et visait à sensibiliser la communauté pour favoriser une alimentation plus riche en fer surtout pour les enfants, tout en faisant la promotion de techniques ancestrales de conservation d’aliments consommés traditionnellement par la communauté, appelées “*charqui*”. Ce projet a permis de réduire l’anémie de 12% dans la province d’Huanta, région d’Ayacucho<sup>33</sup>. Selon le coordinateur des programmes d’Action contre la Faim au

---

<sup>33</sup> Action contre la Faim, “Réduire la malnutrition grâce à des techniques ancestrales” [en ligne], 14/03/2019. Disponible sur : <https://www.actioncontrelafaim.org/a-la-une/reduire-la-malnutrition-grace-a-des-techniques-ancestrales/>. [Consulté le 18.06.2021].

Pérou, une demi-cuillerée de “*charqui*” couvre les besoins quotidiens en fer<sup>34</sup>. Si les familles ne souhaitent pas prendre de “*chispitas*”, un complément alimentaire plein de fer, pour des raisons culturelles ou religieuses, l’utilisation du “*charqui*” sera un excellent moyen de pallier l’anémie et remplacera la prise régulière des “*chispitas*”.

Nous pouvons prendre exemple les stratégies de l’ONG Samusocial Perú, dont l’objectif principal est la réduction de l’anémie infantile dans les quartiers marginalisés de Lima (Ate et Santa Rosa)<sup>35</sup>. Leur méthodologie est ambulatoire et propose un suivi régulier des enfants, de leur croissance et de leur état de santé dans un centre prévu à cet effet, ainsi que des ateliers participatifs visant à sensibiliser et à partager des techniques alimentaires saines et permettant aux mères de soigner l’anémie de leurs enfants, et surtout de prévenir la maladie. Enfin dans les deux projets, il est question de former des agents communautaires, c’est-à-dire de former des personnes de la communauté volontaires pour devenir promotrices de santé. Les promoteurs de santé sont formés et sensibilisés sur la prévention de l’anémie et se chargent de sensibiliser et former à leur tour leurs proches et autres personnes de la communauté. Dans le cas du projet du Samusocial Perú, une promotrice participait même à l’évaluation de l’état sanitaire du quartier bénéficiaire.

---

<sup>34</sup> Action contre la Faim, “Réduire la malnutrition grâce à des techniques ancestrales” [en ligne], 14/03/2019. Disponible sur : <https://www.actioncontrelafaim.org/a-la-une/reduire-la-malnutrition-grace-a-des-techniques-ancestrales/>. [Consulté le 18.06.2021].

<sup>35</sup> Samusocial Peru (s.d.). Notre intervention. Samusocialperu.org. <http://www.samusocialperu.org/ejes-de-intervencion/>

## PARTIE 3 : Amélioration des conditions materno-infantiles dans la communauté Chilcapampa, district de Huarmaca, Piura.

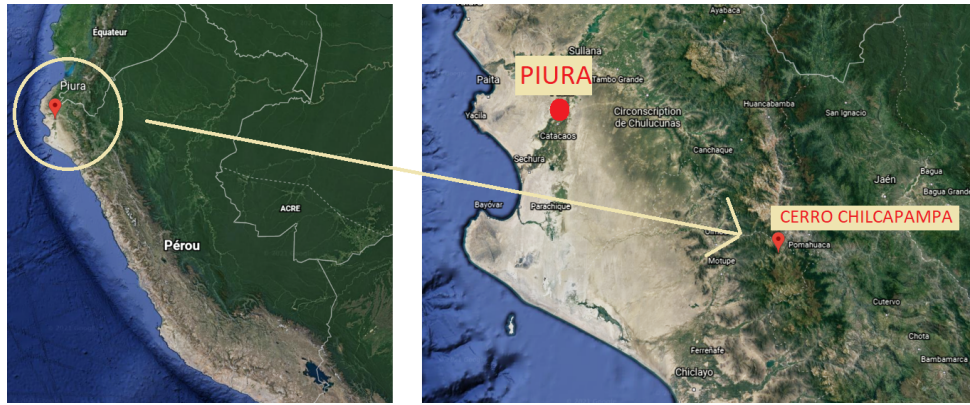
### 3.1 Contexte :

Au Pérou, il existe des déserts médicaux et l'accès aux soins dans les espaces ruraux s'avère moins important que dans les centres urbains. Les communautés qui y vivent sont marginalisées ce qui les maintient dans une situation de précarité et de vulnérabilité économique et sociale. La morbidité maternelle et l'anémie représentent des facteurs de risque pour la population, et plus particulièrement pour les communautés autochtones principalement Quechuas et Kichwa de le département de Piura. À hauteur de plus de 42%, l'anémie alarme la municipalité de Huarmaca.

En ce qui concerne la morbidité materno-infantile et selon la "DIRESA" (*"Dirección Regional de Salud"*) de Piura, trois quarts des morts maternelles proviennent de causes directes comme une hémorragie ou une rétention du placenta. La majorité des décès surviennent lors de la grossesse ou pendant la période post-partum et 73% d'entre eux ont lieu à l'hôpital. Une maison d'attente a été mise en place à Olmos en 2013 afin de remédier à l'éloignement géographique des populations rurales du département de Huarmaca. Cette maison permet aux usagers et leurs familles d'y séjourner afin d'être rapprochés des services de santé, mais certaines communautés ne s'y dirigent pas ou très peu du fait des disparités culturelles dans le traitement de la santé.

#### 3.1.1 Localisation du projet

La zone d'intervention a lieu sur le "caserio" de Chilcapampa (dénommé aussi "cerro" par les locaux) dans le district de Huarmaca, (province de Huancabamba) du département de Piura. Le projet prend en compte le centre de santé de la ville d'Olmos et sa maison d'attente.



*Google Earth, montage personnel.*



*Vue Panoramique du "caserio" de Chilcapampa. Rapport de l'anthropologue Gustavo Reto Yarlequé*

Un seul axe routier permet d'accéder au "caserio" de la communauté. Cet axe est difficile d'accès, notamment lors des saisons des pluies, qui provoquent des écoulements de boue. La communauté ne bénéficie pas de certaines infrastructures et n'a pas accès à certains services publics, comme l'eau potable ou l'électricité. La route est faite de terre, elle n'est pas goudronnée. Elle doit donc être restaurée tous les ans après la saison des pluies.



*Route pour accéder au hameau de Chilcapampa. Enquête d'Emilio Cordoba pour le projet "Mushuq Yurqay". 2015. <https://www.youtube.com/watch?v=l0c8hIX-ky8&t=242s>*

Cet axe est parcouru notamment par les professeurs qui travaillent à l'école *"Mushuq Yurqay"* et par des professionnels de santé qui interviennent parfois dans la zone avec un *botiquín* : du matériel de soins primaires. La communauté reçoit parfois des donations du *"Gobierno Regional"* et du MINSA, ainsi que du *"Comité Mujeres para Piura"*. Ces dons sont importants, néanmoins cela ne constitue pas une solution durable pour la communauté, que ce soit d'un point de vue alimentaire ou sanitaire, et cela ne permet pas non plus de la rendre autonome.

Le village d'Olmos détient plusieurs établissements de santé, parmi lesquels le centre d'Olmos et sa maison d'attente. Le centre propose des services de consultation de médecine générale, de pédiatrie, permet des analyses en laboratoire, tests rapides et antigéniques pour la COVID-19. Elle détient un service de radiologie, une pharmacie et un service d'urgence. Depuis 2018 avec le soutien de la société civile et de l'ONG *"Socios en Salud"*, le centre détient une zone d'internement COVID-19 et bénéficie de 10 lits équipés de points d'oxygène, de bouteilles d'oxygène et autres matériels, fournitures et médicaments nécessaires à la prise en charge des usagers touchés par le virus. Le personnel a été formé pour prodiguer des soins à tout patient présentant les symptômes associés à la COVID-19.

La maison d'attente d'Olmos est constituée de deux chambres, d'une salle à manger, d'une cuisine et d'une salle d'eau conçue pour l'hygiène et la toilette. L'enjeu sera de l'équiper en faisant participer les femmes afin qu'elles s'y sentent plus à l'aise et inciter ainsi les femmes à se diriger vers le centre de santé pour accoucher sous surveillance médicale.



Source : Gobierno regional de Lambayeque. Gerencia Regional de infraestructura.  
<https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/13446?pass=MTA2MA==>

### 3.1.2 Identification de la population et analyse ethnographique :

La communauté de Chilcapampa est une communauté Quechua, elle parle le "quechua incahuasi-cañaris", langue considérée comme une marque identitaire et culturelle importante par la communauté, qui en est très fière.

La communauté représente 150 habitants, dont environ 50 enfants. Elle réside dans le "caserio" Chilcapampa, situé dans les hauteurs des cordillères des Andes du district de Huarmaca dans la province de Huancabamba, (département de Piura). Le trajet entre la ville de Piura et le "caserio" est d'environ une dizaine d'heures et est fastidieux.

La COVID-19 a eu un impact sur les communautés rurales au Pérou. La pandémie a augmenté la pauvreté et l'insécurité alimentaire de la communauté. L'accès à la santé et à l'éducation a diminué ainsi que les revenus par foyer. En effet, les couvre-feux répétitifs et les mesures sanitaires, associés à l'éloignement géographique du "caserio" empirent la marginalisation de la communauté. Les familles n'ont pas les revenus nécessaires pour l'achat de masques chirurgicaux ou de gel hydroalcoolique. De plus, bien que certains gestes barrières soient aujourd'hui intégrés, une sensibilisation doit être réalisée concernant les mesures sanitaires relatives à la COVID-19.

Certaines femmes sont accoucheuses ("*parteras*") c'est-à-dire qu'elles assistent, conseillent, soignent et suivent les femmes qui souhaitent procréer, avorter, les femmes enceintes ou encore les jeunes mères dans les premiers jours de vie du nourrisson. Les "*parteras*" détiennent donc un rôle important dans la gestion de la santé materno-infantile de la communauté, d'autant qu'une grande confiance leur est attribuée.

Le détail ethnographique de la communauté est présenté en annexe 5 (*Cf. annexe 5 : Détail ethnographique de la communauté de Chilcapampa*).

### 3.1.3 La population bénéficiaire

Notre projet cible les enfants anémiés de la communauté de Chilcapampa et leurs familles, ainsi que les femmes ayant pour projet d'avoir un enfant.



#### 3.1.4 La demande

Suite à un projet de construction du centre éducatif “*Mushuq Yurqay*”, que nous détaillerons plus bas, les habitants de la communauté ont mis en exergue les mauvaises conditions de santé des enfants, qui sont souvent anémiés. De plus, les femmes ne se dirigent pas vers la maison d’attente d’Olmos, ce qui est la cause de la morbidité maternelle dans “*caserio*”.

### 3.2 Justification

#### 3.2.1 Éloignement géographique, un accès aux soins materno-infantils difficile :

Dans la communauté, les pratiques relatives à la grossesse sont ancrées dans des pratiques culturelles et symboliques. Les femmes accouchent chez elles, d’une part parce que c’est la coutume, et d’autre part, car l’accès au centre de santé d’Olmos est éloigné. Le chemin est long pour accéder au centre d’Olmos ou à la “*Posta*” la plus proche. Une “*Posta*” est une version simplifiée d’un hôpital offrant des services primaires de santé. Elle se responsabilise de certaines urgences.

Cet éloignement représente un risque en cas de complications liées à la grossesse, car les femmes ne peuvent pas être prises en charge en urgence par les équipes médicales. Elles n’ont pas non plus les moyens de s’y diriger rapidement. La maison d’attente d’Olmos permet de pallier en partie cette difficulté. Elle permet aux femmes de séjourner pour accoucher dans le centre de santé, mais l’accouchement vertical y est peu pratiqué, et le personnel de santé nécessite d’être formé et d’adapter ses compétences aux pratiques de la communauté.

Comme le rôle des accoucheuses est déterminant dans la gestion de la santé materno-infantile de la communauté, un pluralisme médical sera mis en place pour constituer une gestion pluri-médicale des soins entre les accoucheuses et le personnel du centre d’Olmos.

Le projet consiste à équiper la maison d’attente de la clinique d’Olmos afin de permettre aux femmes enceintes de la communauté de Chilcapampa de s’y rendre durant leur grossesse. L’équipement de la maison d’attente serait accompagné de campagnes de sensibilisation visant le personnel du centre d’Olmos, les accoucheuses et la communauté, ainsi que les autorités locales en vue de renforcer leurs capacités de manière durable. Des tables rondes seront mises en place afin de

créer un espace d'échange entre les accoucheuses et le personnel du centre d'Olmos et de créer un guide de gestion interculturelle en santé.

### 3.2.2 Forte prévalence de l'anémie infantile :

La majorité des enfants dans la communauté sont anémiés ou souffrent de malnutrition. Si la communauté de Chilcapampa détient quelques petits animaux et quelques ressources agricoles, leurs pratiques alimentaires ne sont pas très riches en fer et les familles ne détectent pas les symptômes de l'anémie.

Pour pallier l'anémie et la malnutrition, nous mettrons en place une campagne de sensibilisation alimentaire ainsi que des ateliers participatifs afin renforcer les capacités des familles par l'élaboration de recettes riches en fer et la conservation des aliments.

### 3.2.3 Notre projet s'inscrit dans la continuité de projets locaux :

#### Le projet du centre éducatif "Mushuq Yurqay" :

En 2009 la communauté Chilcapampa a obtenu de la part des services publics l'amélioration de l'accès à l'éducation des enfants grâce à la construction d'une école. Les familles ont demandé la construction d'une école dans le "caserío" afin de permettre à leurs enfants de suivre des études et pallier leur isolement. La communauté souhaitait que les leçons des enfants soient données en langue "Quechua Inca-Huasi", plaçant l'espagnol comme seconde langue. L'Institution Éducative n°20811, nommée "Mushuq Yurqay", reconnue par le Ministère de l'Éducation a été construite dans le "caserío".

En 2012, des fonctionnaires de la Direction Régionale d'Éducation ont travaillé avec la communauté sur un projet d'adaptation culturelle dans l'éducation des enfants à l'école qui a été supervisé par Emilio Córdova Chumacero, spécialiste et responsable de l'éducation rurale. Le projet a été un succès au sein de la communauté.

En 2017, le phénomène "El Niño" ou "El Niño costero" détruit de nombreuses habitations et infrastructures et provoque de nombreux morts et blessés. L'une des

premières demandes de la communauté vis-à-vis de la municipalité a été de reconstruire l'école "Mushuq Yurqay". La municipalité de Huarmaca a pu récolter des fonds de la part du Ministère de l'Education (3.4 millions de "soles" péruviens) pour la reconstruction, mais aussi le renforcement de la structure. Aujourd'hui, elle est composée de salles de classes, d'espaces administratifs, d'une bibliothèque, de toilettes non mixtes, d'une cuisine ainsi que de mobilier et équipements. L'école bénéficie d'un panneau solaire générant de l'électricité suffisante pour le fonctionnement de l'école.



*Source : Centre éducatif "Mushuq Yurqay", Enquête d'Emilio Cordoba pour le projet "Mushuq Yurqay". 2015. Disponible sur : <https://fr.calameo.com/read/004570954c88d20c6cb60>*

La forte prévalence de l'anémie infantile dans la communauté de Chilcapampa est un frein pour le développement scolaire des enfants. Un enfant anémié est fatigué, peu concentré à l'école et de manière chronique, cela peut engendrer un retard physique et cognitif. Notre projet propose une campagne de sensibilisation alimentaire pour lutter contre l'anémie. Sur le long terme, l'intervention aura pour effet induit de maximiser la concentration des enfants à l'école pour leur permettre de choisir un avenir professionnel, tout en préservant le patrimoine qu'est la langue "Quechua Inca-Huasi".

#### 3.2.4 Notre projet s'inscrit dans des logiques nationales et internationales :

Les objectifs globaux de notre projet s'inscrivent dans des stratégies d'action municipales et nationales. Il répond à l'objectif 4 du programme de motivations pour l'amélioration de la gestion municipale : "Actions des municipalités pour promouvoir la prévention, réduction de l'anémie et une alimentation adéquate", car il permettra

d'apporter un appui à la municipalité de Huarmaca, en vue d'améliorer la prévention et de la réduction de l'anémie materno-infantile dans le district.

Il s'inscrit dans l'objectif spécifique du "Plan national pour la réduction et le contrôle de l'anémie materno infantile et la dénutrition chronique infantile au Pérou : 2017-2021" : "la réduction de la prévalence de l'anémie maternelle et infantile et de la dénutrition infantile chronique par le renforcement d'interventions efficaces au niveau intersectoriel" (MINSA, 2017, p.8).

Notre projet s'aligne sur trois Objectifs de Développement Durable (ODD).  
(Cf. annexe 1 : Cadre Logique du projet).

### 3.3 Méthodologie

#### 3.3.1 Objectifs du projet

##### **Objectif général du projet**

L'objectif général du projet vise à améliorer les conditions de santé materno-infantile de la communauté de Chilcapampa.

##### **Objectifs spécifiques du projet**

- Réduire le taux d'anémie et de malnutrition materno-infantile.
- Renforcer l'accès aux soins maternels en favorisant le rôle de la maison d'attente d'Olmos.
- Élaborer une collaboration entre les accoucheuses et le personnel du centre d'Olmos.

#### 3.3.2 Mise en œuvre du projet

Le projet est divisé en quatre phases et pensé selon une "Approche Orientée Changement" (AOC). Nous cherchons l'"empowerment" de la communauté par le

changement de comportements et incidences des familles qui seront alors actrices de changement.

De part notre approche communautaire et participative, seront garanties :

- L'implication des membres de la communauté dans la gestion du projet
- L'implication des organisations locales dans les activités
- La pérennité du projet

La première phase a lieu en amont de la mise en œuvre du projet. Elle consiste à la constitution d'une équipe, composée d'un ou d'une consultant-e anthropologue, d'un-e nutritionniste, d'un bénévole de l'association TECHO et de deux bénévoles formateurs pour les ateliers de sensibilisation. Pour recruter les bénévoles, nous contacterons des ONGs se trouvant sur le terrain et ayant travaillé auparavant sur les thématiques de notre action. L'ONG *Action contre la Faim* a réalisé un projet d'ateliers participatifs d'élaboration de recettes riches en fer et les ONGs *Care* et *Save the Children* travaillent sur les thématiques de santé materno-infantile et proposent des sensibilisations.

La seconde phase se caractérise par plusieurs campagnes de sensibilisations des différents groupes d'acteurs locaux. Mais tout d'abord il s'agira de distribuer des "*chispitas*" aux enfants et femmes enceintes anémiés qui acceptent la prise de ce supplément. Cette distribution se fera par famille et un suivi nutritionnel sera mis en place jusqu'à la stabilisation de leur santé. Les "*chispitas*" sont des suppléments alimentaires sous forme de poudre contenant 12.5 mg de fer sous forme fumarate ferreux (prévention de l'anémie), 5 mg de zinc (améliore les défenses et la reconstruction des tissus), 30 mg d'acide ascorbique, 999 UI de vitamine A (améliore les défenses et une bonne vision), de vitamine C de la vitamine C (améliore l'absorption du fer et pour la construction des tissus), et 0.16 mg d'acide gras.

Ensuite nous proposerons une sensibilisation alimentaire des familles, ainsi que des ateliers participatifs d'élaboration de recettes riches en fer. Parmi ces recettes, certaines techniques traditionnelles comme l'utilisation du "*charqui*", une technique précolombienne de séchage permettant de préparer et conserver des aliments riches en fer d'origine animale. Des aliments et préparation tels que la "*sangrecita*" peu appréciée par les enfants seront revisités dans des recettes populaires comme le "*chaufa*", un mets très populaire au Pérou et peu coûteux. L'utilisation du "*charqui*"

et de la *“sangrecita”* sera un excellent moyen de pallier l’anémie et s’inscrit dans la continuité de la prise des *“chispitas”*. Les ateliers participatifs d’élaboration de recettes ainsi que les tables rondes se feront à l’école *“Mushuq Yurqay”*. En effet, nous pouvons profiter des locaux de l’école lorsque celle-ci sera libre.

Les sensibilisations destinées aux femmes et accoucheuses seront animées par le bénévole formateur de Care ou Save the Children. Elles concernent l’importance du centre et de la maison d’Olmos, ainsi que de l’importance des suivis médicaux et des vaccins à réaliser pour les enfants.

Enfin, les sensibilisations des autorités locales auront pour objectif d’impliquer les acteurs municipaux, notamment du maire de Huarmaca (actuellement Olvidoro Lara Tineo) et de son équipe dans la prévention de l’anémie et dans l’amélioration de la santé materno infantile de la communauté de Chilcapampa.

Au Pérou, la corruption politique est un facteur de risque à prendre en compte avec les acteurs municipaux. Certaines municipalités ne s’engagent pas ou peu dans les projets de développement locaux. Dans notre cas, le maire et son équipe semblent engagés dans l’amélioration de la santé et des infrastructures des *“caserios”* du district de Huarmaca. En effet l’an dernier la municipalité a signé l’accord n°003-2021 approuvant le projet de *“mise en œuvre de 37 postes satellites dans les zones les plus vulnérables du district de Huarmaca - 2021”*. Impliquer la municipalité dans nos actions va pérenniser notre projet.

Ces campagnes de sensibilisation auront pour effet un changement des incidences dans la zone d’intervention, pérennisant le changement apporté. Cela inscrit notre projet dans une approche orientée changement.

La troisième phase se caractérise par l’équipement de la maison d’attente d’Olmos et la mise en place d’une gestion interculturelle en santé entre le personnel du centre d’Olmos et les accoucheuses. Nous allons assurer une collaboration avec l’établissement de santé d’Olmos. L’objectif sera de permettre une collaboration entre les accoucheuses et le personnel du centre en créant des espaces d’échanges autour de tables rondes. Ceci permettra d’adapter culturellement les pratiques de soins du centre tout en incluant les pratiques de soins des accoucheuses. Ces temps d’échanges permettront au personnel du centre et aux accoucheuses de

reconnaître le travail de chacun, ses apports comme ses limites, afin de décider de la manière de travailler ensemble. Le consultant anthropologue se chargera d'animer les tables rondes et de fournir un guide de gestion interculturelle en santé qui sera transmis au personnel de santé et traduit, voire adapté à la lecture des accoucheuses. Ce guide sera le résultat des discussions entre les accoucheuses et le personnel du centre et reportera par écrit les limites et les potentiels des pratiques de chaque acteur, ainsi que les décisions prises quant à la gestion de la santé materno infantile dans la communauté. Grâce à ce guide, nous espérons donner lieu à une gestion communautaire adaptée à la communauté de Chilcapampa, en conservant les savoirs et pratiques des accoucheuses, les habitudes de la communauté d'une part, et en favorisant l'accouchement institutionnel d'autre part.

La phase finale d'évaluation sera gérée par une équipe de consultants externes, par souci de transparence. Elle sera mobilisée pour élaborer une stratégie d'évaluation finale afin de vérifier l'atteinte des objectifs et des résultats attendus. Cette évaluation permettra de capitaliser l'expérience pour la réitérer, si besoin, dans d'autres "caserios" du district de Huarmaca. L'évaluation du projet sera communiquée à la population bénéficiaire puis à la municipalité afin d'évaluer si nous devons réitérer le projet dans d'autres zones du district.

### 3.3.3 Présentation des actions :

#### **PHASE 1 : Identification et constitution d'une équipe**

##### **Action 1 : Analyse du terrain et contact avec les acteurs locaux.**

###### Présentation de l'action :

Des enquêtes seront réalisées par le ou la consultante anthropologue et retranscrites dans un rapport d'enquête. Il s'agit :

- De l'analyse de la situation maternelle et néonatale et de la communauté,
- De l'analyse du niveau de confiance de la communauté envers les établissements de santé les plus proches, notamment celui d'Olmos qui selon nos sources actuelles est le centre le plus fréquenté par la communauté. C'est vers le centre d'Olmos que seront orientées les femmes enceintes,

- De l'analyse de la disponibilité et le fonctionnement des moyens de transports pour couvrir les soins et les urgences 24h/24,
- De la détection d'agents communautaires en santé disponibles dans la communauté,
- De l'analyse de la motivation des accoucheuses à devenir agent communautaire en santé,
- De l'analyse des opportunités partenariales avec les acteurs et autorités locales.

De plus, le ou la consultant-e organisera des groupes de discussions (*"focus group"*). Il ou elle analysera les relations entre les différents acteurs afin de déterminer le type et les techniques des groupes de discussions. Enfin des ateliers participatifs permettront aux familles de créer un arbre logique avec le ou la consultant-e afin d'identifier les besoins. Nous cherchons à engager les familles dans le projet en les faisant participer à l'identification des besoins.

Confier le diagnostic du terrain en amont du projet à un-e consultant-e anthropologue permet de saisir au mieux les complexités socio-culturelles du terrain. Les méthodes et outils de l'anthropologie appliquée au développement sont un atout majeur dans le diagnostic de terrain du projet et contribue à l'"Approche Orientée Changement" selon laquelle est pensée notre projet. Grâce aux enquêtes et aux ateliers participatifs, le ou la consultante anthropologue va fournir des informations permettant de considérer la complexité du terrain, d'évaluer les besoins réels de la communauté, de déterminer les leviers de changement et de déterminer les opportunités partenariales du secteur.

#### Activités :

- Activité 1 : Recherche documentaire concernant le terrain,
- Activité 2 : Enquête de terrain,
- Activité 3 : Organisation de groupes de discussions,
- Activité 4 : Organisation d'ateliers participatifs avec les familles,
- Activité 4 : Remise et transmission du rapport d'enquête.



### Suivi-évaluation :

Le rapport d'activité produit par le ou la consultant-e sert de document de base pour constituer l'équipe et passer à la phase de conception de projet.

### Intervenant :

Consultant-e anthropologue

## **Action 2 : Mise en place d'une équipe et conception de projet.**

### Présentation de l'action :

Une équipe sera constituée en intégrant les femmes de la communauté. Nous mobiliserons le ou la nutritionniste du centre d'Olmos pour réaliser le suivi nutritionnel et la détection des individus souffrant d'anémie.

Un bénévole de l'association TECHO sera recruté pour prendre en charge des ateliers de confection de meubles recyclés.

Pour encadrer les ateliers de sensibilisation alimentaire, il serait judicieux de recruter des bénévoles formateurs. Nous avons identifié deux acteurs qui proposent des ateliers d'élaboration de recette pour pallier l'anémie :

- L'ONG "*Action contre la Faim*". En effet, nous souhaitons reproduire l'expérience des ateliers d'élaboration de recettes incluant le "*charqui*".
- L'ONG "*Samusocial Peru*", dont les actions sont de sensibiliser les populations en créant des ateliers de recettes riches en fer incluant la "*sangrecita*".

En ce qui concerne les sensibilisations destinées aux femmes et aux accoucheuses, nous avons détecté trois ONGs qui centrent leurs interventions sur la santé materno infantile :

- "*Care*"
- , "*Socios en Salud*"
- "*Save the Children*"

Nous pouvons aussi mobiliser le personnel de la *DIRESA* Piura.

L'objectif sera de constituer une équipe en intégrant les membres de la communauté et d'engager une élaboration et une gestion communautaire du projet, assurant ainsi la durabilité de l'intervention et l'"empowerment" des membres de la communauté de Chilcapampa.

#### Activités :

- Activité 1 : Contact avec les ONG *Save the Children*, *Action contre la Faim Samusocial Peru* et *CARE* pour le recrutement d'un ou plusieurs bénévoles formateurs.
- Activité 2 : Réunions avec les femmes de la communauté et les accoucheuses.
- Activité 3 : Recrutement d'un-e nutritionniste.
- Activité 4 : Organisation de réunions pour l'élaboration du projet. Ces réunions se feront en fonction des disponibilités de chaque participant et en respectant les réglementations liées à la COVID-19.

#### Suivi-évaluation :

Un-e nutritionniste est embauché-e. Les ONG *Save the Children*, *Action contre la Faim*, *Samusocial Pérou* ou *CARE* soutiennent notre projet en mobilisant du personnel bénévole qui prendra en charge les sensibilisations. Sinon la *DIRESA* mobilise du personnel pour assurer les sensibilisations.

Les femmes et les accoucheuses participent aux réunions et s'engagent dans le projet.

Les rôles de chacun sont déterminés, les missions sont fixées et le projet est validé.

#### Intervenants :

Un-e nutritionniste

Les accoucheuses de la communauté

Les femmes de la communauté

Le ou la consultant-e anthropologue

Deux bénévoles formateurs.

## **PHASE 2 : Campagnes de sensibilisation des acteurs locaux**

### **Action 3 : Sensibilisation des autorités locales**

#### Présentation de l'action :

Les responsables politiques locaux ont pour responsabilité de veiller sur la santé de la population qui leur est assignée, et doivent établir et veiller sur des actions en lien avec les priorités sanitaires nationales. Au Pérou, ces priorités sont l'anémie et la santé materno-infantile. C'est pourquoi nous nous chargerons de fournir aux autorités locales les informations actualisées concernant la santé materno infantile du *caserio* de Chilcapampa quant à la situation sanitaire de la communauté, les avantages de la maison d'attente, l'importance d'inclure la communauté dans ce projet, etc.

La participation du maire de Huarmaca et de son équipe est importante. Il est nécessaire qu'il s'engage et coordonne l'action.

L'objectif sera d'engager les autorités locales dans l'amélioration de la santé materno infantile et la lutte contre l'anémie, en vue de pérenniser notre intervention.

#### Activités :

Nous organiserons des réunions de sensibilisation auprès de la municipalité de Huarmaca.

#### Suivi-évaluation :

Les autorités reconnaissent notre projet, sont sensibilisées à la situation sanitaire et à la situation de la communauté de Chilcapampa, et s'engagent dans notre action.

#### Intervenants :

L'équipe projet

#### Bénéficiaires :

La communauté de Chilcapampa

#### **Action 4 : Distribution de “chispitas” et sensibilisation des familles à une alimentation riche en fer.**

##### Présentation de l'action :

Une campagne de sensibilisation des familles sera mise en place. La sensibilisation portera sur l'impact de l'anémie sur la santé et la scolarité des enfants, comment détecter les symptômes et comment la prendre en charge. Les sujets vont aborder l'importance de l'allaitement dès les premiers jours de vie du nourrisson, l'importance d'instaurer un suivi médical régulier en cas d'anémie chez un enfant.

En premier lieu, cette campagne se caractérisera par une maraude dans la communauté avec le ou la nutritionniste et le ou la consultant-e anthropologue afin de détecter les familles touchées par l'anémie et de distribuer les “chispitas” aux familles qui le souhaitent. Chaque famille touchée par l'anémie pourra bénéficier d'un suivi nutritionnel avec le ou la nutritionniste jusqu'au rétablissement de leur état de santé. Le ou la nutritionniste se chargera d'établir des fiches de suivi des personnes anémiées (*Cf. annexe 2 : Exemple d'une fiche de suivi nutritionnel*).

Ensuite, des ateliers participatifs de préparation de recettes riches en fer seront organisés, en fonction de la disponibilité des familles pour la formation aux techniques de conservation d'aliments et d'élaboration de recettes riches en fer, comme le “charqui” ou la “sangrecita”.

Ces ateliers permettront de créer un espace de sensibilisation des familles, pour présenter les risques de cette maladie.

Les ateliers participatifs seront réalisés à l'école, les jours où les locaux seront disponibles pour que nous puissions avoir un endroit clos. C'est le ou la nutritionniste qui encadrera l'atelier, ainsi que les bénévoles formateurs. L'atelier se clôturera par la dégustation des plats préparés.

L'utilisation du “charqui” et les recettes telles que la “sangrecita” sont des recettes en général acceptées par les familles rurales péruviennes. En plus d'être très riches en fer, elles suscitent généralement un intérêt particulier des familles, au vu des projets d'Action contre la faim et de Samusocial Peru, et s'adaptent culturellement aux pratiques culinaires et habitudes alimentaires andines.

### Objectifs :

Les trois campagnes de sensibilisation permettront de :

- de sensibiliser les familles à l'anémie, sa prévention et prise en charge.
- de renforcer les capacités des familles dans la prévention de l'anémie.

### Activités :

- Activité 1 : Achat d'un stock de "*chispitas*"
- Activité 2 : Distribution de "*chispitas*", collecte d'information et mise en place d'un suivi nutritionnel pour les participants anémiés.
- Activité 3 : Organisation d'ateliers participatifs d'élaboration de recettes riches en fer.

### Suivi-évaluation :

Le ou la nutritionniste se charge d'instaurer un suivi jusqu'à la stabilisation de l'état de santé des enfants et femmes enceintes, et rédige un rapport de suivi nutritionnel (*Cf. annexe 2 : Exemple d'une fiche de suivi nutritionnel*).

Les familles participent aux ateliers d'élaboration de recettes riches en fer. Une fiche de présence sera élaborée afin de répertorier les personnes présentes, et une enquête par questionnaire sera réalisée avec les participants à la fin des ateliers afin d'évaluer qualitativement la réussite des sensibilisations.

### Intervenants :

Le ou la nutritionniste,

Le ou la consultant-e anthropologue,

Les bénévoles formateurs.

### Bénéficiaires

Les enfants de la communauté et leurs familles.

## **Action 5 : Sensibilisation des femmes dont les accoucheuses.**

### Présentation de l'action :

Par la suite, nous réaliserons des ateliers destinés aux femmes de la communauté, y compris avec les accoucheuses, afin de les sensibiliser aux gestes à adopter en cas de complications liées à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum. La sensibilisation portera aussi sur l'importance de l'allaitement des nourrissons lors des premiers jours de vie, de l'importance des différents vaccins à fournir aux enfants et du suivi médical du nourrisson. Il sera question de renseigner les femmes sur le rôle prépondérant de la maison de santé d'Olmos pour la sécurité des enfants et leur mère, ainsi que la possibilité d'y pratiquer l'accouchement vertical. Des renseignements seront fournis sur l'intérêt de s'inscrire au Système Intégral de Santé, le SIS, car les frais de santé seront pris en charge. Enfin, une partie de la sensibilisation ciblera les mesures relatives à la prévention de la COVID-19.

Il existe une pudeur entre hommes et femmes dans la communauté de Chilcapampa en ce qui concerne la grossesse et les relations sexuelles. Il est donc important de veiller à établir une relation de confiance avec les accoucheuses en amont. Les ateliers au sujet de la santé materno infantile seront supervisés par une ou plusieurs accoucheuses et ne seront composés que de femmes.

Ces réunions de sensibilisation seront prises en charge par un-e bénévole de Save the Children Peru, et seront destinées aux femmes. Seront prioritairement convoquées les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes pour proposer la solution de la maison d'attente en réponse aux problèmes d'accès aux soins que connaît la communauté. La mise en place et le fonctionnement de la maison d'attente seront alors expliqués sous la supervision du consultant anthropologue dans le but d'adapter, si besoin, les informations et les rendre compréhensibles par les familles participantes.

L'objectif de l'action sera de sensibiliser les femmes et accoucheuses à l'importance du centre et de la maison d'attente d'Olmos, qui permet aux femmes d'attendre l'accouchement sous surveillance du personnel, tout en conservant leurs pratiques et habitudes de vie.

### Activités :

Organisation d'ateliers de sensibilisation avec les femmes de la communauté. une fiche de présence

Suivi-évaluation :

Les femmes de la communauté sont sensibilisées et reconnaissent les complications liées à la grossesse, la période post-partum et l'accouchement. Elles sont sensibilisées au rôle de la maison d'attente et ont connaissance de leur droit de choisir d'enfanter à domicile ou à la maison d'attente. Une fiche de présence sera élaborée afin de répertorier les personnes présentes aux ateliers de sensibilisation.

Intervenants :

Le ou la consultant-e anthropologue,

Les bénévoles formateurs.

Bénéficiaires : Les femmes et les accoucheuses.

**PHASE 3 : Équipement de la maison d'attente d'Olmos et mise en place d'une gestion interculturelle en santé.**

**Action 6 : Équipement de la maison d'attente d'Olmos.**

Présentation de l'action :

La maison d'attente nécessite plusieurs équipements supplémentaires. Il sera nécessaire d'installer une corde ainsi qu'une structure en bois dans l'une des deux chambres pour permettre aux femmes de choisir la position verticale lors de l'accouchement.

Aussi, il est nécessaire de fournir à la maison d'attente 10 bancs en bois afin de permettre les visites des familles auprès des futures mères. Le ou la bénévole de l'association TECHO, dont une antenne se trouve sur Piura, encadrera un atelier de confection de meubles recyclés pour construire les bancs. L'association est née dans un contexte d'urgence de construire des maisons d'urgence avec les familles en situation de précarité dont les conditions de vie étaient insalubres. Depuis, elle mobilise des bénévoles pour la construction de meubles et petites structures, tels que des bancs en bois, des bancs en palettes, etc. dans les quartiers défavorisés et

les communautés marginalisées afin de pallier le manque d'infrastructure et d'équipement.

Enfin nous fournirons du matériel pour permettre aux accoucheuses de réaliser les soins (matériel pour chauffer de l'eau, filtre, linge, etc).

Une visite sera organisée dans la maison avec les femmes impliquées dans le projet afin qu'elles puissent déterminer une liste des objets qu'elles pourraient apporter, comme du matériel pour chauffer l'eau afin de permettre aux accoucheuses de cuisiner les tisanes et remèdes phytothérapeutique ; ou encore des objets de décoration, des guirlandes de couleurs traditionnelles qu'elles pourraient fixer au mur, par exemple.

Pour nous mobiliser sur place, nous demanderons le prêt d'un véhicule de fonction à la municipalité de Huarmaca. Si nous n'avons pas obtenu de prêt, alors il sera nécessaire de louer un véhicule.

L'équipement de la maison d'attente d'une corde et d'un établi de bois permettra de faire pratiquer l'accouchement vertical et invitera les femmes à se diriger vers la maison d'attente plutôt que d'accoucher à domicile.

La visite et la décoration que les femmes prendront en charge leur permettra de considérer cet espace comme une deuxième maison.

#### Moyens mis en œuvre :

Les décorations seront prises en charge par les femmes de la communauté participant au projet. L'établi en bois et la corde seront construits et installés entre TECHO et les personnes volontaires de la communauté.

#### Activités :

- Activité 1 : Réunion et accord du centre d'Olmos et de la municipalité pour l'équipement de la maison d'attente à côté du centre.
- Activité 2 : Ateliers de construction avec les familles participantes et les bénévoles de TECHO
- Activité 3 : Visites dans la maison avec les femmes et les accoucheuses
- Activité 4 : Équipement de la maison.



### Suivi-évaluation :

Les réunions ont donné lieu à l'accord du centre d'Olmos et de la municipalité. La maison est équipée.

### Intervenants

Équipe projet

Les femmes de la communauté

Les accoucheuses

Les bénévoles de TECHO.

### Bénéficiaires

Les femmes de la communauté

Les accoucheuses

## **Action 7 : Tables rondes et création d'un guide de gestion interculturelle en santé**

### Présentation de l'action :

Une troisième campagne de sensibilisation sera destinée au personnel du service obstétrique du centre de santé d'Olmos, afin qu'il prenne connaissance des différences de pratique de soin de la communauté comme l'accouchement vertical et les remèdes phytothérapeutiques, du rôle des accoucheuses. Des tables rondes entre le personnel obstétrique du Centre d'Olmos et les accoucheuses seront organisées sous la supervision du consultant anthropologue, des tables rondes seront réalisées afin de mettre en commun les pratiques de soins et les savoirs entre le personnel du centre d'Olmos et les accoucheuses de la communauté. Le but est de créer un espace d'échanges entre les deux groupes d'acteurs afin que chacun puisse prendre connaissance des limites et du potentiel de leurs pratiques respectives.

L'anthropologue consultant remettra un rapport des propos échangés au cours de la table ronde ainsi qu'un guide pratique de gestion interculturelle en santé. Ce guide pratique sera écrit en espagnol pour le personnel et permettra de déterminer les pratiques à adopter dans la maison d'attente, afin de respecter les pratiques et les

coutumes des femmes de la communauté. Enfin une version adaptée sera remise aux accoucheuses.

Les objectifs de l'action sont de sensibiliser à la fois le personnel de santé du centre d'Olmos pour qu'ils adaptent leurs pratiques dans la maison d'attente ; ainsi que les femmes dont les accoucheuses à l'importance de la maison d'attente pour les complications liées à la grossesse.

Le second objectif de l'action est d'intégrer les accoucheuses dans le fonctionnement des maisons d'attente aura pour but de coordonner la gestion des soins de manière interculturelle sur le long terme entre le centre d'Olmos et les accoucheuses de la communauté.

#### Caractère innovant :

Cette action va permettre d'assurer une gestion communautaire de la santé, en nous basant sur les capacités des accoucheuses.

#### Activités

- Activité 1 : Organisation de tables rondes.
- Activité 2 : Rédaction d'un guide de gestion interculturelle en santé.

#### Suivi-évaluation :

Une fiche de présence sera élaborée afin de répertorier les personnes présentes.

Le personnel de santé du centre d'Olmos est capable d'adapter ses pratiques dans la maison d'attente : accouchement vertical et respect du suivi des accoucheuses.

Un guide pratique de gestion interculturelle en santé maternelle adapté à la lecture des accoucheuses et du personnel de santé est rédigé par l'anthropologue consultant-e lors des tables rondes.

#### Bénéficiaires

Les accoucheuses. Les femmes enceintes ou ayant pour projet d'avoir un enfant.

## **Action 8 : Formation d'agents communautaires de santé :**

### Présentation de l'action :

Les accoucheuses vont permettre un changement de comportement effectif, car elles détiennent un rôle important dans la communauté. En effet, ce sont elles qui se chargent de la fertilité et de la grossesse. Sans rémunération ni échange, elles offrent des services aux femmes enceintes, aux femmes qui souhaitent concevoir, à celles qui veulent avorter, ou encore aux jeunes mamans. Les accoucheuses proposent donc des soins materno infantiles, et la communauté, plus particulièrement les femmes, leur portent une grande confiance et une grande considération.

Renforcer les capacités des accoucheuses pour qu'elles deviennent des agents communautaires en santé est une stratégie qui se base sur les capacités et le rôle des accoucheuses au sein de la communauté. Tout en conservant leur rôle et leurs pratiques, les accoucheuses en tant qu'agents communautaires vont assurer un lien entre le centre et la communauté, en pérennisant le suivi médical auprès des bénéficiaires du projet.

Nous renforcerons les capacités des accoucheuses qui seront formées sur deux aspects : la santé maternelle et l'anémie. Concernant la santé maternelle, les accoucheuses seront formées à la détection des complications liées à la grossesse, à la période post-partum ou durant l'accouchement de manière à alerter le centre en cas de complications qu'elles ne pourraient pas prendre en charge et faire intervenir ainsi une équipe médicale.

Les accoucheuses pourront orienter et sensibiliser la communauté à la possibilité d'enfanter dans la maison d'attente. De la même manière, elles pourront sensibiliser la communauté concernant l'anémie et sa prévention.

Former des agents communautaires en santé permet de pérenniser les sensibilisations mises en place dans la phase 2.

### Activités

- Activité 1 : Organisation d'ateliers de formation.

### Suivi-évaluation :

Une fiche de présence nous permettra d'avoir un aperçu du nombre d'accoucheuses participantes.

Bénéficiaires

Les femmes enceintes ou ayant pour projet d'avoir un enfant.

## **PHASE 4 : Évaluation du projet :**

### **Action 9 : Réaliser une évaluation finale.**

#### Présentation de l'action :

Un consultant externe sera recruté pour réaliser une évaluation finale du projet. Le consultant élaborera une stratégie d'évaluation de manière à évaluer les résultats du projet et proposer d'éventuelles améliorations, le cas échéant. Un exemple de sommaire du rapport d'évaluation attendu est proposé en annexes (*Cf. annexe 3 : Sommaire type d'un rapport d'évaluation finale*).

L'objectif sera d'évaluer le déroulement et l'impact du projet en zone d'intervention. Obtenir des recommandations d'un point de vue externe permettra d'obtenir un retour externe sur l'expérience et la capitaliser.

Les termes de références du consultant et le mode de recrutement sont présentés en annexes (*Cf. annexe 4 : Termes de référence du consultant évaluateur et mode de recrutement*).

#### Activités :

- Activité 1 : Définition d'une stratégie d'évaluation.
- Activité 2 : Évaluation du projet.
- Activité 3 : Rédaction du rapport d'évaluation finale.

#### Intervenants

Équipe externe de consultants.

### 3.4 Contraintes et risques du projet

#### Contraintes auxquelles l'équipe projet peut se confronter :

- Il faut que l'ensemble des membres de la communauté adhèrent et participent activement au projet.
- Il faut tenir compte des contraintes météorologiques : la région connaît de fortes pluies régulières, qui encombre le seul axe routier vers la communauté. L'équipe projet devra prendre ce critère en compte et rester vigilante.
- Il faut tenir compte des contraintes liées à la COVID-19 : il faudra adapter la gestion du projet aux mesures sanitaires.

#### Risques :

Certaines situations peuvent représenter un frein, voire des conditions d'annulation :

- L'instabilité et la corruption politique peuvent impacter la réalisation du projet.
- Catastrophe naturelle : séismes, tremblements de terre, etc. risquent de détruire les infrastructures et maisons. Les séismes sont récurrents au Pérou et leur magnitude peut représenter un risque important pour le projet.

### 3.5 Chronogramme

Phases	Activités	Responsable(s)	Année 1																							
			Mois 1				Mois 2				Mois 3				Mois 4				Mois 5				Mois 6			
			S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24
<b>Identification et constitution d'une équipe</b>																										
	Documentation	Consultant-e anthropologue	■	■																						
	Prise de contact avec les familles et la municipalité	Responsable projet	■	■																						
	Enquête de terrain	Consultant-e anthropologue		■	■	■	■																			
	Focus groupe avec les bénéficiaires et parties prenantes	Consultant-e anthropologue			■	■	■	■																		
	Rédaction et remise du rapport d'enquête	Consultant-e anthropologue						■	■																	
	Réunions avec les femmes dont les accoucheuses	Responsable projet							■	■																
	Recrutement des bénévoles formateurs	Responsable projet								■	■															
	Validation des missions, des responsabilités et du projet	Responsable projet									■	■														
<b>Campagnes de sensibilisation et ateliers de renforcement de capacités</b>																										
	Sensibilisation des autorités locales	Responsable projet													■	■										
	Maraudes et détection des cas d'anémie	Nutritionniste														■	■	■								
	Distribution de chispitas	Nutritionniste															■	■	■	*						
	Sensibilisation des familles	Intervenants bénévoles																				■	■			
	Ateliers participatif d'élaboration de recettes riches en fer	Intervenants bénévoles																				■	■			
	Sensibilisation des femmes	Intervenants bénévoles																					■	■		
Phases	Activités	Responsable(s)	Année 1																							
			Mois 7				Mois 8				Mois 9				Mois 10				Mois 11				Mois 12			
			S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32	S33	S34	S35	S36	S37	S38	S39	S40	S41	S42	S43	S44	S45	S46	S47	S48
<b>Equipement de la maison d'attente d'Olmos et mise en place d'une gestion interculturelle en santé</b>																										
	Equipement de la maison d'attente d'Olmos	Intervenants bénévoles TECHO	■	■	■	■																				
	Tables rondes entre le personnel du centre et les accoucheuses	Consultant-e anthropologue				■	■	■																		
	Rédaction du guide de gestion interculturelle des soins	Consultant-e anthropologue							■	■																
	Formation d'agents communautaires de santé	Responsable projet									■	■	■													
<b>Evaluation du projet</b>																										
	Recrutement d'un-e consultant.e externe	Responsable projet													■	■										
	Elaboration d'une stratégie d'évaluation d'impact	Consultant externe														■	■									
	Evaluation du projet	Consultant externe															■	■	■	■						
	Rédaction du rapport d'évaluation	Consultant externe																			■	■	■			
	Rendu du rapport d'évaluation	Consultant externe																				■	■			

\* Rendu du rapport de suivi

### 3.6 Budget et financements :

#### 3.6.1 : Budget Prévisionnel et plan de financement (TTC, en \$) :

Dépenses						Recettes		
Nature des dépenses	Unité	Quantité	Coût unitaire (USD)	Coût total (USD)	%	Nature des Recettes	Coût total (en USD)	%
<b>RESSOURCES HUMAINES ET PER DIEM</b>						<b>SUBVENTIONS</b>		
Honoraires responsable projet	h/j	95	90	8550		Inter-American Foundation	16000	57%
Honoraires consultant anthropologue	h/j	80	50	4000				
Honoraires nutritionniste	h/j	10	55	550				
Honoraires consultant externe	h/j	45	50	2250				
Per diem bénévole 1	h/j	20	50	1000				
Per diem bénévole 2	h/j	20	50	1000				
Per diem bénévole TECHO	h/j	20	50	1000				
<b>Total</b>				<b>18350</b>	<b>65%</b>			
<b>CAMPAGNES DE SENSIBILISATIONS ET EQUIPEMENT DE LA MAISON D'ATTENTE</b>						<b>MÉCÉNATS, DONNS</b>		
Stock de chispitas	forfait	1	10	10		Campagne de crowdfunding	5611	20%
Ateliers participatifs	forfait	1	100	100				
Frais de papeterie	forfait	1	100	100				
Equipement de la maison	forfait	1	590	590				
Frais d'acheminement	forfait	1	50	50				
<b>Total</b>				<b>850</b>	<b>3%</b>			
<b>TRANSPORTS ET FRAIS ANNEXES</b>								
Location d'un véhicule (incluant la carburation)	forfait	10	100	1000				
Matériel nécessaire à la prévention de la COVID-19	forfait	1	100	100				
<b>Total</b>				<b>1100</b>	<b>4%</b>			
<b>DIVERS ET IMPRÉVUS</b>								
Imprévus				<b>1311</b>	<b>5%</b>			
<b>Total dépenses réelles hors contributions en nature</b>				<b>21611</b>	<b>77%</b>	<b>Total recettes réelles hors contributions en nature</b>	<b>21611</b>	<b>77%</b>
<b>CONTRIBUTION EN NATURE</b>						<b>CONTRIBUTIONS EN NATURE</b>		
Honoraires bénévole 1 valorisés	h/j	20	128	2560		Honoraires bénévole 1 valorisés	2560	
Honoraires bénévole 2 valorisés	h/j	20	128	2560		Honoraires bénévole 2 valorisés	2560	
Honoraires bénévole TECHO valorisés	h/j	16	50	800		Honoraires bénévole TECHO valorisés	800	
Ameublement de la maison d'attente valorisé	h/j	1	500	500		Ameublement de la maison d'attente valorisé	500	
<b>Total contributions en nature</b>				<b>6420</b>	<b>23%</b>	<b>Total contributions en nature</b>	<b>6420</b>	<b>23%</b>
<b>Total</b>				<b>28031</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>28031</b>	<b>100%</b>

### 3.6.2 : Notes concernant le budget :

#### **Dépenses réelles :**

→ La monnaie péruvienne est le Nuevo Sol (S/), aussi nommée PEN. 1 \$ équivaut généralement à 4 S/ en moyenne et le taux de conversion peut varier en fonction de la stabilité de la monnaie.

#### Ressources humaines et per diem :

Les honoraires sont calculés selon la formule “h/j”. Nous nous basons sur les salaires moyens péruviens de chaque professionnel intervenant, en nous référant à la plateforme Indeed.

**Responsable de projet :** Honoraires moyens à la journée : 450 S/ soit environ 95 \$. Il ou elle intervient 5 jours par semaine sur 14 semaines, soit 70 jours.  $70 \times 95 = 6650$  \$.

**Consultant-e anthropologue :** Honoraires moyens à la journée : 235 S/ soit environ 50 \$.

Il ou elle intervient 5 jours par semaine sur 14 semaines, soit 70 jours.  $70 \times 50 = 3500$  \$.

**Nutritionniste :** Honoraires moyens locaux à la journée : 250 S/ soit environ 55 \$.

Il ou elle intervient 2 jours par semaine sur 5 semaines soit 10 jours.  $10 \times 55 = 550$  \$.

**Consultant-e externe :** Honoraires moyens à la journée : 235 S/ soit environ 50 \$.

Il ou elle intervient 5 jours par semaine sur 9 semaines, soit 45 jours.  $45 \times 50 = 2250$  \$.

#### **Bénévolat valorisé :**

**Deux bénévoles** des ONGs mentionnées dans les actions 4 et 5 seront mobilisés en tant que formateurs.

Honoraires moyens à la journée 600 S/ soit environ 128 \$.

Ils interviennent 5 jours par semaine sur 4 semaines soit 20 jours.  $(20 \times 128) \times 2 = 5120$  \$.

**Un bénévole de l'association TECHO** sera mobilisé pour l'équipement de la maison d'attente en meubles recyclés. Nous considérons ce bénévole comme ouvrier.



Honoraires moyens à la journée 240 S/ soit environ 50 \$.

Il intervient 4 jours par semaine sur 4 semaines soit 16 jours.  $16 \times 50 = 800$  \$.

#### Per Diem :

Le calcul des per diem se fait par jour travaillé. Nous nous basons sur l'indemnité de frais de mission à l'étranger, établie par le Ministère français des Finances. Les per diem incluent les frais de transport, de logement et de nourriture.

Nous indemnisons les bénévoles de TECHO ainsi que les bénévoles considérés comme formateurs à hauteur de 50 \$ par jour.

Ils interviennent 5 jours par semaine sur 4 semaines soit 20 jours.  $(20 \times 50) \times 3 = 3000$  \$.

#### Campagnes de sensibilisation et distribution de chispitas :

Stock de "chispitas" : un stock de "chispitas" représente entre 40 et 50 S/, soit environ 10 \$.

Les frais relatifs aux ateliers participatifs représentent le matériel de cuisine ainsi que des aliments nécessaires à la réalisation des recettes. Les aliments seront achetés le jour même sur le marché d'Olmos. Au vu des prix du marché d'Olmos, nous évaluons les frais en alimentation à environ 400S/ soit 100 \$.

Les frais de papeterie couvriront l'ensemble des matériaux nécessaires aux ateliers de sensibilisation et tables rondes du projet. Nous évaluons ces frais à 100 \$.

#### Equipement de la maison d'attente d'Olmos :

La maison d'attente est déjà équipée, mais nous fourniront les équipements supplémentaires suivants :

- 2 lits supplémentaires ; de la literie et des marche-pieds pour faciliter la montée des femmes enceintes sur le lit (environ 2000 S/ soit 425 \$).
- 1 table de cuisine et 10 chaises (environ 400 S/ soit 100 \$).
- 1 radio (environ 300 S/ soit 65 \$).

Les frais d'équipement s'élèvent à environ 590 \$. Pour déterminer les prix de chaque produit, nous avons réalisé trois devis sur trois entreprises et nous avons retenu les tarifs moyens proposés.

À ces frais s'ajoutent les frais d'acheminement des équipements, qui s'élèvent à environ 200 S/ soit 50 \$.

**Ameublement valorisé :** L'ameublement de la maison sera confectionné par le bénévole de l'association TECHO, avec l'aide de la communauté souhaitant participer. Il sera composé de 10 bancs faits de bois recyclé, de petits meubles de rangement et des tables de chevets. Toujours en nous référant sur trois devis de trois entreprises, nous estimons la valeur de ces meubles à 2000 S/ soit environ 500 \$.

#### Transports et frais annexes :

Le tarif de la location d'un véhicule incluant la carburation a été évalué sur trois devis des entreprises de location : Hertz, Sixt et Alamo détenant un bureau sur Piura. Nous proposons ici une approximation des tarifs détectés (entre 350 et 450 soles la location à la journée, soit une approximation d'environ 100 \$). Nous louerons une voiture pour favoriser la mobilité de l'équipe projet, ainsi que des bénévoles, puis pour réaliser la visite de la maison d'attente avec les femmes participantes de la communauté. Cela équivaut à 10 jours de location du véhicule.

Nous calculons donc :  $100 \times 10 = 1000$  \$.

Le matériel nécessaire à la prévention de la COVID-19 représente : 10 lots de masques chirurgicaux : environ 20 S/ soit 5 \$ la boîte de 50 unités ; 10 flacons de gels hydroalcooliques : environ 15 S/ soit 4 \$ ; des gants jetables, etc. Nous avons consulté les tarifs en vigueur de trois pharmacies présentes sur Olmos pour en retenir une moyenne.

#### Divers et imprévus :

Nous prévoyons 5% de l'ensemble du budget en cas d'imprévus.

### 3.6.3 : Recettes et stratégie de financement :

#### Inter-American Foundation (IAF) :

La fondation Interaméricaine finance des projets d'une durée d'un an ou plus, et à hauteur de 400.000\$ maximum, dans le cadre de son plan stratégique pour 2018-2022, qui répond aux défis de développement, comme les secteurs de la santé, de l'agriculture ou encore de l'éducation, en Amérique Latine et dans les Caraïbes. Notre projet sera financé à 57% par la fondation car il correspond aux critères d'éligibilité établis par celle-ci, et la méthodologie communautaire que nous abordons représente une valeur ajoutée incontournable à notre demande de financement. Aujourd'hui, la fondation finance une vingtaine de projets au Pérou, ce qui représente plus de 11 millions de dollars.

Pour répondre aux attentes du bailleur, nous prévoyons la remise du rapport de suivi des conditions de santé materno-infantiles de la communauté de Chilcapampa, qui permettra de visualiser l'atteinte de l'objectif spécifique du projet. En toute transparence, nous lui partagerons le rapport de suivi nutritionnel, rapports d'enquêtes de l'anthropologue, les fiches de présence aux ateliers et tables rondes et le guide de gestion interculturelle en santé que nous produirons durant le projet. Les documents mentionnés sont répertoriés dans le cadre logique du projet (*Cf. annexe 1 : Cadre Logique du projet*).

Enfin, nous remettrons au bailleur le rapport d'évaluation finale une fois le projet terminé.

#### Campagne de crowdfunding :

Nous proposons une campagne de crowdfunding en amont du projet, via les plateformes "Ulule" et "Hello Asso", entre autres. Cette campagne couvrira les matériels nécessaires aux campagnes de sensibilisation, de transports et de frais annexes (incluant les frais d'imprévus), soit 23% (un quart) du budget total et permettra au projet de débiter, en attente du versement de la subvention de l'IAF.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Cadre Logique du projet :

Description du projet	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
<p><b>Objectif global 1 :</b> Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable (<i>Objectif de Développement Durable 2 : Faim Zéro</i>)</p>	<p><i>Indicateurs d'impact</i> Réduction de la malnutrition et de l'anémie chronique.</p>		
<p><b>Objectif global 2 :</b> Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge (Objectif de Développement Durable 3 : Bonne santé et bien-être)</p>	<p>Réduction des complications obstétriques et liées à la santé maternelle. Réduction de la malnutrition et de l'anémie chronique chez les enfants et les femmes enceintes.</p>		
<p><b>Objectif global 3 :</b> Amélioration de la condition des femmes (Objectif de Développement Durable 5 : Égalité entre les sexes)</p>	<p>Autonomisation / <i>empowerment</i> des femmes.  Les femmes gèrent leur santé et celle de leurs enfants.</p>		
<p><b>Objectif global 4 :</b> Contribuer, au niveau national à la réduction de la prévalence de l'anémie maternelle et infantile et de la malnutrition infantile chronique - DCI.  <i>OG Aligné sur le Plan national pour la réduction et contrôle de l'anémie materno infantile et la dénutrition chronique infantile au Pérou 2017-2021.</i></p>	<p>Réduction du taux de dénutrition chronique materno-infantile.  Réduction du taux d'anémie chronique materno-infantile.</p>		
<p><b>Objectif 4 du programme national pour l'amélioration de la gestion municipale :</b> "Actions des municipalités pour promouvoir la prévention et la réduction de l'anémie.</p>	<p>Amélioration de la gestion municipale concernant la prévention et réduction de l'anémie materno-infantile.</p>		

<p><b>Objectif Spécifique :</b></p> <p>Améliorer les conditions de santé materno-infantile de la communauté Chilcapampa</p>	<p><b>Indicateurs de résultat outcome</b></p> <p>Réduction de la malnutrition et de l'anémie chronique chez les enfants et les femmes enceintes de la communauté de Chilcapampa.</p> <p>Réduction des complications obstétriques et liées à la santé maternelle dans la communauté de Chilcapampa.</p>	<p>Rapport de suivi des conditions de santé materno infantiles</p>	<p>Les nouvelles pratiques sont intégrées par la communauté et un travail commun a été instauré entre les accoucheuses et le centre d'Olmos.</p>
<p><b>Résultat 1 :</b></p> <p>Le taux d'anémie et de malnutrition a diminué et les familles contrôlent l'anémie.</p>	<p><b>Indicateurs de réalisation output</b></p> <p>Les familles sont sensibilisées à la détection, la prévention et le traitement de l'anémie et sont capables d'agir contre la maladie.</p> <p>Le nombre d'enfants et de femmes enceintes anémiés et dénutris a diminué.</p>	<p>Rapport de suivi nutritionnel</p> <p>Enquête par questionnaire après les ateliers de sensibilisation</p>	<p>Les membres de la communauté adoptent les pratiques alimentaires, techniques de conservation et gestes de prévention pour lutter contre l'anémie.</p>
<p><b>Résultat 2 :</b></p> <p>Renforcer l'accès aux soins maternels en favorisant le rôle de la maison d'attente d'Olmos.</p>	<p>Les femmes de la communauté et les accoucheuses sont sensibilisées.</p> <p>La maison d'attente est équipée.</p>	<p>Fiche de présence.</p> <p>Équipement de la maison d'attente.</p>	<p>Les femmes ont la possibilité de participer aux ateliers. Aucun tabou ne se crée autour des questions d'accouchement. Les autorités locales acceptent l'équipement de la maison d'attente. Aucune catastrophe naturelle n'entrave l'équipement de la maison.</p>
<p><b>Résultat 3 :</b></p> <p>Une gestion interculturelle en santé est mise en place entre les accoucheuses et le personnel du centre de santé d'Olmos.</p>	<p>Les équipes médicales du centre d'Olmos sont sensibilisées aux pratiques de la communauté de Chilcapampa.</p> <p>Un guide de gestion interculturelle en santé est rédigé.</p> <p>Les accoucheuses sont sensibilisées et sont formées en tant qu'agent communautaire.</p>	<p>Fiche de présence.</p> <p>Rédaction du guide de gestion interculturelle en santé</p>	<p>Le personnel du centre de santé d'Olmos et les accoucheuses coopèrent dans le respect de leurs pratiques respectives.</p>

<p><b>Activité 1.1</b> Distribution de “chispitas” aux enfants et femmes enceintes anémiés et instauration d’un suivi nutritionnel jusqu’à stabilisation de leur santé.</p>	<p>Réduction du taux d’enfants anémiés.  Réduction du taux de femmes enceintes anémiées.</p>	<p>Rapport de suivi nutritionnel</p>	<p>Les familles acceptent la prise des “chispitas” et le suivi médical.</p>
<p><b>Activité 1.2 :</b> Mise en place d’ateliers participatifs d’élaboration de recettes riches en fer.</p>	<p>Les habitudes alimentaires des familles changent.</p>	<p>Fiche de présence et enquête par questionnaire</p>	<p>Les familles ont la volonté de participer aux ateliers.  Les familles appliquent les recettes et techniques apprises lors des ateliers.</p>
<p><b>Activité 1.3 :</b> Campagne de sensibilisation des familles sur l’alimentation riche en fer.</p>	<p>Les familles sont sensibilisées pour repérer les symptômes de l’anémie, afin de la prévenir et la guérir</p>	<p>Enquête par questionnaire</p>	<p>Les familles ont la volonté de participer aux ateliers de sensibilisation.</p>
<p><b>Activité 2.1</b> Sensibilisation des femmes dont les accoucheuses.</p>	<p>Les femmes de la communauté connaissent les gestes à avoir en cas de complications liées à la grossesse et peuvent choisir de se diriger dans la maison d’attente.</p>	<p>Fiche de présence</p>	<p>Les femmes ont la possibilité de participer aux ateliers. Aucun tabou ne se crée autour des questions d’accouchement.</p>
<p><b>Activité 2.2</b> Équipement adapté de la maison d’attente d’Olmos pour les femmes de la communauté.</p>	<p>La maison d’attente est équipée.</p>	<p>Équipement de la maison d’attente.</p>	<p>Les autorités locales acceptent l’équipement de la maison d’attente. Aucune catastrophe naturelle n’entrave l’équipement de la maison.</p>
<p><b>Activité 3.1</b> Organisation de tables rondes réunissant le personnel du centre d’Olmos et les accoucheuses</p>	<p>Le personnel de santé du centre d’Olmos est capable d’adapter ses pratiques dans la maison d’attente.  Un échange de savoirs est réalisé. Un système pluri-médical est créé entre la communauté et le centre.</p>	<p>Fiche de présence  Rédaction du guide de gestion interculturelle en santé</p>	<p>Le personnel du centre d’Olmos a la volonté et la possibilité de participer. Les accoucheuses ont la volonté et la possibilité de participer.</p>

<p><b>Activité 3.2</b> Organisation d'ateliers de formation des accoucheuses en tant qu'agents communautaires en santé</p>	<p>Les accoucheuses de la communauté deviennent agents communautaires, collaborent avec le personnel du centre d'Olmos et assurent un suivi de santé au sein de la communauté.</p>	<p>Fiche de présence</p>	<p>Les ateliers sont adaptés à la cosmologie des accoucheuses. Les accoucheuses ont la volonté et la possibilité de participer.</p>
			<p><b>Situation problématique de départ :</b> La communauté est confrontée à de mauvaises conditions de santé materno-infantiles.</p>

## Annexe 2 : Exemple d'une fiche de suivi nutritionnel :

DATOS DE LA NIÑA O NIÑO		UBICACIÓN GEOGRÁFICA		DATOS DEL RESPONSABLE DEL MUNICIPIO	
Nombres :	.....	Región :	.....	Municipalidad :	.....
Apellidos :	.....	Provincia :	.....	Nombres :	.....
DNI :	<input type="text"/>	Distrito :	.....	Apellidos :	.....
Encontrado :	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CC.PP. :	.....	Fecha Recolección de datos :	<input type="text"/>
Dirección :	.....	Área :	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	DNI :	<input type="text"/>
Eje Vial :	.....			N. Celular :	<input type="text"/>
Referencia :	.....				
2da Dirección :	.....				
INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA NIÑA O NIÑO				DATOS DE LA MADRE DE LA NIÑA O NIÑO	
Establecimiento de Salud de Atención :	.....			Nombres :	.....
<input type="checkbox"/> Ninguno				Apellidos :	.....
<input type="checkbox"/> Programa del Vaso de Leche (PVL)				DNI :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Programa Nacional JUNTOS				N. Celular :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alimentación Escolar (QALI WARMA)				Otro Celular :	<input type="text"/>
Programas Sociales :				Grado de Instrucción :	.....
<input type="checkbox"/> Bienvenidos a la Vida				Lengua Habitual :	.....
<input type="checkbox"/> Cuna Más - SCD				Correo electrónico :	.....
<input type="checkbox"/> Cuna Más - SAF					
OBSERVACIONES:					
.....					

Source : Municipalidad de Huarmaca, «Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de la anemia» [en ligne], N/D. Disponible sur : <https://munihuarmaca.gob.pe/wp/desarrollo-social/> [Consulté le 09.06.2021]



## Annexe 3 : Sommaire type d'un rapport d'évaluation finale :

### 1. Résumé exécutif

#### 1.3. Le projet

#### 1.2. Les résultats clés de l'évaluation

De la pertinence du projet

De l'Efficacité du projet

#### 1.3. Recommandations

### 2. Contexte du projet

#### 2.1. Description

### 3. Méthodologie

Les zones cibles de l'étude

La période de l'Évaluation

#### 3.1. Méthodes de collecte des données

Volet qualitatif

Volet quantitatif

Equipe d'Évaluation

Difficultés et limites de l'évaluation

Difficultés rencontrées

Limites de l'évaluation

### 4. Résultats de l'évaluation

#### 4.1. De la pertinence du projet

#### 4.2. De l'efficacité du projet

#### 4.3. Des effets avérés du projet :

### 5. Leçons Apprises et Conclusions

#### 5.1. Leçons apprises

#### 5.2. Conclusions

#### 5.3. De la pertinence du projet

#### 5.4. De l'efficacité du projet

#### 5.5. Recommandations

#### Annexe 4 : Termes de référence du consultant évaluateur et mode de recrutement :

L'évaluation sera réalisée par un consultant ou une équipe de consultants externes avec le profil suivant :

- Diplôme universitaire en sciences sociales ou équivalent lié à la coopération pour le Développement (pratiques d'intervention et/ou politiques publiques dans le action sociale et médico-sociale).
- Excellente connaissance de l'intervention et de la coopération médico-sociale développement.
- Expérience significative dans la conduite d'évaluations externes.
- Connaissance de la réalité péruvienne et des problèmes d'accès aux services publique pour les plus vulnérables.
- La connaissance de la langue espagnole est indispensable. La connaissance de la langue française serait un plus.

Les candidats doivent soumettre :

- Une proposition technique
- Un calendrier détaillé
- Une proposition financière détaillée
- Références d'autres évaluations de programmes de coopération au développement.
- Un CV détaillé de l'évaluateur ou de l'équipe d'évaluateurs.
- Un numéro de compte bancaire.

## Annexe 5 : Détail ethnographique de la communauté de Chilcapampa :

Le “*caserio*” s’appelle Chilcapampa en raison de l’abondance de la “*chillca*” (*Baccharis dracunculifolia*), une plante médicinale aux propriétés anti-inflammatoires et antirhumatismales. Chilcapampa est l’union de deux mots Quechua “*chillca*” et “*bamba*” qui signifie la colline.

Les habitants cultivent le maïs, semé notamment lors des saisons des pluies pour avoir un meilleur rendement, l’*olluco*, la pomme de terre et l’orge. L’activité agricole n’est pas génératrice de revenus, mais permet de subvenir aux besoins en alimentation des familles. Les espaces cultivés se trouvent en pente des collines, ils se trouvent à la frontière de Lambayeque. Il n’y a pas d’élevage de bétail, à part quelques petits animaux comme des poules et des “*cuyes*” (cochons d’inde typique du Pérou). Les animaux s’alimentent seuls, il n’y a pas de contrôle sur les bêtes ni de suivi de vaccin.

Les femmes pratiquent aussi un artisanat ancestral, l’*“Aguayo”* : elles tissent des couvertures, ponchos, chullos et diverses autres pièces, selon des techniques spécifiques et ancrées dans des habitudes culturelles et symboliques. Les hommes revêtent des *ponchos* et les femmes portent des jupes noires avec des hauts de couleurs et sont souvent coiffées d’un chapeau.



Femme tissant. Enquête d’Emilio Cordoba pour le projet “Mushuq Yurqay”. 2015.

<https://www.youtube.com/watch?v=I0c8hIX-ky8&t=242s>



Vêtements portés par les femmes et les hommes de la communauté Chilcapampa. Enquête d'Emilio Cordoba pour le projet "Mushuq Yurqay". 2015.  
<https://www.youtube.com/watch?v=l0c8hIX-ky8&t=242s>

Les maisons sont très petites et sont faites d'adobe. Il n'y a pas de système de ventilation. Le toit est fait avec des pièces de calamine, parfois supplanté par un paillage.



Maisons typiques de la communauté de Chilcapampa. Enquête d'Emilio Cordoba pour le projet "Mushuq Yurqay". 2015. <https://www.youtube.com/watch?v=l0c8hIX-ky8&t=242s>

Les jeunes actifs partent dans les villages ou villes pour travailler et générer des revenus. Certaines familles ont des téléphones mobiles, avec un abonnement Claro, entreprise de téléphonie mobile Péruvienne. C'est d'ailleurs la seule entreprise qui a commercialisé des services dans la communauté. Ce sont surtout les enfants qui

utilisent les téléphones. Ils utilisent aussi la radio, et captent les fréquences émises par le District de Huarmaca ou par le village d'Olmos. D'ailleurs, une station radio a été mise en place il y a un an par la Direction Régionale d'Education lors des débuts de la pandémie de la COVID-19, afin de permettre aux jeunes enfants habitant en zone rurale et reculés, de continuer à suivre les cours depuis leur foyer.

Ces précieuses informations ethnographiques ont été écrites par l'anthropologue Gustavo Reto Yarlequé, lors d'une enquête préliminaire au lancement du projet d'éducation interculturelle pour l'école "*Mushuq Yurqay*"<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Projet d'Éducation Interculturelle à l'école "*Mushuq Yurqay*" et étude ethnographique de la communauté de Chilcapampa : <https://fr.calameo.com/read/004570954c88d20c6cb60>

## BIBLIOGRAPHIE

ARAUJO, Miguel ; MORAGA, Cecilia ; CHAPMAN, Evalina ; BARRETO, Jorge ; ELLANES, Eduardo, “Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas”, *Rev Panam Salud Pública*, 2016, 40 (n°5), p.371–81.

CHIRAPAQ, “Informe sobre maltrato y violencia contra las mujeres indígenas durante la atención de salud reproductiva, con enfoque en parto”. Lima, 2019, 12 páginas.

DÍAZ Adrian, ARANA Ana, VARGAS-MACHUCA Rocio, ANTIPIORTA Daniel, “Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana”. *Rev Panam Salud Pública*, 2015, 38, (n°1), p.49-56.

FLORES-BENDEZÚ, Janet ; CALDERÓN, Juan ; ROJAS, Betty ; ALARCÓN-MATUTTI, Edith ; GUTIÉRREZ, César, “Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú : Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar”, *Anales de la Facultad de Medicina*, 2015, vol.76 (n°2), 6 pages.

HOCH, Camille, “L’ adaptation culturelle des soins dans les populations andines du Pérou : intérêts et limites”. *Médecine humaine et pathologie*. 2012.

HUAMÁN-ESPINO, Lucio « Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses : estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú », *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, v.29 (n°3), 10 pages.

INEI, “*Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES*”, 2014.

LESTAGE, Françoise, et BERNAND, Carmen. *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes : Pratiques, rites, représentations*, Paris : l'Harmattan, 1999.

MARIÑOS-ANTICONA, Carlos, “Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú”, *Revista peruana de epidemiología*, 2014, vol.18, (n°1), p.1-7.

MINSA, *Documento de plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014 - 2016*, Lima : Biblioteca Nacional del Perú, 2013.

MINSA, *El Parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú*, Lima : Biblioteca Nacional del Perú, 2000.

MINSA, MEF, *Guía para el cumplimiento de la meta 4 : Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de la anemia*, Lima, Biblioteca Nacional del Perú, 2020.

NUREÑA, Cesar R. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Lima : Rev Panam Salud Publica 26(4):368–76, 2009.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre, 1995, Anthropologie et développement, KARTHALA Editions, Paris : 224 p.

OMS, *L'agent de santé communautaire : guide pratique, directives pour la formation, directives pour l'adaptation*, Genève, Ed. rév. et aug, 1987.

OPS, *La salud de los pueblos indígenas de las Américas : conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*, Washington, OMS, 2010.

VALVIDIA, Martín, DIAZ, Juan José, “La Salud materno-infantil en el Perú : Mirando hacia dentro y fuera del sector salud”, *Investigación, políticas y desarrollo en el Perú*, 2007, Lima : Grade, p.539-602.).

YON LEAU, Carmen, “Salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad : investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú”, *Instituto de estudios peruanos*, 2017, 214 páginas.

ZEMPLINI, Andras, 1985, Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, Paris, Société d'Ethnographie : 218 p.



## WEBOGRAPHIE

ACTION CONTRE LA FAIM, “Réduire la malnutrition grâce à des techniques ancestrales” [en ligne], 14.03.2019. Disponible sur : <https://www.actioncontrelafaim.org/a-la-une/reduire-la-malnutrition-grace-a-des-techniques-ancestrales/>. [Consulté le 20.06.2021].

CCI FRANCE INTERNATIONAL, “La santé au Pérou”, [en ligne], 29.08.2019. Disponible sur : [https://www.Ccifrance-international.Org/le-kiosque/notes-sectorielles/n/la-sante-au-perou.Html#:~:text=selon%20le%20min%20à%20\(ministère%20de.de%20la%20population%20du%20pays](https://www.Ccifrance-international.Org/le-kiosque/notes-sectorielles/n/la-sante-au-perou.Html#:~:text=selon%20le%20min%20à%20(ministère%20de.de%20la%20population%20du%20pays) [Consulté le 20.06.2021].

CEPAL y otros, “El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva” [en ligne], *Documentos de Proyectos*, 2020, Disponible sur : [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf) [Consulté le 20.06.2021].

DIRESA PIURA, “Situación epidemiológica de Vigilancia de muerte Materna” [en ligne], 2017. Disponible sur : <https://diresapiura.gob.pe/documentos/Mortalidad/MORTALIDADMATERNA2017.pdf> [Consulté le 09.06.2021]

INEI, “Desnutrición crónica afectó al 12,2% de la población menor de cinco años de edad en el año 2018” [en ligne], 01/02/2019. Disponible sur : <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-122-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-de-edad-en-el-ano-2018-11370/> [Consulté le 20.06.2021].

INEI, “censo de comunidades nativas resultados definitivo”, [en ligne], 2018. Disponible sur : [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1598/TOMO\\_01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1598/TOMO_01.pdf) [Consulté 18.06.2021]

LLANOS, Fernando, “Diagnóstico situacional de salud y del aseguramiento universal en salud”, [en ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.diresapiura.gob.pe/documentos/Asis/ASIS-15-DE-MARZO-2018-VERSION02-ABRIL2018.pdf>. [Consulté le 20.06.2021].

Ministère de l’Europe et des Affaires étrangères, “Présentation du Pérou” [en ligne], 2020. Disponible sur : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/perou/presentation-du-perou/> [Consulté le 20.06.2021].



MINSA, “Números de muerte maternas anual” [en ligne], 2020. Disponible sur : <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2020/SE24/mmaterna.pdf> [Consulté le 18.06.2021].

Municipalidad de Huarmaca, « Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación, la prevención y reducción de la anemia” [en ligne], n.d. Disponible sur : <https://munihuarmaca.gob.pe/wp/desarrollo-social/>. [Consulté le 09.06.2021].

OMS, “Malnutrición”, [en ligne], 01.04.2020. Disponible sur : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>. [Consulté le 20.06.2021].

OMS, “Mortalité Maternelle”, [en ligne], 19.09.2019. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. [Consulté le 20.06.2021].

SENAMHI-Perú “Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú. Caracterización Climática y escenarios climáticos de la región Piura” [en ligne], 2016. Disponible sur : <http://siar.regionpiura.gob.pe/documentos/repositorio/2585.pdf>. [Consulté le 18.06.2021]

UNFPA, “Regiones con altas tasas de mortalidad materna enfrentan serios desafíos para asegurar la calidad en la atención de la salud materna”, [en ligne], 31.01.2017. Disponible sur : <https://peru.unfpa.org/es/noticias/regiones-con-altas-tasas-de-mortalidad-materna-e-nfrentan-serios-desaf%C3%ADos-para-asegurar-la>. [Consulté le 18.06.2021].



## Déclaration sur l'honneur de non-plagiat

Je soussigné·e,

Nom, Prénom : Juvin, Camille

Régulièrement inscrit à l'Université de Toulouse – Jean Jaurès - Campus du Mirail

N° étudiant : 21401172

Année universitaire : 2020-2021

Certifie que le document joint à la présente déclaration est un travail original, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la charte des examens de l'Université de Toulouse – Jean Jaurès Campus du Mirail, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire.

Fait à : Tournefeuille,

Le : 07.06.2021

Signature :

