

**Développement et santé : pratiques et besoins socio-sanitaires locaux.  
L'expérience d'un organisme communautaire dans le district de Comas, à  
Lima, au Pérou**

Jordan Bédard-Lessard

Thèse présentée à la  
Faculté des études supérieures et postdoctorales  
Dans le cadre du programme de  
Maîtrise en Mondialisation et Développement international  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Arts (M.A)

École de développement international et mondialisation  
Faculté des sciences sociales  
Université d'Ottawa

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ABBRÉVIATIONS.....	vi
RÉSUMÉ .....	viii
AVANT-PROPOS.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....	5
1.1. ENJEUX SOCIAUX ET MODÈLES DE DÉVELOPPEMENT AU PÉROU .....	5
1.1.1. Le Pérou : un modèle de développement exemplaire?.....	5
1.1.2. Les impacts d'un modèle économique extractiviste.....	6
1.1.3. Le lourd fossé divisant les populations urbaines et rurales .....	8
1.1.4. Exode rural et pauvreté urbaine .....	9
1.2. LE DISTRICT DE COMAS.....	11
1.3. ACTEURS LOCAUX COMMUNAUTAIRES .....	12
1.4. LA QUESTION DE LA SANTÉ.....	14
1.5. CONTEXTE LOCAL ET QUESTIONS DE RECHERCHE .....	18
1.6. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	18
1.6.1. Objectifs liés à la contribution scientifique .....	18
1.6.2. Objectifs liés à la pertinence sociale .....	19
CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE .....	20
2.1. LA SANTÉ .....	20
2.2. LE BESOIN DE SANTÉ .....	20
2.3. LA PRATIQUE DE SANTÉ.....	23
2.3.1. La promotion et la prévention de la santé.....	24
2.3.2. Différencier la promotion de la santé et la prévention de la maladie.....	28
2.4. ETHNOGRAPHIE COLLABORATIVE.....	29

---

2.5. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE.....	31
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	33
3.1. L'ÉTUDE DE CAS.....	33
3.2. MÉTHODES QUALITATIVES DE COLLECTE DES DONNÉES.....	33
3.2.1. Échantillonnage.....	34
3.2.2. Observation directe et participative.....	37
3.2.3. Entrevues semi-dirigées individuelles et entretiens informels .....	39
3.2.4. Les groupes de discussion .....	41
3.2.5. Grilles d'entretiens .....	42
3.3. RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET LITTÉRATURE SECONDAIRE .....	43
3.4. MÉTHODES DE TRAITEMENT DES DONNÉES.....	44
3.4.1. Transcription des données .....	44
3.4.2. La classification des données .....	45
3.5. LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE .....	46
3.5.1. Précautions méthodologiques .....	46
3.5.2. Interprétation et traduction .....	46
3.5.3. Qualité et fiabilité des données .....	47
3.6. ASPECTS ÉTHIQUES .....	48
3.6.1. Responsabilité envers la société.....	48
3.6.2. Responsabilité envers les communautés scientifiques .....	49
3.6.3. Responsabilité envers les participants.....	49
3.6.4. Approbation éthique du projet .....	50
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS (PARTIES I, II, III).....	52
PARTIE I : LES PRATIQUES DE L'ORGANISATION PÉRUVIENNE.....	52
4.1.1 INTERVENTIONS DE L'ORGANISATION LOCALE PÉRUVIENNE .....	52

---

4.1.1.1 Vision de l'intervention .....	52
4.1.1.2. Trajectoire de l'intervention .....	53
4.1.2. PRATIQUES D'INTERVENTION .....	56
4.1.2.1. Renforcement des organisations sociales .....	56
4.1.2.2. Concours de projets .....	57
4.1.2.3. Plaidoyer politique et mobilisation citoyenne.....	58
4.1.3. LA PARTICIPATION CITOYENNE COMME FONDEMENT DE L'INTERVENTION .....	58
PARTIE II : LES PRATIQUES DE SANTÉ DES PROMOTEURS.....	60
4.2.1. LES PRATIQUES DE PRÉVENTION DE LA MALADIE.....	60
4.2.1.1. Prévention primaire .....	60
4.2.1.2. Prévention secondaire.....	63
4.2.1.3. Prévention tertiaire .....	63
4.2.2. LES PRATIQUES DE PROMOTION DE LA SANTÉ .....	64
4.2.2.1. Participation citoyenne .....	64
4.2.2.2. Renforcement des capacités individuelles et collectives .....	66
4.2.2.3. Promotion et défense des droits .....	67
4.2.2.4. Culture de la paix .....	69
4.2.2.5. Culture et éducation.....	70
4.2.2.6. Plaidoyer politique .....	71
4.2.2.7. Vigilance citoyenne.....	72
4.2.2.8. La formation de coalitions .....	73
4.2.3. DISCUSSION SUR LES PRATIQUES.....	75
PARTIE III : BESOINS DE SANTÉ DES HABITANTS DE COMAS.....	78
4.3.1. ANALYSE COLLABORATIVE DES BESOINS DE SANTÉ À COMAS .....	78

---

4.3.1.1. Promoteurs de la santé.....	78
4.3.1.2. Personnel de l'organisation péruvienne.....	81
4.3.1.3. Prêtre catholique.....	83
4.3.1.4. Fonctionnaire de la municipalité de Comas.....	85
4.3.1.5. Personnel de l'OCI québécois partenaire .....	85
4.3.2. DISCUSSION CONCERNANT LES BESOINS LOCAUX.....	86
4.3.2.1. Réflexions préliminaires sur les besoins de santé .....	86
4.3.2.2. Les convergences et divergences .....	88
4.3.3. LES BESOINS DOCUMENTÉS .....	89
4.3.3.1. Besoins liés à l'environnement .....	89
4.3.3.2. Besoins liés aux problèmes sociaux .....	94
4.3.3.3. Besoins liés à la revendication de droits.....	99
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	105
L'AUTONOMIE D'ACTION DES PROMOTEURS.....	105
5.1.1. L'ACTION ET LE SERVICE .....	105
5.1.2. PROFESSIONNALISATION DES PROMOTEURS.....	105
5.1.3. LA « ONGISATION » DU DÉVELOPPEMENT.....	109
CONCLUSION .....	112
ANNEXES .....	115
BIBLIOGRAPHIE.....	117

## LISTE DES SIGLES ET ABBRÉVIATIONS

CAQDAS	Computer Assisted Qualitative Data Analysis
CCCI	Conseil canadien pour la coopération internationale
CER	Comité d'éthique à la recherche
EPS	Entité Prestataire de Services
FMI	Fonds monétaire international
IDAs	Infecciones diarreicas agudas (Infections diarrhéiques aiguës)
IDH	Indice de développement humain
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática (Institut National de Statistiques et d'Informatique du Pérou)
IRAs	Infecciones Respiratorias Agudas (Infections respiratoires aiguës)
ITS	Infections transmises sexuellement
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Ministère de la Femme et des populations vulnérables du Pérou)
MINSA	Ministerio de Salud (Ministère de la santé du Pérou)
NBI	Necesidades básicas insatisfechas (Besoins de base insatisfaits)
OBE	Orientación y Bienestar del Educando (Orientation et bien-être des élèves)
OCI	Organisme de coopération internationale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONU	Organisation internationale des Nations Unies
OSB	Organisation sociale de base
OSC	Organisation de la société civile
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Plan essentiel d'assurance santé)
PIB	Produit Intérieur Brut
PLIG	Plan Local de Igualdad de Género (Plan local d'égalité des genres)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRONOEI	Programa no Escolarizado de Educación Inicial (Programme non scolarisé d'éducation élémentaire)

RNB	Revenu National Brut
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIS	Seguro Integral de Salud (Assurance intégrale de santé)
TBC	Tuberculose
TLC	Tratado de Libre Comercio (Accord de libre-échange)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## RÉSUMÉ

Lors de la présente thèse, il sera possible d'analyser les pratiques mises en œuvre par des citoyens bénévoles pour répondre aux besoins socio-sanitaires des habitants du district socialement et économiquement marginalisé de Comas, à Lima, au Pérou. Le chercheur, qui a vécu près de trois à Comas, privilégia l'ethnographie collaborative comme méthode afin de participer, entre septembre 2012 et mai 2013, aux projets d'intervention en santé communautaire d'une organisation péruvienne locale où s'impliquent ces acteurs bénévoles, dénommés les promoteurs de santé. Les résultats démontrent que les pratiques de prévention de la maladie et de promotion de la santé élaborées par les promoteurs de santé s'harmonisent aux principes décrits au sein de la Charte d'Ottawa (1986) en permettant à des citoyens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé. Néanmoins, cette implication demeure fragile, puisqu'elle dépend, entre autres, des fonds instables de la coopération internationale canadienne.

En la siguiente tesis, será posible analizar las prácticas realizadas por ciudadanos voluntarios que tienen el fin de contestar a las necesidades socio-sanitarias de los habitantes del distrito económicamente y socialmente marginado de Comas, en Lima, Perú. El investigador, que ha vivido cerca de tres años en Comas, privilegió la etnografía colaborativa como método para involucrarse, entre setiembre 2012 y mayo 2013, en los proyectos de intervención en salud comunitaria de una organización peruana local donde se implican estos actores voluntarios denominados promotores de salud. Los resultados demuestran que las prácticas de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud elaboradas por los promotores de salud se armonizan con los principios de la Carta de Ottawa (1986), permitiendo a los ciudadanos ejercer un mayor control sobre su propio estado de salud. Sin embargo, dicha implicación es frágil, porque depende, entre otros, de los fondos inestables de la cooperación internacional canadiense.

**Mots-clefs** : Santé communautaire ; Promotion de la santé ; Développement international ; Société civile ; Ethnographie collaborative ; Lima ; Pérou.

## AVANT-PROPOS

Le projet de recherche « Développement et santé : pratiques et besoins socio-sanitaires locaux. L'expérience d'un organisme communautaire dans le district de Comas, à Lima, au Pérou » a été rendu possible grâce à l'appui de nombreuses personnes de mon entourage. J'aimerais donc prendre l'occasion de leur dédier ce travail et de remercier sincèrement :

Les Péruviens, mais plus particulièrement les habitants des quartiers populaires de Comas, à Lima, qui au cours des dernières années ont su m'accueillir chaleureusement au sein de leur communauté, m'ont enseigné leurs us et coutumes et m'ont façonné en tant que personne. Votre hospitalité, ainsi que votre générosité sans bornes démontrent toute l'humanité d'un peuple qui a su construire avec courage, force et espoir les chemins vers des jours meilleurs. Cela fut un privilège pour moi de partager votre quotidien et j'espère pouvoir lutter à vos côtés dans l'obtention d'une plus grande justice sociale pour encore de nombreuses années ;

Ma superviseure, la professeure Hélène Laperrière, pour son dévouement, sa confiance et ses précieux conseils. Un énorme merci pour toute l'énergie que tu as donnée dans la concrétisation de ce projet. Ton dévouement afin de promouvoir la recherche engagée auprès des communautés marginalisées m'a énormément inspiré et représente un modèle pour tout chercheur d'ici et d'ailleurs ;

Les participants au sein de ce projet de recherche, mais plus particulièrement le personnel de l'organisation péruvienne locale, les membres de l'organisme de coopération internationale québécois qui les appuient depuis plusieurs années et surtout les promoteurs de santé de Comas. Votre implication à tisser des ponts de solidarité entre les peuples et à lutter jour après jour afin de créer des opportunités pour les individus en situation de vulnérabilité m'a permis de saisir le sens du développement international ;

Les lectrices du projet de recherche, professeure Susan Spronk et professeure Julie Laplante, je vous remercie énormément pour vos valeureux conseils et vos apports qui ont grandement amélioré la qualité de cette thèse ;

Le professeur Pierre Beaudet qui, pendant mon séjour à l'Université d'Ottawa, a su m'enseigner les rudiments de la pensée critique. Il représente pour moi un mentor et je le remercie énormément pour toute la confiance qu'il a eue en moi ;

Mes collègues, d'hier à aujourd'hui, qui ont su partager la même passion que moi pour le développement des communautés d'ici et d'ailleurs, merci pour vos réflexions et vos enseignements ;

Les intellectuels populaires et progressistes qui partagent leurs expériences, connaissances et les mettent en application dans l'objectif d'édifier un monde solidaire ;

À ma famille, mes proches et mes ami(e)s, qui ont su m'appuyer tout au long du projet, je vous remercie encore pour votre patience sans limites et votre écoute, c'est principalement grâce à vous que ce projet s'est concrétisé.

## INTRODUCTION

Les données socio-sanitaires collectées par *l'Institut national de statistiques et d'informatique du Pérou* (INEI) démontrèrent, lors de l'enquête nationale auprès des foyers de l'année 2009, que 85,97% de la population majeure sondée avec un problème de santé à Lima n'est pas allée réaliser une consultation médicale dans un établissement de santé pour cause d'un manque d'argent. La proportion de ceux qui ont en contrepartie décidé d'utiliser des remèdes maison, ont indiqué que la consultation n'était pas nécessaire ou se sont eux-mêmes traités était de 33,89% (INEI 2009). Le Pérou connaît depuis plus d'une décennie une croissance économique fulgurante. Pourtant, à la lecture de ces informations, nous sommes enclins à nous questionner sur le développement socio-sanitaire des Péruviens, et particulièrement celui des populations dites marginales des quartiers populaires de Lima. Au cours la présente thèse de maitrise, il sera possible de s'interroger sur la question suivante : **quelles sont les pratiques de santé mises en œuvre par des habitants bénévoles impliqués au sein d'une organisation péruvienne locale de Comas pour répondre aux besoins de santé de leur communauté?** La thèse permettra d'explorer les pratiques élaborées par des agents communautaires, les promoteurs de santé<sup>1</sup>, qui s'impliquent bénévolement au sein d'une organisation péruvienne locale dans l'objectif de répondre aux besoins de santé non satisfaits des habitants de leur district, celui de Comas.

Dans le but de répondre à la question de recherche, je me suis inspiré de mon expérience de travail de près de trois ans à Comas (de 2010 à 2013), tout en privilégiant l'ethnographie collaborative comme démarche d'engagement communautaire sur le terrain. Cette méthode favorisa l'interprétation collaborative des données et misa sur la participation d'acteurs locaux, les promoteurs de santé et le personnel de l'organisation péruvienne, qui œuvrent en santé communautaire depuis plus d'une vingtaine d'années à Comas. C'est dans une perspective à la fois inductive et exploratoire que la thèse fait appel aux connaissances complémentaires d'acteurs sociaux provenant à la fois du Pérou et du Canada. La collecte des données, qui s'effectua entre septembre 2012 et mai 2013, mobilisa des outils variés tels que des entretiens semi-dirigés et de groupe, l'observation participante et l'étude de la

---

<sup>1</sup> Il est à noter que le genre masculin sera principalement utilisé lors de la présente thèse pour désigner aussi bien les femmes que les hommes, non sans oublier l'importance de l'implication des promotrices de santé dans leur communauté, mais afin d'alléger le texte.

littérature. Il est à noter que la littérature locale fut privilégiée afin de valoriser les apports d'auteurs latino-américains. C'est principalement dans une perspective de santé communautaire que s'articule la présente recherche. En s'inspirant de la notion de promotion de la santé insérée dans la Charte d'Ottawa (1986), l'analyse tend à souligner la participation des citoyens dans la définition et l'amélioration de leur propre bien-être. Ce pourquoi la contribution des promoteurs de santé est mise de l'avant au sein du projet. Plus spécifiquement, la recherche nous permet de mieux saisir les pratiques en matière de prévention de la maladie et de promotion de la santé mises en place par ces acteurs à Comas.

Les résultats concernant les pratiques de santé démontrent des interventions, qui dépassent la notion biomédicale traditionnelle en santé, en briguant la défense des droits fondamentaux en matière de santé sexuelle et reproductive et l'éradication de la violence envers les femmes comme principales formes d'interventions dans le district. En ce qui concerne les besoins de santé, l'analyse collaborative, qui encourage l'inclusion des points de vue multiples de différents acteurs sociaux en lien avec l'organisme, met en évidence l'intervention de ces groupes de citoyens bénévoles impliqués sur des enjeux touchant la santé maternelle, la sécurité citoyenne et l'égalité des genres. Ces promoteurs mobilisés lors de la présente recherche sont les principaux acteurs qui interviennent sur ces questions, qui sont manifestement délaissées par les autorités publiques. Ceux-ci réalisent par leur participation des pratiques de dissidence et contribuent à générer des changements sociaux dans les relations inégales de pouvoir qui affectent leur communauté.

La présente thèse se subdivisera en cinq chapitres. Le **premier chapitre** visera à brosser un portrait général du contexte socio-sanitaire au Pérou. Nous retrouverons au sein de ce chapitre une explication détaillée du lieu sein duquel s'insère la recherche, c'est-à-dire le district de Comas. En soulevant la problématique de la faible fréquentation des établissements de santé au sein de la capitale, nous justifierons la pertinence sociale et académique du projet de thèse en appuyant sa réalisation sur des préoccupations locales.

Le **deuxième chapitre** présentera les outils théoriques mobilisés au cours de la recherche. La première section exposera les apports de la littérature sur les besoins en matière de santé.

Nous retiendrons donc une approche valorisant la prise en compte de la voix du citoyen dans l'affirmation de ses besoins, cela afin de contrebalancer l'argumentaire des professionnels de la santé. En ce qui concerne les comportements de santé, ce sont les pratiques de prévention de la maladie et de promotion de la santé qui seront utilisées afin de classifier et analyser les données. Retenons finalement que c'est dans une perspective communautaire que se positionne cette recherche qui s'inspire des apports de la Charte d'Ottawa. À ce titre, nous valoriserons la participation des acteurs locaux lors de la recherche, par l'utilisation de l'ethnographie collaborative, afin de donner une voix aux participants dans l'analyse des données.

Le **troisième chapitre** offrira un panorama sur les outils méthodologiques empruntés lors de la collecte et l'analyse des données. Retenons que l'ethnographie collaborative m'amena à privilégier un contact rapproché avec une organisation locale péruvienne qui œuvre en santé communautaire à Comas. C'est à partir de ce point de référence que l'échantillonnage de type boule de neige, qui consiste à ajouter à un noyau d'individus ceux qui sont en relation avec eux-ci, fut la méthode privilégiée sur le terrain. Au total, ce sont dix-neuf entretiens semi-dirigés et un entretien de groupe qui furent réalisés entre septembre 2012 et mai 2013. Les apports des acteurs provenant du Pérou, ainsi que du Canada, permirent de brosser un riche portrait de l'objet d'étude. De plus, il est à noter que l'utilisation de l'observation participante et de l'observation documentaire, avec un accent sur la documentation latino-américaine, appuya la triangulation des données.

Le **quatrième chapitre** présentera les résultats de la recherche en trois grandes sections. La **première partie** relatara les pratiques d'intervention mises de l'avant par l'organisation péruvienne locale à Comas. Cette courte présentation permettra de mieux saisir la logique au sein de laquelle s'insèrent les projets mis de l'avant par le personnel de l'organisation et de quelle façon cela contribue à renforcer les promoteurs de santé et permet de les appuyer dans leurs pratiques de santé. Nous pourrions observer que l'intervention de l'organisation évolua substantiellement au cours des vingt dernières années. Alors que leur intervention cherchait d'abord à offrir des services médicaux, elle détenait comme finalité, au cours des dernières années, le renforcement du pouvoir d'agir d'acteurs locaux.

La **deuxième partie** décrira les pratiques de santé réalisées par les promoteurs de santé au sein du district de Comas. Ces pratiques sont, en matière de prévention de la maladie, axées sur les infections transmises sexuellement et la violence conjugale. En ce qui concerne les pratiques de promotion, nous saisissons que ce sont les activités de plaidoyer politique, de formations de coalitions et de vigilance citoyenne, dont les finalités sont l'incidence politique et la revendication du respect des droits fondamentaux de leurs concitoyens qui sont réalisées.

La **troisième partie** s'intéressera à l'analyse collaborative des besoins de santé, qui rassemble le point de vue de multiples acteurs sur les besoins de leur communauté, dans le district de Comas. Pour se faire, les acteurs multisectoriels interrogés livrèrent leurs analyses propres des besoins de leur communauté. Les points de convergence et de divergence seront ensuite soulevés afin d'offrir un panorama général des besoins exprimés. Nous constaterons que ce sont principalement les thématiques en lien avec l'insécurité citoyenne, la violence conjugale et la revendication de droits en santé sexuelle et reproductive qui furent les thématiques les plus abordées par les multiples acteurs. Alors qu'inversement, ce sont surtout des questions liées à l'environnement et certaines problématiques sociales telles que la corruption, la pauvreté, de même que l'accès aux services de santé qui furent moins mentionnés au sein des entretiens.

Le **cinquième chapitre** initiera la discussion à partir d'une brève réflexion sur le degré d'autonomie de promoteurs de santé qui se retrouvent dans une continuelle tension entre l'offre de services pour pallier les carences dans l'intervention de l'État et l'action sociale dont la finalité est la dissidence. En jouissant du financement externe provenant de la coopération internationale, les projets réalisés par les promoteurs détiennent une certaine forme d'indépendance et permettent d'œuvrer sur des thématiques taboues au Pérou. Cependant, cette indépendance d'action est entravée par la dépendance aux ressources financières externes et l'imposition d'un cadre d'intervention provenant du système de l'aide, où les orientations privilégient davantage les « financeurs », qui sont les bailleurs de fonds, que les « bénéficiaires », les populations en situation de pauvreté.

## CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

### 1.1. ENJEUX SOCIAUX ET MODÈLES DE DÉVELOPPEMENT AU PÉROU

#### 1.1.1. Le Pérou : un modèle de développement exemplaire?

Le Pérou affiche statistiquement une santé économique des plus effarantes. À l'image de nombreux pays d'Amérique latine, sa croissance économique s'avère vertigineuse, et ce, depuis maintenant plus d'une décennie (Banque Mondiale 2012). À ce reflet d'abondance, la pauvreté, du moins économiquement calculée, semble effectuer parallèlement un net recul. D'un taux approximatif de 45% en 2006, le ratio de la population pauvre en fonction du seuil national se situait aux environs de 31,3% en 2010 (Banque Mondiale 2012a). L'indicateur de développement humain (IDH), indice composite souvent employé au sein d'analyses académiques, tend à dépeindre le Pérou comme un pays où l'éducation, les revenus par habitant et l'espérance de vie se hissent à quelques échelons près des nations à « développement humain élevé » du monde. En effet, avec un taux de 0.725 pour l'année 2011 (PNUD 2011), il est avancé quantitativement que le Péruvien moyen détient un niveau de vie « supérieur » à la moyenne régionale, c'est-à-dire en comparaison avec ses homologues latino-américains. De tels indicateurs semblent corroborer l'idée selon laquelle le Pérou serait un pays en situation de développement exemplaire, ce qui nous amène à nous questionner sur l'aspect social d'un tel postulat.

Ce portrait permet surtout d'effectuer un net contraste avec la difficile époque que connaissait le Pérou, de même que l'Amérique latine entière, au fil de la décennie perdue des années 1980. Un léger rappel historique s'impose. Suite aux chocs pétroliers des années 1970, le Pérou se trouvait dans un climat des plus délicats. Le prix des matières premières chuta radicalement, ce qui, en concordance avec la dette grandissante des pays d'Amérique latine, engendra une majeure transformation dans les politiques économiques à l'échelle continentale (Glade 2010, 109). Ce contexte de crise plongea le Pérou dans un profond chaos social et économique. En 1989, à Lima, il faut rappeler que « le salaire minimum a chuté de 83% pendant la récession provoquée par le FMI, le nombre de ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté est passé de 17% en 1985 à 44% en 1990 » (Davis 2005). L'hyperinflation et l'endettement massif des Péruviens générèrent la prise en main par le Fonds monétaire

international (FMI) (Veltmeyer & Petras 2010, 127). Les solutions imposées (bien souvent comme condition de renégociation de la dette ou bien afin d'avoir accès à certaines formes de capital) furent des programmes orientés sur l'économie de marché ou bien d'ajustements structurels (Veltmeyer & Petras 2010, 127). Ces réformes libérales cherchaient principalement à intégrer l'économie du Pérou au marché global, augmenter les investissements directs étrangers, créer un nouveau modèle d'économie tourné vers l'exportation de matières premières et la mise en place de politiques sociales visant à promouvoir la croissance économique et le « développement » (Bury 2007, 378). Derrière l'application de ces programmes se retrouve une croyance idéologique selon laquelle certains ajustements macroéconomiques appropriés suffisent à réorganiser le développement d'un pays, nonobstant son histoire et son caractère particulier (Plaza & Stromquist 2006, 95). C'est dans ce contexte que le Consensus de Washington, dont « les ingrédients classiques du libéralisme : ouverture des marchés, y compris celui des capitaux, privatisation des entreprises, réduction des déficits publics, etc. » (Aguiton 2008) trouva sa porte d'entrée au sein du Pérou.

### **1.1.2. Les impacts d'un modèle économique extractiviste**

Ces réformes produisirent d'innombrables conséquences. Alors que le nouveau succès économique du Pérou peut être fortement attribuable aux investissements réalisés dans l'extraction minière et l'exportation de ressources primaires chez les partenaires économiques de ce dernier (Rivera 2011, 186), de nombreux paradoxes subsistent en ce qui a trait à l'application de ce modèle libéral. Fait important à noter, lors de l'année 2011, plus de 60% des exportations totales du Pérou furent attribuables au secteur de l'extraction minière (CIA 2012), ce qui démontre une forte dépendance à un modèle économique particulièrement vulnérable aux fluctuations des marchés internationaux. Si l'histoire ne se répète pas, elle bégaie. Eduardo Galeano, dans son célèbre essai paru en 1971, *Les veines ouvertes de l'Amérique latine*, ne manqua pas l'occasion de dénoncer l'amère histoire de l'exploitation des ressources naturelles sur le continent latino-américain au fil des derniers siècles depuis la colonisation espagnole. Il écrit avec acuité cette exploitation en ces termes :

Pour ceux qui conçoivent l'Histoire comme une compétition, le retard et la misère de l'Amérique latine sont le résultat de son échec : nous avons perdu, d'autres ont gagné. Mais il se trouve en outre qu'ils ont gagné uniquement parce que nous avons perdu :

l'histoire du sous-développement de l'Amérique latine est liée, on l'a dit, à celle du développement du capitalisme mondial. Notre défaite a toujours été la condition de la victoire étrangère : notre richesse a toujours engendré notre pauvreté pour alimenter la prospérité des empires et des gardes-chiourmes autochtones à leur solde. Dans l'alchimie coloniale et néo-coloniale, l'or se métamorphose en ferraille et les aliments en poison (Galeano 1981, 9-10).

Citation qui détient malheureusement toujours autant de signification aujourd'hui. Alors que des sociétés extractives génèrent de faramineux profits, les retombées contemporaines de cette exploitation génèrent de maintes problématiques sociales. Un bref survol de l'actualité dévoile l'apparition de contestations populaires envers de grands projets miniers tels que celui de Conga, dans la ville de Cajamarca ou bien Espinar, à Cusco. L'anthropologue Javier Torres dénote que ces manifestations s'expliquent au fait qu'à « la question environnementale s'ajoute celle de la redistribution des richesses par l'entreprise » (Barbier 2012, 8). Cette explication pourrait corroborer avec le caractère flagrant des inégalités de revenus au sein des différentes couches de la population que connaît le Pérou. Le coefficient de Gini, indicateur utilisé afin de mesurer la répartition des revenus entre les individus au sein d'une même économie, indique que le Pérou se situait à un niveau de 0,48 lors de l'année 2011 (Banque Mondiale 2012b). Ce qui représente un des taux d'inégalité les plus élevés au monde. Plusieurs décennies de réformes semblent maintenant convaincre la communauté scientifique que la richesse ne ruisselle tout simplement pas d'elle-même vers le bas comme cela fut planifié par les penseurs du Consensus de Washington.

Un modèle basé exclusivement sur l'exploitation des ressources primaires engendre, selon Weinthal et Jones Luong, des sources de revenus imprévisibles pour les gouvernements, ce qui décourage d'une certaine façon l'investissement et fragilise le budget gouvernemental dans sa provision de biens et services publics (Weinthal & Jones Luong 2006, 37). Nous pourrions ajouter également que le paiement de la dette extérieure publique, héritage de la décennie perdue et qui en 2008 totalisait toujours 24% du PIB (ONU 2008, 42), complique cette fragile offre de biens et services publics. Cela tendrait à expliquer que sur une population totalisant environ 29 millions d'habitants, 6 millions de Péruviens ne disposent toujours pas d'accès à l'énergie électrique dans leur foyer (PNUD 2012) et qu'à peine 32%

de la population rurale détenait un accès aux services d'eau potable en 2007 (Pedraglio & Teillier 2009, 12)<sup>2</sup>.

### **1.1.3. Le lourd fossé divisant les populations urbaines et rurales**

Les données semblent cependant suggérer que les conditions de vie en milieu urbain sont meilleures. C'est la lecture que fait le dernier rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement du Pérou en 2008. Usant d'un ton triomphant, ledit document dénote l'accomplissement à 81% des objectifs en matière de dénutrition globale et à 90% dans l'universalisation de l'éducation primaire, résultats qui s'avèrent aux premiers abords réjouissants (ONU 2008, 7). Parallèlement, plus loin au sein du rapport, nous pouvons cependant constater que 42,5% de la population rurale n'atteint toujours pas le seul minimal de consommation calorique nécessaires à une saine alimentation et que la mortalité infantile touche le double d'individus vivant à la campagne (ONU 2008, 15-21).

Ces données mettent en emphase le niveau de vie précaire de la population rurale péruvienne. Divers arguments sont présentés en vue d'expliquer ce lourd fossé séparant les urbains des ruraux. Certains accuseront le relief escarpé du Pérou, où de nombreuses populations éparses, vivant aux confins de la jungle amazonienne aux cimes des montagnes de la Cordillère Blanche, demeurent difficilement accessibles aux interventions gouvernementales. D'autres pointeront la politique centralisatrice que mène le Pérou. À cet effet, au sein du budget du secteur public de l'année financière 2012, environ 68% des fonds furent attribués au gouvernement central, 15,5%, aux entités régionales et 16,5% aux gouvernements locaux (MEF 2012). Dans cette logique, il serait donc compliqué pour les localités de se doter de moyens financiers nécessaires en vue d'agir contre la pauvreté tant le budget s'avère inégalement réparti. Bien entendu, les raisons demeurent multiples et l'objectif n'est pas de les recenser intégralement, mais plutôt d'attirer l'attention sur un phénomène et ses conséquences, celui de l'exode rural et du surpeuplement urbain au Pérou.

---

<sup>2</sup> Bien que l'étude citée ne spécifie pas le type d'accès auquel la présente statistique se réfère, l'observation d'une documentation complémentaire nous permet de saisir qu'au Pérou, il existe trois grands types d'accès à l'eau : 1) Connexion à domicile au réseau public; 2) Sans connexion à domicile, mais avec une source près (ce qui inclut les puits, par exemple); et 3) Sans service (où les individus doivent s'approvisionner par les rivières, canaux d'irrigation, camions citernes ou vendeurs d'eau, etc.) (OPS 2001, 9). Nous pouvons donc déduire que la statistique présentée se réfère principalement aux deux premiers types d'accès mentionnés ci-contre – connexion à domicile au réseau public et sans connexion à domicile, avec une source près.

#### 1.1.4. Exode rural et pauvreté urbaine

L'urbanisation au Pérou se veut un phénomène surprenant en soi. En quelques décennies seulement, la population de Lima est passée de 614,354 personnes en 1940 à plus de 8 millions d'habitants lors des derniers recensements (Barreda & Ramírez Corzo 2004, 203). Ce qui signifie que pratiquement le tiers de la population péruvienne réside actuellement à Lima. Le Pérou est un pays éminemment urbain. Plus de 70% de sa population réside à l'intérieur des villes, et ce, majoritairement situées sur la côte du Pacifique (Riofrío 2004, 77). Cette urbanisation fut alimentée par de successives vagues de migrations internes. Comme le soulignent Doré et Matta (2011), c'est d'abord la croissante industrialisation de Lima suite à la Seconde Guerre mondiale qui attira les familles Andines au cours des années 1960. Puis, l'échec en termes de production de la réforme agraire et les effets de la crise économique internationale des années 1970 intensifièrent l'exode rural. À partir des années 1980, c'est la guerre civile où s'opposèrent le groupe révolutionnaire du Sentier Lumineux aux forces armées péruviennes qui déplacèrent les populations (*los desplazados*) vers Lima (Doré et Matta 2011, 44). Selon le Ministère de la Femme et des populations vulnérables du Pérou (MIMP), ce sont près de 45 000 familles qui furent déplacées entre 1980 et 2000 afin de fuir la violence perpétrée lors de ce conflit (MIMP 2012, 11-12).

Cette question de l'urbanisation n'est pas seulement attribuable au Pérou, il s'agit d'un phénomène global. L'avènement du 21<sup>e</sup> siècle marqua un nouveau tournant dans l'organisation socio-spatiale de l'être humain. « Pour la première fois, la population urbaine de la planète aura dépassé la population rurale » (Davis 2005, 10). Un tel changement engendre une incidence majeure sur la qualité de vie de millions de citoyens puisque l'urbanisation du tiers-monde a dû emprunter sa propre voie. « La thèse qui associe l'urbanisation et la croissance économique est encore fortement répandue au sein des milieux d'experts et des instances internationales comme les Nations Unies » (Latendresse & Massé 2008, 264). Dans les faits, il serait plus approprié de situer cette urbanisation comme une simple augmentation de la pauvreté urbaine. Comme la souligne Mike Davis, à l'instar des modèles occidentaux, cette rapide urbanisation ne s'est pas fondée sur une forme quelconque d'industrialisation ou de développement. Elle est plutôt « le résultat d'une conjoncture mondiale spécifique – la crise de la dette [...] et la restructuration des économies en voie de développement sous l'égide du FMI [...] – que le reflet d'on ne sait quelle loi de fer du

progrès technologique » (Davis 2005, 13). Conjoncture qu'il est possible de lier aux soubresauts que connut le Pérou lors de la décennie perdue.

Comme le soulignent Latendresse et Massé, la question de la pauvreté urbaine est intimement liée à celle de l'habitat (Latendresse & Massé 2008, 264). Les estimations d'ONU-Habitat démontrent que 68% de la population urbaine vivait dans un bidonville (ou *barriada*) au Pérou en 2001 (UN-Habitat 2001). Bien que le rapport des OMD de l'année 2008 souligne une nette amélioration en ce qui a trait à la question de l'habitat au niveau national, où le pourcentage des logements sans carence<sup>3</sup> augmenta de 43,6% en 2001 à 53,7% en 2008, force est de constater que 40% des résidences demeurèrent précaires à Lima (ONU 2008, 39). Au-delà de telles statistiques, il s'agit bien du niveau de vie de ces citoyens résidant au sein de bidonvilles qu'il se doit d'être pris en compte.

La liste de problème est longue : pauvreté urbaine (chômage urbain, travail informel, etc.), insécurité alimentaire, habitations précaires, problèmes environnementaux qui affectent la santé (insalubrité, pollution atmosphérique et sonore, manque d'accès à l'eau potable et aux infrastructures sanitaires, etc.), absence ou manque d'infrastructures et d'équipements collectifs, insuffisance des transports en commun, etc. (Latendresse & Massé 2008, 265).

Lors de la présente thèse, il sera possible de se concentrer sur la question du niveau de vie dans une communauté particulière de Lima, celle du district de Comas. L'objectif sera, de façon générale, de se questionner sur ce paradoxe soulevé au cours de cette section, celui présentant d'une part le Pérou comme un pays où les ressources économiques se veulent en continuelle croissance, et d'une autre part un pays où le bien-être des populations urbano-marginales demeure précaire. Cela dans l'optique de se questionner sur des formes de développement cherchant à valoriser les potentiels humain, culturel et social du pays (Maquet-Makédonski 2004, 162). Pour se faire, nous valoriserons l'exploration empirique du

---

<sup>3</sup> Le Ministère de l'Économie et des Finances du Pérou utilise la méthode des Besoins de Base Insatisfaits (*Necesidades Básicas Insatisfechas*) afin de mesurer la pauvreté non monétaire. Cette méthode utilise cinq indicateurs afin de mesurer le nombre de carences d'un foyer, où un plus grand nombre de besoins de base insatisfaits signifie un plus grand état de pauvreté. Ces indicateurs sont : 1) Un foyer avec des caractéristiques physiques inadéquates (qui prend en compte le matériel de construction) ; 2) L'entassement (lorsqu'il y a plus de 3,4 personnes par pièce) ; 3) Un foyer sans connexion aux égouts ; 4) Un foyer avec au moins un enfant entre 6 et 12 ans qui ne fréquente pas un centre éducatif et 5) Un foyer à haute dépendance économique.

contexte socio-sanitaire à Comas afin de saisir comment s'articule le bien-être de ses habitants.

## 1.2. LE DISTRICT DE COMAS

Le district de Comas, fondé officiellement en 1961, fut au centre des mutations démographiques des dernières décennies au Pérou. D'une population actuelle de plus de 500 000 habitants, le district demeure l'un des plus peuplés de tout Lima. Situé dans le département et la province de Lima, au sein du cône nord, Comas se retrouve bordé par les districts de Carabayllo, Puente Piedra, Independancia, Los Olivos et San Juan de Lurigancho<sup>4</sup>. Ainsi, depuis sa fondation, de nombreuses vagues de populations vinrent successivement des différentes régions du pays, y apportant ses coutumes, traditions, langues et idiosyncrasies, donnant au district de Comas un caractère hétérogène distinctif (Tácanan 2000, 275).

Bien évidemment, il faudra ici éviter de transposer intégralement les problématiques générales dépeintes lors de la dernière section et les apposer indistinctement au district de Comas. Néanmoins, certains éléments seront ici soulevés afin de mieux comprendre les attributs sociaux et économiques du district. Les premiers habitants du district de Comas peuplèrent généralement le territoire en « envahissant » les terrains qui étaient à l'époque de grandes propriétés agricoles. Différents auteurs latino-américains nommèrent *barriada*, *pueblo joven* ou bien *asentamiento humano* ces zones urbaines où s'entassaient aujourd'hui des milliers d'individus. Comme le définissent Barreda et Ramírez Corzo, la *barriada* est une forme d'urbanisation par laquelle l'accès au sol précède la construction de résidences et de quartiers, et où les habitants se dotent eux-mêmes de services urbains (eau et égouts, routes, espaces publics, etc.). Le fait que l'habitation précède la construction physique de la ville rend les conditions de vie en dessous des standards considérés minimaux en ce qui a trait à l'habitat. De façon générale, ce sont les secteurs populaires qui ont dû assumer la majeure partie des coûts de la construction de leur quartier à travers les formes de travail communautaire (Barreda & Ramírez Corzo 2004, 203). Ces marginaux urbains, comme l'explique José del Pozo, « se définissaient non seulement par le fait de vivre dans les zones

---

<sup>4</sup> Voir Annexe I. Carte du district de Comas.

périphériques des villes, mais aussi par la précarité des travaux qu'ils accomplissaient, ce qui les laissait normalement en dehors de tous les circuits de bénéfices sociaux » (Pozo 2004, 242).

Bien que Comas ait rapidement changé au cours des dernières années, de nombreux problèmes sociaux subsistent et proviennent de cette urbanisation, dont la pauvreté, l'offre de services de base inadéquats, la délinquance juvénile, etc. (Tácanan 2000, 275). Comas demeure, selon une étude réalisée en 2007 par l'Institut National de Statistiques et d'Informatique du Pérou, un des districts où se trouve le plus de carences au sein des habitations au niveau national (INEI 2009a, 101). La brève observation de cette littérature nous permet premièrement de concevoir que derrière des données socioéconomiques de nature globale se cachent en fait des réalités divergentes qui fluctuent abondamment entre les diverses agglomérations au sein de la ville de Lima. Si les données semblent indiquer de nets reculs de la pauvreté et l'amélioration des niveaux de vie au sein de certains districts, d'autres demeurent profondément entravés par une foule de problématiques sociales. Deuxièmement, ces disparités entre les différents districts au sein de la ville de Lima prennent la forme d'une forte concentration de la richesse au sein d'un même noyau géographique. Troisièmement, la croissance économique n'est pas un gage de développement intégral. À cet effet, le développement est aujourd'hui davantage conçu « comme une mobilisation économique, sociale et culturelle de toutes les potentialités d'un pays (ou d'une région, ou d'une communauté locale) autour d'un certain nombre d'objectifs d'amélioration des conditions de vie des populations. » (Favreau & Fréchette 2002, 31). Une fois cela exprimé, nous observons que ce travail cherchera à explorer le contexte socio-sanitaire local à Comas dans une perspective de développement social et communautaire.

### **1.3. ACTEURS LOCAUX COMMUNAUTAIRES**

Comme nous l'avons observé précédemment, la définition de la *barriada* de Barreda et Ramírez Corzo centre son attention sur la participation des secteurs populaires, via des formes d'implication communautaire, comme un élément clef de la construction de la ville. Le district de Comas ne fait pas exception au phénomène. Pendant plusieurs décennies, ce sont les citoyens qui ont dû s'occuper de mettre en place les services de base avant que l'État y intervienne. Face à l'exclusion connue par les habitants de Comas en ce qui a trait à l'accès

aux circuits des services sociaux, comme cela fut expliqué précédemment par José del Pozo, de nombreuses organisations communautaires locales entreprirent de mettre en place des alternatives afin de répondre aux besoins non répondus des citoyens. Ces alternatives s'insèrent dans le cadre d'une vision alternative du développement, pour reprendre Juan-Luis Klein, d'avantage « critique au sujet des inégalités, mais aussi peu confiante dans les capacités de l'État d'y apporter des solutions » (Klein 2008, 61). Cette vision dénonce l'effet pervers derrière la concentration des investissements, ainsi que la centralisation de l'appareil étatique et de ses influences négatives sur la capacité d'action des acteurs locaux (Klein 2008, 61).

C'est donc principalement auprès d'une petite organisation non gouvernementale (ONG) péruvienne, qui appuie des groupes de citoyens bénévoles, que s'articulera la majeure partie de la présente thèse. Comme le précise Armony, les organisations de base (*grassroot*) sont « constituées au sein d'une communauté locale et généralement dédiées à des activités de coopération et d'entraide » (Armony 2008, 199)<sup>5</sup>. C'est dans cette perspective que l'organisation péruvienne locale cherche ultimement à améliorer le bien-être des habitants du district de Comas. Leur contribution aux efforts pour enrayer la pauvreté se situent principalement dans l'appui offert aux initiatives élaborées par des acteurs locaux, principalement des agents communautaires bénévoles dénommés les promoteurs de santé. Cette stratégie inclut également un continuuel travail de plaidoyer politique auprès des autorités locales et la formation d'alliances au sein d'espaces de concertation avec d'autres organisations à vocation sociale. Les promoteurs de santé, qui sont les principaux protagonistes de cette intervention communautaire, sont des citoyens et citoyennes de Comas organisés au sein de groupes aux intérêts divers. La présente recherche s'articulera principalement auprès de deux organisations de base. Le premier groupe est majoritairement composé de femmes âgées qui interviennent en santé communautaire, et ce, principalement

---

<sup>5</sup> Lors de la présente thèse, nous considérerons les organisations de la société civile (OSC) comme l'ensemble « des associations autour desquelles la société s'organise volontairement et qui représentent un large éventail d'intérêts et de liens, de l'origine ethnique et religieuse, à la protection de l'environnement ou des droits de l'homme, en passant par des intérêts communs sur le plan de la profession, du développement ou des loisirs » (Brodhag *et al.* 2004, 159). Cette définition inclut différents niveaux d'organisations, dont les **organisations sociales de base** (OSB) qui, au cours de la thèse, feront référence aux organisations des promoteurs de santé. Puis, les **organisations non gouvernementales** (ONG), qui lors de la thèse renverront à l'organisation péruvienne locale et aux organismes de coopération internationale (OCI) québécois.

sur les enjeux de la santé sexuelle et reproductive, ainsi que la violence de genre. Le second groupe est composé de jeunes hommes et femmes qui réalisent également des pratiques de santé avec un accent marqué sur les enjeux de la jeunesse. Leur intervention s'articule de façon ludique. Les arts de la scène, de même que la musique folklorique, sont les canaux que ces jeunes mobilisent pour participer au sein de leur communauté.

Le fait de valoriser la participation du chercheur et de centrer ses observations auprès de ces acteurs locaux permet de valoriser ce que Juan-Luis Klein dénomme le développement ancré dans une perspective ascendante. Cette perspective qui est basée sur la société civile, représente une vision antagonique à la perspective descendante, fondée sur l'unique intervention de l'État (Klein 2008, 61). Dans cette conception, est mis en valeur « le potentiel innovateur de la coopération [...] au niveau de la société civile, pour améliorer les conditions de vie et de travail des collectivités locales » (Klein 2008, 61). Travail auquel se dévoue cette organisation péruvienne et les promoteurs de santé depuis les vingt dernières années à Comas.

#### 1.4. LA QUESTION DE LA SANTÉ

Le système de santé au Pérou se subdivise en deux grands secteurs : le public et le privé. En ce qui concerne la prestation de services de santé, le secteur public se divise dans un régime contributif indirect et direct (qui correspond à la sécurité sociale). Dans le secteur public, le gouvernement offre des services de santé à la population non assurée en échange du paiement d'une cote aux montants variables, qui est à la discrétion des organisations et au moyen de l'Assurance Intégrale de Santé (*Seguro Integral de Salud - SIS*), qui couvre la provision des services à la population qui vit en conditions de pauvreté et de pauvreté extrême (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, Nigenda 2011, s247). La prestation de services à la population assurée par le SIS se réalise au sein du réseau d'établissements de santé du Ministère de la Santé (MINSA), des hôpitaux et instituts spécialisés du Pérou. Le système de sécurité sociale en santé contient deux sous-systèmes : l'assurance sociale avec provision traditionnelle (EsSalud) et les Entités Prestataires de Santé (EPS). EsSalud offre des services de santé à la population salariée et leurs familles dans leurs propres installations. Les militaires, policiers et leurs familles ont leur propre sous-système de santé intégré (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, Nigenda 2011, S247).

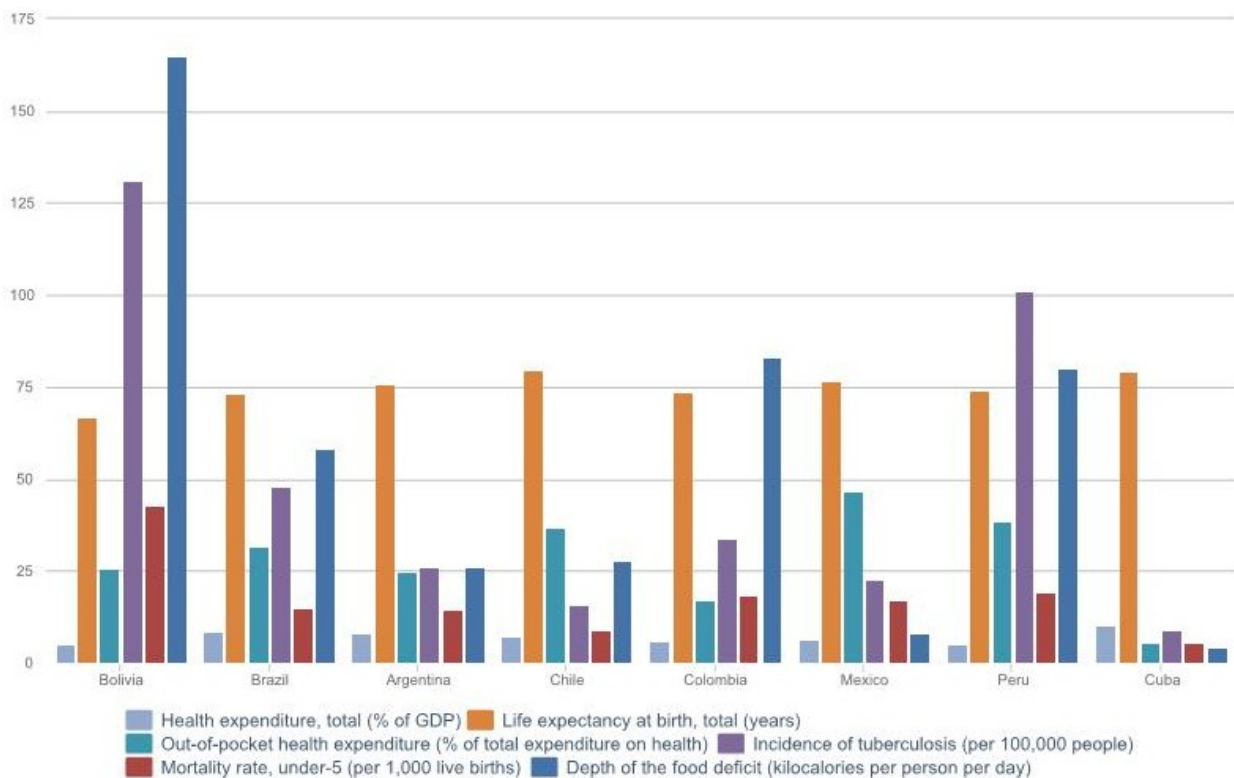
Au sein du secteur privé se distinguent le privé à but lucratif et le privé à but non lucratif. Au sein du privé à but lucratif et formel, nous retrouvons les EPS, les assureurs privés, les cliniques privées à la fois spécialisées et non spécialisées, les centres médicaux et policliniques, les laboratoires, les services de diagnostique par imagerie, etc. Comme prestataires de services informels, il y a les pourvoyeurs de médecine traditionnelle, tels que les *shamans* et les *curanderos*. Le secteur privé à but non lucratif est représenté par un ensemble d'associations civiles telles que les organisations non gouvernementales, la Croix Rouge Péruvienne, les compagnies de pompiers volontaires, les organisations d'action sociale de certaines églises et les services de santé promulgués par les paroisses de l'Église catholique. La majorité de ces associations offrent des services de premier niveau et reçoivent fréquemment des ressources financières de coopérants externes, donateurs internes, de gouvernements et des foyers (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, Nigenda 2011, s247).

Malgré les efforts mis de l'avant par le Pérou depuis 2009 afin de rendre plus inclusif son système de santé, notamment avec la mise en place graduelle du Plan Essentiel d'Assurance de Santé (PEAS), qui consiste à établir une liste de conditions et d'interventions qui doivent être minimalement couvertes par tous les assureurs, la santé de la population péruvienne est avant tout un reflet de sa réalité sociale. Il existe toujours une grande iniquité dans le domaine de la santé (Bardález del Aguila 2003, 6). Cette iniquité se traduit entre autres dans la question de l'accessibilité aux établissements de santé. Entre 10% et 20% de la population péruvienne se retrouvait exclue de tout système de santé en 2009, phénomène touchant majoritairement les individus en situation de pauvreté (Castro 2009, 232; Alcalde-Rabanal, Lazo-González, Nigenda 2011, s248).

En 2003, le *Consortio de investigación económica y social*, une association dédiée à la recherche sociale et économique au Pérou, évaluait la situation de la santé comme insatisfaisante lorsque comparée aux autres pays latino-américains. À titre d'exemple, le taux de mortalité infantile était l'un des plus hauts de l'Amérique latine à cette époque, le Pérou était alors devancé par la République dominicaine, le Nicaragua, la Bolivie et Haïti, des pays avec un revenu par habitant beaucoup plus faible (Bardález del Águila 2003, 6). Comme le démontre la **Figure 1** à la page suivante, le Pérou reste, en 2011, un des pays de l'Amérique

latine où l'investissement en santé demeure relativement le plus faible en pourcentage du produit intérieur brut (PIB). Bien que le faible investissement ne puisse être corrélé aux résultats particulièrement insatisfaisants du Pérou en ce qui concerne sa situation sanitaire, force est de constater une certaine problématique au niveau de l'engagement de l'État envers sa population sur le thème de la santé. Une brève observation des indicateurs fournis au sein de la figure démontre que le Pérou, de même que la Bolivie, sont parmi les pays où l'incidence de la tuberculose, le déficit calorique par personne et le taux de mortalité des enfants en bas de 5 ans affectent le plus grand nombre d'individus dans la région. L'inclusion de Cuba au sein de la figure, un pays où l'investissement en santé en fonction du PIB demeure plus élevé que la moyenne des pays sélectionnés, permet de symboliquement apprécier la performance d'un modèle de développement socio-sanitaire d'un pays où la taille de l'économie s'avère de moindre envergure (du moins en comparaison avec le Pérou).

**Figure 1. Investissement en santé et indicateurs sanitaires en Amérique latine (2011)**



Source : Banque Mondiale 2014.

Dans l'objectif de soutenir la croissance d'une population et amener de nouvelles pistes de réflexion pour un développement plus humain, beaucoup d'experts commencent à reconnaître que « la réussite économique [sociale et culturelle] d'un pays passe d'une part par l'éducation, et d'autre part par la protection de la santé » (Thayer 2003, 61). Thayer affirme que la difficile question de la santé relève avant tout d'un problème économique plutôt que médical. « Les résultats sanitaires des riches et des pauvres sont plus liés à leur position dans l'économie du pays qu'à d'autres choses. C'est le niveau de vie, beaucoup plus que les soins, qui détermine l'état de la santé » (Thayer 2003, 62). Qu'il s'agisse des citoyens liméniens au mode de vie précaire qui « habitent dans des quartiers insalubres, surpeuplés, où la qualité de l'eau n'est pas garantie et les services d'assainissement sont inadéquats » (Thayer 2003, 63) aux populations rurales qui résident en marge des services sociaux, ce sont les pauvres qui souffrent le plus d'un mauvais accès à la santé. À titre d'exemple, le taux de mortalité du quintile le plus pauvre de la population péruvienne était le double du quintile le plus riche pour les années 2000 à 2005 (Banque Mondiale 2011, 9). Afin de réaliser des changements qui influenceront positivement sur la qualité de vie de ces gens,

différentes analyses suggèrent que l'amélioration des conditions de santé dans les pays pauvres devrait être une priorité dans les politiques de développement, non seulement parce que les problèmes de santé sont une dimension à part entière de la pauvreté, mais aussi parce que de mauvaises conditions de santé contribuent à enfermer, au niveau macroéconomique, les pays pauvres dans un piège de sous-développement (Berthélemy & Seban 2009, 34).

Selon l'INEI, 85,97% de la population majeure sondée avec un problème de santé à Lima n'est pas allée réaliser une consultation médicale dans un établissement de santé à cause d'un manque d'argent en 2009 (INEI 2009). Le pourcentage de ceux qui ont en contrepartie décidé d'utiliser des remèdes maison, qui ont indiqué que la consultation n'était pas nécessaire ou qui se sont eux-mêmes traités se retrouve à 33,89%. Pour terminer, la proportion de ceux qui n'ont pas consulté parce qu'ils résidaient trop loin des établissements de santé, qu'ils manquaient de confiance en ceux-ci ou qui accusaient les longs temps d'attente se situait à 13,80% (INEI 2009). Il est donc possible d'observer que la problématique de l'accès aux soins à Lima peut effectivement être liée à la question du financement, mais recoupe d'autres aspects fondamentaux. Les frais indirects liés aux

traitements, le coût des médicaments, l'absence non rémunérée au travail, les frais de transport ou même des barrières culturelles jettent les bases d'une problématique pluridimensionnelle et étroitement associée aux politiques sociales (Thayer 2003, 66).

## 1.5. CONTEXTE LOCAL ET QUESTIONS DE RECHERCHE

L'impressionnant taux de liméniens sondés qui ont affirmé ne pas avoir consulté un établissement de santé amena le chercheur à s'interroger sur les pratiques mises en place par des citoyens socialement impliqués pour remédier aux barrières que représentent le coût, l'inaccessibilité, voire même la méfiance envers les services médicaux offerts par ces établissements. C'est de cette réflexion qu'émergea la question spécifique qui guidera l'ensemble de ce travail de recherche, à savoir, **quelles sont les pratiques de santé mises en œuvre par des habitants bénévoles impliqués au sein d'une organisation péruvienne locale de Comas pour répondre aux besoins de santé de leur communauté?** Le chercheur opta donc pour explorer ces pratiques à travers le prisme d'une organisation péruvienne locale qui œuvre en santé communautaire au sein du district de Comas depuis plus d'une vingtaine d'années. Ce choix fut principalement motivé par le degré de proximité que le chercheur entretint auprès de cette organisation avant d'entamer la présente étude en s'y investissant à titre de coopérant entre 2010 et 2012. La reprise de contact graduelle avec l'organisation péruvienne et les agents communautaires bénévoles qui s'y impliquent l'incita à préciser davantage son angle de recherche en favorisant une approche collaborative que nous tâcherons de détailler ultérieurement.

## 1.6. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

### 1.6.1. Objectifs liés à la contribution scientifique

Le premier objectif de la thèse repose sur le caractère exploratoire de la présente recherche. L'exploration des pratiques de santé mises en place par l'organisation péruvienne locale et les promoteurs de santé pour répondre aux besoins de la population de Comas se réalise dans un contexte particulièrement enrichissant, celui d'une communauté en situation de marginalité. L'exploration des pratiques permettra donc de détailler un thème jusqu'alors peu analysé au sein de la littérature scientifique, principalement en raison de sa spécificité.

### **1.6.2. Objectifs liés à la pertinence sociale**

La présente analyse valorisera la participation des acteurs locaux, puisque sa réalisation s'ancre dans les intérêts et préoccupations de ces derniers, notamment en adoptant comme démarche l'ethnographie collaborative. En réalisant une recherche auprès des promoteurs de santé au sein de la communauté de Comas, la réalisation d'entrevues permettra de générer des retombées positives et amener une prise de conscience auprès des participants interrogés, ce qui représente le second objectif de la thèse. Cela offrira un espace de prise de parole pour ces acteurs, afin qu'ils puissent s'exprimer sur leurs projets communautaires. De plus, les données de la recherche seront distribuées à l'organisation péruvienne locale qui pourra se servir des résultats afin de présenter les bienfaits de leurs interventions à Comas.

## CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE

Les besoins et les pratiques de santé ont été abordés par de multiples auteurs au sein de la littérature académique. Au cours de ce chapitre, nous tâcherons donc de passer en revue l'imposant corpus théorique de ces notions. Nous tâcherons ainsi de saisir pour quelles raisons les principes de l'organisation communautaire, ainsi que l'emprunt au domaine de la santé publique des notions de prévention de la maladie et de promotion de la santé, seront des outils nécessaires lors de la réalisation de ce projet de recherche.

### 2.1. LA SANTÉ

Une définition classique du concept de santé demeure celle livrée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui stipule que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS 1946). Cette définition sera utilisée principalement pour sa simplicité et pour l'importante distinction qu'elle effectue entre les principes de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé.

### 2.2. LE BESOIN DE SANTÉ

Nous pouvons définir globalement les besoins comme des exigences nécessaires afin de survivre, se développer et assurer le bien-être des organismes vivants. Selon H.A.Murray, les besoins sont des forces motrices qui motivent un individu à poser une action. Ainsi, les besoins organisent les perceptions, les aperceptions, l'intellectualisation et l'action (Murray 1938, 124). La notion de besoin demeure intrinsèquement liée à celle de l'action. Son rapport au concept de santé demeure traité de façon variable au sein de la littérature.

Plusieurs auteurs ont tenté, au fil des décennies, de définir ce qu'est un besoin social relié au domaine de la santé. De façon non exhaustive, diverses conceptions seront ici exposées en vue d'observer le travail théorique dégagé sur cette notion. Pour débiter, il importe de citer le travail d'Abraham Maslow qui, au sein de sa célèbre typologie, identifia cinq grandes catégories de besoins qui affectent le bien-être chez l'humain. Suivant sa classification pyramidale, Maslow affirmait que l'être humain agit dans l'objectif de répondre à des besoins hiérarchiquement organisés. Selon l'auteur, les besoins physiologiques sont identifiés comme fondamentaux puisqu'ils sont vitaux et indispensables à la survie de l'être

humain, alors que ceux psychologiques demeurent conditionnels à la satisfaction de ces derniers (Gallagher-Lepak 2006, 760). Le travail de Maslow reste influent et a su offrir de larges assises théoriques dans le champ du développement international, mais ne parvient pas à expliquer certaines pratiques, par exemple spirituelles, dans un contexte où certains besoins physiques demeurent déficitaires.

Le travail de Virginia Henderson, publié en 1960 au sein d'une brochure nommée « Principes fondamentaux des soins infirmiers », rejette le principe visant à positionner hiérarchiquement les besoins de santé (Henderson 1969). Selon l'auteure, tout homme présente 14 besoins fondamentaux, qu'il soit malade ou bien en santé. Ces besoins sont les suivants :

respirer normalement ; boire et manger de façon appropriée ; éliminer ; se mouvoir et se maintenir dans la position souhaitée ; dormir et se reposer; choisir des vêtements appropriés, s'habiller et se déshabiller; maintenir la température de son corps dans les limites de la normale en utilisant des vêtements appropriés ou en modifiant l'environnement; garder son corps propre et soigné, et protéger ses téguments; éviter les dangers et ne pas nuire à autrui; communiquer avec les autres en exprimant ses émotions, ses besoins, ses peurs ou ses opinions; pratiquer sa religion selon ses croyances; s'occuper de façon à se sentir utile ; jouer ou avoir des loisirs ; apprendre, découvrir ou satisfaire sa curiosité qui conduit au développement normal et à la santé, et utiliser les ressources de santé disponibles (Boitin, Lagoutte & Lantz 2002, 10).

Ainsi, l'individu ne sera pas complet si un de ses besoins n'est pas satisfait, ce qui amène donc à percevoir un besoin comme étant une nécessité plutôt qu'un manque (Boitin, Lagoutte & Lantz 2002, 9). Pour Henderson, la santé est synonyme d'indépendance chez l'individu dans l'accomplissement de ses propres besoins. Contrairement à Maslow, Henderson affirme qu'il existe une interrelation où chacun des besoins fondamentaux contient des dimensions biologiques, physiologiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles.

Quelques années plus tard, Bradshaw s'est également appliqué en 1972 à dresser une taxinomie des besoins. Son travail, davantage versé dans le domaine de la santé, mena à distinguer quatre différents types de besoins, à savoir, les besoins normatifs (*normative need*), qui sont définis par les experts, médecins et professionnels en vue de poser des

standards de santé. Il y a ensuite les besoins ressentis (*felt need*), qui représentent les désirs ou la vue subjective du besoin qui deviendra ou non un besoin exprimé. Puis, les besoins exprimés (*expressed need*), qui sont les demandes ou les besoins ressentis transformés en action. Finalement, les besoins comparés (*comparative need*), qui concernent l'équité dans la réponse à ces besoins (Bradshaw 1994, 46). Bien que cette typologie ait été influente, une telle conception du besoin demeure contestée puisque comprendre, définir, mesurer et comparer les besoins qui sont reliés aux problèmes et maladies concernant la santé des individus demeurent des tâches complexes (Oliver & Mossialos, 2004, 657). Néanmoins, elle permet d'introduire une importante dichotomie entre les besoins définis par des professionnels de la santé et les besoins exprimés subjectivement par des individus.

Il importe de jeter un regard sur une dernière classification élaborée par Lightfoot (1995). Celle-ci établit d'abord qu'un besoin peut être défini comme un concept instrumental, c'est-à-dire qu'il y a besoin pour quelque chose. Il peut donc être communément exprimé un besoin dans le but d'atteindre un état final considéré comme désirable (au niveau de la santé ou du bien-être). Une telle approche se concentre sur la nature matérielle de l'existence de l'être humain et amène à séparer les besoins jugés comme essentiels (*basic needs*) de ceux qui ne le sont pas (James 1999, 167). Lightfoot distingue une seconde approche qui tend à définir ledit concept en tant que construction sociale. « This means that needs are defined within a cultural and organisational context, which means that different groups within society can exert differential power over the definitions used » (James 1999, 167). Une dimension fondamentale derrière cette vision est la prise en compte de la voix du citoyen dans l'affirmation de ses besoins. Cette façon de concevoir le besoin sera reléguée à l'avant-plan au sein de la présente thèse, puisqu'elle offre la possibilité de contrebalancer l'argumentaire des professionnels de la santé et engage une analyse plus en profondeur du phénomène (James 1999, 168). Au cours de la thèse, nous tâcherons ainsi de réaliser une analyse collaborative des besoins de santé exprimés par différents acteurs locaux interrogés à Comas. Ces acteurs locaux, qui sont en lien avec l'organisation péruvienne locale, seront introduits de façon détaillée lors du prochain chapitre. Cette co-construction des besoins, qui se base sur les principes de l'ethnographie collaborative, valorise la perspective des citoyens dans l'identification de leurs besoins de santé et permettra de se détourner, un tant soit peu, du

discours d'apparence scientifiquement neutre et objectif de la santé qui légitime son pouvoir au sein des pays en voie de développement (Laperrière & Zúñiga 2007, 39).

### 2.3. LA PRATIQUE DE SANTÉ

Comprendre les pratiques relatives à la santé demeure une facette importante en vue d'améliorer la santé publique et le bien-être individuel et collectif. Il importe de spécifier qu'une pratique de santé peut impliquer des actions faites par un individu envers lui-même (mettre un écran solaire) ou envers autrui (établir un milieu de travail sans tabac). Godin (2012, 7) définit un comportement de santé comme étant une « une action faite par un individu et ayant une influence positive ou négative sur la santé ». La perspective communautaire empruntée, que nous détaillerons ultérieurement au sein du chapitre, nous amènera à également considérer les actions collectives réalisées par des individus. De plus, il est à noter une autre distinction intéressante qui sépare les comportements épisodiques (accomplis une ou quelques fois) de ceux appartenant au mode de vie (qui impliquent des actions répétées au cours d'une période de temps) (Glanz 2007, 461).

Il existe diverses réflexions en ce qui a trait à l'analyse des pratiques de santé et comment celles-ci se développent au sein d'une population. Les théories du comportement en santé peuvent être classées selon trois niveaux distincts: « (1) individual level, focusing on constructs such as knowledge and attitudes; (2) interpersonal level, emphasizing social factors, such as social norms or social support; and (3) structural or environmental, emphasizing multiples levels of influence, including access to resources, laws, and policies » (Glanz 2007, 462). Puisque l'approche de la santé communautaire sera privilégiée au sein de la thèse, nous nous concentrerons sur l'observation des pratiques de prévention de la maladie et de promotion de la santé effectuées par les promoteurs de santé à Comas. De plus, les pratiques au niveau interpersonnel et structurel seront privilégiées. Il ne sera pas question d'utiliser une approche strictement fondée sur le niveau individuel au cours de la présente thèse, malgré sa prédominance au sein des théories en santé publique. « Viewing health as an individual matter relegates the social and political causes to the realm of the implicit and ultimately negligible variables, which can lead to a loss of health to the background » (Laperrière 2007, 727).

### 2.3.1. La promotion et la prévention de la santé

Le domaine de la santé communautaire utilise les concepts de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé afin de catégoriser les types de pratiques de santé réalisées par des individus au sein d'une population. Il sera question d'épouser une telle approche dans l'objectif de mieux analyser les pratiques de santé une fois sur le terrain.

#### 2.3.1.1. Les fondements de la promotion et de la prévention

La prévention des maladies et la promotion de la santé sont des concepts qui détiennent une trajectoire historique particulièrement riche. Il sera question de présenter, de façon non exhaustive, les grandes contributions théoriques qui ont su façonner le contenu et la portée de ces notions. Le terme « promotion de la santé » a d'abord été conceptualisé par l'historien médical Henry E. Sigerist, en 1945, alors qu'il cherchait à définir les quatre grandes tâches de la médecine. Selon Sigerist, ces tâches sont : 1) La promotion de la santé, 2) La prévention de la maladie, 3) Le rétablissement des malades et 4) La réhabilitation. Il expliquait alors que la santé devait être promue en favorisant un niveau de vie décent, de bonnes conditions de travail, d'éducation, de culture physique, des moyens de repos et des loisirs (Terris 1992, 268). Ces quatre tâches redéfinissent entièrement le rôle de la médecine et de son apport au sein des communautés. Puisque pendant des milliers d'années, affirme Sigerist, le traitement des malades fut considéré comme la principale tâche de la médecine, alors que de nos jours, son champ d'action est infiniment plus large (Sigerist 1946, 277). L'auteur met alors en emphase le caractère profondément social des relations humaines qu'implique le soin des malades, cela en critiquant le manque de considération pour la situation de vie des patients dans la pratique médicale de cette époque et la tendance à traiter le patient comme un objet, non pas comme un sujet. Bref, de le traiter tel un être humain qui a besoin d'être informé sur la maladie afin de participer à sa gestion (Terris 1975, 492).

#### **Le rapport Lalonde**

L'observation de la littérature sur la promotion de la santé et la prévention des maladies amène par la suite à considérer l'apport du Dr. Marc Lalonde, ancien ministre de la santé et du bien-être social du Canada. Dans un document nommé le Rapport Lalonde, réalisé en 1974, l'auteur jette les bases du concept de Domaine de la Santé (*Health Field*) en le subdivisant en quatre grands éléments : la biologie humaine, l'environnement, le mode de vie et l'organisation des soins de santé (Lalonde 1974, 31). Selon Lalonde, tout problème de

santé peut être lié à un de ces éléments ou bien une combinaison de ces derniers. L'auteur expliquait alors que la majorité des efforts réalisés jusqu'à ce jour par les sociétés occidentales afin d'améliorer la santé de la population se sont centrés sur l'organisation des soins de santé. L'analyse des principales causes de la maladie et de la mortalité au Canada démontra, selon Lalonde, qu'elles sont davantage liées à la biologie humaine, à l'environnement et au mode de vie. En conclusion, dénotait-il, il est évident que les vastes sommes dépensées dans le traitement de maladies auraient pu être versées dans la prévention de ces dernières (Lalonde 1974, 32).

Depuis ce constat, Lalonde identifia cinq principales stratégies à mettre en œuvre en se basant sur le concept du Domaine de la Santé, dont 1) Une stratégie en promotion de la santé, 2) Une stratégie de régulation, 3) Une stratégie de recherche, 4) Une stratégie de système de santé efficient et 5) Une stratégie basée sur l'établissement d'objectifs. La stratégie sur la promotion de la santé était alors dirigée vers la modification de comportements liés aux modes de vie en cernant des facteurs tels que la diète, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, de drogues et les comportements sexuels (Terris 1992, 270). L'originalité du Rapport Lalonde est qu'il est l'un des premiers documents provenant d'un gouvernement à reconnaître que l'emphase mise sur un système de santé de type biomédical (*sick care*) est erroné et qu'il importe de regarder au-delà de ce dernier afin d'améliorer la santé de la population (Hancock 1985, 10).

### **La Déclaration d'Alma-Ata**

Quelques années plus tard, la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 ajouta certains aspects fondamentaux, principalement en ce qui a trait à la promotion de la santé. Au sein de ce document, il sera mis en emphase, dès les premières lignes, le droit fondamental que représente la santé pour l'être humain (OMS 1978). Le Déclaration dénonça ainsi « les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur des pays » et amena, dans un appel à l'action, à donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Un des points central du document est la valorisation des soins primaires afin de résoudre les principaux problèmes de santé dans les communautés.

## **La Charte d'Ottawa**

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, adoptée en 1986, marqua un tournant décisif en ce qui concerne l'évolution du concept de la promotion de la santé. Ce document représente une synthèse des diverses approches préalablement observées de la promotion (Terris 1992, 273). À cet effet, la Charte déclare que « les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base » (OMS 1986). Le niveau de vie détermine alors un profond effet sur la santé, ce qui n'inclut pas seulement un état subjectif de bien-être, mais également une composante fonctionnelle qui se traduit dans la capacité de la population de participer dans la société : au travail, à la maison ou dans la communauté (Terris 1991, 372).

### ***2.3.1.2. La prévention de la maladie***

Ce bref historique permet de saisir le singulier parcours du concept de prévention de la maladie au cours des dernières décennies. La notion de prévention désigne « l'ensemble des actions qui visent à réduire le nombre et la gravité des problèmes de santé au sein d'une population donnée » (Peretti-Watel & Moatti 2009, 9). La prévention de la maladie repose sur une définition négative de la santé, c'est-à-dire que la santé d'une personne est caractérisée par l'absence de maladie (Tengland 2009, 204). Cette approche cible principalement les groupes à risques afin de faire la détection et le traitement de maladies. De plus, le discours de la prévention est principalement basé sur les connaissances modernes en épidémiologie, bref le savoir biomédical. Son objectif est de contrôler la transmission de maladies infectieuses et de réduire les risques de maladies dégénératives ou d'autres affections spécifiques. Ainsi, la santé préventive et les projets d'éducation à la santé sont structurés autour de la circulation de savoirs scientifiques et de recommandations normatives pour changer des habitudes de vie (Czeresnia 1999, 705). Trois grands types de pratiques sont généralement distingués au sein de la littérature en prévention : la prévention primaire (une action pour prévenir une maladie avant qu'elle se déclare), la prévention secondaire (identifier et traiter les individus avec des symptômes prématurés de maladie) et la prévention tertiaire (guérir ou atténuer les effets d'une maladie qui s'est manifestée) (Baggott 2011, 6). L'emprunt de ces catégories générales permettra une meilleure classification des pratiques observées sur le terrain.

### 2.3.1.3. La promotion de la santé

Comme nous l'avons aperçu, la Charte d'Ottawa marque de façon notable les fondements sur lesquels s'édifient les principes de la promotion de la santé. Cela, puisqu'elle réaffirme le rejet de l'approche traditionnelle qui prévalait jusqu'alors dans l'éducation à la santé, où la population jouait un rôle passif à titre de bénéficiaire de programmes éducationnels développés par des professionnels de la santé et des spécialistes en techniques de communication (Terris 1992, 274). De ce fait, la Charte définit la promotion comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Une telle définition tend à inclure la participation de la communauté « à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé » (OMS 1986). Il est d'ailleurs intéressant de souligner l'importance attribuée au renforcement de la participation communautaire et du pouvoir d'agir des citoyens comme stratégies d'intervention en promotion de la santé.

Comme l'exprime Rappaport (1987), il est possible de définir le pouvoir d'agir (*empowerment*) comme « un processus caractérisé par l'exercice d'un plus grand contrôle sur l'atteinte d'objectifs importants pour une personne, une organisation ou une communauté » (LeBossé & DuFort 2001, 85). En amarrant le principe de l'exercice, chez les citoyens, d'un plus grand contrôle sur leur propre niveau de santé en renforçant leur pouvoir d'agir, la Charte d'Ottawa entre en rupture avec les stratégies classiques centrées sur la prévention de la maladie réalisées dans une perspective essentiellement médicale. La reconnaissance officielle des limites du modèle de santé public basé sur une vision biomédicale de la santé amena à prendre davantage en compte l'environnement, le contexte social, politique, économique et les dimensions comportementales comme des facteurs influençant le bien-être d'une population (Carvalho 1996). Ainsi, la promotion de la santé utilise une conception positive de la santé et se concentre à la fois sur la population entière, mais également sur les groupes marginalisés et vulnérables, sur l'inégalité et l'iniquité. De plus, la promotion de la santé cherche à générer des changements sur les facteurs sociopolitiques en confrontant ce qui peut apparaître normal au sein d'une société (Tengland 2010, 204). Finalement, cette

approche cherche à renforcer les capacités des individus, en donnant des outils afin de changer leurs vies, cela afin de rendre la société plus égalitaire.

### 2.3.2. Différencier la promotion de la santé et la prévention de la maladie

La promotion de la santé et la prévention de la maladie se situent dans des approches divergentes, mais complémentaires, de la santé. Le **tableau 1** ci-contre permettra de récapituler et de comparer ces deux approches des pratiques de la santé.

**Tableau 1. Éléments de distinction entre la promotion et la prévention**

	<b>Prévention</b>	<b>Promotion</b>
<b>Objectif</b>	Cherche à réduire les risques et les maladies, ainsi qu'à protéger les personnes contre ces risques.	Agît sur les déterminants de la santé et génère des options saines de vie.
<b>Public cible</b>	Intervention ciblée.  Dirigé aux : - Personnes à risque de maladie. - Personnes à risque et malades. - Personnes malades.	Intervention généralisée.  Dirigé aux groupes de personnes et communautés comme un processus, où les conditions et systèmes nécessitent d'être modifiés.
<b>Modèles</b>	Basé sur le modèle de la santé publique et de médecine préventive.  La santé est conçue comme négative et consiste en une absence de maladie.	Basé sur l'interaction entre les individus et les groupes en considérant leur environnement physique, social, culturel et politique.  La santé est conçue comme étant positive et multidimensionnelle.
<b>Rôle des intervenants</b>	Davantage axé sur les preuves de dépistages, procédures médicales et la gestion clinique.	Davantage axé sur des actions politiques, sociales, communautaires, éducatives et communicatives afin de générer du pouvoir d'agir et le bien-être collectif.

**Source** : Adapté de Stachtchenko & Jenicek 1990.

Cette différenciation permettra de mieux répertorier les pratiques des habitants de Comas observées. Ces deux « modèles » de pratiques ne sont pas mutuellement exclusifs, comme le laisse paraître le tableau. En fait, il s'agit principalement d'un accent au sein duquel s'insère une pratique de santé. D'une certaine façon, il est difficilement concevable de penser à un modèle de santé qui s'inscrit seulement dans la prévention des maladies et qui n'implique pas d'autres types d'activités sociales. Inversement, les tenants de la promotion de la santé

comprendront que l'éducation populaire doit s'accompagner également de services médicaux de qualité (Shipkovenska & Lyubomirova 2007, 359).

Il est possible d'observer que la prévention de la maladie demeure davantage associée au discours traditionnellement médical de la santé publique et scientifiquement objectif de la maladie. « The scientific discourse, specialty, and institutional organization of health practices were circumscribed by objective concepts, not of health, but of disease » (Czeresnia 1999, 702). La conception positive de la santé, davantage portée par la promotion de la santé, amène une réflexion importante au niveau théorique et pratique. En effet, l'analyse des pratiques de santé révèle une profonde tension entre l'expérience subjective de la santé chez un individu et l'objectivité de la santé comme science qui étudie des mécanismes physiques et chimiques (portée par une vision exclusivement médicale). Comme l'explique Czeresnia, l'idée n'est pas de questionner les limites de la science dans le domaine de la santé, mais plutôt de critiquer le point de vue qui dénie les limites de la construction scientifique. Une de ces limites concerne l'expérience subjective de la santé, expérience qui ne peut pas être analysée qu'au seul plan des concepts médicaux.

C'est exactement où se trouve la différence entre la prévention et la promotion. Cette divergence est toutefois subtile puisque les pratiques de promotion utilisent également des connaissances scientifiques, mais cherchent à aller au-delà de l'application de techniques et de normes sanitaires en construisant des capacités de choisir chez les acteurs (Czeresnia 1999, 706). De ce fait, promouvoir la santé implique la question des choix, ce qui n'appartient pas exclusivement à la sphère des savoirs biomédicaux, mais concerne davantage celle des valeurs. Cela est relié à des processus qui ne sont pas exprimés par des concepts précisément mesurables, tels que le pouvoir d'agir (*empowerment*), qui sont ouverts à de multiples interprétations et émergent de la subjectivité et de la singularité des contextes socio-sanitaires (Czeresnia 1999, 707).

## 2.4. ETHNOGRAPHIE COLLABORATIVE

L'ethnographie collaborative (Lassiter 2005) sera favorisée comme approche théorique afin d'impulser l'émergence d'une analyse co-construite des pratiques locales de santé auprès de l'organisation péruvienne et des principaux acteurs sociaux impliqués dans son

action collective. Cette approche fut sélectionnée puisqu'elle s'enlignait avec les orientations de la participation de la société civile et le renforcement des communautés, qui sont des éléments prônés par la Charte d'Ottawa (OMS 1986). L'ethnographie peut être vue comme une démarche systématique pour analyser et comprendre la vie sociale et culturelle des communautés et institutions. Attribuable au domaine de l'anthropologie, l'ethnographie centre la réflexion sur la compréhension des comportements humains et comment les individus donnent un sens à leurs vies, tout cela dans une spécificité locale (LeCompte & Schensul 2010, 2). « The content of an ethnography can address some or all the following: beliefs, values, attitudes, perceptions, emotions; verbal and nonverbal means of communication; social networks; behaviors of a group of individuals with their friends, family, [...] » (LeCompte & Schensul 2010, 5). L'une des caractéristiques clefs de l'ethnographie est la création d'un contact privilégié avec les membres d'une communauté dans le but de mieux saisir le comportement humain dans le contexte culturel auquel il appartient (LeCompte & Schensul 2010, 12). Il s'agit donc d'une particularité qui demeure d'un grand atout pour la compréhension des besoins et des pratiques locales de santé de la population de Comas.

Lors de la présente thèse, l'ethnographie collaborative est utilisée en vue d'appuyer la collecte des données. L'ethnographie collaborative (Lassiter 2005) représente une critique à l'ethnographie traditionnelle. Elle place les acteurs locaux au centre de l'interprétation des pratiques qu'ils font et ne repose donc pas sur l'unique analyse du chercheur. L'idée devient alors de positionner la collaboration au centre de la recherche.

We might sum up collaborative ethnography as an approach to ethnography that deliberately and explicitly emphasizes collaboration at every point in the ethnographic process, without veiling it – from project conceptualization, to fieldwork, and, especially, through the writing process. [...] Collaborative ethnography, then, is both a theoretical and a methodological approach for doing and writing ethnography (Lassiter 2005, 16).

Cette collaboration fut avant tout effectuée auprès de l'organisation péruvienne locale qui œuvre au sein de Comas dans le domaine de la santé. Ainsi, la présente thèse se veut une exploration ethnographique des pratiques de santé mises en place par des acteurs bénévoles, les promoteurs de santé, qui s'impliquent au sein de cette organisation locale pour répondre

aux besoins de santé des habitants de leur communauté au sein du district de Comas. Le chercheur eut l'occasion de travailler avec cette organisation par le passé, créant de ce fait un contact privilégié avec les membres de ce groupe. Cette collaboration permet au final d'enrichir le contenu de l'étude et éclaire certaines spécificités culturelles explicites, mais peu connues de la part du chercheur.

## 2.5. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

La déclaration d'Alma Ata, précédemment observée, apporta un plaidoyer intéressant quant à l'importance de la participation individuelle et collective des communautés dans la prise en charge de leur santé. À cet égard, le document accompagnant ladite Conférence, qui est intitulé *Les soins de santé primaires*, offre une définition intéressante de la participation communautaire.

La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement. Cela suppose qu'ils ne se sentent pas tenus d'appliquer des solutions classiques lorsqu'elles ne conviennent pas, mais qu'ils se rendent compte au contraire qu'ils ont toute latitude d'innover pour trouver des solutions qui conviennent (OMS 1978a, 56).

Ce positionnement des individus comme les principaux agents de leur propre développement est un élément également manifesté au sein de la Charte d'Ottawa. L'implication des communautés est bénéfique puisqu'elle permet d'aller au-delà d'un transfert unilatéral de connaissances monopolisé par des experts comme méthode de développement intégral et invite à l'échange de connaissances entre acteurs (Laperrière 2007, 725). Il s'agit d'un élément clef introduit par la promotion de la santé. Néanmoins, malgré cet apparent consensus sur l'importance de la participation des communautés dans leur développement, force est de constater que plusieurs stratégies en santé publique demeurent encore paternalistes et manipulatoires, alors que d'autres sont davantage démocratiques, participatives et respectueuses de l'autonomie individuelle (Tengland 2010, 217).

En mobilisant l'ethnographie collaborative comme principal outil d'appréhension des expériences, la présente thèse cherche donc à situer la participation des acteurs locaux comme un élément central de sa réalisation. De plus, le choix de s'impliquer auprès des promoteurs de santé à Comas rejoint cette préoccupation de saisir les formes de participation communautaire mises en place par ces acteurs bénévoles soucieux de répondre aux besoins socio-sanitaires des habitants de leur district. Comme nous le verrons au sein des résultats, ces pratiques de santé collectives visent principalement à renforcer le pouvoir d'agir d'individus en situation de vulnérabilité afin de leur donner une voix politique. Ces pratiques s'inscrivent donc dans une perspective de dissidence puisqu'elles « remettent en question les relations de pouvoir, font naître des visions alternatives et remettent le pouvoir entre les mains de groupes et de personnes qui ne l'exercent pas habituellement » (Shragge 2003, 18). C'est pourquoi il importe de bien saisir la place prépondérante accordée aux enjeux de la participation communautaire, de l'ethnographie collaborative, de même qu'à la prévention des maladies et la promotion de la santé au cours de la thèse. Il s'agit d'instruments théoriques qui valorisent le potentiel d'action d'acteurs locaux dans le développement intégral des communautés du Sud.

## CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Lors de ce chapitre, il y aura présentation des divers outils méthodologiques mobilisés lors du projet de recherche. Il importe de souligner que ce projet se fonde principalement sur la participation du chercheur dans la communauté, le caractère exploratoire de l'objet étudié et son approche itérative. À ce titre, les outils et approches méthodologiques s'inscrivent principalement dans le courant de l'ethnographie collaborative et s'insère dans un esprit socialement engagé de la recherche en visant ultimement à répondre aux préoccupations d'acteurs locaux, ce qui est prôné par la Charte d'Ottawa (OMS 1986).

### 3.1. L'ÉTUDE DE CAS

Afin de répondre à la question de recherche, il fut question d'utiliser une méthodologie permettant de mieux répondre au caractère exploratoire du thème à l'étude. Ainsi, « grâce à son approche inductive, l'étude de cas devient très efficace pour analyser des réalités négligées par la science » (Roy 2010, 209). Selon Stoecker, l'étude de cas peut être définie comme une « approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle » (Roy 2010, 200). Plus précisément, l'étude des besoins et des pratiques de santé dans la communauté spécifique qu'est le district de Comas, au Pérou, permet d'en livrer une interprétation qui dépasse ultimement ses bornes.

L'étude de cas fait souvent appel à des méthodes de collecte de données variées, telles que l'entrevue semi-dirigée ou bien l'observation participante. L'utilisation de ces différentes sources « exigera des instruments de recherche adaptés et souvent plusieurs méthodologies. Pour cette raison, on s'entend généralement pour dire que l'étude de cas n'est pas une méthode en-soi, mais plutôt une approche ou une stratégie méthodologique faisant appel à plusieurs méthodes » (Roy 2010, 202).

### 3.2. MÉTHODES QUALITATIVES DE COLLECTE DES DONNÉES

Afin d'approfondir la collecte des données au sein du projet et favoriser l'analyse du cas à l'étude, le recours à la triangulation des données, qui est une stratégie qui consiste à multiplier ses méthodes et sources de mesure, fut privilégié (Roy 2010, 218). Cette section

décrira les principales méthodes utilisées pour recueillir des données, soit l'observation directe, l'entrevue semi-dirigée individuelle et la discussion de groupe.

### 3.2.1. Échantillonnage

S'interroger sur la composition de l'échantillon des participants en vue de réaliser cette recherche demeure une question méthodologique fondamentale. À cet effet, un échantillon non probabiliste de la population de Comas fut utilisé pour effectuer les observations directes et les entrevues semi-dirigées. Malgré les vives critiques adressées envers une telle démarche, il faut admettre que les techniques non probabilistes offrent l'avantage d'être souvent faciles à comprendre et à appliquer (Beaud 2010, 260). De plus, celles-ci sont plus économiques en termes de temps et de coût, ce qui s'avère ultimement plus commode pour le chercheur. La démarche exploratoire du projet ici proposée tente de centrer la réflexion sur l'exploration de l'objet d'étude. De ce fait, pour reprendre l'expression de Jean-Pierre Beaud, la présente thèse implique une technique d'échantillonnage non probabiliste par choix plutôt que par défaut (Beaud 2010, 266).

Il fut ici question d'utiliser la technique d'échantillonnage en boule de neige (*snowball sampling*), qui est une « technique qui consiste à ajouter à un noyau d'individus (des personnes considérées comme influentes, par exemple) tous ceux qui sont en relation (d'affaires, de travail, d'amitié, etc.) avec eux, et ainsi de suite » (Beaud 2010, 266). Cette façon de procéder permet de dégager le système de relations existant dans un groupe, ce qu'un échantillon probabiliste classique ne saurait faire. En partant du noyau d'individus que sont les membres de l'organisation péruvienne locale, il est plus aisé de rencontrer d'autres individus impliqués dans le domaine de la santé au sein de Comas. Ce premier contact demeura le point de départ du chercheur. L'objectif ne fut pas de recruter exhaustivement tous les individus en relation avec les membres de ladite organisation, mais de cibler des personnes qui détiennent une expérience du contexte socio-sanitaire de Comas et qui désirent la partager. Ces participants bénévoles furent recrutés par le chercheur principal, le critère du seuil de saturation empirique prévalut en vue de déterminer le nombre d'entrevues et d'observations à réaliser.

Au fil de la prise de contact avec le terrain, il devint intuitif de cerner des acteurs qui étaient en mesure de livrer des informations afin de documenter les pratiques et besoins de santé à Comas. Il était intéressant d'inclure des acteurs multisectoriels provenant à la fois du Canada et du Pérou au sein d'une chaîne d'acteurs locaux et globaux. Le **tableau 2** présente la composition multisectorielle de l'échantillon final du projet de recherche. Au total, 27 personnes contribuèrent aux entretiens lors de la collecte des données. Comme il est possible d'observer, les types d'acteurs ont été classés, dans le tableau, selon leur degré de proximité aux enjeux sur le terrain. Les acteurs qui sont plus fortement en contact avec les besoins et pratiques de santé des habitants de Comas sont principalement les promoteurs de santé, alors que ceux qui le sont faiblement proviennent du milieu académique au Canada.

**Tableau 2. Représentation des acteurs multisectoriels au sein de la recherche**

<b>Catégorie d'acteur</b>	<b>Proximité des enjeux du terrain</b>	<b>Nombre de personnes interrogées</b>	<b>Type de contenu abordé</b>
Promoteurs de santé	Forte	6	Les besoins et pratiques de santé des habitants de Comas, dans une perspective de projets sociaux élaborés dans la communauté.
Personnel de l'organisation péruvienne locale	Forte	4	Les besoins et pratiques de santé des habitants de Comas, dans une perspective de projets de solidarité internationale et d'appui aux promoteurs de santé.
Prêtre catholique	Forte	1	Histoire des luttes sociales à Comas au cours des dernières décennies et analyse des besoins de santé.
Fonctionnaire de la Municipalité de Comas	Moyenne	1	Vision globale des besoins de santé à Comas, au niveau du district.
Personnel de l'OCI québécois partenaire	Moyenne	2	Compréhension des projets de développement de l'OCI québécois et de la trajectoire du partenariat avec l'organisation péruvienne.
Stagiaires canadiens	Moyenne	8	Observation de quartier et description de différents enjeux sociaux au sein du district de Comas.

Coalitions d'OSC (CCCI -AQOCI)	Faible	2	Enjeux du développement international dans la perspective des organisations de la société civile du Canada et du Québec.
Professeurs d'université	Faible	2	Analyse des enjeux du développement international dans une perspective académique.
Députée du Parlement canadien	Faible	1	Analyse des enjeux du développement international dans une perspective gouvernementale.

Le processus de recrutement des participants s'effectua de façon verbale et écrite et s'adressa à des personnes précises, au Pérou et au Canada, selon la procédure suggérée par le Bureau d'éthique et d'intégrité à la recherche de l'Université d'Ottawa. Afin d'obtenir un consentement éclairé chez les participants, un formulaire fut utilisé afin de décrire la façon dont le chercheur s'engage en tout moment à respecter l'anonymat et la confidentialité de ces derniers et de décrire les risques et avantages liés à la participation.

La protection des données sera de la responsabilité du chercheur qui veillera à en restreindre l'accès à son unique personne et à la superviseure du projet de thèse, et ce, pour une période de cinq ans, c'est-à-dire jusqu'en 2019, après quoi celles-ci seront effacées. En cas de retrait du participant, il fut convenu que le chercheur effacera les données recueillies jusqu'au moment de l'abandon. Ces dispositions furent mises de l'avant dans l'objectif de ne pouvoir, en aucun cas, être dans la capacité d'identifier les participants recrutés, à moins que ceux-ci demandent expressément que leur contribution soit soulignée au sein de la thèse. Certains critères de sélection additionnels furent volontairement mis de l'avant dans l'étude. Par exemple, les observations et les entrevues se réalisèrent auprès de personnes d'âge majeur, consentantes et qui ne sont pas sous la surveillance d'un tuteur. De plus, aucune relation basée sur la supervision n'entra la sélection des participants.

Ces points permirent d'assurer une éthique adéquate afin de réaliser la recherche. De plus, des arrangements furent mis de l'avant afin d'accommoder les participants et éviter de réaliser les entretiens lors des heures dédiées à différentes occupations personnelles ou non, dont par exemple le travail (afin d'éviter de les pénaliser pour leur participation). Pour les

participants répondant à des obligations hiérarchiques, la permission des supérieurs immédiats fut réclamée afin d'éviter des conflits au niveau de la divulgation d'informations liées au travail. Dans le cas du projet, qui s'est déroulé dans un milieu communautaire, il importe tout de même de spécifier que ce type de supervision hiérarchique soit peu présent et que les relations entre individus sont davantage informelles. Néanmoins, ces mesures offraient la possibilité aux participants de prendre part à la recherche de façon libre et éclairée.

### **3.2.2. Observation directe et participative**

L'observation directe regroupe de multiples techniques qui varient sur le continuum de la subjectivité et de l'objectivité. Il sera ici question d'utiliser une définition qui s'amalgame aisément à l'approche ethnographique. Spradley décrit ainsi l'observation directe comme « la description d'une culture du point de vue de ses participants » (Laperrière 2010, 316). Ces observations se centrent sur les pratiques de promotion et de prévention de santé qui furent réalisées par des habitants de Comas entre novembre 2012 et mai 2013. Évidemment, il n'est pas possible d'observer exhaustivement les pratiques d'une population à la fois aussi volumineuse et hétérogène. De ce fait, la majorité des observations furent réalisées près du lieu de résidence du chercheur, dans la zone de Collique<sup>6</sup>, où se déroule la plupart des actions de l'organisation péruvienne locale et des promoteurs de santé dans le district de Comas. À ces observations des pratiques de santé s'additionnèrent certaines techniques d'observation du milieu afin d'offrir une description plus détaillée du contexte au sein duquel les habitants de Comas résident. La multiplication de ces sources d'observation permet non seulement de décrire les pratiques réalisées par les promoteurs de santé à Comas, informations qui ne se trouvent pas documentées au sein de la littérature scientifique, mais aident également à situer le contexte derrière ces actions en vue de mieux les comprendre. Il est possible d'estimer que plus de 700 heures furent dédiées aux observations lors du projet de thèse.

Comme il a été demandé de la part de l'organisation péruvienne, le chercheur s'impliqua bénévolement dans divers projets pilotés par celle-ci afin d'appuyer l'atteinte de leurs objectifs. Cette implication se concrétisa de multiples façons. Selon les activités, cela pouvait

---

<sup>6</sup> Collique représente les zones numéro 5 et 12 dans le district de Comas, voir Annexe I. Carte du district de Comas.

être un appui technique afin de faciliter une réunion de travail, accompagner les promoteurs lors d'événements publics de sensibilisation (discuter avec des citoyens lors de foires publiques, distribuer des feuillets informatifs, formation de stands, participer à des marches sur divers thèmes politiques, etc.) ou bien prendre des photographies lors des activités réalisées. Cette implication permettait d'être en contact de façon quotidienne avec les promoteurs de la santé liés à l'OCS péruvienne. Les observations se concentrèrent sur les pratiques des promoteurs lorsqu'ils se réunissaient à la maison communautaire de leur quartier. Cette proximité permettait d'être à l'affût des activités, de créer des liens de confiance, de partager informellement des connaissances et saisir les motivations qui sous-tendent leur implication. Il ne fut donc pas question d'observer des individus sillonnant les lieux publics, ce qui éthiquement aurait été reprochable. L'objectif de la recherche demeure, rappelons-le, de cerner des pratiques et des besoins de santé et d'en comprendre les caractéristiques. Dans l'objectif de recueillir les observations effectuées sur le terrain, l'utilisation d'un journal de bord fut l'un des outils privilégiés afin de diminuer les biais dans le recueil et l'analyse et données tout en permettant de réaliser une recherche transparente. Ce journal cumule près de 160 pages.

Puisqu'il est évidemment impossible pour le chercheur de concentrer exclusivement ses observations sur des faits précis, et ce, de façon détachée du contexte auquel il appartient, cela en plus de vivre dans la communauté où se réalise la recherche, il fut primordial d'impliquer les membres de l'organisation péruvienne dans l'interprétation de celles-ci. Dans l'objectif de ne pas tomber dans une dynamique de dénonciation (qui pourrait nuire à l'image d'individus dans la communauté), le chercheur et les membres de l'organisation collaborèrent à trier les observations qui pouvaient être publiées au sein de la thèse par souci de respect envers la communauté. Cette rétroaction, qui s'avère une partie essentielle de l'ethnographie collaborative, permet d'assurer que le chercheur ne possède pas le plein pouvoir sur la décision de publier des informations jugées socialement délicates et contribua de ce fait à améliorer l'équilibre des bienfaits au sein de la recherche.

### ***3.2.2.1. L'observation de quartier***

La technique de l'observation de quartier fut également utilisée dans l'objectif de brosser un portrait général de la zone dans laquelle œuvrent l'organisation péruvienne et les promoteurs

de santé. Puisque le chercheur accompagnait un groupe d'étudiants universitaires du Canada à Comas pendant les mois de janvier à mai 2013, il devenait intéressant de mobiliser un tel outil auprès de ces personnes afin qu'elles livrent leurs opinions sur une multitude d'enjeux. L'entretien de groupe, qui s'est déroulé pendant le mois de mars, soit un peu plus d'un mois après l'arrivée de ce groupe sur le terrain, permit à ces sept étudiants de s'exprimer sur la démographie, l'ethnie, les valeurs, les croyances, l'environnement physique, la santé, l'économie, les transports, la sécurité et la politique à Comas. La grille d'entretien utilisée fut fortement inspirée d'une grille de sondage au volant tirée de l'ouvrage de Stanhope et Lancaster (Stanhope & Lancaster 2011).

L'idée de mobiliser un groupe venant de l'extérieur de la communauté découle de quatre grands principes. Premièrement, puisque cela faisait quelques semaines qu'ils vivaient au sein de la communauté, ces derniers avaient emmagasiné un certain bagage de connaissances sur une pluralité d'enjeux sociaux locaux et gardaient en même temps une certaine sensibilité envers les problématiques qu'ils observaient, bref ils disposaient d'un regard neuf et averti. Deuxièmement, puisque ces derniers vivaient au sein de milieux familiaux distincts, à la fois géographiquement dispersés et présentant des caractéristiques socioéconomiques dissemblables, leurs observations permettaient d'enrichir la conversation et de relativiser certaines observations. Troisièmement, mobiliser des acteurs canadiens positionne l'analyse selon les référents des futurs lecteurs de ce projet de thèse. Après tout, les thématiques abordées les amenèrent à effectuer des comparaisons en prenant compte, comme référent de base, la situation au Canada. Quatrièmement, cet entretien détenait également comme objectif de favoriser l'échange et d'approfondir la réflexion de ces étudiants sur leur milieu d'intervention. Il y avait donc une visée pédagogique derrière la mobilisation de cet outil qui a été bénéfique pour l'ensemble du groupe.

### **3.2.3. Entrevues semi-dirigées individuelles et entretiens informels**

L'entrevue semi-dirigée peut être définie comme une

interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche (Savoie-Zajc 2010, 340).

L'utilisation de l'entrevue semi-dirigée prend tout son sens lorsqu'il est recherché à connaître la perspective de l'autre, la comprendre et puis la rendre explicite. L'utilisation d'un tel instrument s'avère essentielle pour de multiples raisons. Tout d'abord, l'entrevue semi-dirigée permet d'entrer en contact avec l'autre, de mieux saisir ses pensées ou bien ses sentiments, ce qui constitue un élément central dans la collecte des données. De plus, cet outil bonifie également la compréhension de l'autre en donnant un sens à ses comportements « et à la trame culturelle sous-jacente aux actions » qu'il pose (Savoie-Zajc 2010, 342). De plus, il convient d'énumérer la fonction émancipatrice qu'offre la réalisation d'entretiens en donnant la parole à ceux qui en sont habituellement dépourvus.

Les inconvénients de l'entrevue semi-dirigée regroupent principalement sa réactivité, son impossible reproductibilité et sa mauvaise représentativité. D'autant plus, le fait d'interagir dans une autre langue, l'espagnol, entraîne certains biais dont il faut tenir compte au niveau du contact relationnel avec l'interviewé, ce qui influence nécessairement la qualité de la collecte et de l'analyse des données. Ces désagréments furent contrebalancés via les considérations matérielles de l'entrevue, soit l'utilisation de l'enregistrement audio des conversations et la retranscription des informations au sein de résumés dont le contenu fut, au final, validé par la personne interrogée. Cela pour éviter les interprétations erronées de la part du chercheur.

Parallèlement, les entretiens informels avec les acteurs locaux furent déterminants dans l'orientation de la recherche. Les conversations informelles permirent notamment de renforcer la confiance mutuelle entre les acteurs locaux et le chercheur afin d'ultimement saisir les préoccupations qui les habitaient pendant la réalisation de la recherche. Notons qu'à plusieurs reprises, le chercheur sentit une certaine aversion face à la démarche employée dans la réalisation des entretiens semi-dirigés. Cela, puisque ce procédé entraînait une certaine forme de planification (un horaire attitré à la rencontre qui se déroule à huis clos) et l'utilisation de matériel formel (lettre de recrutement et formulaire d'approbation), lui donnant un caractère particulièrement rigide avec l'imposition d'une signature.

### 3.2.4. Les groupes de discussion

Le groupe de discussion fut également un outil mobilisé afin de recueillir des données une fois sur le terrain. Par définition, le groupe de discussion « est une technique d'entrevue qui réunit de six à douze participants et un animateur, dans le cadre d'une discussion structurée, sur un sujet particulier » (Geoffrion 2010, 391). L'avantage d'une telle approche est qu'elle permet de compléter les entrevues semi-dirigées réalisées en tête-à-tête entre le chercheur et les participants en enrichissant la dynamique de l'entretien.

Le groupe de discussion mise sur des questions ouvertes, c'est-à-dire qu'il incombe à l'animateur, dans ce cas le chercheur, de présenter des sujets de discussion pour laisser la liberté aux participants de formuler leurs réponses et commentaires (Geoffrion 2010, 392). Cela génère ultimement une flexibilité qui permet, au gré de la dynamique de groupe, de relancer de nouvelles questions et d'identifier des thèmes qui débordent strictement du questionnaire pensé dès le départ par le chercheur. Il fut présenté auprès des participants, dès le recrutement pour les entrevues semi-dirigées individuelles, la possibilité de se réunir ultérieurement pour discuter des questions en groupe. Un seul entretien en groupe permit de compléter la collecte des données. Une telle procédure laissa aux participants le choix de s'impliquer à discuter des thèmes en groupe ou en tête-à-tête. La composition de ce groupe de discussion reprit les mêmes critères que ceux de l'échantillonnage pour les entrevues semi-dirigées.

Cet entretien de groupe se réalisa au mois de mars 2013 au sein d'un local fournit par ladite organisation. Cet endroit demeure calme et sécuritaire, il est idéal pour la discussion. C'est un lieu de rassemblement connu pour les partenaires de l'organisation, en fait, de nombreux groupes y réalisent leurs activités. L'animation des groupes de discussion fut réalisée par le chercheur lui-même. Afin d'appuyer le travail de collecte des données, l'utilisation d'une bande enregistreuse permit de simultanément recueillir les informations (afin de les retranscrire par la suite) et faciliter la prise de note par le chercheur. Un formulaire de consentement fut également distribué aux participants avant d'amorcer la séance afin d'assurer la transparence lors du projet et une éthique de recherche conforme aux exigences du Bureau d'éthique et d'intégrité à la recherche de l'Université d'Ottawa.

Bien entendu, il existe également certains désavantages liés à l'utilisation d'une telle technique. Par exemple, il n'est pas possible d'assurer une validité interne et externe des données qui seront recueillies. Donc, la fiabilité des résultats et leur généralisation sont des éléments critiquables. De plus, puisque l'animateur détient un fort ascendant sur les dynamiques traitées, il « peut involontairement influencer les résultats des groupes de discussion par ses opinions personnelles » (Geoffrion 2010, 394). Le chercheur peut donc donner plus de poids aux opinions qu'il juge importantes et minimiser l'impact des idées divergentes. La dynamique de groupe peut également entraîner des effets négatifs. Après tout, certains individus peuvent être réticents à exprimer leurs opinions sur des sujets tabous lorsqu'ils se trouvent en groupe. De ce fait, il se pourrait qu'un participant donne un point de vue qui le valorisera au sein du groupe de participants, mais qui ne reflète pas réellement son point de vue sur la question (Geoffrion 2010, 395). Il s'agit d'éléments dont le chercheur doit tenir compte lors de la recherche. La réalisation du groupe de discussion demeure en plus un défi en vue de conserver l'anonymat des participants. Il est néanmoins possible de veiller à ce que l'anonymat soit conservé en dehors de l'entretien. Cela en laissant entendre aux participants, au sein du groupe, que les commentaires présentés au sein de l'entretien ne doivent pas être ébruités au sein de la communauté, soit en dehors de la rencontre, afin de respecter les autres participants.

### **3.2.5. Grilles d'entretiens**

La préparation de la grille d'entretiens initiale et le choix des participants se sont d'abord effectués en concertation avec l'organisation péruvienne. Cela principalement dans l'objectif d'éviter de créer des tensions inutiles et d'assurer une certaine validité culturelle des questions posées. L'ethnographie collaborative amena par la suite le chercheur à reformuler le guide d'entretiens afin de suivre de très près l'évolution du contexte dans lequel s'opéra l'étude, le type d'acteur interrogé et à la progression du nombre d'entretiens réalisés. Les premières entrevues, plus générales, visaient à faire ressortir des problématiques socio-sanitaires à Comas afin de mieux ancrer le projet de recherche dans les besoins et priorités des acteurs locaux. Les entretiens finaux valorisèrent l'identification des besoins de santé des habitants de Comas et des pratiques de santé réalisées par les promoteurs au sein de ce district. L'idée d'utiliser une grille préalablement construite avant d'entreprendre un

entretien se dissipa au profit d'une démarche plus spontanée, qui fut celle de privilégier certaines grandes thématiques avec les participants. Cette approche fut priorisée afin de valoriser les idées des participants et pouvoir mieux les relancer sur les pistes de réflexion qu'ils ouvraient lors de la discussion. Ce fut la façon la plus simple imaginée afin d'assurer une écoute plus attentive et centrée sur les propos de l'interlocuteur. Cette approche permettait d'évoluer plus aisément avec le contexte environnant. Le **tableau 3** ci-dessous résume les principales méthodes de collecte des données utilisées lors de la thèse.

**Tableau 3. Résumé des méthodes de collecte des données employées**

<b>Méthode de collecte des données</b>	<b>Utilisation des méthodes</b>
Observation participative.	- Plus de 700 heures d'observation dans la communauté.
Utilisation d'un journal de recherche.	- Journal totalisant 160 pages.
Observation de la littérature locale.	- Utilisation de pamphlets, monographies, etc.
Grille d'entretiens ouverte et flexible.	- Objectif de répondre aux besoins des participants.
Entrevue semi-dirigées et de groupe.	- Un total de 20 entrevues auprès de 27 participants. - Près de 300 pages de données transcrites et traduites en français et en espagnol.

### **3.3. RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET LITTÉRATURE SECONDAIRE**

La revue préliminaire de la littérature démontra la présence d'une lacune analytique concernant le manque d'informations ciblées sur la question des pratiques et besoins de santé des habitants dans le district de Comas, au Pérou. Cependant, dans l'objectif de mieux saisir le contexte dans lequel évolua la recherche, il s'avéra nécessaire de rassembler une documentation comprenant encyclopédies, articles scientifiques, monographies, pages Web et divers documents produits par la société civile au Pérou. Cela, afin de mieux comprendre le contexte social, économique et culturel dans le district. La vaste majorité des données ici recensées sont de nature qualitative.

Afin de dresser un portrait global de la situation socioéconomique au Pérou, l'utilisation d'informations provenant de sources gouvernementales, ainsi que diverses banques de données, furent monopolisées en vue d'offrir un contenu statistiquement riche et se prêtant

facilement à l'analyse. Dans cette idée, ces informations sont facilement accessibles et permettent d'introduire la problématique de la recherche à l'étude. Afin d'offrir un bagage théorique et amorcer l'approche méthodologique de l'investigation, le recours à diverses monographies et articles de périodiques scientifiques fut nécessaire. Cette recension documentaire fut particulièrement influencée par la contribution d'auteurs latino-américains, cela dans l'objectif de mieux apprécier la riche littérature qu'offrent ces derniers sur l'objet d'étude. Bien évidemment, le cas à l'étude étant particulièrement circonscrit, le manque d'informations précises sur le district de Comas engendra l'utilisation de la documentation élaborée par des organisations locales. Cet élément fut d'une importance primordiale lors de la réalisation de la recherche. De nombreuses organisations péruviennes génèrent du matériel de grande qualité, l'ennui est qu'il n'est que très souvent accessible qu'en format papier à échelle locale. Il importe donc de mentionner l'imposant défi qu'a été celui de rassembler ces documents qui se trouvent parfois entreposés à des endroits les plus inopportuns. Finalement, divers articles de périodiques furent mobilisés afin de documenter le contexte social et politique de Lima au cours de la recherche sur le terrain.

### **3.4. MÉTHODES DE TRAITEMENT DES DONNÉES**

#### **3.4.1. Transcription des données**

Les données recueillies par le chercheur furent transcrites selon diverses considérations. L'ensemble de ces informations fut traité par le chercheur principal, ce qui inclut diverses tâches dont la traduction, la retranscription de textes et d'entrevues enregistrées de l'espagnol au français. Le chercheur possède certaines connaissances en vue d'effectuer ce travail. Néanmoins, l'appui de l'organisation péruvienne locale aida substantiellement le chercheur à saisir les expressions locales et valider certains contenus. Somme toute, la retranscription des entretiens et leur traduction fut une tâche excessivement fastidieuse. Cela impliqua une énorme quantité de travail, plus qu'il ne l'avait été estimé au départ. Quoi qu'il en soit, ces données furent donc numérisées et transférées sur l'ordinateur personnel du chercheur principal afin de respecter la vie privée des participants. Il est à noter que les données collectées lors des entretiens totalisent près de 300 pages, en incluant les traductions. L'ensemble des données furent protégées par un système d'encodage élaboré par le chercheur, permettant de relier les entrevues à des documents par un code simplement confectionné. Également, suivant les recommandations du Comité universitaire de

déontologie de la recherche de l'université d'Ottawa, les données et résultats originaux bruts et anonymes seront conservés par la superviseure afin d'obtenir un accès libre à toutes les données ou à tout résultat original, de même qu'à tous les produits de la recherche. Les données brutes furent retranscrites avec clarté et demeureront au sein de l'unité de recherche et les dossiers conservés pendant une période de cinq ans, soit jusqu'en 2019.

### **3.4.2. La classification des données**

La classification des informations collectées fut appuyée par l'utilisation d'un logiciel d'analyse de données qualitatives assisté par ordinateur (CAQDAS), du nom de *NVivo*. Ce type de logiciel permet de faciliter la classification et l'analyse de données qualitatives. Un logiciel de ce type inclus généralement certaines fonctions base, dont un outil permettant d'encoder thématiquement les données, c'est-à-dire, organiser conceptuellement les informations collectées, cela facilitant ultimement l'interrogation et l'identification de relations entre celles-ci (Lewins & Silver 2010, 326). Parmi les avantages liés à l'utilisation de ce logiciel, nous pouvons mentionner d'abord l'habileté à pouvoir gérer une grande quantité de données, réduire le temps alloué à réaliser des tâches manuelles, l'augmentation de la flexibilité dans le maniement des données et renforcer l'analyse rigoureuse de celles-ci (St John & Johnson 2000, 394). Par contre, certains auteurs précisent que l'utilisation d'un tel outil peut amener les chercheurs à se concentrer sur la quantité d'informations collectées, plutôt que sur la qualité de celles-ci, à valoriser l'homogénéisation dans les approches de l'analyse des données qualitatives, à générer une distance entre chercheur et les données, ainsi que d'autres impacts potentiellement défavorables (St John & Johnson 2000, 395).

#### **3.4.2.1 Typologie**

Afin de guider le classement des données et rendre le flux d'informations collecté intelligible, il fut question d'utiliser l'outil méthodologique qu'est la typologie, qui présente de nombreux avantages pour répertorier les pratiques de santé des habitants de Comas. «Intégrant des observations de terrain, les typologies analysent des pratiques et des interactions, et affinent sur des “cas construits” des grilles de lecture applicables à d'autres » (Combessie 2012). Plusieurs auteurs se sont appliqués à définir l'apport d'une telle méthode dans les sciences sociales. Il s'avère pertinent de prendre en compte les réflexions émises par Weber sur le sujet en ce qui concerne la logique de modélisation et de l'idéaltype.

Le type idéal, comme le modèle, ne décrit pas la réalité empirique mais reflète un construit mental. Celui-ci n'entretient une relation avec le monde réel que moyennant un certain nombre de conditions qui doivent être spécifiées dans chaque cas. [...] C'est la nature de l'objet – faits naturels ou événements historiques – qui est à la base du contraste entre les catégories de classification immuables [...] de la démarche typologique du sociologue (Coenen-Huther 2006, 200).

En se basant sur les grandes catégories que sont la promotion de la santé et la prévention des maladies, il fut donc possible d'observer certains schémas relationnels qui amenèrent le chercheur à classer les pratiques de santé selon les commentaires recueillis auprès des acteurs locaux.

### **3.5. LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE**

#### **3.5.1. Précautions méthodologiques**

Plusieurs limites peuvent être observées en ce qui concerne la méthodologie empruntée lors de la présente recherche. Dans cette idée, l'utilisation de l'ethnographie demeure critiquée pour le rôle subjectif prépondérant que le chercheur détient dans la réalisation de la collecte et de l'analyse des données. Le travail étroit réalisé auprès des membres de l'organisation péruvienne et l'intérêt du chercheur envers cette organisation a pour conséquence de partiellement amarrer le recueil des données et l'analyse de celles-ci à la vision idéologique qu'entretiennent ces acteurs sur la question socio-sanitaire à Comas.

#### **3.5.2. Interprétation et traduction**

Comme cela fut indiqué à de maintes reprises au sein de ce chapitre, le chercheur ne provient pas de la culture d'accueil où sont réalisés les observations et les entretiens. En ce sens, il existe d'abord certaines difficultés provenant de l'usage d'une autre langue. Incorporer au sein de son langage les expressions courantes employées par les habitants de Comas fut un obstacle important. Un autre facteur d'incompréhension provient de la culture. Au-delà des mots, le chercheur se retrouva confronté à de nombreuses situations revêtant un caractère culturel énigmatique pour ce dernier. Ce dernier est alors tenté d'interpréter divers comportements en fonction de ses propres référents culturels, ce qui représente un biais au niveau de la recherche. Il importa de tenir compte de cette trame culturelle en usant l'ethnographie collaborative lors de l'analyse des données, cela en incorporant les membres de l'organisation péruvienne pour déchiffrer certains passages jugés ambigus. Cette stratégie

détourna le chercheur des jugements de valeur pernicieux et offrit de nouvelles interprétations aux données collectées. En ce qui concerne la collecte des données, le fait d'être un étranger engendra des difficultés supplémentaires afin d'entrer en confiance avec les membres de la communauté. Malgré le fait que le chercheur ait résidé par le passé à Comas, il importa de tenir compte des répercussions de ce statut d'étranger sur les participants.

### **3.5.3. Qualité et fiabilité des données**

L'étude de cas détient l'avantage de permettre l'exploration détaillée d'un nombre limité d'objets, mais détient l'inconvénient de ne pas assurer la même représentativité qu'une approche statistique, ce qui engendre une forte incidence sur la validité externe des résultats (Roy 2010). De ce fait, il devient impossible de généraliser les résultats de la présente thèse à l'ensemble de la société liménienne, car la communauté étudiée détient ses propres spécificités culturelles et locales. Le fait de sélectionner un échantillon non probabiliste affecte la validité interne au sens où il n'est pas possible, pendant l'enquête sur le terrain, de recueillir des données sur l'ensemble des groupes composant la population de Comas. Dès lors, le recours à des informations jugées partielles et subjectives constitue une critique supplémentaire audit projet. Les critiques de l'approche ethnographique dénoncent avidement le manque de reproductibilité d'une telle démarche. Puisque la collecte des données prend place dans un contexte spatiotemporel bien défini, il est impossible de démontrer que les informations retenues peuvent être assemblées à nouveau si un autre chercheur, par exemple, voulait reproduire cette recherche à partir des mêmes paramètres à l'étude. Cela s'explique notamment par le contexte social qui influence la communauté étudiée (et qui est toujours en changement), mais également le caractère humain qui implique un nombre incalculable de facteurs qui génèrent cette impossible reconstruction des faits.

Néanmoins, il importe de rappeler que l'ethnographie collaborative détient l'avantage de favoriser la description en profondeur d'une problématique, tout en offrant la possibilité de positionner les données collectées dans leur contexte. Cela permet notamment de mieux cibler l'influence des éléments contextuels sur les réponses des participants, de même que l'orientation de la recherche, aspects que nous observerons en détails lors du prochain chapitre.

### 3.6. ASPECTS ÉTHIQUES

Les considérations éthiques entourant la recherche demandèrent une attention particulière de la part du chercheur. Il importa ainsi pour ce dernier de préciser ses obligations et responsabilités envers la société, la communauté scientifique et les participants de la recherche (Crête 2010, 286). Afin de l'appuyer dans cette tâche, le chercheur eut l'occasion de soumettre son projet de recherche aux évaluations rigoureuses du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa. Après l'incorporation des nombreux conseils soulevés par le Comité d'éthique à la recherche, un certificat fut émis afin de valider que le projet de recherche intègre les normes établies par ledit comité.

#### 3.6.1. Responsabilité envers la société

Bien entendu, l'objectif principal de la recherche demeure l'avancement des connaissances par l'exploration d'un cas particulier qui jusqu'à maintenant est peu traité au sein de la littérature scientifique, notamment à cause de son caractère récent. Il ne faut pas oublier de mentionner qu'il est également sous-entendu que la présente thèse est engagée, puisqu'elle prend position sur des enjeux sociaux et politiques qui affectent la communauté de Comas. De ce fait, il se pose avec acuité le problème de la distribution des coûts et bénéfices de la recherche envers la société dans laquelle celle-ci est réalisée. Du point de vue de la justice distributive, qui est un aspect de l'éthique de la recherche développée par Rawls dans son essai sur la théorie de la justice, deux interprétations sont possibles. Tout d'abord, si les bénéfices pour la société sont supérieurs aux coûts, le projet peut être entrepris ou bien, en plus de bénéficier à la société entière, il faudrait que le projet profite aussi à chacun de ses participants (Crête 2010, 287). Il est peut être présumé qu'un projet s'enracinant dans le changement social et qui tente de se questionner sur le contexte socio-sanitaire de Comas est susceptible d'engendrer des bénéfices supérieurs aux coûts sociaux derrière sa réalisation. Cependant, comme l'expliquent Laperrière et Zúñiga (2007), il faut utiliser avec discernement l'idée de changement social, après tout, il convient de se questionner à qui profite ce changement, et quelles en sont les modalités? Un changement n'est effectivement pas susceptible d'atteindre les effets escomptés et questionne profondément toute idée de progrès raisonné en développement international.

Une façon de pallier ce désagrément se trouve peut-être dans l'importance accordée au contexte socioculturel entourant la recherche. Voici donc pourquoi l'ethnographie

collaborative fut un puissant outil afin d'établir un contact privilégié au sein de la communauté à l'étude. Le fait de situer la recherche dans une idéologie collaborative situa le chercheur comme un facilitateur auprès des participants au sein du projet. Dès lors, la constante interaction avec des membres de la communauté qui œuvrent depuis des années au sein de Comas facilita l'interprétation culturelle des pratiques, en plus de valider la pertinence sociale des outils déployés, afin de minimiser les répercussions négatives sur la société. D'autant plus, les résultats finaux de cette thèse, traduits en espagnol, seront remis à l'organisation locale et aux bénévoles qui s'y impliquent afin d'appuyer leurs interventions. Bien qu'il s'agisse d'une faible contribution, la recherche met en valeur les efforts déployés par ces acteurs locaux et justifie leurs actions à Comas.

### **3.6.2. Responsabilité envers les communautés scientifiques**

Afin de veiller au respect des communautés scientifiques, la présente recherche s'inspira des principes de la transparence. Cela veut dire que des précautions furent prises afin d'informer les collègues des procédures suivies pour arriver aux résultats décrits au sein de la thèse. En effet, certains biais peuvent être introduits au sein de la recherche. « Cela peut aller de citer des références qui concordent avec son point de vue et ignorer les autres observations. Le plus grave, c'est de rapporter des observations qui n'ont pas eu lieu » (Crête 2010, 298). Dans l'objectif de ne pas reproduire de tels comportements, les données recensées sur le terrain seront rendues publiques et une attention particulière fut fournie de la part du chercheur en vue de garantir un degré d'impartialité dans l'analyse de celles-ci.

### **3.6.3. Responsabilité envers les participants**

Un autre principe éthique fondamental est celui de ne pas empiéter sur les droits des personnes participant aux recherches et de ne pas affecter leur bien-être (Crête 2010, 286). Il fut important de veiller à ne pas maltraiter ou léser ces individus pendant toutes les étapes de la recherche. Ainsi, certains effets négatifs immédiats de la recherche peuvent être le temps qu'il faut consacrer à l'enquêteur et le stress qui résulte d'une entrevue avec ce dernier. Des sujets tabous tels que les pratiques de santé exercées dans un contexte de pauvreté et de vulnérabilité peuvent créer un certain malaise chez les participants interviewés (Crête 2010, 294). En améliorant les techniques d'enquête au sein de la méthodologie, il devient possible d'éviter certains problèmes éthiques liés au facteur d'ordre communicationnel.

De plus, il importe d'observer les thèmes du droit à la vie privée, le consentement éclairé et la confidentialité des participants. Fournir des informations sur la recherche, s'assurer de valider avec les participants la finalité derrière celle-ci et discuter des risques à la participation sont tous des éléments mis de l'avant qui ont pu garantir une recherche plus éthique et transparente. Il est également approprié de veiller au respect de la confidentialité des participants et de garantir le droit « qu'a l'individu de définir lui-même quand et selon quelles conditions ses comportements, attitudes ou croyances peuvent être rendus publics » (Crête 2010, 295). Bref, la confidentialité collective et institutionnelle (Laperrière 2006) a été préservée pour la sécurité de l'organisme et des participants. L'anonymat permet également de bonifier la qualité des données recueillies en permettant aux participants de s'exprimer plus sincèrement.

#### **3.6.4. Approbation éthique du projet**

Lors de l'évaluation du protocole de recherche, certains éléments furent critiqués par le Bureau d'éthique à la recherche de l'établissement universitaire encadrant le projet. Ces critiques concernaient le contenu analysé et les méthodes employées. Dès lors, il fut nécessaire d'opérer des changements au sein du projet. Il sera ici question d'observer brièvement les étapes du processus d'évaluation du projet, afin d'entrevoir en quoi consistèrent spécifiquement les critiques.

L'évaluation du cadre éthique de l'étude débuta le 5 juin 2012. En date du 14 juillet, une première révision fut sollicitée par le Comité d'Éthique à la Recherche (CER) responsable de son évaluation. Parmi les critiques, nous retrouvons le manque d'informations précises sur l'échantillon par effet boule de neige, la désapprobation du recrutement de fonctionnaires dans le domaine de la santé au Pérou à titre de potentiels participants (à moins de réaliser une approbation d'éthique locale au Pérou), et diverses interrogations concernant le contenu des observations qui seront effectuées sur le terrain. Les correctifs furent réalisés et envoyés. Une seconde vague de rectifications fut exigée en date du 20 septembre 2012. Les critiques touchèrent principalement le mode d'évaluation, dans le pays d'origine, de la valeur éthique des outils utilisés pour la collecte des données. Il y avait donc une grande emphase mise sur l'évaluation du projet par un CER local. De plus, l'ajout d'une technique de collecte de données, soit la discussion en groupe, devait être mieux explicitée. Les correctifs furent

réalisés et le certificat d'approbation d'éthique fut reçu le 30 octobre 2012, environ deux mois après l'arrivée du chercheur sur le terrain.

## **CHAPITRE 4 : RÉSULTATS (PARTIES I, II, III)**

### **PARTIE I : LES PRATIQUES DE L'ORGANISATION PÉRUVIENNE**

Lors de cette première partie des résultats, il est question d'analyser les interventions effectuées par les membres de l'organisation péruvienne locale. Il importe de rappeler que cette organisation appuie les initiatives mises en place par les promoteurs de santé, qui sont des citoyens bénévoles de Comas. Cette partie permettra de comprendre de quelle façon et pour quelles raisons leur approche mise actuellement davantage sur la participation de femmes et de jeunes citoyens, populations considérées vulnérables, dans la réalisation de pratiques de santé. L'analyse de la trajectoire de cette intervention nous permettra d'appréhender ultérieurement les pratiques mises en place par les promoteurs.

#### **4.1.1 INTERVENTIONS DE L'ORGANISATION LOCALE PÉRUVIENNE**

Lors de cette section, il sera possible d'entrevoir la vision qui guida l'intervention de l'organisation péruvienne locale dans la communauté de Comas au cours des dernières années.

##### **4.1.1.1 Vision de l'intervention**

L'organisation péruvienne cherche d'abord à améliorer la qualité de vie des habitants de Comas en œuvrant sur le thème de la santé de façon participative. Comme le spécifie une des membres du personnel, l'organisation ne fournit pas de services directement aux habitants de Comas. « Face à un problème, il existe différentes formes d'intervention : l'offre de service, la promotion et la sensibilisation. Notre organisation travaille principalement la promotion et la sensibilisation » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 7 février 2013, Pérou). Dans cette perspective, les efforts déployés par l'organisation visent principalement à sensibiliser la communauté dans l'objectif de changer des comportements qui appuient les rapports de pouvoir inégaux tels que le machisme et la violence. Pour se faire, l'organisation endosse une conception de la santé qui vise à « inclure la participation active de la population comme un élément fondamental de son développement. C'est pour cela que débuta un travail sur les thèmes de la citoyenneté et de la gouvernance, et que s'enclencha un travail d'articulation avec d'autres organisations de base, le gouvernement local, les groupes de jeunes et de femmes » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 7 février 2013, Pérou).

Comme le souligne un autre collègue, l'organisation ne dispose pas des moyens d'éradiquer la pauvreté et l'inégalité, « mais l'idée est que les gens soient en mesure d'affronter ces problèmes, [...] qu'ils développent une capacité à identifier des problèmes et trouver des solutions. Ce sont les gens qui font le travail, pas nous » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 29 novembre 2012, Pérou). De ce fait, l'intervention de l'organisation cherche à créer les conditions propices pour que les gens agissent, qu'ils participent au sein de leur communauté et revendiquent leurs droits dans un esprit de démocratie participative. Ces interventions à Comas s'efforcent de renforcer le tissu social et vise à ce que « les gens comprennent l'importance de participer socialement, de faire de la vigilance sociale, d'avoir des propositions claires concernant l'utilisation appropriée des ressources dont disposent les gouvernements locaux » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 29 novembre 2012, Pérou).

#### **4.1.1.2. Trajectoire de l'intervention**

La trajectoire de l'intervention de l'organisation évolua au cours de ses années d'existence. À ce titre, les projets réalisés dans la communauté suivirent de près les changements survenus à Comas en s'adaptant à son contexte. Au début des années 1990, alors que l'accès à l'eau courante faisait son apparition dans certaines zones de Collique, résultat d'un long processus de lutte du peuple pour revendiquer l'accès aux services de base (Tácanan Bonifacio 2012, 79-83), l'organisation accompagnait dès lors les habitants du district dans leurs revendications, tout en effectuant principalement des pratiques de prévention de la maladie. « Quand nous le pouvions, nous faisons des campagnes intensives pour prévenir les décès d'enfants à cause de la diarrhée et transmettre des connaissances aux gens pour qu'ils sachent faire bouillir l'eau, se lavent les mains, préparent les aliments avec une meilleure hygiène, etc. Tout cela, culturellement, n'était pas clair pour les habitants » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 29 novembre 2012, Pérou). Ces interventions visaient à offrir des services de nature médicale aux habitants de Comas.

La question de la manipulation de l'eau était un enjeu central puisque la majorité des familles devaient utiliser des bidons afin de s'approvisionner en eau. Diverses maladies étaient alors causées par le manque d'accès à cette ressource.

Quand notre organisation a commencé ses travaux à Collique, il était nécessaire de travailler les problèmes de la malnutrition infantile, la diarrhée, enseigner comment manipuler la nourriture, laver les légumes, comment conserver l'eau parce qu'elle était distribuée dans des seaux et des bidons, puisqu'il n'y avait pas de système de conduites d'eau. C'était un travail « assistencialiste », nous faisons la vigilance de la nutrition, de la taille et du poids des enfants. Nous faisons un contrôle sur ces principaux problèmes, en incluant les risques pendant la grossesse. Tels étaient nos principaux objectifs (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 26 novembre 2012, Pérou).

Ce travail s'adapta à la réalité changeante du district. Au cours des années 2000, les maladies infectieuses en lien avec l'hygiène alimentaire connurent une forte décroissance à Comas. Parallèlement, lors de l'année 2003 apparaît la *Loi organique des municipalités* (Ley N° 27972, 2003), qui introduit de nouveaux mécanismes de participation citoyenne au niveau municipal. À cet effet, l'article 53 de ladite loi statue que les municipalités sont dorénavant régies par le budget participatif. Ce nouvel outil s'avère encadré par la *Loi-cadre du budget participatif* (Ley N° 28056, 2003). Le budget participatif est un instrument à la fois politique et de gestion à travers lequel les autorités régionales et locales, ainsi que les organisations de la société civile dûment représentées, définissent conjointement les orientations des ressources au sein du budget public (MEF 2013). Le budget participatif s'insère dans le processus de décentralisation du Pérou et vise à renforcer l'autonomie des gouvernements régionaux et locaux au sein du pays. Il est à noter que dans l'actualité, l'influence du budget participatif est substantielle. C'est 27% du budget de l'État consacré aux investissements publics qui fut assumé par cet outil en 2009, il est donc possible de conclure que ce mécanisme constitue une part importante des dépenses au niveau subétatique (Jaramillo & Alcázar 2013, 9). La mise en place de ces nouveaux outils de participation citoyenne motiva donc l'organisation à travailler de façon plus étroite auprès de la municipalité afin d'influencer les orientations du budget participatif de Comas pour qu'il prenne davantage en compte les besoins socio-sanitaires de ses habitants.

Un tel outil s'avère intéressant puisqu'au Pérou, les municipalités détiennent des compétences dans le domaine de la santé, de l'éducation, de l'environnement et de la culture, entre autres. Comme il est énoncé au sein de l'article 80 de la *Loi organique des municipalités* (Ley N° 27972, 2003), en matière de santé et salubrité, il est de compétence

partagée (c'est-à-dire où interviennent deux paliers ou plus de gouvernements) au niveau municipal de gérer les services de santé primaire, de même que la construction et l'équipement des centres de santé et la réalisation de campagnes locales en matière de médecine préventive et d'éducation sanitaire. Il devenait donc essentiel pour l'organisation de s'adapter à ce profond changement. Comme l'explique une employée de l'organisation,

Tous ces processus, au niveau national, ont changé notre intervention. Comment avons-nous fait ? Nous sommes convaincus que les organisations de base ont les connaissances pour gérer les thèmes qu'ils travaillent et nous avons besoin de les renforcer. Mais, les organisations doivent faire le saut vers l'exercice de la citoyenneté. [...] La femme qui connaît le thème de la dengue, la question des infections respiratoires, la santé dans sa communauté, c'est bien et notre vision est que maintenant elles doivent exercer leur citoyenneté, qu'elles se mobilisent afin de présenter des propositions au gouvernement local (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 26 novembre 2012, Pérou).

C'est donc dans cette perspective que l'organisation opta pour un travail plus ancré au niveau de la participation citoyenne en incluant la promotion et la défense des droits pour les populations en situation de vulnérabilité au sein de la communauté. De plus, le travail en étroite collaboration avec divers acteurs communautaires amena les intervenants à identifier le thème de la violence comme étant une problématique particulièrement présente à Comas. Comme le souligne une employée de l'organisation :

« Notre force a été la prévention des grossesses non désirées, les grossesses précoces en réalisant des ateliers de formations et des foires ludiques dans les écoles. Cela afin d'atteindre les jeunes, leur faire comprendre que la sexualité est une partie naturelle de la vie et qu'il faut savoir comment se protéger », explique une intervenante au sein de l'organisation (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 26 novembre 2012, Pérou).

Ce contexte favorisa donc un travail plus centré sur les droits des femmes et des jeunes avec un accent marqué sur la santé sexuelle et reproductive, de même que la prévention de la violence en intervenant dans différents lieux stratégiques, tels les marchés publics et les écoles du quartier.

## 4.1.2. PRATIQUES D'INTERVENTION

### 4.1.2.1. Renforcement des organisations sociales

Le renforcement des organisations se concentre principalement sur le travail d'accompagnement auprès de promoteurs de santé au sein du district. Il s'agit d'une stratégie primordiale pour l'organisation.

Dans notre travail de promotion de la santé, nous faisons des formations à un groupe de femmes leaders qui désirent soutenir ce travail social. Dans chaque secteur de Collique se sont progressivement formées des représentantes ou des déléguées de la santé. Par exemple, dans le *Vaso de leche*, où les femmes obtiennent le déjeuner à moindre coût, ces femmes choisissent une ou deux déléguées de la santé, notre organisation les accueille, leur donne des formations et c'est avec elles que le réseau des promotrices de la santé s'est formé (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 26 novembre 2012, Pérou).

Afin de réaliser des ateliers auprès des promotrices, mais également auprès de groupes juvéniles socialement impliqués, il y a un travail préalablement accompli par l'organisation afin de cerner les besoins qu'identifient ces acteurs dans leur communauté. Comme l'explique une collègue de l'organisation, l'idée est de « parler des principaux problèmes qui affectent les jeunes et les femmes et comment ils peuvent eux-mêmes identifier des pistes d'intervention à ces problèmes » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 7 février 2013, Pérou).

Le renforcement des organisations s'opère également dans l'amélioration de l'accès aux ressources matérielles, financières et informationnelles pour ces groupes de citoyens afin de renforcer leur autonomie. La mise à disposition d'un espace de travail sécuritaire et dont les frais d'entretien sont acquittés représente un élément significatif. Cet appui matériel se conjugue au soutien technique apporté par l'organisation. Comme l'explique une employée, cet apport consiste principalement à fournir des conseils sur « comment faire des achats, comment faire le suivi des dépenses. Parce qu'avec l'expérience que nous avons, nous avons vu d'autres organisations qui ont seulement reçu du soutien économique. Au lieu d'observer un renforcement de ces groupes, ceux-ci ont été divisés » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 7 février 2013, Pérou). Cette collaboration prend forme à l'intérieur des concours de projets réalisés dans la communauté par les promoteurs la santé.

#### 4.1.2.2. Concours de projets

Les concours de projet cherchaient principalement à mettre à disposition des ressources aux organisations dans le but de renforcer les capacités des promoteurs qui s’y impliquent. « Donner la possibilité de gérer les ressources, de faire des projets, cela appuie le renforcement organisationnel démocratique de ces petits groupes et suscite la participation de ses membres », explique une autre collègue (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 21 décembre 2012, Pérou). L’idée de faire des projets permettait ainsi de travailler de façon plus étroite avec la communauté afin de sensibiliser les citoyens sur les thèmes de la violence et des droits sexuels et reproductifs. Comme l’explique une travailleuse sociale de l’organisation, cette méthode des petits projets est une importante stratégie afin de décentraliser leur action au sein de leur communauté.

En leur donnant ce dont ils ont besoin pour se mobiliser, cela peut être, par exemple, des collations ou bien un appui pour préparer du matériel, cela fait en sorte que les gens de Comas aient un bon niveau de participation et cela nous donne des bons résultats dans la communauté (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 26 novembre 2012, Pérou).

Afin d’obtenir des résultats, renchérit-elle, les projets visaient à réaliser des actions en lien avec la sensibilisation et la distribution d’informations à travers la création d’évènements publics tels que des forums ou des marches. De plus, ces projets s’efforçaient de développer des instruments de diagnostic afin de mettre en évidence les besoins des habitants du district de Comas. Le fait de soulever ces besoins s’insère dans une stratégie visant ultimement à réaliser des pressions sur le gouvernement local afin qu’il mette en œuvre des mesures politiques pour répondre à ces derniers. Les concours de projets ont su prendre de l’ampleur au cours des dernières années. Ils servaient non seulement à encourager les initiatives de groupes communautaires, mais ils permettaient également à des établissements publics de présenter des idées de projet. Lors de l’année 2012, ce sont treize projets qui ont été financés, dont un afin d’appuyer l’offre de services en matière de santé sexuelle au sein d’un établissement de santé. Comme le confie une des membres du personnel, l’organisation a également appuyé le service d’obstétrique de l’hôpital de Collique afin qu’il puisse implanter un protocole visant à détecter la violence conjugale auprès des patientes, cela « afin de travailler sur le niveau de violence dont souffrent les femmes qui utilisent les services de cet

hôpital » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 21 décembre 2012, Pérou). Cela démontre bien l'ampleur de ces projets dont la taille du budget s'avère très modeste.

#### **4.1.2.3. Plaidoyer politique et mobilisation citoyenne**

En ce qui concerne l'incidence politique, l'organisation tâche également de créer des documents de diagnostic afin de diffuser des informations au grand public ou interpeler le gouvernement local sur des enjeux au sein du district. Parallèlement, de nombreux efforts sont déployés afin de renforcer le travail des tables de concertation réunissant de multiples acteurs. Cette stratégie de la concertation sera détaillée ultérieurement au sein de ce chapitre. Notons simplement que la présence dans les espaces de concertation offre la possibilité de décentraliser les actions de l'organisation, puisqu'il est possible d'y rejoindre plusieurs acteurs. Puisque l'organisation se retrouve actuellement en carence de financement, elle se concentre dorénavant sur la réalisation de petits projets de sensibilisation face à des dates importantes, telles que la Journée internationale de la femme, la Journée internationale d'action pour la santé des femmes et la Journée mondiale de l'environnement. Il s'agit d'actions de sensibilisation qui sont publiques et massives, l'idée est de sensibiliser la communauté à l'importance de ces thématiques (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 21 décembre 2012, Pérou).

#### **4.1.3. LA PARTICIPATION CITOYENNE COMME FONDEMENT DE L'INTERVENTION**

Les transformations réalisées au cours des vingt dernières années dans les axes d'intervention de l'organisation péruvienne locale sont passées d'une vision davantage ancrée dans l'assistencialisme vers le renforcement du pouvoir d'agir de citoyens bénévoles organisés à Comas. Nous observons qu'auparavant les interventions transformaient involontairement ces individus en bénéficiaires passifs de mesures destinées à pallier leur insuffisance quant à l'accès à certaines ressources de base, dont notamment l'eau et des aliments. Ces interventions « ne requérant aucune de leurs compétences, il leur est donc impossible de contribuer activement à la solution. Nous sommes ici en présence d'un modèle de pratique sociale de type “médical classique” qui n'attribue aucun rôle à la personne concernée dans la définition de ce qui fait le problème et dans la mise au point des

solutions » (LeBossé & DuFort 2001, 81-82). Comme l'explique LeBossé et DuFort (2001), le fait de reléguer des personnes au rang de bénéficiaires exclus dans la prise en charge de leur réalité entraîne une dépossession systématique de leur pouvoir d'agir et de réfléchir.

En transformant leur approche au sein de la communauté, c'est-à-dire en adoptant une vision de la santé qui relègue au premier plan la participation de citoyens dans la prise en charge de leur développement, l'organisation marqua un tournant important au cours de la dernière décennie. En décidant de renforcer l'implication de femmes et de jeunes adolescents, segments populationnels considérés comme vulnérables au Pérou, l'intervention cherchait alors à générer un « pouvoir d'agir » (*empowerment*) chez ces acteurs. Nous avons donc pu observer que parmi ces objectifs, il y avait, entre autres, la question de mener une vie libre de violence et revendiquer ses droits en matière de santé sexuelle et reproductive. Bref, en mettant à disposition des ressources (matérielles, financières, humaines et informationnelles) par la création de petits projets sociaux, il était alors possible de contribuer à renforcer les capacités de ces citoyens engagés à exercer un plus grand contrôle sur leur vie. D'autant plus, en promouvant la participation au sein d'espaces de prise de décisions, il devenait possible pour ces derniers, jusqu'alors dépossédés de voix politique, de s'exprimer sur des enjeux fondamentaux tout en offrant la possibilité d'influencer concrètement les décisions qui les concernent.

## **PARTIE II : LES PRATIQUES DE SANTÉ DES PROMOTEURS**

Au cours cette deuxième partie des résultats, il y aura présentation des pratiques de préventions et de promotion réalisées par les promoteurs en prenant soin d'en détailler le contenu à partir des entretiens réalisés auprès de ces derniers lors de ce projet de recherche. Nous observerons donc que la majorité des pratiques mises en place par ces agents communautaires consistent à sensibiliser à la revendication des droits de leurs concitoyens. Pour se faire, leur implication dans le renforcement du « pouvoir d'agir » de leur communauté les amène à réaliser des pratiques de plaidoyer politique et de vigilance citoyenne, cela en s'investissant activement dans des espaces de coalition dans le but d'influencer les politiques publiques locales. Nous terminerons cette partie avec une discussion d'ensemble sur ces pratiques, nous découvrirons alors que de nombreuses pratiques s'harmonisent aux principes de l'organisation communautaire que nous avons décrits antérieurement.

### **4.2.1. LES PRATIQUES DE PRÉVENTION DE LA MALADIE**

Lors de cette section, il sera question d'observer les pratiques de santé réalisées par les promoteurs de santé dans le district de Comas. Comme cela fut mentionné auparavant, ces pratiques seront premièrement subdivisées en deux catégories : la prévention de la maladie et la promotion de la santé. La catégorie sur la prévention de la maladie présentera les pratiques de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

#### **4.2.1.1. Prévention primaire**

Les pratiques de santé en prévention primaire de la maladie réalisées par les promoteurs sont multiples. À ce titre, une promotrice explique s'être impliquée dans des comités afin d'animer des discussions publiques sur le thème de la violence familiale, ainsi que l'importance de la nutrition afin de prévenir l'anémie et le diabète. Ces événements se situent généralement dans des endroits publics, où des auditoires sont prêtés pour l'évènement (Promotrice de santé, 16 décembre 2012, Pérou). Une collègue renchérit alors qu'en ce qui concerne la nutrition, elle s'impliqua dans divers concours afin de faire le contrôle du poids et de la hauteur des enfants de son quartier avec l'accord des mères qui concouraient pour remporter des vitamines et un rendez-vous chez le médecin (Promotrice de santé, 16 mai

2013, Pérou). Cela permettait donc de sensibiliser des concitoyens à un ensemble de maladies qui affectent ces enfants d'une façon participative et ludique.

Une autre thématique qui fut abordée par les promoteurs, et cela, principalement à l'intérieur de leurs projets sociaux, fut la prévention du VIH/SIDA et des ITS. Depuis 2006, nous pouvons observer au sein de pamphlets promotionnels réalisés par ces groupes de femmes et de jeunes promoteurs que de nombreux projets furent réalisés afin de prévenir ces maladies. Les résultants sont édifiants, compte-tenu des ressources limitées dont ils disposent. À titre d'exemple, lors de l'année 2008, ce sont une cinquantaine de jeunes adolescents promoteurs qui ont été formés sur les thèmes de la santé sexuelle et reproductive et qui ont pu rejoindre plus de 2000 adolescents de leur quartier afin de leur donner des informations sur leur sexualité, tel que l'usage correct du préservatif. Également, ce sont près de 40 promotrices qui ont conseillé les habitants au sein de la communauté sur cette même thématique. En 2009, des foires éducatives furent réalisées dans des écoles secondaires, en plus de mobilisations pour la Journée internationale de la lutte contre le SIDA, projets qui tachèrent de renforcer les connaissances d'environ 700 jeunes étudiants, en plus de sensibiliser près de 2000 adultes de leur communauté sur l'importance de la prévention des ITS et du VIH/SIDA.

Les lieux d'intervention et les stratégies développées par ces agents communautaires sont multiples et créatives. Un jeune promoteur précisa lors d'un entretien s'être impliqué sur ces thématiques dans les écoles puisque ce sont « les thèmes qui ne sont normalement pas enseignés aux étudiants ou qui ne sont pas donnés en profondeur » (Traduction libre, Promoteur de santé, 4 décembre 2012, Pérou). Un autre jeune promoteur affirma s'être impliqué dans des campagnes de distribution de préservatifs gratuits. Il précise également avoir participé, avec son groupe juvénile, dans

beaucoup de foires éducatives, des ateliers éducatifs dans les écoles, des discussions, des forums sur des questions d'actualité, de la sensibilisation, en particulier sur différents thèmes tels que l'utilisation correcte du préservatif, le VIH/SIDA, la violence sexuelle, les droits sexuels et reproductifs, nous avons réalisé ces campagnes dans les lieux publics, populaires et dans les marchés dans tout le district (Traduction libre, Promoteur de santé, 15 mai 2013, Pérou).

Un jeune promoteur de santé confiait avoir appuyé le développement d'un projet nommé l'info-piscine. « Pendant l'été, nous avons organisé des ateliers dans différentes piscines publiques sur les thèmes de la promotion et de la prévention de la santé sexuelle et reproductive, nous avons aussi fait des forums, et puis nous sommes ensuite retournés dans les classes parce que les grossesses précoces ont commencé à augmenter à nouveau. Nous avons travaillé avec 12 écoles » (Traduction libre, Promoteur de santé, 15 mai 2013, Pérou). Ce travail a donc permis de mettre sur pied un service où des adolescents peuvent accompagner leurs camarades de classe pour obtenir davantage d'informations afin de mieux se protéger. Le transfert d'information de jeune-à-jeune fut privilégié comme méthode d'intervention au sein de ce service afin d'amenuiser les barrières de pouvoir, principalement basées sur l'âge, entre ces acteurs. Ainsi, les jeunes sont davantage en mesure d'être écoutés par leurs camarades de classe puisqu'ils développent un lien de confiance basé sur la réciprocité et la proximité. Ce faisant, des jeunes intéressés à appuyer leurs camarades de classe sont appelés à recevoir des formations où ils développent leurs connaissances sur la prévention de maladies, mais également leur leadership. Ces jeunes leaders deviennent alors des alliés des promoteurs dans leur mission de promouvoir le bien-être de leur communauté.

D'autres promoteurs se sont impliqués sur la question de l'avortement afin de valoriser le droit de décider pour les femmes et ainsi tâcher de réduire les forts taux de mortalité maternelle au sein du pays, problématique qui affecte particulièrement les jeunes adolescentes qui sont plus propices à utiliser les services d'avortement clandestins (ces éléments seront traités lors du chapitre 6). Une promotrice de santé confiait avoir participé à des activités de sensibilisation auprès de sa communauté sur l'importance de dépénaliser l'avortement en cas de viol. Cette dernière s'est donc fortement impliquée dans une campagne de collecte de signatures en faveur de cette position. Le fait de discuter de cette thématique s'avérait plutôt complexe, affirma-t-elle, mais offrait l'occasion de discuter de l'importance d'œuvrer pour améliorer la santé maternelle et valoriser le droit fondamental des femmes à disposer de leur propre corps (Promotrice de santé, 16 mai 2013, Pérou). Finalement, une autre thématique où les promotrices s'avèrent particulièrement actives est la prévention de la dengue. Pour se faire, ces dernières font du porte-à-porte auprès des foyers qui utilisent des récipients d'eau pour s'approvisionner de cette ressource. Ce travail

s'effectue en partenariat avec le Ministère de la Santé, qui fournit des comprimés à déposer dans l'eau pour la nettoyer. Les promotrices prennent alors l'occasion de donner des conseils aux familles sur la façon de nettoyer ces contenants afin d'éviter la reproduction des moustiques dans les eaux stagnantes.

#### 4.2.1.2. Prévention secondaire

En ce qui concerne la prévention secondaire, les promoteurs s'impliquent dans différentes activités qui concernent la question du dépistage de maladies. Comme l'explique une promotrice, celle-ci participa dans la réalisation de foires populaires afin de sensibiliser les femmes à détecter les symptômes prématurés du cancer du col de l'utérus et le cancer du sein. « Nous avons également réalisé des activités sur le dépistage du cancer. Nous avons animé des discussions sur le thème de la tuberculose. Toute cette année nous avons fait différentes activités », affirma-t-elle (Traduction libre, Promotrice de santé, 16 décembre 2012, Pérou). Finalement, d'autres projets furent mis en place par ces dernières sur la thématique de la nutrition chez les enfants de moins de 6 ans bénéficiaires du programme *Vaso de leche* afin de détecter la présence d'anémie. Cela permettait alors de référer ces enfants à des centres de santé au sein du district (Promotrice de santé, 16 mai 2013, Pérou).

#### 4.2.1.3. Prévention tertiaire

En ce qui concerne la prévention tertiaire, c'est surtout la question du VIH/SIDA qui fut travaillée par les promotrices de santé. L'une d'entre elles expliqua avoir participé à des formations spécialisées afin d'apporter un soutien émotionnel aux personnes aux prises avec cette maladie.

Nous avons commencé à travailler avec les connaissances des personnes touchées. Il s'agissait avant tout des amis ou des voisins de la personne infectée par le VIH/SIDA [...]. Nous avons visité beaucoup de personnes touchées par cette maladie et leurs familles avaient peur que nous soyons contaminées, elles ne permettaient pas que les gens viennent rencontrer ces malades. Nous avons parlé avec les familles, nous avons expliqué que le malade n'allait pas nous contaminer pour seulement converser avec nous. C'est ainsi que nous avons récupéré beaucoup de malades, je te le dis avec fierté. Mais dans certains cas, nous sommes arrivées trop tard, ces patients n'avaient pas reçu les soins suffisants et étaient malheureusement décédés. Les patients que nous avons pu récupérer, nous les avons aidés et leurs familles aussi. Nous avons fait des suivis. Pour les personnes qui commencent tout juste à être malade, nous les avons conduits à l'hôpital et les patients plus avancés nous les avons amenés à l'institution dont je te

parlais plus tôt, c'est une organisation qui a un service spécialisé sur cette question (Traduction libre, Promotrice de santé, 16 mai 2013, Pérou).

Une autre promotrice racontait lors d'un entretien avoir mis en place un refuge pour femmes victimes de violence au sein de sa maison, puisque ce service n'existait pas au sein de sa communauté. Elle affirme avoir accueilli 40 femmes sur une période de 8 ans. « Chaque cas est différent et il faut savoir comment traiter les familles qui ont un caractère différent », explique-t-elle.

J'allais chercher de la nourriture avec l'argent que me donnait mon mari et je cuisinais des aliments variés. [...] Je devais avoir de la patience et faire preuve de bon sens pour gérer la situation. Parfois je demandais de l'aide aux enfants pour cuisiner, quand j'accueillais deux femmes en même temps: la police m'amenait parfois des femmes âgées » (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 mai 2013, Pérou).

Offrir cet appui permettait donc à ces femmes d'avoir un lieu afin d'être protégées contre la violence potentiellement mortelle dont elles souffraient. Cela offrit l'occasion à de nombreuses femmes d'améliorer leurs conditions de vie.

#### **4.2.2. LES PRATIQUES DE PROMOTION DE LA SANTÉ**

En ce qui concerne les pratiques de promotion de la santé, il est possible d'observer que les activités réalisées par les promoteurs de santé sont variées. Parmi celles-ci, nous observons donc des actions visant à promouvoir la participation citoyenne, le renforcement des capacités individuelles et collectives, la promotion et la défense des droits, la valorisation de la culture de la paix, de même que des activités de plaidoyer politique. Nous observons alors que le répertoire de ces pratiques est vaste et nous tâcherons d'en observer les contours sous forme de typologie des pratiques réalisées par les promoteurs de la santé.

##### **4.2.2.1. Participation citoyenne**

Comme nous l'avons observé précédemment, la plupart des promotrices de santé du district de Comas sont des personnes qui se sont d'abord impliquées au sein de programmes sociaux mis en place par l'État. Au Pérou, on considère généralement les organisations sociales de base comme ces regroupements de femmes qui surgirent dans le contexte de la crise socioéconomique au cours des années 1960 et 1970 afin de répondre aux besoins de base en matière d'alimentation de la population (Iglesias López 2013, 19). À Comas, ce sont

principalement les organisations du *Vaso de leche* et des *Comedores populares*<sup>7</sup> qui rassemblèrent le plus grand nombre de participantes. En ce qui concerne le *Vaso de leche*, il s'agit d'un programme national qui consiste à donner 250 ml de lait quotidiennement à la population maternelle et infantile. En 2006, dans le district de Comas, il existait 1724 comités distribuant du lait à 151 091 bénéficiaires, qui sont généralement des enfants entre 0 à 13 ans (Alva Córdova 2010, 112). En ce qui concerne les *Comedores populares*, il est question d'un programme de cuisines populaires qui fut également financé et créé par l'État. Toujours selon les données de l'année 2006, Comas est le district qui détenait le plus de *Comedores* du cône nord de Lima. À ce titre, il y avait 392 comités au sein du district lors de cette année qui rejoignaient plus de 20 000 bénéficiaires (Alva Córdova 2010, 116).

Nous observons que ces organisations prestataires de services ont su mobiliser des milliers de citoyens au sein du district afin d'œuvrer sur le thème de l'alimentation. La participation des femmes dans ces espaces offrait alors une opportunité pour celles-ci de lutter contre les préjugés sur leur rôle dans la société péruvienne. Leur implication au sein de groupes à vocation sociale permettait donc d'assumer des positions de leadership, tout en promouvant différentes formes d'activisme. Il n'était plus seulement question d'alimentation, mais le développement du bien-être intégral de la communauté. « They have been shown to challenge community power structures in order to do more for the community, as well as to participate in, and organise, community development activities » (Immink 2001, 702). Pour reprendre les propos du personnel de l'organisation péruvienne, ces promotrices ont décidé de faire le saut vers la citoyenneté.

Dans cet esprit, les actions mises en place par les promoteurs de santé visent donc à générer des transformations dans leur communauté en promouvant la participation de ses membres. Comme l'exprime une promotrice, suite à sa participation à une marche citoyenne pour souligner la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, la participation dans la communauté est transformatrice.

Ce jour-là, nous ne nous attendions pas à sortir dans la rue avec un défilé, afin de revendiquer nos droits pour que l'État nous écoute. Il y avait des personnes qui

---

<sup>7</sup> Littéralement, les organisations sociales de base dénommées *Verre de lait* et *Cuisines populaires*.

n'étaient jamais sorties à la rue auparavant, elles sont sorties cette fois. Afin de choisir des femmes pour qui leur implication les a changées, il faudrait que j'en nomme beaucoup ! Parce que beaucoup de femmes ont partagé leur histoire de ce qu'elles ont été, comment elles ont vécu et ce qu'elles sont maintenant. Maintenant, il y a en a qui sont des leaders (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 décembre 2012, Pérou).

C'est dans cette perspective que l'ensemble des pratiques réalisées par les promoteurs de santé s'ancre dans une vision active de leur citoyenneté. Par contre, afin d'être en mesure de participer activement dans la communauté, il importe pour ces acteurs de pouvoir mettre en pratique diverses habiletés et capacités, telles que la réflexion critique, le maniement d'informations, la prise de décision et l'expression de soi. Pour les secteurs populaires qui ont traditionnellement été exclus du droit de participer, le développement de capacités individuelles et collectives est essentiel pour garantir une réelle participation (Iglesias López 2013).

#### **4.2.2.2. Renforcement des capacités individuelles et collectives**

Un jeune promoteur expliqua lors d'un entretien qu'avant de réaliser des activités concernant la prévention des ITS, du VIH/SIDA et des grossesses non désirées dans des écoles secondaires, son groupe se consacrait principalement à réaliser des activités de développement personnel auprès des adolescents de son district. Ces activités sont multiples, cela touche « l'estime de soi et l'affirmation de soi dans le but de renforcer d'abord les adolescents et les jeunes afin d'aborder par la suite les problèmes sociaux et aider à les réduire » (Traduction libre, Promoteur de santé, 4 décembre 2012, Pérou). Ce renforcement de l'estime de soi permet d'œuvrer à la formation de leaders, renchérit-il. Ces leaders développent un ensemble d'outils et acquièrent de l'expérience à travers la réalisation d'activités et d'ateliers. Au final, les leaders deviennent des personnes alliées qui s'impliquent au sein du district. « Nous avons commencé à recevoir des formations, nous nous sommes renforcés, nous avons cherché du matériel informatif, des vidéos, des brochures et des statistiques. Nous avons travaillé sur des projets dans la communauté, soutenus par une ONG, qui a mené un concours pour nous aider à financer un projet, nous avons donc eu du financement pour réaliser des activités » (Traduction libre, Promoteur de santé, 4 décembre 2012, Pérou). Ce renforcement personnel et organisationnel provenant de la participation des promoteurs permet d'exercer une réflexion critique, précise ce jeune promoteur.

Non seulement ils te donnent des outils de formation, mais également des outils sur les questions de plaidoyer, de campagnes de santé, d'accessibilité aux centres de santé, de sensibilisation envers la population où il y a plus de difficultés, les populations vulnérables et les programmes de nutrition pour les enfants. Également des outils de plaidoyer politique afin de réaliser de la pression sur les autorités, à savoir la police et les ministères publics afin qu'ils puissent s'adresser aux cas de violence contre les femmes, ouvrir et soutenir des centres de refuge pour les femmes victimes de violence. Merci aux interventions sociales, nous avons obtenu des services juridique et psychologique à un cout abordable. Ces choses ne sont pas restées sur papier, mais ont été rendues possibles à partir des réalisations des organisations sociales, elles ont beaucoup contribué à la communauté (Traduction libre, Promoteur de santé, 4 décembre 2012, Pérou).

Ce processus de création de leaders et de renforcement de capacités doit également s'accompagner, selon ce jeune, d'une plus grande place pour les citoyens dans le processus de prise de décisions afin de briser le défaitisme politique qui existe dans sa communauté et particulièrement auprès des jeunes de son quartier. Finalement, il est intéressant d'observer que les pratiques de renforcement des capacités effectuées par ces citoyens s'inspirent d'une certaine façon des principes de l'éducation populaire. L'éducation populaire se fonde sur l'importance de renforcer la pensée critique afin de permettre aux personnes de se convertir en des « sujets » de changements (Kane 2010). En promouvant le partage de connaissances et la valorisation des expériences de ces citoyens par le dialogue et la réalisation d'activités de réflexion, il devient possible d'entreprendre des actions qui visent le changement à Comas.

#### **4.2.2.3. Promotion et défense des droits**

Le principal objectif des promoteurs de santé est la promotion et la défense des droits de leurs concitoyens. La majorité de ces pratiques concernent « les droits civils, les droits sexuels, la santé reproductive, l'environnement et d'autres questions liées à la jeunesse » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 7 février 2013, Pérou). Plusieurs stratégies sont mises de l'avant par ces agents communautaires afin d'y parvenir. L'une de ces approches concerne la mise sur pied d'un service de *defensoría* communautaire. Ce type de service cherche principalement à soutenir les enfants et les femmes qui vivent en situation de vulnérabilité en ce qui concerne la revendication de leurs droits. « Dans le cas des enfants, ce sont avant tout des questions concernant l'alimentation, la planification familiale et la violence. [...] Elles ont elles-mêmes décidé de former cette *defensoría* communautaire et

heureusement, elles peuvent compter sur les services professionnels d'un psychologue et d'un avocat » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 7 février 2013, Pérou). En effet, ce service permet aux citoyens d'avoir accès à un très faible coût aux services d'un avocat et d'un psychologue bénévoles afin de les appuyer dans leurs besoins. Les coûts défrayés servent principalement à payer les frais liés à l'utilisation des locaux (soit l'eau et l'électricité) dans leur communauté.

« Il y a beaucoup de gens qui viennent, les gens qui reçoivent une pension alimentaire, qui parlent de leurs droits. Il y a un avocat ici et il y a aussi un psychologue. Ce sont de bonnes personnes, car elles viennent volontairement » (Traduction libre, Promotrice de la santé, 16 décembre 2012, Pérou). Comme l'exprime une autre collègue, il y a parfois des gens qui proviennent d'en dehors de la communauté afin de bénéficier de ces services, ils viennent de *Puente Piedra* ou *Los Olivos*, qui sont des districts limitrophes à Comas (Promotrice de la santé, 17 décembre 2012, Pérou). Le fait d'être en contact avec ces femmes qui détiennent des besoins en ce qui a trait à la défense de leurs droits permet aux promotrices de les conseiller et de les appuyer. « La *Defensoría* les guide à ce sujet, il y a des lois pour nous protéger, pour protéger les enfants, les adolescents ou la femme, elles ont le droit à cela. C'est quelque chose qui les fait se sentir bien », explique une promotrice (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 décembre 2012, Pérou). L'implication des promotrices dans différents espaces publics, notamment par la réalisation de conférences et de foires, permet de rendre certaines problématiques jugées taboues, telle que la violence envers les femmes, ouvertes et publiques. Cela génère une ouverture au dialogue pour les victimes de ces abus et enclenche un processus de revendication des droits.

Le travail sur la problématique de la violence familiale demeure cependant l'une des principales thématiques sur lesquelles ces promotrices s'impliquent. De ce fait, celles-ci cherchent à promouvoir un mode de vie libre de violence pour les personnes qui sont majoritairement affectées par cette problématique dans la société liménienne, soit les femmes et les jeunes (Iglesias López 2013). Comme l'explique une promotrice,

nous avons abordé le sujet de la violence domestique, car nous avons vu que de nombreuses bénéficiaires du *Vaso de leche* étaient victimes de violence dans leurs

maisons, elles demandaient des informations à ce sujet auprès des promotrices de santé et nous avons donc décidé de nous impliquer sur ce thème, nous nous sommes tournées vers notre partenaire afin qu'il puisse nous aider, nous former, nous enseigner à dénoncer de telles violences. Nous avons ensuite pu offrir des formations aux mères du *Vaso de leche*. Nous avons eu des contacts avec des psychologues, il y avait de nombreuses mères dans un silence total, mais nous avons obtenu que certaines d'entre elles réalisent des dénonciations, elles avaient une faible estime de soi (Traduction libre, Promotrice de santé, 16 mai 2013, Pérou).

Le travail sur la violence mena également les promotrices à s'impliquer dans la réalisation d'activités de sensibilisation au sein de leur district, en plus d'accompagner des victimes de cette violence à prendre part à leurs activités. « C'est un exploit que des femmes puissent maintenant savoir quels sont leurs droits et qu'elles inculquent cette réflexion dans leurs communautés, chez elle ou dans son organisation », renchérit une camarade (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 décembre 2012, Pérou). Ce travail sur la violence cherche fondamentalement à opérer des changements de pouvoir dans l'objectif d'atteindre une plus grande équité des genres, mais également intergénérationnelle.

De plus, une autre collègue explique également vouloir s'impliquer auprès de personnes handicapées. « Dans mon quartier, il y a 38 personnes handicapées et je me sens mal que ces gens n'aient aucune connaissance de leurs droits, qu'ils soient enfants, adultes ou personnes âgées. J'ai mis en place un groupe, une camarade a participé, bien sûr, ce n'est pas encore viable, mais au moins nous faisons l'effort » (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 mai 2013, Pérou). Cela permet de saisir à quel point la création d'espaces voués à la rencontre et au dialogue entre les membres d'une même communauté s'avère une stratégie privilégiée par ces acteurs.

#### **4.2.2.4. Culture de la paix**

Le travail concernant la promotion de la culture de la paix s'est principalement articulé auprès d'adolescents à Comas. Un des projets mis en place par des jeunes promoteurs fut la création de groupes de théâtre de travailler sur la violence.

Ils ont réuni 250 jeunes de 7 écoles dans un forum au sein duquel ce groupe de jeunes a donné un atelier sur la violence de genre, puis sont allés à des écoles pour développer les arts de la scène. Ce fut une expérience réussie parce que cela a fait en sorte de renforcer des jeunes afin qu'ils puissent explorer de nouvelles idées et en plus ils

peuvent faire des présentations à d'autres jeunes ou dans des espaces publics (Traduction libre, Promotrice de santé, 21 décembre 2012, Pérou).

Parallèlement, la violence juvénile fut également travaillée avec des jeunes appartenant à des gangs de rue, qui sont des groupes de hooligans liés aux équipes nationales de football du Pérou. Un jeune promoteur explique alors s'être impliqué auprès de ces jeunes afin de promouvoir des modes de vie libres de violence.

Nous avons réalisé une série d'ateliers pour ces gangs, pris séparément avec le soutien de la police, parce que les réunions étaient toujours lors des horaires de disponibilité de ces groupes, lorsqu'il faisait nuit. Généralement nous réalisons les ateliers et les activités en groupe, [...] des championnats sportifs entre autres, afin d'obtenir la confiance de ces jeunes et parvenir à une communication dynamique. Peu à peu, nous avons vu les thèmes de l'estime de soi, pourquoi ils sont inclus dans ces groupes, pourquoi ils ont cette mentalité violente avec les autres jeunes (Traduction libre, Promoteur de santé, 4 décembre 2012, Pérou).

Un autre jeune promoteur précisa que ce travail auprès de ces jeunes s'est poursuivi pendant trois années consécutives. Ce travail de proximité, explique-t-il, permettait de discuter de la « violence et de la santé sexuelle et reproductive, nous sommes allés dans leurs espaces, parce qu'ils ne pouvaient pas aller n'importe où dans le district, car ces jeunes ont des ennemis dans différentes zones » (Traduction libre, Promoteur de santé, 15 mai 2013, Pérou). Cette orientation « jeune à jeune » offrait une occasion d'appuyer des adolescents qui vivent différents problèmes sociaux tout en tâchant de leur donner davantage d'informations sur leur sexualité afin qu'ils soient en mesure de se protéger et connaissent davantage leurs droits.

#### **4.2.2.5. Culture et éducation**

Lors d'un entretien, une promotrice présentait son implication dans le domaine de l'éducation auprès des enfants de son quartier. Cela fait près de cinq ans qu'elle s'implique à mettre sur pied une garderie accessible pour les familles de sa communauté. La motivation derrière cette pratique viendrait du manque de considération pour la mise en place de services voués à l'éducation des jeunes enfants. « C'est ça le problème avec le système que nous avons. Ainsi, les enfants de la classe moyenne sont ceux qui ont plus de possibilités d'avoir des connaissances, mais pas les enfants des classes pauvres. Cela ne fonctionne pas. Maintenant, *Cuna Más* [qui est programme social du gouvernement dont l'objectif est le

développement éducationnel des enfants] ne peut pas ouvrir de nouveaux espaces parce qu'il y a des limitations » (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 mai 2013, Pérou). Cette promotrice cherche donc à créer un environnement d'apprentissage pour ces enfants en situation de pauvreté afin qu'ils puissent se développer artistiquement et soient en mesure de s'exprimer, non seulement en espagnol, mais en quechua. Cette langue demeure socialement dénigrée pour ses origines autochtones, cela malgré sa position de langue officielle au sein de la Constitution du Pérou et le fait que la plupart des habitants qui ont peuplé le district de Comas la partageaient.

#### 4.2.2.6. Plaidoyer politique

Le plaidoyer politique (ou *advocacy* en anglais) se définit par l'acte de « taking a position on an issue, and initiating actions in a deliberate attempt to influence private and public policy choices » (Loue 2006, 458). Nous pouvons donc observer que les actions mises de l'avant par les promoteurs de santé détiennent les caractéristiques du plaidoyer en santé communautaire (*community health advocacy*), puisque certaines des pratiques mises de l'avant par les promoteurs cherchent ultimement à influencer la communauté, de même que le gouvernement local, sur des enjeux liés à la santé (Loue 2006, 458). Néanmoins, le plaidoyer politique emprunte généralement l'appellation d'incidence politique (*incidencia política*) chez les acteurs locaux. Comme l'exprime un membre de l'OCI québécois, le travail réalisé par les promoteurs détient d'importantes composantes politiques. « Par exemple, en santé sexuelle et reproductive, de même qu'en violence conjugale, ils ont fait des projets intéressants et cela a permis de générer des ébauches de politiques publiques » (Personnel de l'OCI québécois, 23 janvier 2013, Canada).

À titre d'exemple, nous pouvons citer la récente approbation du *Plan Local de Igualdad de Género del distrito de Comas 2012-2017*<sup>8</sup>, via l'ordonnance municipale N° 390-MDC, lors du mois de juillet 2013. Plusieurs promotrices de santé se sont impliquées à faire des pressions sur la municipalité afin que le conseil municipal approuve ce projet visant à renforcer l'équité des genres au sein du district de Comas. Une telle mesure rend effectif au niveau local les normes édictées au sein du *Plan national d'égalité des genres* (MIMP 2012a) et positionne ce plan comme un cadre de référence dans la création de politiques

<sup>8</sup> Traduction libre : Plan local d'égalité des genres du district de Comas 2012-2017.

publiques. L'utilisation d'outils législatifs attire cependant l'attention sur une autre problématique de taille pour ces groupes communautaires. « Maintenant c'est beau, car il y a pleins de lois au Pérou qui existent, peut-être un peu partout comme dans le monde, mais c'est comment on les applique, et je pense que notre partenaire, avec les organisations, qui ont toujours un rôle à jouer de vigilance, soit de travailler avec la municipalité et d'exiger qu'il y ait des actions qui se fassent » (Personnel de l'OCI québécois, 23 janvier 2013, Canada). Cette réflexion nous amène donc à observer les pratiques de vigilance citoyenne que font les promoteurs de santé.

#### **4.2.2.7. Vigilance citoyenne**

La vigilance citoyenne constitue un mécanisme de participation qui permet aux citoyens d'exercer de façon collective leur droit et leur devoir d'influencer les processus qui affectent leur bien-être et celui de leur communauté (Iglesias López 2013, 57). La vigilance permet entre autres de garantir que les politiques, les plans et les programmes gouvernementaux se développent en accord avec la réalité et les besoins de la population tout en effectuant un contrôle citoyen sur la gestion publique des services (Iglesias López 2013, 57). Des interventions en matière de vigilance citoyenne soulèvent d'importantes contradictions dans l'offre de services de santé au Pérou. À titre d'exemple, une étude du ForoSalud démontra que l'accès à l'assurance de santé du SIS, qui est une assurance réservée aux personnes en situation de pauvreté, est automatiquement annulé si une personne détient un prêt bancaire de n'importe quelle somme. De plus, l'étude démontre que le manque de disponibilité de médicaments dans les établissements de santé accentue les dépenses des citoyens pour se procurer des remèdes (Estrada Alarcón *et al.* 2013, 44). Ce qui démontre la pertinence de ce mécanisme de participation.

Lors d'un entretien, une promotrice donna un exemple de pratique en matière de vigilance citoyenne. Celle-ci expliquait alors être dans un processus de dénonciation d'un membre du personnel médical de la clinique de santé de son quartier qui n'accomplissait pas volontairement ses tâches à son plein potentiel, en ne se présentant pas lors des heures de travail par exemple. Face aux agissements de cette personne, la promotrice explique sa vision des répercussions d'une telle situation.

Que faire s'il y a un malade grave, un bébé qui a besoin d'une attention immédiate ou une femme enceinte ? Ce n'est pas bien. Je suis promotrice, je veux parler de ce que je fais en surveillance citoyenne. [...] Donc, je me bats contre l'immoralité, de ne pas suffisamment donner des services au peuple et signer un livre où elle indique travailler, alors qu'elle prend un jour de congé et reçoit son plein salaire, c'est de la corruption (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 mai 2013, Pérou).

Cette vigilance peut également être réalisée, comme nous l'avons observé, dans la mise en application de plans d'action municipaux. Pour reprendre le cas du Plan local d'égalité des genres de Comas, il est stipulé au sein de l'ordonnance municipale N° 390-MDC que le suivi et l'évaluation de l'application dudit plan au sein de la municipalité doivent être effectués par une commission comprenant non seulement des fonctionnaires de la municipalité, mais également de représentants de la Table de concertation de genre de Comas, qui est un espace de coalition majoritairement formé de représentants de la société civile. Dans cette situation, nous pouvons donc voir l'importance que jouent les promoteurs de santé dans les pratiques de vigilance citoyenne au sein de leur district.

#### 4.2.2.8. La formation de coalitions

La formation de coalitions entre organisations demeure également une stratégie importante de participation. Ces espaces sont généralement appelés les tables de concertation (*mesas de concertación*) et permettent à des représentants d'organisations de participer librement aux délibérations sur de multiples enjeux. « Les tables de concertation se regroupent sur différentes thématiques, par exemple dans Comas, nous travaillons avec la Table de concertation en genre, la Table de concertation de la jeunesse et la Table de concertation sur la santé et l'environnement » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 7 février 2013, Pérou).

Au sein de l'article 9, alinéas 34 de la *Loi organique des municipalités* (Ley N° 27972, 2003), nous pouvons observer que l'approbation des espaces de concertation est une tâche attribuée au conseil municipal. Certains de ces espaces réalisent de nombreuses pratiques de promotion de la santé au sein du district depuis près d'une quinzaine d'années. Néanmoins, dans le cas de la Table de concertation en genre de Comas, espace considéré comme étant le plus actif au sein du district, il est intéressant d'observer que sa reconnaissance par la municipalité vient à peine d'être ratifiée au sein de l'ordonnance municipale N° 391-MDC

lors de l'année 2013. Ce caractère officiel lui permet ainsi de prendre part au budget participatif du district tout en jouant un rôle de vigilance sur les propositions émanant du gouvernement municipal. Ces tables de concertation deviennent donc des espaces politiques intéressants pour les organisations de la société civile. Comme l'explique une des membres du personnel de l'organisation péruvienne,

Dans les espaces de concertation, il y a beaucoup de discussions, chaque organisation présente des problèmes qui sont en lien avec leurs objectifs prioritaires. Ensuite, il faut négocier avec toutes les organisations concernées. Il faut convaincre les autorités locales que le problème qui se pose est une priorité pour la communauté, car les personnes qui gèrent les ressources financières de la communauté se trouvent à la municipalité (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 7 février 2013, Pérou).

Ce travail, davantage situé au niveau de l'incidence politique, a permis de mettre l'accent sur des politiques publiques en matière d'équité des genres au cours des dernières années. D'autant plus, les espaces de concertation favorisent le partage d'information entre les différentes organisations qui s'impliquent à Comas et appuient la création d'activités de mobilisation citoyenne. Ces tables permettent ainsi de générer de riches espaces de débats et de propositions en ce qui concerne les principales problématiques qui touchent le district.

Malgré les possibilités qu'offrent les tables de concertation, il importe de spécifier que leur dynamisme découle souvent de l'intérêt des représentants élus au conseil municipal à s'y impliquer. Comme l'explique un jeune promoteur de la santé qui participait autrefois au sein dans la Table de concertation de la jeunesse de Comas, il existait un certain manque de volonté politique « parce que les décideurs politiques disaient que la Table de concertation de la jeunesse était un espace où il y avait trop d'ONG, que notre présence était dans le but d'appuyer le travail de ces ONG et ne reflétait pas la réalité des jeunes. Il était difficile d'avoir une porte ouverte avec ce maire » (Traduction libre, Promoteur de santé, 15 mai 2013, Pérou). D'autant plus, certaines critiques peuvent être adressées à ce modèle de participation qu'est la formation de coalitions, qui s'appuie sur la représentation d'organisations de la société civile. À ce sujet, il est intéressant d'observer l'analyse de la militante québécoise Lorraine Guay.

Dans le secteur communautaire, l'opposition aux grandes orientations du monde passerait par des coalitions d'organisations qui sont plutôt des formes de représentations d'intérêts que des formes de mobilisation des personnes pour se représenter elles-mêmes. Je ne partage pas cette opinion, les coalitions permettant au contraire de politiser les groupes de base et de leur donner accès aux luttes politiques plus globales. Elles permettent de sortir des corridors étroits de la sectorisation, des intérêts particuliers justement, des regards étroits sur la réalité. La Marche mondiale des femmes a permis de coaliser des groupes de femmes disparates et de donner une visibilité politique à leurs revendications désormais revendications de toutes » (Shragge 2006, 12).

De ce fait, les espaces de concertation font partie de la vaste gamme des pratiques déployées en matière de promotion de la santé par les promoteurs au sein du district de Comas. Ces espaces détiennent le principalement avantage, pour reprendre les propos de Lorraine Guay, de donner accès aux luttes politiques globales pour ces citoyens du district.

#### 4.2.3. DISCUSSION SUR LES PRATIQUES

L'implication des promotrices de santé dans les organisations sociales de base présente certaines caractéristiques similaires aux groupes d'entraide. « Les groupes d'entraide sont de petites structures communautaires formées de gens partageant un problème et valorisant l'entraide entre égaux pour arriver à changer leur situation » (Lavoie 2001, 157). Dans de nombreux cas, des promotrices expliquèrent lors des entretiens qu'une des forces qui les motiva à s'impliquer était d'abord le fait d'avoir vécu certaines formes d'injustice. C'est à l'intérieur des organisations de base de leur quartier, particulièrement le *Vaso de leche* et les *Comedores populares* qu'elles prirent alors connaissance du travail réalisé par les promotrices de leur communauté. Comme l'illustre une promotrice, lorsque « des femmes ont été battues, nous les invitons à venir participer à des ateliers sur la violence. Quand une ONG vient et dit qu'elle va faire un atelier avec les femmes, nous les invitons à venir ici. Comme nous avons un auditoire, cela nous permet d'aider beaucoup » (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 décembre 2012, Pérou).

Selon Lavoie, les regroupements d'entraide ont dans la majorité des cas été créés afin de combler des besoins qui étaient sans réponse. « Ils représentent donc assez souvent une critique implicite ou explicite du système établi » (Lavoie 2001, 167). En permettant alors de discuter de thèmes qui sont tabous, les espaces créés par les promotrices aident de

nombreuses femmes à partager et discuter de ces problématiques que sont la violence familiale ou la santé sexuelle et reproductive. Cela permet donc de mettre un accent sur « l'entraide personnelle qui prend souvent forme de soutien moral, par le partage d'expériences et d'information, et par la discussion. Souvent aussi les membres ont des activités orientées vers les changements sociaux. Leur activité est bénévole, autrement dit gratuite et libre » (Romeder 1989, 34). Les groupes d'entraide sont particulièrement fructueux pour les promoteurs de santé, puisqu'ils se basent sur le principe de l'entraïdant. « On entend par là que le membre, venu au début pour recherche de l'aide auprès de ses pairs, pourra remettre plus tard ce qu'il a reçu en aidant à son tour d'autres personnes. De personne aidée, il est possible de devenir une personne aidante, ce qui est un changement de rôle » (Lavoie 2001, 169). Une promotrice illustre ce principe ainsi :

Le changement, c'est le changement. Ces femmes ne veulent plus être maltraitées, ne veulent plus être violentées parce que parfois un mari abuse beaucoup de celles-ci, il y a parfois de la violence sexuelle. Nous tâchons de les orienter et de présenter leurs droits en tant que femmes. Nous donnons ces conseils afin qu'elles sachent. Elles commencent alors à voir la réalité, que les femmes ont des droits, que les femmes peuvent se plaindre, elles peuvent se défendre et donc elles se sentent protégées. Cela leur donne envie de venir s'impliquer ici (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 décembre 2012, Pérou).

D'autant plus, cette forme d'organisation offre l'occasion de développer le leadership de ces promotrices et de générer des actions politiques dans leur communauté. « Les groupes d'entraide [...] qui privilégient les échanges, l'entraide et valorisent le savoir profane ou la connaissance expérientielle, ont le potentiel de faire émerger un sentiment de pouvoir d'agir (empowerment) chez leurs membres et de mettre en place un processus incitant ceux-ci à participer aux changements sociaux, systémiques et institutionnels » (Lavoie 2001, 174). Comme le confirme un membre du personnel de l'OCI québécois :

Le travail réalisé avec les organisations, c'est aussi un travail de création de *leadership* dans les communautés, un nombre de femmes avec lesquelles notre partenaire a travaillé sont des *leaders* qui vont s'impliquer au niveau national lors de manifestations. Elles décident d'aller revendiquer, par exemple, leurs droits auprès de la ministre de la Condition féminine et des populations vulnérables du Pérou, elles ont déjà réussi à avoir une entrevue avec cette ministre-là, donc c'est tout ce *leadership* qu'il faut quand même continuer à orienter, et à montrer qu'on s'intéresse à elles pour

---

qu'elles puissent continuer ce travail de revendication (Personnel de l'OCI québécois, 23 janvier 2013, Canada).

C'est ce pouvoir d'agir qui permet aux promoteurs de santé de réaliser des pratiques de prévention et de promotion de santé au sein de leur district. Par le renforcement de leurs capacités, ils deviennent en mesure de promouvoir et défendre les droits de leurs concitoyens.

L'observation des pratiques de santé démontre qu'une importante stratégie mise de l'avant par l'organisation péruvienne locale et les promoteurs de santé concerne le renforcement du leadership de citoyens au sein de leur communauté. Ces leaders, qui développent un esprit critique sur les processus politiques qui les concernent, deviennent actifs au sein de leur communauté et revendiquent l'amélioration des conditions de vie pour leurs concitoyens. Cette stratégie mise avant tout sur le potentiel des individus en augmentant leur pouvoir d'agir, notamment en renforçant leurs connaissances sur l'exercice de leurs droits, mais également en créant des espaces de discussion. Par contre, il importe de spécifier que ce leadership assumé par les membres de la communauté peut engendrer certaines luttes de pouvoir. Puisque les promoteurs sont amenés à jouer un rôle dans leur communauté, elles peuvent être étiquetées par leurs pairs comme étant des élites locales, notamment par les fonds et savoirs dans ils disposent pour réaliser leurs pratiques. Cet élément sera traité ultérieurement au cours de la thèse.

## **PARTIE III : BESOINS DE SANTÉ DES HABITANTS DE COMAS**

Au sein de cette troisième partie des résultats, l'observation des besoins de santé des habitants de Comas s'est avant tout effectuée afin de soulever des réflexions sur le contexte socio-sanitaire au sein de ce district de Lima. La prise en compte des réflexions provenant des multiples acteurs interrogés lors de ce projet, soit principalement les promoteurs de santé, un prêtre catholique, un fonctionnaire municipal, les membres de l'organisation péruvienne locale et leurs partenaires au Québec, renforça la création d'un riche portrait de leurs besoins. Les principes de l'ethnographie collaborative renforceront l'analyse des besoins de santé en soulignant les convergences et divergences dans les discours de ces acteurs. Ainsi, lors de ce chapitre, il sera possible de se concentrer lors de la première section sur les besoins locaux, tandis que la seconde cherchera à documenter ces derniers par l'utilisation d'une documentation externe. Ce complément tâchera de garder en référence les besoins de santé énumérés par les participants au sein du projet. À certaines occasions, il demeura compliqué d'identifier de façon précise les besoins exprimés au sein du discours des participants interrogés. La déduction de ces besoins à partir des pratiques de santé réalisées par les promoteurs, qui furent explicitées lors du dernier chapitre, fut une méthode utilisée afin de compléter ce tableau.

### **4.3.1. ANALYSE COLLABORATIVE DES BESOINS DE SANTÉ À COMAS**

Afin de circonscrire l'analyse collaborative des besoins de santé, ce sont principalement les apports des participants davantage en contact avec la communauté de Comas qui seront analysés. L'objectif demeure principalement de recueillir le point de vue des participants sur leurs actions et leurs besoins.

#### **4.3.1.1. Promoteurs de la santé**

Comme nous avons pu l'observer, les promoteurs de santé tâchent de jouer un rôle multidimensionnel à Comas afin de répondre aux besoins qu'ils rencontrent quotidiennement dans leur communauté et où le gouvernement tarde parfois à offrir des pistes de solution.

Nous avons notre gouvernement central qui a de grandes difficultés à répondre aux besoins de tous les secteurs de la population, en particulier des secteurs C, D et E, qui sont les plus pauvres. C'est dans ces endroits que les organisations sociales font un travail qui supplante celui du gouvernement central. Ce n'est pas de notre responsabilité, mais nous assumons en tant que tel être des citoyens et que nous devons

faire du travail social dans la communauté (Traduction libre, Promoteur de santé, 4 décembre 2012, Pérou).

On peut donc apercevoir une importante valorisation de l'implication des citoyens d'une communauté dans un tel contexte de marginalisation économique. Un des premiers besoins identifié par les promoteurs concerne celui de la sécurité, ce **besoin de sécurité** se matérialise sur deux niveaux. Ce premier niveau concerne surtout la sécurité physique en ce qui a trait à la violence et la délinquance dans les espaces publics à Comas. Bien souvent, cette violence est liée au thème du banditisme et de la jeunesse. Comme l'explique un jeune promoteur de santé, les motivations chez les jeunes à commettre des actes de délinquance sont

essentiellement reliées au thème de la famille, beaucoup de violence dans la famille, une très mauvaise communication, le manque de confiance, tels étaient les principaux facteurs pour que cela se produise. De là vient le manque de motivation pour faire des études, le manque de développement économique, la drogue, le manque d'opportunités, les jeunes adolescentes enceintes qui devaient quitter l'école et travailler, ainsi que bien d'autres choses (Traduction libre, Promoteur de santé, 4 décembre 2012, Pérou).

Il est donc possible d'entrevoir que derrière ce besoin de sécurité exprimé par certains promoteurs se retrouvent des jeunes en situation de difficulté qui ont des besoins particuliers en lien avec le manque d'opportunités afin d'étudier, s'insérer sur le marché du travail ou bien vivre dans un environnement libre de violence. Cela au point de les enfermer dans un cercle vicieux de pauvreté. Ces jeunes se sentent parfois rejetés, lorsqu'ils cherchent un emploi formel, le fait d'avoir un casier judiciaire rend l'obtention d'un emploi peu probable. Ces derniers doivent alors se contenter d'emplois précaires, qui ne demandent pas d'expérience ou de compétences particulières pour soutenir leur famille. Certains chercheront à se tourner également vers le vol pour subsister (Promoteur de santé, 15 mai 2013, Pérou). Le second niveau d'analyse du besoin de sécurité concerne, quant à lui, la violence familiale. Une promotrice de santé chevronnée nous en glisse quelques mots.

Pour les femmes, elles se sont résignées à vivre avec des hommes qui les maltraitent parce que ce sont des personnes qui n'ont aucune expérience de travail, elles n'ont rien. C'est pour ces personnes que nous devons travailler, faire des projets et créer des changements pour mettre fin à la violence. Il serait bon également de donner des

formations à de nouveaux couples qui s'unissent, afin qu'ils puissent former de bons foyers. La violence familiale est très forte au Pérou. Il y a beaucoup de mortalité, beaucoup de séparations et les jeunes se réfugient vers les gangs de rue, la drogue, et nous voulons éviter cela (Traduction libre, Promotrice de santé, 16 décembre 2012, Pérou).

Cette violence familiale, qui inclut la violence physique, verbale, sexuelle ou économique, peut aller jusqu'à engendrer la mort (*fémicide*). Les promotrices de santé expriment que face à cette situation de violence, qui demeure un thème tabou au sein de la société péruvienne, il importe de faire un travail d'éducation sur les droits auprès des femmes de leur communauté afin qu'elles puissent se défendre et améliorer leur bien-être. Avec « les conférences que donnent les promotrices de santé, cela fait en sorte de rendre cette problématique ouverte, publique. Les gens ne devraient pas avoir peur de dénoncer ce genre de problèmes et de demander des conseils » (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 décembre 2012, Pérou). **Sensibiliser la population** à cette difficulté que vivent certaines femmes aux prises avec la violence afin de la dénoncer demeure un besoin fort important, offrir un **service d'appui psychologique et légal** l'est aussi. Pourtant, ces services sont rarement présents dans la communauté et ne sont pas nécessairement accessibles économiquement.

Parmi d'autres thématiques jugées comme étant taboues à Comas, nous pourrions ajouter la santé sexuelle et reproductive. L'accès à l'information peut s'avérer un problème chez de nombreux individus, particulièrement les adolescents, « cela augmente le risque de contracter une ITS, le VIH, les grossesses précoces, y compris le viol » (Traduction libre, Promoteur de santé, 4 décembre 2012, Pérou). De jeunes promoteurs décidèrent de s'impliquer dans les écoles afin de répondre à ce besoin d'accès à l'information. D'autant plus, **l'accès aux moyens de contraception et les connaissances sur leur utilisation** demeurent des besoins de santé très présents à Comas. Alors qu'il s'impliquait dans une campagne sur le port du préservatif, un jeune promoteur confiait, à titre d'exemple, « qu'il y avait des jeunes de 23 ans qui ne pouvaient pas utiliser un préservatif correctement » (Traduction libre, Promoteur de santé, 15 mai 2013, Pérou). Cela pourrait être la conséquence d'une approche maladroite de l'enseignement de l'utilisation des méthodes contraceptives dans les écoles secondaires. Un autre besoin concerne la question **nutritionnelle** chez les enfants de 0 à 6 ans. Une

promotrice explique qu'en 2003 elle s'impliquait au sein de son organisation à réaliser des rencontres dans son quartier afin de détecter la présence d'anémie. Il s'agit d'une pratique qui demeure encore réalisée par certaines de ses camarades (Promotrice de santé, 16 mai 2013, Pérou).

#### 4.3.1.2. Personnel de l'organisation péruvienne

Au niveau du personnel de l'organisation péruvienne locale, de multiples besoins de santé furent identifiés. Du côté de ces acteurs, on discute surtout de l'importance de la **revendication des droits** chez les femmes et jeunes en situation de vulnérabilité. Selon ces acteurs, le fait de vivre à Comas rend ces personnes plus vulnérables que d'autres, qui vivent dans des districts de Lima où généralement elles obtiennent un meilleur accès à l'éducation et à un revenu adéquat. Comme l'explique un membre de l'organisation, la plupart des femmes à Comas

ont des emplois informels, nous ne pouvons pas réellement connaître leur revenu, mais imaginons ce sont des emplois à faible revenu, de nombreuses femmes travaillent dans la rue ou comme femmes au foyer. Ce n'est pas la même problématique que cette même couche de femmes qui vient d'un autre district. De plus, ces femmes ont un moindre accès à l'éducation. Cela les rend plus vulnérables, si l'on prend en compte le faible exercice de leurs droits, cela les rend plus vulnérables aux maladies ou à des situations qui vont affecter leur vie. Cette vulnérabilité peut entraîner des grossesses non désirées, cela est problématique quand les femmes n'ont pas accès à des solutions adéquates pour remédier à cette situation. Elles sont également plus exposées aux infections transmissibles sexuellement, le VIH/SIDA ou d'autres maladies liées aux comportements des hommes. Comportements qui non seulement concernent la maladie, mais aussi la violence que connaissent de nombreuses femmes. Pour nous, il était important de répondre à ces besoins qui sont en lien avec les problèmes sociaux que vit ce groupe en situation de vulnérabilité que sont les femmes et cela fait sept ans que nous travaillons dans cette direction (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 29 novembre 2012, Pérou).

Nous observons donc l'existence de besoins de santé particuliers chez les habitants de Comas, en ce qui concerne non seulement des aspects liés à la situation économique des foyers, mais également à **la santé sexuelle et reproductive**. Un de ces besoins concerne la dépénalisation, au niveau de l'État, de l'avortement dans des conditions qui dénigrent la femme, comme dans le cas de viols. Selon une des membres du personnel de l'organisation péruvienne, de nombreux cas de mortalité maternelle pourraient être évités à Lima. Ces cas seraient attribuables à l'interruption de la grossesse dans de mauvaises conditions.

Interruptions qui ne sont pas effectuées dans un établissement de santé, mais dans des lieux clandestins. Une telle situation, explique-t-elle, soulève la question des iniquités économiques au sein de la population.

Au Pérou, la question de l'avortement est fortement en lien avec la situation économique des femmes. Les établissements de santé publics sont pour les gens à faible revenu. Une femme avec un faible revenu ne peut pas exiger un avortement thérapeutique, même si sa santé est en danger, mais une femme avec une bonne situation économique peut tranquillement aller dans un centre de santé privé et payer beaucoup d'argent. Au Pérou, c'est clair, c'est seulement les personnes avec de l'argent qui reçoivent des soins de santé à tout moment. Il y a une grande marge d'inégalité sociale dans notre pays (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 26 novembre 2012, Pérou).

Cette dernière explique que face à une telle situation, il existe un important besoin d'agir en **prévention des grossesses non désirées** et précoces en allant vers les jeunes afin de discuter ouvertement de la sexualité.

La question de **l'accès aux soins dans les établissements de santé** demeure un autre aspect soulevé. Comme le souligne une travailleuse au sein de l'organisation, au regard des taux élevés de mortalité maternelle qui existent à Lima, il demeure paradoxal de concevoir qu'il existe toujours un si faible accès à des services auprès de professionnels de la santé dans une si grande ville (Personnel de l'organisation péruvienne, 21 décembre 2012, Pérou). Selon elle, le problème viendrait de la qualité des soins et des coûts associés aux traitements. Ainsi, une personne qui ira à l'hôpital aura besoin de tout acheter elle-même. « Les médicaments, elle doit également apporter elle-même le sang en cas de transfusion. Il y a d'autres lacunes qui font en sorte que les femmes ne fréquentent pas ces établissements de santé. Cela a une implication directe avec la qualité des soins et services dans les établissements de santé » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 21 décembre 2012, Pérou). Cette appréciation négative des services publics offerts est illustrée de différentes façons. Cela pourrait être attribuable au personnel médical qui ne remplit pas adéquatement ses fonctions. Un autre aspect concerne le très « peu de sensibilisation face aux problèmes sociaux, comme la violation des droits des enfants et des adolescents, la violence, le thème de la sexualité et bien d'autres, ces problèmes sont minimisés ici » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 7 février 2013, Pérou). Cela pourrait être également dû à la vision

de l'intervention provenant du secteur de la santé au Pérou, considéré comme étant encore fortement ancré dans une perspective assistencialiste. « Ils ne voient pas le côté de la prévention et de la promotion, soit de travailler la santé dans une communauté, dans un réseau, ils n'ont pas une vision communautaire de la santé » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 29 novembre 2012, Pérou), affirme ainsi un membre du personnel.

Sur une autre note, la violence conjugale et le machisme sont identifiés comme étant des problèmes particulièrement présents à Comas, ce qui affecte nécessairement le besoin de sécurité chez les femmes. Dans certaines situations, « l'homme est celui qui va prendre les décisions dans la famille et la femme doit demander à son mari si elle doit ou non utiliser des moyens de contraception » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 26 novembre 2012, Pérou). Le personnel de l'organisation considère ainsi qu'il demeure important de travailler à **renforcer les capacités, le leadership et les connaissances** de ces personnes en situation de vulnérabilité afin qu'elles puissent développer leur autonomie et obtenir des outils pour analyser leur situation de vie. Comme l'explique un des membres du personnel de l'organisation péruvienne, afin que les citoyens répondent à leur besoin de faire valoir leurs droits, ils ont besoin « d'un transfert de connaissances, des informations, des opinions différentes et cela est notre travail et ce que nous faisons » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 29 novembre 2012, Pérou).

Finalement, des besoins furent identifiés en ce qui concerne **l'environnement**. À Comas, certains foyers n'ont pas encore accès à de l'eau, ce qui représente une forme de marginalisation et influence de façon particulière la santé des habitants dans la manipulation des aliments, ainsi que la salubrité et l'hygiène en général. Cette marginalisation, également économique, touche profondément l'alimentation, puisque comme le souligne un des membres du personnel de l'organisation, la dénutrition est actuellement en hausse à Comas, ce qui représente une contradiction importante face à la forte croissance économique que connaît le Pérou (Personnel de l'organisation péruvienne, 26 novembre 2012, Pérou 2012).

#### 4.3.1.3. Prêtre catholique

Pour le prêtre catholique interrogé lors du projet, il existe d'importants besoins face à la **violence dans la communauté**. En effet, son rôle de prêtre l'amène à tenir une certaine

proximité avec les habitants de la communauté, lui permettant par le contact prolongé avec ceux-ci de mieux saisir leurs besoins. « Les gens me le disent de façon unanime. Ils me demandent d'où vient la violence. Elle naît de la maison, du logis familial, je sais également qu'elle vient du système » (Prêtre catholique, 7 décembre 2012, Pérou). Cette violence, explique-t-il, se perpétue au sein du logis et amène à banaliser l'insécurité citoyenne. Il observe alors que la communauté s'intéresse particulièrement, dans ses revendications actuelles auprès du gouvernement local, à la réalisation de trottoirs, de places publiques, bref de projets d'infrastructure. Demandes qu'il juge superficielles. « Tu peux avoir des routes partout, mais si la violence et l'insécurité augmentent, ça ne sert à rien. Il y a actuellement 34 groupes de jeunes délinquants à Collique » (Prêtre catholique, 7 décembre 2012, Pérou), renchérit-il.

Ce dernier aborde également des besoins concernant l'éducation et plus particulièrement **l'éducation sexuelle** au sein du district de Comas. Il critique alors le modèle de financement de l'éducation au Pérou, dont la très grande privatisation génère des inégalités dans la société. Il voit alors comme étant problématique le peu d'accès à l'information dans les milieux scolaires afin de renforcer les connaissances des jeunes sur la façon de protéger leur corps et revendiquer des droits sur celui-ci. Concernant les droits de la jeunesse, il soulève également l'apparition du phénomène de la prostitution juvénile dans les petites entreprises de cabines Internet. Ces cabines sont apparues il y a quelques années de cela, il s'agit d'une façon commune d'obtenir accès à l'internet pour quelques *nuevos soles*<sup>9</sup> par heure au sein du district. Il demeure néanmoins paradoxal que les effets positifs de l'accès à cette ressource technologique soient éclipsés par ce phénomène de prostitution.

Ce prêtre catholique soulève également la question du conservatisme religieux qui gagne du terrain face à la perspective libératrice. Ce conservatisme ferait en sorte de privilégier le *statu quo* dans la société liménienne en ne soumettant pas le thème de la sexualité au débat, mais en le rechassant systématiquement. Néanmoins, il poursuit sa réflexion sur **l'accès aux services publics** pour les personnes en situation de besoin. « L'autre jour, une femme m'arrête dans la rue parce qu'elle ne reçoit pas de pension de la part de son mari. Il n'y a pas

---

<sup>9</sup> Le *nuevo sol* (nouveau soleil) est l'unité monétaire du Pérou depuis 1991.

de bureau public par exemple pour orienter les gens qui ont ce genre de problèmes » (Prêtre catholique, 7 décembre 2012, Pérou). Concernant l'**environnement**, il déplore le fait que Comas se trouve particulièrement polluée de résidus solides qui se trouvent sur la voie publique. D'un autre côté, il s'inquiète particulièrement des transports et des dangers qu'ils représentent, non seulement à Comas, mais à Lima.

#### 4.3.1.4. Fonctionnaire de la municipalité de Comas

Le fonctionnaire au sein de la municipalité de Comas interrogé identifie également divers besoins au sein du district de Comas. Ce dernier détient une vision de la santé qui inclut « les questions sociales, dont la violence familiale, les problèmes de la jeunesse ; cela fait partie de la qualité de vie des gens au sein du district » (Traduction libre, Fonctionnaire municipalité Comas, 13 décembre 2012, Pérou). Dans cette perspective, il explique l'importance de travailler sur un **modèle de santé préventive** à Comas. Cette ouverture viendrait du contexte plus favorable qui existe actuellement à Lima. « Maintenant, il y a de l'argent, la paix sociale, une structure démocratique solide, qui sont des choses que nous n'avons pas eues depuis de nombreuses années et il est temps de travailler cela pour que le soutien social soit permanent » (Traduction libre, Fonctionnaire municipalité Comas, 13 décembre 2012, Pérou). Dans un autre ordre d'idées, le fonctionnaire observe que ce contexte économique favorable devrait servir à investir et créer des alliances stratégiques afin de **sortir de la pauvreté économique**. Il croit également que l'accès à des technologies permettrait de renverser cette pauvreté qui existe dans divers districts de Lima. Enfin, et pour terminer, il expliqua que cette croissance économique que connaît actuellement le Pérou ne se maintiendra pas sans développer sa base sociale.

#### 4.3.1.5. Personnel de l'OCI québécois partenaire

L'organisation partenaire qui appuie les projets réalisés par l'organisation péruvienne locale à Comas présente également des éléments d'analyse concernant les besoins de santé de la population du district. Comme l'explique l'un des membres du personnel, malgré la croissance économique que connaît le pays depuis plus d'une décennie, « il y a encore des problèmes d'éducation, de santé, des problèmes sociaux comme la violence, la participation égale des femmes et des hommes, la démocratie, et bien d'autres. Maintenant, on semble mettre l'emphase sur la responsabilité sociale des entreprises et ça fait peur un peu » (Personnel de l'OCI québécois partenaire, 23 janvier 2013, Canada). Néanmoins, ce dernier

précise l'importance d'œuvrer en **sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive**, thématique quelque peu délaissée au Pérou par manque de financement pour produire du matériel de prévention. Comme l'explique cet acteur, le travail à Lima peut parfois passer inaperçu. Au regard des statistiques, il peut être compliqué de situer la pauvreté dans cette ville en se figeant sur l'analyse des moyennes, d'autant plus lorsqu'il y a comparaison de ces données avec les régions rurales du Pérou où les indicateurs socio-sanitaires demeurent plus alarmants. Malgré tout, il rappelle qu'il existe encore des poches importantes de pauvreté à Lima, ce qui influence nécessairement les besoins de santé des habitants de district de Comas. Concernant le rôle de l'organisation péruvienne partenaire dans la communauté, il explique l'importance des actions réalisées au niveau de la participation citoyenne et sur l'identification conjointe, avec la population, des problématiques locales. Cette **identification des besoins**, accompagnée d'activités de plaidoyer envers le gouvernement local, permet de générer des politiques visant à répondre aux revendications citoyennes. (Personnel de l'OCI québécois partenaire, 23 janvier 2013, Canada). Selon lui, cette vigilance passe d'abord par la création de *leadership* dans les communautés, afin que des hommes et des femmes revendiquent leurs droits.

#### 4.3.2. DISCUSSION CONCERNANT LES BESOINS LOCAUX

Cette section tâchera d'entamer une brève discussion sur les besoins exprimés par les participants locaux décrits précédemment. Nous en relèverons les principales convergences et divergences.

##### 4.3.2.1. Réflexions préliminaires sur les besoins de santé

Une réflexion fondamentale fut amorcée lors de l'observation des besoins de santé exprimés par les participants, il s'agit d'une analyse qui fut réalisée lors d'un entretien avec un prêtre catholique résidant dans le district de Comas depuis de nombreuses années. Il explique ainsi que

depuis que les besoins dits fondamentaux sont satisfaits, il n'y a plus d'organisation, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'autres besoins fondamentaux. On pourrait penser au besoin de l'écologie, il est aussi fondamental. On est l'un des secteurs les plus pollués de Lima, Comas. Comas, c'est un des secteurs où il y a le plus de cas de tuberculose à Lima, mais c'est quoi les besoins ressentis par les gens ? Tu vas le vivre, toi, si ton enfant est atteint de la tuberculose, si tu n'es pas en contact avec la maladie, ça n'existera pas pour toi, c'est un peu la mentalité actuelle. C'est compliqué maintenant,

c'est pour ça que les gens veulent beaucoup que je parle de ce que je faisais avant afin de voir ce que l'on peut faire aujourd'hui (Prêtre catholique, 7 décembre 2012, Pérou).

Le problème soulevé est important. Les besoins sont principalement vécus comme tels (c'est-à-dire qui justifient un recours à l'action) par des individus selon leur contact avec des maladies ou des problématiques sociales particulières. De ce fait, certains besoins seront ressentis et décrits par des individus en fonction de leur statut, niveau de militance, d'éducation, etc. Le prêtre catholique, disposant d'un certain vécu et d'une vision du monde qui lui est propre, demeure plus enclin à énumérer des besoins de santé qui touchent les habitants de Comas en fonction de son bagage et de la relation privilégiée qu'il entretient avec certains citoyens, cela ne veut pas dire pour autant que ces besoins soient identifiés comme tels par d'autres acteurs. Cela soulève une importante question sur les relations de pouvoir en ce qui concerne la définition des besoins. Comme le fait remarquer Frenk (1994), pour certains prestataires de services médicaux, les risques associés à attraper une maladie infectieuse sont considérés comme un besoin de santé qui nécessite un soin préventif (par exemple, un vaccin), alors que pour la population, un tel risque peut ne pas être perçu comme étant un besoin. L'auteur précise alors l'importance de mettre en place des mécanismes afin d'harmoniser les définitions des besoins entre les professionnels de la santé et la population.

Cette relation de pouvoir sur la définition des besoins ne s'exerce pas seulement entre des professionnels de la santé et la population, hiérarchiquement superposés, mais existe également entre les individus au sein d'une même communauté. Le cas de l'interruption volontaire de la grossesse demeure à ce titre éloquent. Chez les promotrices de la santé, la dépénalisation de l'avortement en cas de viol demeure un besoin de santé important, puisqu'il représente un droit essentiel pour la femme de décider sur son propre corps. Cette vision sera pourtant totalement divergente au niveau des institutions publiques et des acteurs politiques, puisque l'avortement demeure illégal au Pérou. Au sein de la population de Comas, de nombreux habitants condamneront moralement l'avortement et ne verront pas dans sa dépénalisation un besoin de santé, et cela, pour de nombreuses raisons culturelles et sociales. Il devient alors compliqué, au sein du présent projet, de réaliser une évaluation des besoins des habitants de Comas tout en prenant en compte ces relations de pouvoir. Par

contre, cela permet de justifier le recours à l'analyse des différents discours dans l'identification des besoins de santé au sein du district.

#### 4.3.2.2. Les convergences et divergences

L'analyse des besoins exprimés par les différents acteurs précédemment observés démontre certaines convergences et divergences au sein du contexte socio-sanitaire de Comas. En ce qui a trait aux convergences, il importe de mentionner les besoins de santé en lien avec les maladies infectieuses et plus particulièrement les infections transmises sexuellement. D'autres points communément identifiés concernent la violence conjugale, l'insécurité citoyenne à Lima, ainsi que divers aspects compris au sein des droits sexuels et reproductifs (tels que l'accès à des connaissances sur les moyens de contraception, par exemple). Les divergences, quant à elles, représentent des éléments qui ont été mentionnés dans une moindre grande proportion par les acteurs interrogés. Parmi ceux-ci nous retrouvons davantage les besoins liés à l'environnement qui correspondent à la sécurité face aux catastrophes naturelles et à la pollution du district. D'autres besoins divergeant se rapportent à certains problèmes sociaux, dont la corruption et la pauvreté. Pour terminer, le cas de l'accès aux établissements de santé fut un autre besoin qui ne fut pas traité par l'ensemble des acteurs.

Nous observons que les éléments exprimés par les promoteurs de santé au sein du district touchent davantage des problématiques rencontrées au sein de leur vie quotidienne. Notons à cette fin que les besoins liés à la violence de genre, de même que l'éducation sexuelle et reproductive furent parmi les éléments les plus représentatifs de ce groupe. En ce qui concerne le personnel de l'organisation péruvienne, ces acteurs introduisirent des éléments d'analyse complémentaires, davantage en lien avec le concept de vulnérabilité, chez les femmes et les jeunes vivants à Comas. Ce sont les thématiques de la santé maternelle et de la défense des droits chez les femmes, notamment via la participation citoyenne de celles-ci, qui furent les principaux besoins identifiés au sein de ce groupe. Du côté du prêtre catholique interrogé, un accent particulier fut mis sur l'éradication de la violence et de l'insécurité citoyenne. De plus, il s'agit d'un des rares acteurs qui amena la problématique de la qualité de l'environnement et de ses potentiels effets sur la santé des citoyens. Du côté du représentant de la municipalité, nous observons que l'analyse fut particulièrement orientée

vers la question du développement économique, tout en privilégiant les potentiels apports des soins de santé primaire dans les établissements de santé du district. Finalement, pour ce qui est de l'organisme québécois de coopération internationale, ce sont surtout les thématiques de la violence et de la participation citoyenne qui furent abordées. Ces acteurs identifièrent donc l'importance du travail réalisé au niveau de la santé sexuelle et reproductive par leur partenaire à Comas, en rappelant l'importance de la vigilance citoyenne comme outil de revendication des droits. La plupart des participants au sein du projet sont des personnes qui sont sensibilisées à différentes thématiques socio-sanitaires, ce qui teinte évidemment l'expression de leurs besoins. Il s'avère intéressant d'observer que certains besoins relevés par les participants au sein du projet présentent des éléments de dissidence envers des positions répandues dans la société liménienne, particulièrement en ce qui a trait à la santé sexuelle et reproductive.

### **4.3.3. LES BESOINS DOCUMENTÉS**

Les besoins de santé décrits lors de la première section de ce chapitre furent ceux exprimés par les participants au sein du projet. Depuis cette base, il fut possible d'enrichir ces besoins recueillis en les documentant à l'aide d'une littérature complémentaire. Cette construction conjointe du contexte socio-sanitaire s'est façonnée principalement dans l'objectif de laisser intervenir des citoyens dans l'affirmation de leurs besoins, tout en tâchant de les situer dans un contexte plus large. Lors de cette prochaine section, il sera question d'analyser de façon détaillée ces besoins soulevés par les acteurs en les regroupant en trois grandes catégories, soit les besoins liés à l'environnement, aux problèmes sociaux et au respect des droits fondamentaux.

#### **4.3.3.1. Besoins liés à l'environnement**

La catégorie des besoins de santé liés à l'environnement est multiple. Il importe d'abord de définir ce qui est sous-entendu ici par environnement. Selon Last (2001), l'environnement consiste en « all that which is external to the human host. Can be divided into physical, biological, social, cultural, etc., any or all of which can influence health status of populations ». Au cours de cette section, nous mettrons volontairement l'emphase sur les besoins de santé liés aux catastrophes naturelles, aux maladies infectieuses et à la pollution environnementale. Cela permettra d'observer les besoins qui découlent de facteurs externes qui ne sont pas attribuables aux comportements humains et aux aspects sociaux,

économiques et culturels, puisqu'il s'agit d'éléments que nous analyserons spécifiquement lors de la prochaine section.

### *Sécurité face aux catastrophes naturelles*

Tout d'abord, le Pérou, et principalement la côte au large de l'océan Pacifique, où se situe la ville de Lima, se trouve particulièrement vulnérable aux secousses sismiques, qui auraient de potentielles répercussions dévastatrices sur l'ensemble de la capitale. Évidemment, ce genre de catastrophe pourrait s'avérer particulièrement néfaste pour les habitants de Comas. Cela principalement à cause de la précarité des matériaux utilisés dans la construction des demeures et le relief du district, où se trouvent des collines de terres entourant les quartiers de la ville, parsemées d'amas de roches, sur lesquelles les habitants nouvellement arrivés à Lima élisent domicile<sup>10</sup>. Une étude réalisée en 2010 par l'Institut national de la défense civile démontre qu'à Comas, 54% des demeures furent identifiées comme étant dans un état précaire. Cela indique que dans le cas d'un séisme à Lima d'une intensité de 8.0 degrés de magnitude sur l'échelle de Richter, semblable à celui qui affecta la ville de Pisco en 2007, ces demeures auraient un très grand risque de s'effondrer, mettant en péril la vie des habitants (INDECI 2010, 48-49). Ces risques sont d'autant plus accrus par la probabilité de glissements de terrain en cas de séisme. Comme nous explique une promotrice de la santé,

le glissement de terrain vient de la chaîne de collines, de l'humidité qui s'accumule dans la rencontre de deux collines lorsqu'il y a de fortes pluies. Non seulement l'eau, mais la saleté et les roches. Par la force de la masse, l'eau et les roches détruisent tout ce qu'il y a sur son passage. Alors, le bidonville qui est proche a demandé au budget participatif, il y a plus de quatre ans, de l'argent pour faire un plateau afin qu'ils ne soient pas affectés par les glissements de terrain. Cependant, les gens qui ont envahi ces terrains ont construit des huttes, bien que nous les ayons mis en garde contre le danger. Comme il y a plusieurs familles qui vivent dans une maison, il est probable qu'elles aient dû aller ailleurs et qu'elles ont rencontré cet endroit (Traduction libre, Promotrice de santé, 17 mai 2013, Pérou).

D'autant plus, le fait que Comas soit un district situé en périphérie de Lima le rend davantage inaccessible afin de procurer des secours en cas d'une catastrophe de grande envergure. De multiples demeures n'ont pas d'accès à une route ou à un escalier, il serait donc particulièrement complexe, avec une topographie tant accidentée, de réaliser quelque opération de sauvetage.

<sup>10</sup> Voir Annexe II. Images de Comas.

### *Risques face aux maladies infectieuses*

Une maladie infectieuse désigne « toute maladie transmissible, et englobe notamment les parasitoses et les zoonoses ainsi que certaines formes d'infections respiratoires et de maladies diarrhéiques » (Brundtland 1999). En 1999, l'OMS identifiait que la majorité des décès dus aux maladies infectieuses se produisent dans les pays en développement et que la plupart de ceux-ci sont la cause d'une poignée de maladies, dont par exemple la pneumonie, la tuberculose, la diarrhée, le paludisme, la rougeole et le VIH/SIDA (Brundtland 1999). Au regard de ce portrait, il importe de constater que ce sont effectivement ces maladies infectieuses qui touchent principalement les habitants du district de Comas. Bien qu'il demeure compliqué d'obtenir des statistiques précises sur le district de Comas provenant du Ministère de la santé du Pérou, il est toutefois possible de dresser un portrait plutôt généraliste de l'offre médicale des établissements de santé à partir des recensements effectués par la direction générale en épidémiologie. Bien entendu, connaître l'offre des établissements de santé en ce qui a trait à la mobilité et mortalité de certaines maladies infectieuses à Lima ne nous offre par un panorama satisfaisant des besoins de sa population, surtout au regard des faibles taux de consultation de ces établissements (voir chapitre 1), mais nous permet quand même de nous renseigner un tant soit peu sur l'incidence de certaines de ces maladies.

De telles données nous permettent ainsi d'observer qu'entre 2002 et 2009, il y a eu une réduction progressive de cas de morbidité traités en lien avec les maladies infectieuses et parasitaires dans l'ensemble de la région de Lima, passant de 44,1% à 34,7% (Noriega Tejada *et al.* 2011, 62). Cela nous permet également d'observer qu'au cours de l'année 2009, 23,5% des consultations externes étaient en lien avec les infections des voies respiratoires aiguës et 2,3% touchaient les infections transmises sexuellement (Noriega Tejada *et al.* 2011, 61). Lors de l'année 2011, l'influenza et la pneumonie représentaient la seconde cause de mortalité dans cette région du pays. La tuberculose se trouvait au 13<sup>e</sup> rang et le VIH est au 18<sup>e</sup> rang (MINSa 2011). À titre de comparaison, lors de l'année 2009 au Canada, les 10 principales causes de décès concernaient principalement des maladies non transmissibles (maladies cardiorespiratoires, cancers, etc.). Il est intéressant d'observer que les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures se situaient en

quatrième position et touchaient 4,6% de la population, tandis que la catégorie grippe et pneumopathie occupait le huitième rang et touchait 2,4% de la population (Canada 2009). Cela souligne des divergences concernant les causes de mortalité entre ces deux pays.

Néanmoins, de telles données concernant l'évolution des maladies infectieuses à Lima souligneraient donc des résultats positifs dans le recul de la mortalité chez certains groupes d'âge. Le taux de mortalité infantile chez les moins de cinq ans, par exemple, aurait considérablement réduit, passant de 79 sur 100 000 naissances en 1990 à 18 pour 100 000 naissances en 2012, une diminution de 76% (UNICEF 2012). Ce recul de la mortalité pourrait en partie être attribué à l'amélioration du contrôle des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques aiguës au sein du pays. Inversement, d'autres maladies accusent une évolution opposée. L'exemple du VIH/SIDA est à ce titre particulièrement représentatif. Le district de Comas figure parmi les 10 premiers districts où des cas de SIDA furent répertoriés au cours de la période de 1983 à 2010, occupant le 8<sup>e</sup> rang avec environ 635 cas. L'analyse de la distribution des cas par district démontre que le VIH/SIDA détient un patron urbain et urbain marginal (Noriega Tejada *et al.* 2011, 104). Ce thème sera davantage analysé ultérieurement.

Fait particulier, lors de l'année 2010 au sein de la province de Lima il y a eu 92 cas d'infections de dengue, dont 40 (43%) provenaient du district de Comas (Noriega Tejada *et al.* 2011, 83). Ce qui demeure particulier est que cette maladie évolue généralement dans un contexte tropical. Des raisons socio-sanitaires peuvent cependant expliquer la présence de cette maladie à Comas. Comme l'explique une des membres de l'organisation péruvienne

le moustique qui transmet la dengue vit dans les régions chaudes du Pérou et nous ne savons pas comment il est venu jusqu'à notre communauté, Comas. C'est parce que jusqu'à présent il y a des familles qui n'ont pas de système d'alimentation en eau et de connexion aux égouts à l'intérieur de leurs maisons, parce que pour avoir ça, ce sont les familles qui doivent payer, l'État ne couvre pas ces frais. Alors, les familles stockent l'eau dans des seaux, des bidons et des cuves en ciment, ces récipients doivent être très propres, être entretenus avec du chlore ou de l'eau de javel, etc. Pourtant, les familles ne font pas cet entretien. Le fait de ne pas nettoyer de façon permanente ces récipients fait en sorte que le moustique de la dengue pond ses œufs dans l'eau et se reproduit. [...] Il est difficile d'éliminer complètement les moustiques porteurs de la dengue. Cela fait cinq ans que nous nous battons contre la dengue. Afin de prévenir la

dengue, il est possible d'utiliser des crèmes ou des dispositifs électroniques. Nous devons être vigilants, cela peut tuer (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 26 novembre 2012, Pérou).

Il est donc intéressant de souligner le caractère inégalitaire de cette maladie qui touche particulièrement les communautés qui ont un faible accès à cette ressource de base qu'est l'eau.

### *Pollution environnementale et espaces verts*

La pollution à Comas est également un thème fréquent que divers participants ont su soulever. Ce sont davantage les résidus solides qui sont présents dans les rues du district qui semblent davantage incommoder les habitants. Néanmoins, force est de constater que la pollution de l'air ambiant demeure une question fondamentalement inquiétante, malgré la faible attention qu'elle a su susciter au cours des dernières années. Parmi les multiples agents pollueurs présents dans l'air, les particules en suspensions respirables (PM-10 et PM-2.5) peuvent présenter certains risques sur la santé des individus. Au sein du district de Comas, les données enregistrées en 2010 démontrèrent la présence d'une concentration de 36  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  des PM-2.5 dans l'air, ce qui représente plus du double des standards de qualité environnementaux fixés par le gouvernement (Noriega Tejada *et al.* 2011, 19). À Lima, les principales sources de contamination de l'air sont dues à l'activité industrielle et au parc automobile où 90% de la pollution proviendrait des véhicules (Miranda 2006, 28). Selon Korc (2003), les éléments pollueurs sont transportés, à Lima, vers le nord et l'est de la ville, suivant l'influence des vents dominants. Cela pourrait donc expliquer les hauts niveaux de contamination de l'air au sein du district. Comme l'affirme Miranda (2006, 18), il y a un important lien à faire entre la pollution de l'air à Lima et les forts taux de morbidité liés aux maladies des voies respiratoires que nous avons observés précédemment. Une amélioration de la qualité de l'air afin qu'elle atteigne les standards nationaux pourrait, selon l'auteur, éviter entre 1825 à 7097 cas de mortalité par année (Miranda 2006, 27).

La faible présence d'espaces verts pourrait également compter parmi les problématiques socio-sanitaires vécues au sein de Comas. Comme l'exprime une promotrice de santé, cet aspect touche particulièrement les besoins récréatifs de la jeunesse. « Un autre problème est qu'il n'y a pas de locaux pour des activités récréatives saines pour la jeunesse. Les jeunes

jouent dans les rues et dérangent les voisins, il n'y a pas de place pour eux. Oui, il y a de grands parcs, mais ils sont loin de nos maisons » (Traduction, Promotrice de santé, 17 mai 2013, Pérou). Il devient alors complexe pour les habitants de Comas de se déplacer afin de bénéficier de ces espaces verts.

#### 4.3.3.2. Besoins liés aux problèmes sociaux

Lors de cette section, il sera question d'observer des besoins découlant principalement de problèmes sociaux dans le district de Comas. Cela impliquera, afin de compléter la section précédente sur les besoins liés à l'environnement, de prendre en compte l'incidence des comportements humains, ainsi que les aspects sociaux, économiques et culturels. Dès lors, nous observerons les besoins liés à la pauvreté et la marginalité, la violence, l'insécurité citoyenne et puis la corruption.

##### *Pauvreté et marginalité*

Malgré la croissance économique fulgurante que connaît le Pérou depuis plus d'une décennie, il existe encore de nombreuses poches de pauvreté au sein du pays, non seulement au sein des régions rurales, mais également à Lima. Au sein du district de Comas, il y aurait encore, en 2007, 25.8% de la population avec au moins un besoin de base insatisfait (Noriega Tejada *et al.* 2011, 44). Fait à noter qu'au Pérou, le calcul de la pauvreté non monétaire emploie régulièrement la mesure calquée sur les besoins de base insatisfaits. Parmi les indicateurs de cet outil, nous retrouvons par exemple le matériel employé dans la fabrication du logis, la présence ou non de toilettes ou bien le recensement de foyers où un enfant entre 6 et 12 ans ne fréquente pas à un centre éducatif (MEF 2009). En ce qui a trait à la pauvreté économiquement calculée, toujours selon les données de 2007, 19,3% de la population de Comas se trouvait en situation de pauvreté, selon la ligne de pauvreté nationale (Noriega Tejada *et al.* 2011, 46).

Évidemment, certains problèmes de santé peuvent émerger d'une telle situation. À titre d'exemple, en 2011 au niveau du département de Lima, la dénutrition causa la mort de 266 personnes, ce qui démontre que pour de nombreux foyers, subvenir aux besoins alimentaires peut s'avérer une tâche complexe (MINSA 2011). Les carences alimentaires peuvent également générer de l'anémie chez les jeunes enfants. En regardant l'évolution des causes de la maladie entre la période 1994-1998 et 2004-2008 dans la province de Lima, nous

pouvons cependant observer que les déficiences nutritionnelles et l'anémie, qui étaient parmi les maladies les plus traitées dans les établissements de santé dans les années 1990 ont chuté pour se retrouver dans la catégorie des moins observées au cours des années 2000 (Noriega Tejada *et al.* 2011, 92). La question alimentaire généra de nombreuses pratiques de santé de la part de la société civile pour répondre aux besoins de la population des quartiers populaires au cours des dernières décennies.

L'accès à l'eau pour les ménages à Comas dépend principalement de la situation économique du foyer. Selon la dernière enquête nationale des foyers, en 2007, nous pouvions entrevoir qu'à Lima, Comas figurait parmi les districts avec le plus faible pourcentage de demeures qui ont accès à de l'eau potable au moins un jour par semaine, avec un taux de 28,8% (Ramirez *et al.* 2008, 191). Comme l'explique un membre de l'organisation péruvienne locale, l'accès à cette ressource influence le contexte socio-sanitaire.

Quand nous le pouvions, nous faisons des campagnes intensives pour prévenir les décès d'enfants à cause de la diarrhée et transmettre des connaissances aux gens pour qu'ils sachent faire bouillir l'eau, se lavent les mains, préparent les aliments avec une meilleure hygiène, etc. Tout cela, culturellement, n'était pas clair pour les habitants. Parce que le produit de la discrimination, qui existe depuis l'époque espagnole, a fait en sorte que les gens n'avaient pas d'eau. Les gens ordinaires ont été privés d'eau, alors ils n'ont pas intériorisé qu'il y avait d'autres façons de vivre (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 29 novembre 2012, Pérou).

Les conséquences sanitaires liées à ce manque d'accès à une eau de qualité persistent dans l'actualité. Comme le souligne une étude réalisée en 2007 par Loyola et Soncco, une personne sur cinq de chaque foyer au sein des zones urbaines et marginales de Lima souffre de diarrhée aiguë suite à la consommation d'eau de mauvaise qualité (Loyola & Soncco 2007, 84). Les auteurs affirment également que les personnes affectées par ce groupe de maladies pour consommation de cette eau ont tendance à ne pas consulter un établissement de santé pour raison économique (Loyola & Soncco 2007, 84). Cela démontre bien comment cette marginalisation affecte la revendication des droits pour les habitants des quartiers populaires de Lima et se manifeste dans un accès inégal aux services de santé. Au Pérou, ce sont les foyers qui sont les principaux agents qui financent les soins de santé, cela principalement dû au faible investissement de l'État dans le domaine de la santé (voir

chapitre 1). De nombreuses personnes ont recours à leur propre argent afin de se procurer des médicaments et s'auto-médicamentent, ce qui fait en sorte de désavantager les foyers moins nantis (Ruiz 2012, 4).

Au niveau des opportunités de travail, le contexte demeure particulièrement complexe pour de nombreux citoyens à Lima. En 2008, il était estimé que 67% des emplois occupés dans les milieux urbains au Pérou se trouvaient dans le secteur informel de l'économie (Garcia 2010, 6). Ces emplois informels affectent péjorativement le bien-être des Péruviens, cela puisqu'ils n'incluent pas de mesures législatives et sociales pour protéger les travailleurs (Garcia 2010, 5). Ainsi, l'accès à des mesures concernant, par exemple, l'obtention du salaire minimum, d'une assurance santé ou d'une pension de vieillesse demeurent des privilèges dont très peu de personnes bénéficient, ce qui malheureusement creuse davantage les inégalités. À Comas, en 2005, il était reporté que 20,1% de la population recensée se trouvait en situation de précarité sociale et que 32% des jeunes adultes étaient sans emploi tout en n'étant pas aux études (Quispe Acuta 2006, 13).

### *Violence et insécurité*

Il existe de nombreux indicateurs afin de mesurer l'insécurité au sein d'un pays ou d'une région. La violence et l'insécurité citoyenne peuvent également être perçues comme un problème de santé publique, puisqu'elles peuvent entraîner la mort ou créer des lésions chez un nombre important de citoyens (Costa & Romero 2010, 35). L'insécurité citoyenne est un phénomène qui touche de nombreux pays latino-américains et le Pérou n'échappe pas à la tendance. Selon l'OMS, un pays est considéré comme affrontant une épidémie de violence lorsque le taux d'homicides dépasse le seuil de 10 sur 100 000 habitants. Au sein des pays andins, le Pérou affiche un des taux d'homicide les plus bas de cette région avec un taux national de 10 lors de l'année 2009 (Costa 2012, 4).

Ce qui attire cependant l'attention est le haut niveau de victimisation, c'est-à-dire le fait d'être victime d'un acte de délinquance. Selon les données recensées en 2012 par le Baromètre des Amériques, le Pérou se situe au second rang des pays où il y a le plus de victimisation pour cause de délinquance personnelle (celle qui est reportée par la personne interrogée), affichant un taux de 28,1% (Carrión, Zárate & Seligson 2012, 92). Lors de

l'année 2009, il fut observé que 67% des délits qui ont été dénoncés touchaient le patrimoine (vol, expropriation, extorsion, délits informatiques, etc.), tandis que 12,7% des plaintes concernaient des délits contre la vie, le corps et la santé (homicides et lésions, etc.). Les délits contre la sécurité publique représentaient 7% des plaintes (trafic illicite de drogues, possession illégale d'armes, etc.) et finalement, les délits contre la liberté, au sein desquels se trouvent les violences sexuelles, impliquèrent 6,5% des délits enregistrés (violation de la liberté personnelle, violation de l'intimité, etc.). Finalement, il est possible d'observer que 4,2% du total des délits commis correspondent à des violations de la liberté sexuelle, ce qui représenta 6 751 plaintes pour violation sexuelle perpétrée envers des jeunes, adolescents, hommes et femmes (Jaris 2011, 41). Néanmoins, il importe d'affirmer que de nombreux cas de violation sexuelle ne sont pas dénoncés par les victimes, ce qui peut évidemment fausser l'analyse de l'ampleur de la situation. Une autre donnée qui attire l'attention est la perception de l'insécurité citoyenne à Lima. L'étude menée par le Baromètre des Amériques démontre que Lima est la seconde capitale dans les Amériques, après Mexico, où le plus grand nombre d'habitants ont exprimé vivre dans l'insécurité (Carrión, Zárate & Seligson 2012, 89). Une enquête menée en 2010 par l'organisation *Ciudad Nuestra* démontre que cette perception de l'insécurité diffère au sein des districts de la capitale. Ainsi, les résultats démontrent que Comas se retrouve au 33<sup>e</sup> rang sur 37 districts en ce qui concerne le degré de perception de l'insécurité (Costa & Romero 2010, 39). De telles données pourraient en effet corroborer la présence importante du thème de l'insécurité citoyenne au sein des entrevues réalisées auprès des différents participants au sein du projet de thèse.

En ce qui concerne la violence conjugale, diverses données au niveau national demeurent présentes au sein de la littérature. Lors de l'année 2012, environ 66% des femmes ont mentionné, au sein d'un recensement gouvernemental, avoir été la victime d'une forme de violence verbale. Pour ce qui est de la violence physique et sexuelle, 37% d'entre elles ont exprimé avoir été victimes, de la part de leur conjoint ou compagnon, de coups, attaques ou menaces comprenant des armes. De plus, 8% d'entre elles affirmèrent que leur époux ou compagnon les obligea à avoir des relations sexuelles contre leur gré (ENDES 2012, 328). De ces femmes qui furent victimes de violence physique, 72% ont mentionné avoir eu des douleurs, 14% des blessures ou des lésions et 15% d'entre elles ont consulté un médecin

dans un centre de santé (ENDES 2012, 336). Ce qui démontre bien les besoins physiques de santé provenant d'une telle situation, mais ne traite pas des effets sur la santé psychologique de ces femmes.

Malgré tout, il demeure que très peu de femmes font appel à de l'aide dans ces situations de violence. À cet effet, 42% des femmes qui furent agressées se sont adressées à des proches et 27% ont eu recours à une institution. Le commissariat de police demeure l'institution la plus interpellée dans ce genre de cas (ENDES 2012, 345). Néanmoins, de nombreuses femmes n'ont pas cherché à obtenir de l'aide suite à une agression, ce qui peut souligner le caractère tabou d'une telle problématique sociale. En effet, parmi les raisons mentionnées par ces dernières pour ne pas chercher de l'aide, nous observons que la majorité manifesta que « cela ne fut pas nécessaire », soit environ 39%, alors que 17% des femmes exprimèrent que cela leur donnait honte et 13% ne savaient pas où aller pour obtenir de l'aide (ENDES 2012, 352). Ces données nationales corroborent de façon particulièrement saisissante l'analyse des promotrices de santé et peuvent expliquer l'importance accordée au travail réalisé par celles-ci sur la thématique de la violence et plus particulièrement la violence basée sur le genre.

### *Corruption et collusion*

La corruption et la collusion sont des thèmes fréquemment abordés par divers acteurs et analystes dans le développement international. Évidemment, ces phénomènes peuvent revêtir diverses significations, par contre l'idée n'est pas d'ici de dégager un corpus théorique de ces notions, mais d'observer comment celles-ci peuvent s'articuler avec les besoins de santé des habitants du district de Comas. Afin de reprendre les données provenant du Baromètre des Amériques, ledit rapport définit la corruption comme étant l'utilisation de ressources publiques afin de tirer des bénéfices particuliers (Carrion, Zárate & Seligson 2012, 77). Selon les données de 2012, le Pérou occupe le 5<sup>e</sup> rang des pays d'Amérique en ce qui concerne le niveau de victimisation de la corruption (le fait d'avoir été sollicité pour payer un pot-de-vin). En effet, 28,5% des personnes interrogées ont dû payer un pot-de-vin à une entité publique, parfois même à plusieurs entités publiques, pourcentage étant constant au cours des dernières années au sein du pays (Carrion, Zárate & Seligson 2012, 83).

Parmi les entités publiques au sein desquelles les répondants exprimèrent avoir dû verser un pot-de-vin, nous rencontrons, entre autres, la police (16,3%), des employés publics (7,7%),

des écoles publiques (6,3%), des établissements de santé (3,7%) et la municipalité (3,6%). Cela pourrait expliquer, d'une certaine façon, le manque de confiance relevé qui existe envers ces services au sein de la population.

#### **4.3.3.3. Besoins liés à la revendication de droits**

Au cours de cette section, il sera possible d'observer la question des besoins concernant la revendication et le respect de certains droits fondamentaux. Afin de limiter le spectre de l'analyse, il sera question de se concentrer sur le droit à la santé et de l'accès aux services et les droits sexuels et reproductifs. Le fait de classer ces thématiques sous celles des droits vise à couvrir les besoins qui ne sont pas nécessairement liés à des comportements humains, mais plus particulièrement à des droits.

#### ***Le droit à la santé et la question de l'accès aux services***

L'accès aux services de santé demeure une question complexe pour les habitants de Comas. Comme l'exprime un jeune promoteur de santé, la santé demeure parsemée d'inégalités.

Au Pérou, je crois que le secteur privé remplace les droits, c'est-à-dire que si tu as de l'argent tu peux accéder à un droit, comme la santé, mais sans argent c'est plus compliqué d'avoir accès à une bonne santé ou acheter des médicaments. J'espère que le gouvernement central pourra effectivement mieux travailler pour les gens d'ici (Traduction libre, Promoteur de santé, 4 décembre 2012, Pérou).

Une des raisons de cette inégalité pourrait probablement venir du faible taux de personnes assurées médicalement. Un bref regard sur les dernières données recensées à cet égard, en 2007, démontre que dans le district de Comas, environ 62% de la population se trouvait sans aucune assurance de santé (INEI 2007, 93). Le constat se transpose au niveau national, où l'ensemble des Péruviens sans assurance médicale appartient à la portion la plus démunie de la population. Une telle situation peut contribuer au maintien d'un cercle vicieux d'appauvrissement (Ubiluz 2009, 133). Bien entendu, depuis 2010, le gouvernement péruvien tâche de mettre en branle un ensemble de mesures comprises dans le Plan essentiel d'assurance santé (*Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS*), mais où les résultats demeurent encore peu convaincants.

Le PEAS représente un ensemble de conditions communes que doivent couvrir tous les agents de financements ou types d'assurances dans le domaine de la santé au Pérou,

découlant de la *Loi sur l'assurance universelle de la santé* (Banque Mondiale 2011, 30). Malgré l'appellation universelle, il est possible de constater une certaine fragmentation au niveau de la prestation de services, notamment au sein des régimes de couverture simples ou complémentaires (Diaz & Vargas 2009, 240). Au final, les coûts des traitements des maladies les plus onéreuses dans les établissements de santé (qui nécessitent une chirurgie, par exemple) ne seront pas pris en compte au sein de la couverture. En se basant sur les expériences du Mexique, de la Colombie et du Chili, qui ont mis en place des mécanismes similaires, certains chercheurs en sont venus à la conclusion que ce procédé n'a généré aucun avantage en comparaison à un système de santé unique et publique, avec un accès réellement universel et gratuit et dont le financement s'effectue à même les ressources fiscales des citoyens (Laurell 2010, 185).

Il n'y a pas que la question des assurances qui représente un frein en ce qui a trait à l'accès aux soins dans les établissements de santé. Comme l'exprime une promotrice de santé qui s'est impliquée pendant plusieurs années auprès des personnes atteintes du VIH/SIDA, la qualité des services peut s'avérer un frein à la santé chez ces personnes marginalisées.

Pour nous, c'était très choquant les services offerts aux patients avec le VIH/SIDA et les soins offerts dans les hôpitaux. Par exemple, lorsque nous sommes allés à l'hôpital du district pour obtenir des informations sur l'état des patients atteints du VIH/SIDA, le conseiller du Ministère de la Santé nous a demandé pourquoi nous nous préoccupions pour la vie de ces patients. Selon lui, ces gens étaient malade parce qu'ils ne se souciaient pas de leur santé, étaient homosexuels ou une femme travailleuse du sexe. Nous avons été surprises qu'un conseiller nous dise cela. Que pouvons-nous nous attendre de ces personnes lorsqu'elles disent de telles choses de ces pauvres patients ? Cela a été très déchirant pour nous, tant au niveau du traitement des patients que des longues attentes. Ces patients très malades devaient attendre pendant des heures pour être soignés. Donc je pense que l'obtention de services est le plus gros problème dans notre pays. [...] Nous avons vu à maintes reprises que les services de soins n'ont pas, jusqu'à ce jour, changé. Il y a beaucoup de personnes pour qui l'attente de soins les affecte beaucoup et en plus ils reçoivent un mauvais traitement par le personnel de l'hôpital (Traduction libre, Promotrice de santé, 16 mai 2013, Pérou).

La qualité des services de soin, couplé aux irrégularités de ceux-ci sont des éléments qui peuvent nécessairement influencés la fréquentation de ces services par la population. Cela peut amener de nombreux foyers à privilégier l'auto médication et la couverture des frais de santé via leurs propres ressources économiques (les dépenses de leurs propres

poches), bien que cette pratique ne soit pas exclusivement réalisée dans les foyers à faibles revenus (Ruiz 2012, 66). À cet effet, il est intéressant d'observer qu'à Comas, de nombreux individus ont recours à des activités de financement communautaire afin de couvrir des frais médicaux. Bien que cet aspect ne fût pas couvert lors des entretiens, il apparaît intéressant de mentionner que la communauté joue, dans certains cas, le rôle d'un certain filet social afin de garantir l'accès aux soins de santé qui sont particulièrement onéreux, ce qui appuie d'autant plus ce phénomène de couverture des frais par des dépenses de leurs propres poches.

### *Droits sexuels et reproductifs*

L'expression des droits relatifs à la santé sexuelle et reproductive sont des principes qui ont été énumérés avec force au sein de la Conférence internationale sur la population et le développement, réalisée au Caire en 1994. En ce qui a trait à ces droits, cela suppose

qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé (ONU 1995, 38).

Néanmoins, comme l'exprimèrent de nombreux acteurs au sein des entretiens, cette liberté de choix dans l'utilisation de méthodes de planification familiale ou l'obtention de connaissance (le droit d'être informé) demeurent des enjeux forts importants au niveau des besoins de santé des habitants de Comas. Comme le souligne un membre du personnel de l'organisation, « par rapport à il y a 20 ans, nous avons maintenant moins de moyens de contraception et cela engendre un plus grand nombre de grossesses non désirées dans les familles » (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 29 novembre 2012, Pérou).

Ce manque d'accès aux moyens de contraception pourrait expliquer l'augmentation des cas de VIH/SIDA au cours de la dernière décennie à Lima. De plus, les données recueillies par la direction générale d'épistémologie démontrent que pendant la période entre 1983 et 2010,

50% des personnes avec le SIDA ont probablement été infectées par le VIH autour de leurs 20 ans (Noriega Tejada *et al.* 2011, 103). De plus, nous avons précédemment vu que le VIH/SIDA détient une incidence particulière dans les quartiers marginaux urbains et cela fut identifié par le personnel de l'organisation péruvienne locale. Comme l'explique une employée de l'organisation péruvienne,

Comas a été, au cours des deux dernières années, le district avec le plus grand taux de nouveaux cas de VIH/SIDA, et cela, avec une population relativement jeune. Il y a des personnes qui sont aujourd'hui malades qui ont environ 25 à 30 ans, cela veut dire qu'ils sont malades depuis l'adolescence. [...] De là, avec ces problèmes de santé, nous avons décidé de travailler sur ces questions et nous soutenons également le thème de la prévention dans les écoles (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 26 novembre 2012, Pérou).

Une autre raison qui pourrait expliquer cette vulnérabilité se trouve dans le manque d'accès à l'information et aux services de conseil en planification familiale chez les jeunes. En effet, la prise en charge par l'État péruvien de mesures visant à promouvoir l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, notamment dans les écoles secondaires publiques, demeure un débat houleux (ElComercio 2013). Cela, malgré le fait que le Ministère de la Santé du Pérou identifie que les services les plus demandés par la population jeune (c'est-à-dire les 15 à 29 ans) sont des centres de service afin de recevoir des conseils sur les thèmes de la santé sexuelle et reproductive, qui offrent des orientations sur les aspects de la sexualité, la planification familiale, le VIH/SIDA et la violence (SENAJU 2013).

Ce manque d'informations et d'accès aux moyens de contraception peut également se répercuter sur le nombre de grossesses précoces au Pérou. Lors de l'année 2012, environ 13% des adolescentes se trouvaient enceintes ou mère de famille au niveau national (ENDES 2012, 101). Néanmoins, il n'est pas possible de savoir dans quelle proportion ces grossesses furent ou non désirées, mais il est possible d'entrevoir que dans de nombreux cas, la liberté de choix d'interrompre la grossesse pour ces jeunes mères se trouve limitée, puisque l'avortement demeure une pratique illégale au Pérou. La question de l'avortement demeure un thème particulièrement tabou au sein de la société péruvienne. Malgré tout, certains auteurs expriment qu'environ 410 000 avortements sont réalisés chaque année dans l'ensemble du pays (Dador Tozzini 2012, 2). Malheureusement, de nombreux avortements

sont pratiqués par des personnes qui ne détiennent pas la formation professionnelle pour le faire et qui exercent dans des conditions sanitaires inadéquates (ENDES 2012, 104). De ce fait, ces avortements clandestins comportent de nombreux risques. Au regard des statistiques de l'année 2009, nous pouvons entrevoir que la quatrième cause de morbidité pour sorties d'hôpital (*egresos hospitalarios*) à Lima est attribuable aux grossesses terminées en avortement (6,9% des cas) (Noriega Tejada *et al.* 2011, 72). D'autres données soulevées par des organisations féministes à Lima questionnent les forts taux de mortalité maternelle que connaît le Pérou. Ces dernières estiment qu'en 2009, 29% des causes indirectes de mortalité sont en relation avec le manque de soins en ce qui a trait à l'avortement thérapeutique au Pérou. Ainsi, les avortements réalisés dans des conditions dégradantes peuvent causer des complications graves, telles que des hémorragies, qui consistent en la principale cause de mortalité maternelle au sein du pays (Guerrero & Huaroto 2011, 4).

Un autre point discuté lors des entretiens fut l'influence des valeurs religieuses conservatrices sur la sexualité. Une étude réalisée par le groupe *Católicas por el Derecho a Decidir* (Femmes catholiques pour le droit de décider), chercha à justement à éclairer cette relation entre la santé sexuelle et le poids de la religion catholique sur les politiques publiques au Pérou. Trois grandes conclusions sont tirées sur ces relations au sein de ce document, d'abord 1) au sein l'État péruvien la moralité religieuse demeure toujours une référence centrale au sein des politiques institutionnelles, 2) la hiérarchie catholique au Pérou est caractérisée pour une position conservatrice, qui comprend une vision sur la famille monogame et hétérosexuelle avec un mandat reproductif et 3) les discours ecclésiastiques ne sont pas nécessairement en corrélation avec les pratiques concrètes des catholiques, encore moins sur le thème de la santé sexuelle et reproductive (Mujica *et al.* 2011, 29). L'étude misa sur une enquête au sein de la population liménienne afin d'y relever certaines positions. D'abord, près de 94% des répondants ont affirmé qu'il devrait y avoir des cours d'éducation sexuelle dans les écoles secondaires. Nous apprenons également que plus de 80% des personnes interrogées croient que l'Église devrait promouvoir l'utilisation du condom pour prévenir les ITS et le VIH, d'autant plus qu'environ 60% croient que l'Église devrait promouvoir l'utilisation de contraceptifs et participer au débat sur la dépénalisation de l'avortement (Mujica *et al.* 2011, 52-55).

Nous avons pu observer lors de ce chapitre ce chapitre que les besoins exprimés par les différents acteurs soulignent des convergences et divergences. À ce titre, nous saisissons que ce sont principalement les besoins en lien avec l'insécurité citoyenne, de même que la violence conjugale et la défense des droits en santé sexuelle et reproductive qui demeurent les plus soulevés par les divers acteurs interrogés. Inversement, ce sont les questions environnementales, de même que certaines problématiques sociales telles que la corruption, la pauvreté et l'accès aux services de santé qui furent mentionnés seulement par quelques participants. Les compléments d'information situés dans la littérature génèrent un riche portrait des besoins socio-sanitaires des habitants du district de Comas et permettent dès lors de saisir le contexte au sein duquel s'insère les pratiques des promoteurs dans leur communauté.

## **CHAPITRE 5 : DISCUSSION**

### **L'AUTONOMIE D'ACTION DES PROMOTEURS**

Au cours de ce chapitre, il y aura une reprise d'une réflexion entamée lors de la présentation des résultats sur l'autonomie d'action des promoteurs de santé à Comas.

#### **5.1.1. L'ACTION ET LE SERVICE**

Les pratiques de prévention de la maladie et de promotion de la santé réalisées par les promoteurs à Comas s'inscrivent dans des courants propres au sein de l'intervention en organisation communautaire.

Ces deux orientations – l'action sociale et le service – se maintiennent dans le mouvement communautaire. La première réclame des changements de politiques de la part des gouvernements, soit en plaidant en faveur de différents groupes sociaux, soit en mobilisant ces groupes eux-mêmes ; tandis que l'autre approche met en place des organisations locales qui fournissent toute une panoplie de services sociaux et de santé sous contrôle démocratique (Shragge 2006, 61).

Dans cette perspective, il devient important de se questionner sur l'autonomie des pratiques de santé élaborées par les promoteurs. L'action sociale cherche à créer de la dissidence et entraîne la réalisation de pratiques visant à renforcer le pouvoir d'agir des citoyens, en offrant notamment l'opportunité aux promoteurs de santé de s'organiser pour générer des changements dans leur communauté. Il importe de spécifier que ces changements cherchent à répondre aux besoins identifiés par les propres membres de cette communauté. L'offre de services et la professionnalisation de ces acteurs, notamment par leur rôle de promoteur disposant de ressources particulières, influencent péjorativement leur autonomie d'action et entraîne une dépolitisation de leurs pratiques. L'offre de service dépolitise l'action puisqu'elle cherche à répondre aux besoins identifiés principalement par des acteurs externes à la communauté. En ce sens, il demeure essentiel de se questionner envers qui les promoteurs rendent des comptes, puisque cela affecte fondamentalement la trajectoire de leurs pratiques.

#### **5.1.2. PROFESSIONNALISATION DES PROMOTEURS**

En donnant accès à des ressources externes, la coopération internationale permet d'appuyer le renforcement chez les promoteurs de santé de compétences et habiletés particulières. Bref,

ces ressources appuient le renforcement de leur pouvoir d'agir. La promotion du leadership chez les femmes fut une stratégie importante déployée au cours des dernières décennies par les organisations de la société civile à Lima. Comme l'explique Jenkins, « the empowerment approach has particularly been associated with participatory approaches to health and health education, and is therefore especially relevant to considering the leadership experiences of women health promoters » (Jenkins 2011, 302).

Pour ces promotrices, la reconnaissance de leur milieu offre une motivation importante afin de participer dans la communauté. Cette implication permet de rompre certaines barrières attirées à leur rôle de femme. Elles choisissent délibérément de sortir de ce rôle traditionnel de femme au foyer, en optant pour la prise de parole afin d'influencer les politiques publiques, où bien mettre à l'agenda public des problématiques taboues telles que la violence conjugale et la protection de leurs droits sexuels et reproductifs. Leur rôle de promotrice devient alors un canal pour gagner le respect non seulement de leurs proches, en effectuant par exemple des changements dans les relations qu'elles entretiennent au sein de leur milieu familial, mais également dans leur communauté en appuyant la défense des droits de leurs concitoyens. Pour ces leaders, il y a changement à partir de l'instant où des femmes commencent à sortir de leur foyer pour assumer des rôles protagonistes dans leur communauté (Valverde Garabán 2013, 56). De nombreuses promotrices sont en effet des femmes qui généralement n'ont pas eu accès à des ressources afin d'exercer une profession, leur implication devient donc un vecteur de valorisation.

J'aime vraiment travailler avec la communauté sur une base volontaire parce que je voulais être infirmière et je ne pouvais pas, par manque d'argent, je ne pouvais pas étudier. Donc, du fait de ne pas avoir de profession, je me suis consacrée aux organisations sociales afin de soutenir la communauté. J'aime travailler avec des médecins, des ONG et le gouvernement local pour aider les gens dans le besoin dans la communauté (Traduction libre, Promotrice de santé, 16 décembre 2012, Pérou).

Le renforcement des pratiques liées aux savoirs en matière de prévention des maladies et de la promotion de la santé entraîne une prise de pouvoir chez acteurs, mais qui s'accompagne d'une certaine professionnalisation de leur implication. Par l'expérience accumulée que détiennent ces promotrices, celles-ci se démarquent alors par leur statut et le souci d'intervenir avec leur expertise dans la communauté (Jenkins 2008, 154). Ce double rôle,

d'être à la fois une femme de la communauté et une experte reconnue par ses pairs marque une certaine contradiction sur le fondement de leurs interventions, quelle est donc leur autonomie d'action dans ce contexte ? Comme l'explique Guy Rocher, le rôle social est « composé de normes auxquelles est soumise l'action de sujets qui occupent une position ou une fonction particulière dans un groupe ou dans une collectivité » (Rocher 2012, 98). Ainsi, les promotrices jouent donc un rôle social à Comas en réalisant leurs pratiques de santé, un rôle toutefois normé.

En favorisant l'émergence de ces agents communautaire, le processus de création de leaderships entraîne la mise en place de hiérarchies de pouvoir entre les femmes de la communauté. « Within hierarchical societies such as Peru, the formal status and title of a professional occupation are particularly valued » (Jenkins 2008, 143). La formation du leadership remplirait-elle donc son objectif d'émancipation chez ces promotrices ? Ces femmes qui s'impliquent dans des formes de pratiques de santé se retrouvent bien souvent à perpétuer certains rôles qui lui sont assignés par la communauté. Selon Calvin et Grandón, la composition majoritairement féminine des groupes bénévoles de santé vient du fait que la santé, en vertu de la division sexuelle du travail, correspond à une des responsabilités traditionnellement assignées à la femme comme extension de son rôle domestique (Calvin & Grandón 1995, 42). Ce travail communautaire, tout comme le travail reproductif (qui reprend des activités liées au maintien du foyer) de ces femmes demeurent tout compte fait peu valorisés face au travail productif (qui inclut la production de biens et services afin de générer des revenus ou la subsistance) (March, Smyth & Mukhopadhyay 1999, 19). Cela s'observe dans le fait que ces femmes, qui détiennent ce rôle de supporter leur communauté depuis plusieurs décennies, œuvrent sans obtenir de rétribution financière pour l'ampleur des tâches qu'elles occupent. Ces catégories de travail sont peu valorisées dans la société pour la faible valeur « marchande » de cette implication. L'agrégation du travail reproductif et communautaire entraîne bien souvent une surcharge de travail pour ces femmes, phénomène dénommé la double journée de travail.

Pour Jenkins, la professionnalisation de ces agents communautaires bénévoles ferait partie de l'agenda néolibéral et s'ancre dans les nouvelles formes de gouvernance visant à promouvoir

des formes de « citoyennetés actives » dans l'offre de services de santé (Jenkins 2009, 882). Selon l'auteure, la gestion de ces services par des bénévoles, qui est une conséquence de l'absence de coordination par l'État, ferait en sorte que leur subsistance dépendrait principalement de la motivation et de l'engagement de ces groupes communautaires (Jenkins 2011a, 21). Les pressions exercées sur les promotrices afin de réaliser des activités, malgré le manque de fonds pour les financer, démontre comment leur implication s'ancre dans le discours néolibéral de la responsabilité individuelle dans le développement des communautés (Jenkins 2011a, 21). « [The] burden of care assumed by women in poor communities, in trying to ensure provision of basic services, and emphasises the extent to which women's long-term voluntarism – often unrecognised as such – facilitates the continued dominance of neoliberal development strategies in the global South » (Jenkins 2011, 22).

Un exemple concret de cette situation concerne le changement d'orientation des interventions réalisées par les promotrices de santé à Comas dans le contexte de privation de fonds qu'elles connaissent depuis l'année 2012. Lors de la période dédiée à la collecte des données sur le terrain, le chercheur fut particulièrement interpellé par les potentielles conséquences de ces pertes de financement sur leur autonomie d'action. À cet effet, les promotrices recevaient auparavant un soutien financier de l'organisation péruvienne grâce à un partenariat avec un organisme de coopération internationale du Québec. Il s'agit d'une situation qui pourrait potentiellement mener à la fermeture de l'organisation péruvienne.

Dans le cas des promotrices de la santé, je pense, dans le scénario de la dissolution de notre organisation, qu'elles vont trouver leurs propres espaces, en particulier dans le domaine de la santé communautaire. Probablement dans le projet de santé primaire que le gouvernement local veut mettre en œuvre. Elles y trouveront un espace au sein duquel elles vont continuer à être utiles et avoir le sentiment que toutes les formations qu'elles ont reçues au fil des ans pourront être transférées à d'autres personnes dans la communauté. Elles auront aussi leur place au sein du Ministère de la Santé, qui compte sur elles en ce qui concerne le thème de la prévention. Le thème de la dengue est un exemple de travail dans la communauté. Le ministère de la Santé reconnaît l'importance de la promotion de la santé dans une solution aux problèmes de la santé (Traduction libre, Personnel de l'organisation péruvienne, 29 novembre 2012, Pérou).

Cela démontre, d'une certaine façon, le possible glissement de l'orientation des pratiques de santé des promotrices vers l'offre de services. Bien qu'un tel partenariat permette de soutenir

durablement leurs interventions, il y aurait évidemment un risque d'abandonner diverses pratiques visant à faire de la dissidence, dont notamment la promotion de la dépénalisation de l'avortement en cas de viol. Cela entraînant ultimement une dépolitisation des pratiques effectuées par ces agents communautaires.

### 5.1.3. LA « ONGISATION » DU DÉVELOPPEMENT

Les processus de dépolitisation, pour reprendre Jenkins, sont localement mis en évidence dans le manque de transfert de connaissances et la difficile rotation du leadership dans les organisations de femme à Lima (Jenkins 2011, 300). L'auteure soulève également le lourd constat d'un certain manque de facilitation du processus de politisation des femmes et jeunes qui ne sont pas socialement engagés dans les communautés où ces organisations interviennent. Il s'agit d'un constat qu'elle lie aux conséquences de la « ONGisation » des mouvements sociaux (Jenkins 2011, 316). Force est de constater que la coopération internationale contribue également à ce processus de dépolitisation de l'action citoyenne<sup>11</sup>. Dans la logique actuelle du développement international, le renforcement des compétences des acteurs locaux mise principalement sur les capacités de gestion afin de répondre aux exigences de bailleurs de fonds. Ce faisant, les acteurs locaux se retrouvent à rendre des comptes à ces agents externes avant de rendre des comptes aux habitants de leur propre communauté.

Northern NGOs often refer to their work with Southern organizations as “capacity building”, but a more accurate term might be “NGOization”. Southern organizations that want access to aid money must supply donors with applications, planning documents, financial reports, evaluations and quantified results, all tailored to donor agencies’ specifications. [...] In order to live up to these expectations and produce the mountains of paperwork required by the aid system, Southern organizations are

<sup>11</sup> Il est d'avis du chercheur, afin de présenter une critique intègre, que la coopération internationale apporte toujours certaines formes de colonisation (dans le contrôle du financement, le choix d'une démarche pour la réalisation d'un projet, etc.). Au Pérou, comme dans d'autres pays en voie de développement, de nombreux projets furent réalisés par des ONG afin de contrebalancer le manque d'intervention de l'État dans certaines zones géographiques et/ou l'administration des services sociaux. Cette prise en charge par les organisations de la société civile des services envers la population (phénomène auquel nous nous référons par ONGisation) profite d'une certaine façon à l'État, puisque des fonds externes affluent au sein du pays, ce qui l'amène nécessairement à reléguer ses responsabilités traditionnelles. Les organismes de coopération internationale, qui réalisent des projets sociaux dans les communautés marginalisées, encouragent involontairement cette déresponsabilisation de l'État envers sa population. Malgré tout, les projets provenant de la coopération internationale offrent, dans le cas des promoteurs de santé à Lima, la possibilité de toucher des thèmes dissidents au sein de la société péruvienne, dont notamment les inégalités de genre. Il y a donc des aspects positifs et négatifs à ce système de l'aide.

obligated to take on the same hierarchical, bureaucratic, professionalized structures as their Canadian partners. Professionalization and bureaucratization creates a growing divide between those who run the organization and its putative base, the poor. Even with formally democratic structures in place, Southern organizations gradually lose touch with the grassroots as they restructure to meet the bureaucratic imperatives of the aid system (Barry-Shaw & Oja Jay 2012, 80).

La « NGOisation » du développement amène les acteurs du Sud à se plier à un cadre d'intervention qui n'est pas le leur. Comme le soulignent Barry-Shaq et Oja Jay, la professionnalisation des organisations entraîne une perte de connexion avec les communautés locales afin de mieux répondre aux exigences contraignantes du système de l'aide. Cette structure hiérarchique qui caractérise ledit système de l'aide est décrite avec brio par Sogge lorsqu'il relate les enjeux de pouvoirs inégalitaires présents en son sein, phénomène qu'il décrira comme étant celui de l'aide enchaînée. D'un côté, explique-t-il, les décideurs gèrent les fonds et de l'autre les bénéficiaires répondent aux orientations. « Les organisations au sein d'une chaîne luttent pour obtenir des ressources et pour les retenir. Ce faisant elles sont tirées vers des directions opposées : elles recherchent la certitude et la stabilité et, pourtant, elles veulent aussi éviter un contrôle de l'extérieur et souhaitent se prémunir contre la vulnérabilité liée à la dépendance » (Sogge 2003, 96). Ceux qui siègent au sommet de la chaîne formulent les questions, ils en donnent également les réponses. Tout le long de la chaîne, explique l'auteur, les participants doivent rendre des comptes vers le haut et rarement vers le bas. « Plutôt que de baser le pouvoir sur les citoyens visés par l'aide, ou de faire en sorte qu'il se propage vers eux, les chaînes tendent à le revendiquer, à le ramener et à le concentrer à des niveaux toujours plus élevés. Pourtant, si l'aide échoue, ce sont généralement ceux du bas de la chaîne qui payent la note et qui sont blâmés » (Sogge 2003, 98).

Cette dépossession du pouvoir de décider sur les orientations de l'aide, qui affectent les citoyens visés par cette dernière, se concrétise dans une vision du développement international où l'approche managériale ou technocratique de la lutte contre la pauvreté est privilégiée. « Étrangement myope, la coopération internationale officielle demeure centrée sur les processus du développement dans une perspective étroitement technicienne : avoir une économie plus performante, une bonne gouvernance... » (AQOCI 2008, 6). Cette vision

considère que le « sous-développement serait dû au fond à l'incompétence de ceux, au Sud, qui devraient s'en occuper. De nos jours, on parle plutôt de la "faiblesse" de leurs "capacités" en gestion, etc. » (AQOCI 2008, 5). Ce faisant, la vision technocratique monopolise des solutions de même nature, il devient alors intuitif de prescrire des transferts de compétence ou bien des activités de renforcement des capacités de gouvernance (AQOCI 2008, 5). Le désavantage d'un tel discours, c'est qu'il détourne l'importance d'une réforme politique en profondeur du système financier et économique mondial et prône d'une certaine façon le *statu quo* (AQOCI 2008, 6).

En définissant les « règles du jeu », notamment par le contrôle en amont du financement et de l'orientation des projets de développement, la coopération internationale affecte l'autonomie d'action des acteurs locaux dans les pays en voie de développement. Plus spécifiquement, il est ici affirmé que ce cadre contraignant entraîne une dépolitisation des actions communautaires, puisqu'il instrumentalise les organisations de la société civile en leur demandant d'adopter une perspective étroitement technique. Ce faisant, ces organisations sont amenées à répondre aux exigences définies par des acteurs externes, les bailleurs de fonds, au lieu de baser leurs principes d'action sur les besoins locaux des communautés en situation de pauvreté. Les organisations locales entrent donc dans une dynamique d'offre de services, pour reprendre les propos de Shragge, puisque leur raison d'être devient celle d'administrer des fonds et répondre aux exigences externes, elles perdent finalement leur pouvoir d'action, leur capacité à faire de la dissidence.

## CONCLUSION

Au cours du projet de recherche, il fut possible de se pencher sur **les pratiques de santé mises en œuvre par des habitants bénévoles impliqués au sein d'une organisation péruvienne locale de Comas pour répondre aux besoins de santé de leur communauté.**

Les résultats se découpèrent en diverses sections. En ce qui concerne les résultats, nous avons pu observer, en **première partie**, lors du **quatrième chapitre**, que les **interventions réalisées par l'organisation péruvienne** sont passées d'un modèle cherchant involontairement à considérer les habitants de Comas comme des bénéficiaires passifs d'une aide à une approche valorisant leur participation active au sein de leur communauté. Par la création de projets sociaux, il devenait donc possible de transférer des ressources aux promoteurs de santé afin qu'ils puissent mettre en application des projets visant à améliorer le bien-être de leur communauté.

Au sein de la **deuxième partie** des résultats, nous avons pu entrevoir que les **pratiques de santé** effectuées par les promoteurs concernent davantage la prévention des ITS et le VIH/SIDA à Comas. L'observation des pratiques de promotion de la santé présenta un éventail particulièrement riche d'interventions. Nous pouvons donc observer que la défense et la promotion des droits à la participation citoyenne, à une vie libre de violence, aux droits sexuels et reproductifs sont au centre des actions développées par ces acteurs. Parallèlement, l'implication de ces agents communautaires, par le renforcement de leurs connaissances et de leurs habiletés, entraîne la création de leaders inclusifs qui s'impliquent dans des espaces de prise de décision. Par la réalisation de pratiques de plaidoyer politique, de vigilance citoyenne et par la formation de coalitions, il devient possible d'exercer des influences à la fois directes et indirectes sur les politiques municipales en matière de santé à Comas. De ce fait, ces pratiques s'inscrivent dans une vision de la santé qui cherche à promouvoir une vie démocratique active des citoyens et tente de placer leurs besoins au centre des décisions politiques. Une telle orientation de travail s'apparente donc davantage aux principes découlant de la Charte d'Ottawa qui visent à faire de la promotion un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé.

Lors de la **troisième partie** des résultats, il fut possible de réaliser une analyse collaborative des **besoins de santé** des habitants du district de Comas. Nous avons pu constater que ce sont principalement les thématiques en lien avec l'insécurité citoyenne, la violence conjugale et la revendication de droits en santé sexuelle et reproductive qui furent les thématiques les plus abordées par les multiples acteurs interrogés lors de la recherche. Alors qu'inversement, ce sont surtout des questions liées à l'environnement et certaines problématiques sociales telles que la corruption, la pauvreté, de même que l'accès aux services de santé qui furent moindrement mentionnés au sein des entretiens. Néanmoins, et cela demeure central dans l'approche de l'analyse collaborative des besoins, il importe de considérer qu'il n'y a pas de personne qui détienne une position privilégiée afin de définir les besoins de santé dans le district de Comas, il y a seulement des acteurs de différents horizons qui tâchent de livrer leur interprétation du contexte.

Lors du **cinquième chapitre**, il fut possible d'entamer une discussion sur l'autonomie d'action des promoteurs dans leurs pratiques de santé. Nous avons pu observer que la ONGisation du développement limite le cadre d'intervention des acteurs locaux. Cela, en mobilisant des réponses de nature technocratique au problème complexe et fondamentalement politique de la pauvreté dans les pays du Sud ou bien en créant certaines formes de dépendance au financement externe. Malgré tout, les fonds externes acheminés par la coopération internationale offrent tout de même la possibilité de faire de la dissidence. C'est-à-dire œuvrer sur des thématiques taboues et opérer des changements sociaux en renforçant le pouvoir d'agir de citoyens et citoyennes en situation de vulnérabilité.

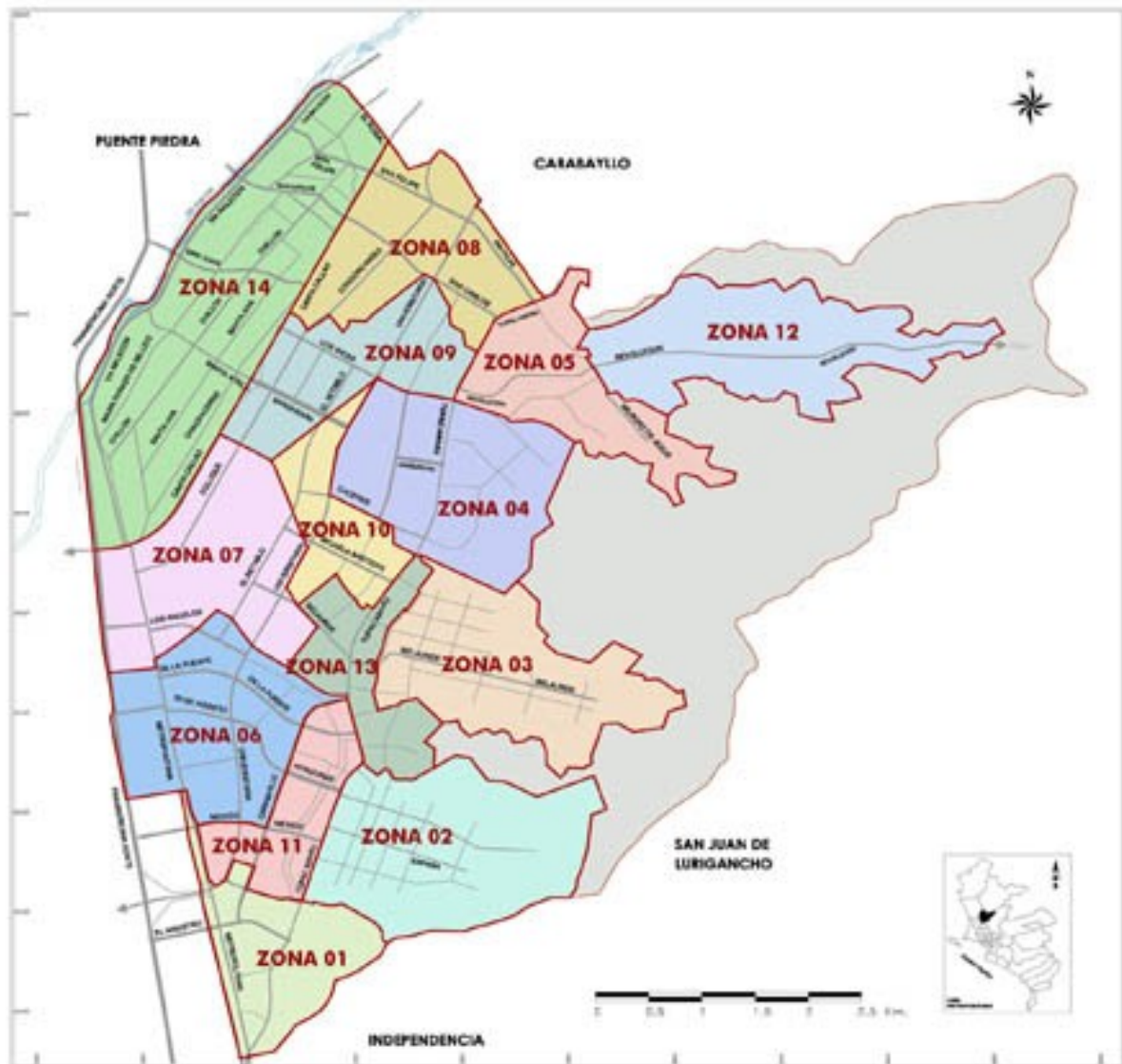
Finalement, nous avons pu saisir que l'implication des promoteurs de santé dans la communauté permet de soulever des problématiques délaissées par les gouvernements locaux, qui optent généralement pour l'investissement massif dans les infrastructures. Par leur participation active, les promoteurs cherchent à souligner l'importance d'œuvrer sur la violence de genre, la sécurité citoyenne et la santé sexuelle et reproductive, entre autres. Au sein même de la société péruvienne, le système de santé public et son orientation foncièrement médicale contribue à reléguer les citoyens au rôle de bénéficiaires passifs de soins médicaux. De ce fait, les réponses apportées aux besoins de santé se présentent bien

---

souvent comme des solutions définitives aux problèmes sociaux et n'encouragent pas la création d'un réel dialogue auprès des acteurs concernés. Il est donc nécessaire de réfléchir sur les questionnements qu'entretiennent les acteurs locaux sur les solutions qui lui sont proposées, voire bien souvent imposées. La mise en place d'un dialogue supposerait la prise en charge collective des problèmes sociaux d'une communauté en incluant tous les acteurs concernés, de même qu'un processus dynamique et rétroactif lui assurant un élément de continuité.

## ANNEXES

### ANNEXE I : Carte du district de Comas.



Source : Municipalidad distrital de Comas 2010.

**ANNEXE II: Images de Comas.**



**« Comas de ma fenêtre » - Comas, Pérou (2013)**



**« L'arrière-cour chez moi » - Comas, Pérou (2013)**

## BIBLIOGRAPHIE

- Aguiton, C. (2008). Altermondialisme. Dans *Encyclopédie Universalis*. Page consultée le 6 octobre 2012 au <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/altermondialisme/#8>
- Alcalde-Rabanal J., Lazo-González O., Nigenda G. (2011). *Sistema de salud de Perú*. *Salud Pública de México*, 53(2), S243-S254.
- Altamirano, T. (1983). Migración y estrategias de supervivencia de origen rural entre los campesinos de la ciudad. *Anthropologica*, 1(1), 127–158.
- Alva Córdova, R. (2010). *Las Municipalidades de Lima Norte: Avances y límites en el proceso de Descentralización*. Lima: Alternativa.
- Armony, V. (2008). La société civile et le développement. Dans P. Haslam, J. Schafer, & P. Beudet (édit.), *Introduction au développement international approches, acteurs et enjeux* (pp. 197–211). Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Baggott, R. (2011). *Public health : policy and politics*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Banque Mondiale. (2011). *Peru Recurso Programmatic AAA – Phase IV. Improving Health Outcomes by Strengthening Users' Entitlements and Reinforcing Public Sector Management* (No. 59218-PE) (p. 108). Banque Mondiale.
- Banque Mondiale. (2012). PIB (\$ US courants). Pérou. *Banque Mondiale*. Page consultée le 6 octobre 2012, au <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.CD/countries/%20PE-PE?display=graph>
- Banque Mondiale. (2012a). Données sur le Pérou. *Banque Mondiale*. Page consultée le 16 octobre 2012, au <http://donnees.banquemondiale.org/pays/perou>
- Banque Mondiale. (2012b). Indice GINI. *Banque Mondiale*. Page consultée le 16 octobre 2012, au <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SI.POV.GINI>
- Banque Mondiale. (2014). Base de données. *Banque Mondiale*. Page consultée le 13 avril 2014, au <http://donnees.banquemondiale.org/>
- Bardález del Águila, C. (2003). *La salud en el Perú* (p. 9). Lima: Consorcio de investigación económica y social. Page consultée le 3 novembre 2013, au <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>
- Barreda, J., & Ramírez Corzo, D. (2004). Lima: consolidación y expansión de una ciudad popular. *Perú Hoy - DESCO*, No. 6, 201–218.
- Barry-Shaw, N., & Oja Jay, D. (2012). *Paved with good intentions: Canada's development NGOs from idealism to imperialism*. Winnipeg: Fernwood.

- Beaud, J.-P. (2010). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier (édit.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5e éd., pp. 251–284). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Berthélemy, J.-C., & Seban, J. (2009). Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement. *Revue d'économie du développement*, 23(1), 33–71.
- Boitin, I., Lagoutte, M., & Lantz, M. C. (2002). Virginia Henderson: 1897-1996. Biographie et analyse de son œuvre. *Recherche en soins infirmiers*, 68, 5–17.
- Brodhag, C. et al. (2004). *Dictionnaire du développement durable*. Québec : MultiMondes.
- Bradshaw, J. (1994). The conceptualization and measurement of need. A social policy perspective. Dans *Researching the people's health*. London; New York: Routledge.
- Brundtland, G. H. (1999). *Faire tomber les obstacles au développement dans la santé* (No. WHO/CDS/99.1). Suisse: Organisation mondiale de la Santé.
- Calvin, M. E., & Grandón, A. (1995). *Monitoras de salud : trayectorias de participación*. Santiago: Educación Popular en Salud.
- Canada. (2009). Les dix principales causes de décès, selon certains groupes d'âge et le sexe, Canada — Tous les âges. Page consultée le 15 septembre 2013, au <http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/2012001/tbl/T001-fra.pdf>
- Carrión, J. F., Zárate, P., & Seligson, M. A. (2012). *Cultura política de la democracia en Perú, 2012: Hacia la igualdad de oportunidades* (p. 266). Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Carvalho, A. . (1996). Da saúde pública às políticas saudáveis – Saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1, 104–121.
- Castellanos, P. L. (1997). Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. Dans R. B. Barata (édit.), *Saúde e Movimento – Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Castro, J. (2009). Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica*, 26(2), 232–235.
- CIA, W. F. (2012). Peru. *The World Factbook*. Page consultée le 16 octobre 2012, au <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/pe.html>
- Coenen-Huther, J. (2006). Compréhension sociologique et démarches typologiques. *Revue européenne des sciences sociales*, XLIV(135), 195–205.
- Combessie, J.-C. (2012). Typologie, sociologie. Dans *Encyclopédie Universalis*.

- Costa, G. (2012). *La Situación de la Seguridad Ciudadana en América Latina* (Working-Paper) (p. 14). Lima: Latin America Working Group.
- Costa, G., & Romero, C. (2010). *Inseguridad ciudadana en lima. ¿Qué hacer?* (p. 142). Lima: Ciudad Nuestra.
- Crête, J. (2010). L'éthique en recherche sociale. Dans B. Gauthier (édit.) *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (5e éd., pp. 285–307). Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública*, 15(4), 701–709.
- Dador Tozzini, M. J. (2012). *El aborto terapéutico en el Perú* (p. 24). Lima: Promsex.
- Davis, M. (2005). La planète bidonville : Involution urbaine et prolétariat informel. *Mouvements*, (39-40), 9–24.
- DiClemente, R. J., Crosby, R. A., & Kegler, M. C. (2002). Understanding and applying theory in health promotion practice and research. Dans R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (édit.) *Emerging theories in health promotion practice and research : strategies for improving public health* (pp. 1–15). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Dufresne, D. (6 novembre 2012). Compressions idéologiques? *La Tribune*, p. 10. Sherbrooke.
- ElComercio. (24 juin 2013). (Editorial) El cuento de la cigüeña. Lima. Page consultée le 3 novembre 2013, au <http://elcomercio.pe/actualidad/1594778/noticia-editorial-cuento-ciguena>
- ENDES. (2012). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012* (p. 438). Lima: INEI.
- Estrada Alarcón, L., Frisancho Arroyo, A., Guetierrez Rodríguez, R., & Jeri de Pinho, S. (2013). *Sistematización de los procesos de vigilancia ciudadana en salud* (p. 77). Lima: Asociación Foro de la Sociedad Civil en Salud.
- Favreau, L., & Fréchette, L. (2002). *Mondialisation, économie sociale, développement local et solidarité internationale*. (Chaire de recherche en développement des collectivités). Sainte-Foy [Que.]: Presses de l'Université du Québec.
- Frenk, J. (1994). *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. México: Secretaría de Educación Pública : Fondo de Cultura Económica.
- Galeano, E. (1981). *Les veines ouvertes de l'Amérique latine*. Traduction française de C. Couffon. Paris : Plon.

- Gallagher-Lepak, S. (2006). Needs. Dans *Encyclopedia of World Poverty*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Gans, H. J. (1962). *The urban villagers; group and class in the life of Italian-Americans*. New York: Free Press of Glencoe.
- Garcia, N. E. (2010). *Reformas, Crecimiento e Informalidad* (p. 27). Lima: Consorcio de investigación económica y social. Page consultée le 3 novembre 2013 au <http://cies.org.pe/libros/otras-investigaciones/reformas-crecimiento-e-informalidad>
- Geoffrion, P. (2009). Le groupe de discussion. Dans B. Gauthier (édit.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5e éd., pp. 391–414). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Glade, W. P. (2010). Latin American Economies Restructure, Again. Dans J. K. Black (édit.), *Latin America. ; Its Problems and Promise - A Multidisciplinary Approach*. (5e éd.). Westview Press.
- Glanz, K. (2007). Health Behavior. Dans *Encyclopeia of Epidemiology*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé. Comprendre pour mieux intervenir*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Guerrero, N. S., & Huaroto, B. R. (2011). *Agenda pendiente en salud sexual y reproductiva* (p. 18). Lima: Movimiento Manuela Ramos - Promsex.
- Hancock, D. T. (1985). Beyond Health Care: From Public Health Policy to Healthy Public Policy. *Canadian Journal of Public Health*, 76(1), 9–11.
- Henderson, V. (1969). *Principes fondamentaux des soins infirmiers* (Révisée.). Association des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec.
- Iglesias López, M. E., et al. (2013). *¡Queremos servicios de Buen Trato!* Lima: CESIP.
- Immink, M. D. C. (2001). People's community kitchens in Peru: Women's activism pro urban food security. *Ecology of Food and Nutrition*, 40(6), 699–70.
- INDECI. (2010). *Plan de Prevención por Sismo 2010 - Distrito de Comas* (p. 55). Lima: Instituto Nacional de Defensa Civil.
- INEI. (2009). Sistema de información regional para la toma de decisiones. Encuesta Nacional de Hogares. Page consultée le 16 octobre 2012, au <http://inei.inei.gob.pe/inei/SIRTOD/>
- INEI. (2009a). *Perú: Mapa del Déficit Habitacional a Nivel Distrital, 2007* (p. 420). Lima, Peru: INEI.

- James, M. (1999). Towards an integrated needs and outcome framework. *Health Policy*, 46, 165–177.
- Jaramillo, M., & Alcázar, L. (2013). *¿Tiene el presupuesto participativo algún efecto en la calida de los servicios públicos? El caso del sector del agua y saneamiento en el Perú* (p. 84). Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo.
- Jenkins, K. (2008). Practically professionals? Grassroots women as local experts - A Peruvian case study. *Political Geography*, 27, 139–159.
- Jenkins, K. (2009). Exploring hierarchies of knowledge in Peru: scaling urban grassroots women health promoters' expertise. *Environment and Planning A*, 41, 879–895.
- Jenkins, K. (2011). Depoliticisation and the Changing Trajectories of Grassroots Women's Leadership in Peru: From Empowerment to Service Delivery? *Journal of Latin American Studies*, 43(2), 299–326.
- Jenkins, K. (2011a). Peruvian community health promoters: Expanding the spaces of health voluntarism. *Health & Place*, 17, 17–23.
- Kane, L. (2010). Desarrollo comunitario: lecciones de la educación popular en América Latina. *Community Development Journal*, 1–12.
- Klein, J.-L. (2008). Les jalons d'une vision alternative: Du développement centralisé descendant au développement local ascendant. Dans P. Haslam, J. Schafer, & P. Beudet (édit.), *Introduction au développement international approches, acteurs et enjeux*. Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Korc, M. (2003). La contaminación del Aire. Dans *El Medio Ambiente en el Perú: Año 2002* (pp. 305–332). Lima: Instituto Cuanto.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa.
- Laperrière, A. (2010). L'observation directe. Dans B. Gauthier (édit.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (5e éd., pp. 311–336). Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Laperrière, H. (2006). La investigación evaluativa de los contextos sociopolítico y sociocultural. Los desafíos metodológicos de la urgencia de las acciones sociosanitarias en regiones alejadas. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [On-line Journal], 7(4), Art. 6. Au <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/4-06/06-4-6-s.htm>.
- Laperrière, H. (2007). Community health nursing practices in contexts of poverty, uncertainty and unpredictability: a systematization of person experiences. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 721–728.

- Laperrière, H. (2009). La construction interculturelle d'une critique théorique en santé communautaire: le cas de la pédagogie de Freire. *Aporia : The Nursing Journal*, 1(2), 28–38.
- Laperrière, H., & Zúñiga, R. (2007). Cuando la comunidad guía la acción: hacia una evaluación comunitaria alternativa. *Psicología & Sociedad*, 19(3), 39–45.
- Laplante, J. (2004). *Pouvoir guérir: médecines autochtones et humanitaires*. Saint-Nicolas (Québec): Presses de l'Université Laval.
- Lassiter, L. E. (2005). *The Chicago guide to collaborative ethnography*. Chicago: University of Chicago Press.
- Last, J. M. (2001). Environment. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Latendresse, A., & Massé, B. (2008). L'homo urbanus: enjeux et perspectives de l'urbanisation dans le monde en développement. Dans P. Beaudet, P. A. Haslam, & J. Schafer (édit.), *Introduction au développement international: approches, acteurs et enjeux* (pp. 263–279). Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Lavoie, F. (2001). Les groupes de soutien et les groupes d'entraide. Dans F. Dufort & J. Guay (édit.), *Agir au cœur des communautés: la psychologie communautaire et le changement social* (pp. 157–185). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval.
- LeBossé, Y., & Dufort, F. (2001). Le pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des communautés: une autre façon d'intervenir. Dans F. Dufort & J. Guay (édit.), *Agir au cœur des communautés: la psychologie communautaire et le changement social* (pp. 75–115). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université Laval.
- LeCompte, M. D., & Schensul, J. J. (2010). *Designing & conducting ethnographic research an introduction* (2e éd.). Lanham: AltaMira Press.
- Lewins, A., & Silver, C. (2010). Computer Assisted Qualitative Data Analysis. Dans P. Peterson, E. Baker, & B. McGraw (édit.), *International Encyclopedia of Education* (3e éd., pp. 326–334). Oxford: Elsevier.
- Ley N° 27972. (2003). Perú: Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 28056. (2003). Perú: Ley marco del presupuesto participativo.
- Ley N° 28538. (2005). Ley que modifica los artículos 290° y 363° del código penal.
- Lightfoot, J. (1995). Identifying needs and setting health care priorities: Issues of theory policy and practice. *Health and Social Care*, 3, 105–114.

- Lira, J. A. (1985). *Medicina andina: farmacopea y rituales*. Cusco: Centro de Estudios Rurales Andinos “Bartolomé de Las Casas.”
- Loue, S. (2006). Community health advocacy. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 458–463.
- Löwy, M. (2001). Rapports entre le religieux et le politique en Amérique latine. *Archives de sciences sociales des religions*, 114, 61–66.
- Loyola, R., & Soncco, C. (2007). Salud y calidad de agua en zonas urbano-marginales de Lima Metropolitana. *Economía y Sociedad*, 64, 80–85.
- Mace, G., & Pétry, F. (2000). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Maquet-Makédonski, P. (2004). Profil social des entrepreneurs populaires et développement des communautés au Pérou. Dans L. Favreau, G. Larose, & A. S. Fall (édit.), *Le Sud et le Nord dans la mondialisation quelles alternatives? : le renouvellement des modèles de développement* (pp. 160–174). Gatineau: Karthala.
- March, C., Smyth, I. A., & Mukhopadhyay, M. (1999). *A guide to gender-analysis frameworks*. Oxford: Oxfam.
- MEF. (2009). Métodos para medir Pobreza. Page consultée le 15 septembre 2013, au [http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com\\_content&view=article&id=370&Itemid=100412](http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=370&Itemid=100412)
- MEF. (2012). Anexo 2 : Ley N. 29812 del presupuesto del sector público para el año fiscal 2012. Distribución del gasto del presupuesto del sector publico por nivel de gobierno y genérica del gasto (en nuevos soles). Page consultée le 3 novembre 2013, au [http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/sectr\\_publ/presu\\_2012/Anexos/Anexo2.pdf](http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/sectr_publ/presu_2012/Anexos/Anexo2.pdf)
- MEF. (2013). Presupuesto Participativo. Page consultée le 12 octobre 2013, au [http://presupuesto-participativo.mef.gob.pe/portal\\_pp/html/#Quees](http://presupuesto-participativo.mef.gob.pe/portal_pp/html/#Quees)
- MIMP. (2012). *Población Desplazada en Cifras Estadísticas. Información estadística de la población desplazada por la violencia 1980 - 2000 en Perú* (p. 54). Lima: MIMP.
- MIMP. (2012a). *Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017* (p. 60). Lima: MIMP. Page consultée le 3 novembre 2013, au [http://www.mimp.gob.pe/files/planes/planig\\_2012\\_2017.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/planes/planig_2012_2017.pdf)
- MINSA. (2011). Principales causas de mortalidad por sexo en el departamento de Lima - Año 2011. Page consultée le 15 septembre 2013, au <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?15>

- Miranda, J. J. (2006). *Impacto económico en la salud por contaminación del aire en Lima Metropolitana* (p. 38). Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Mujica, J., Ballero, M. J., Diéguez Monzón, G., & Asencos Angulo, R. (2011). *Sexualidad, religión y Estado: percepciones de católicos y católicas*. Lima: Católicas por el Derecho a Decidir.
- Municipalidad distrital de Comas. (2010). Zonales. Page consultée le 16 octobre 2012, au <http://www.municomas.gob.pe/distrito/zonales.html>
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality. A clinical and experimental study of fifty men of college age*. New York: Oxford University Press.
- Noriega Tejada, C. A. et al. (2011). *Análisis de Situación de Salud de la Provincia de Lima* (Documento Técnico) (p. 145). Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología.
- Olivier, A., & Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J. Epidemiol Community Health*, 58, 655–658.
- OMS. (1946). Constitution de l'organisation mondiale de la santé. Page consultée le 3 novembre 2013, au <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>
- OMS. (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. OMS. Page consultée le 25 août 2013, au [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
- OMS. (1978a). *Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires* (No. 1) (p. 88). Genève: Organisation Mondiale de la Santé. Page consultée le 3 novembre 2013 au <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>
- OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Page consultée le 3 novembre 2013, au <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>
- ONU. (1995). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994* (No. A/CONF.171/13/Rev.1) (p. 200). New York: Nations Unies.
- ONU. (2008). *Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú 2008* (p. 63). Lima, Peru: ONU. Page consultée le 3 novembre 2013, au <http://www.onu.org.pe/upload/documentos/IODM-Peru2008.pdf>
- OPS. (2009). *Desigualdades en el acceso, uso y gasto con el agua potable en América Latina y el Caribe. Serie de Informes Técnicos No. 11. Perú*. Page consultée le 22 mars 2014, au [http://whqlibdoc.who.int/paho/sit/SIT\\_11\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/paho/sit/SIT_11_spa.pdf)

- Ordenanza N° 390-MDC. (2013). Perú: Plan Local de Igualdad de Género del distrito de Comas 2012-2017.
- Ordenanza N° 391-MDC. (2013). Perú: Reconocen la Mesa de Concertación de Género del distrito de Comas.
- Pedraglio, S., & Teillier, C. (2010). *Cartilla II: Agua para beber, agua para vivir* (p. 30). Lima, Peru: PNUD. Page consultée le 13 octobre 2012, au <http://www.pnud.org.pe/data/publicacion/PNUD%20cartilla%202%20film.pdf>
- Peretti-Watel, P., & Moatti, J.-P. (2009). *Le principe de prévention le culte de la santé et ses dérivés*. [Paris]: Seuil.
- Piron, F., Ringtounda, F., Université Laval, & Groupe de recherche Femmes-Sahel. (1991). *Les savoirs des femmes au Sahel: vers une revalorisation des compétences locales*. Québec: Centre Sahel, Université Laval.
- Plaza, O., & Stromquist, N. P. (2006). Consequences of Structural Adjustment on economic and Social Domains: Two Decades in the Life of Peru. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 606, 95–115.
- PNUD. (2011). Pérou. Profil de pays: Indicateurs de développement humain. *PNUD*. Page consultée le 16 octobre 2012, au <http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/PER.html>
- PNUD. (2012). Promueven reducción de la pobreza mediante el acceso de energía. *PNUD Peru*. Page consultée le 16 octobre 2012, au [http://www.pnud.org.pe/fmNewsDetails.aspx?Cod\\_Noticia=2322](http://www.pnud.org.pe/fmNewsDetails.aspx?Cod_Noticia=2322)
- Pozo, J. del. (2004). *Histoire de l'Amérique latine et des Caraïbes : de 1825 à nos jours*. Sillery, Québec: Septentrion.
- Proyecto Ley N°2053/2007-CR. (2011). Perú. Ley de la Medicina Tradicional y de sus agentes. , Pub. L. No. Dictamen N° 20-2010-2011-CSPFPD-CR.
- Prüss-Üstün, A., & Corvalán, C. (2006). *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Quispe Acuta, A. F. (2006). *Diagnóstico local participativo del consumo de drogas en el distrito de Comas 2006* (p. 78). Lima, Perú: Municipalidad Distrital de Comas. Page consultée le 3 novembre 2013, au [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/PDF/diagnosticofinal/Diagnostico\\_Final\\_Comas.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/diagnosticofinal/Diagnostico_Final_Comas.pdf)
- Ramirez, R. R. et al. (2008). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perfil Sociodemográfico de la Provincia de Lima* (p. 527). Lima, Peru: INEI.

- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121–148.
- Riofrío, G. (2004). Pobreza y desarrollo urbano en el Perú. *Perú Hoy - DESCO*, No. 6, 73–111.
- Rivera, I. (2011). ¿Puede el Perú llegar a ser desarrollado en una generación? Oportunidades y obstáculos para lograrlo. *Economía*, XXXIV(67), 163–200.
- Rochon, J. (2009). Présentation. Dans A.-P. Constandriopoulos (édit.) *Santé et citoyenneté : Les expériences du Brésil et du Québec* (pp. 11–18). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Romedor, J.-M. (1989). *Les groupes d'entraide et la santé: nouvelles solidarités*. Ottawa: Conseil canadien de développement social.
- Roy, S. N. (2010). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (édit.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (5e éd., pp. 199–225). Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Rubin, H. J., Rubin, I. (1992). *Community organizing and development* (2e éd.). New York : Toronto : New York: Macmillan ; Maxwell Macmillan Canada ; Maxwell Macmillan International.
- Ruiz, H. L. (2012). *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009* (p. 84). Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Savoie-Zajc, L. (2010). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (édit.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (5e éd., pp. 337–360). Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Schnapper, D. (2003). L'analyse typologique. Dans S. Moscovici & F. Buschini (édit.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 297–314). Paris: Presses universitaires de France.
- SENAJU. (2013). Los jóvenes avanzando contra la pobreza. Page consultée le 25 septembre 2013, au <http://www.snj.gob.pe/ustedes/pobrezajuvenil.html>
- Shipkovenska, E., & Lyubomirova, K. (2007). Preventive Health Care and Disease Prevention. Dans D. Donev (édit.), *Health promotion and disease prevention a handbook for teachers, researchers, health professionals and decision makers* (pp. 354–361). Lage: Jacobs.
- Shragge, E. (2006). *Action communautaire : dérives et possibles*. Montréal: Éditions Écosociété.

- Sigerist, H. E. (1946). The Place of the Physician in Modern Society. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 90(4), 275–279.
- Sogge, D. (2003). *Les mirages de l'aide internationale: quand le calcul l'emporte sur la solidarité*. Montréal: Editions, Écosociété.
- St John, W., & Johnson, P. (2000). The Pros and Cons of Data Analysis Software for Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 393–397.
- Stachtchenko, S., & Jenicek, M. (1990). Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*, 81(1), 53–59.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Community health nursing in Canada* (2e éd.). Toronto: Mosby/Elsevier.
- Tácuñan Bonifacio, S. (2000). *Comas y su historia: un modelo de historia distrital*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú, Fondo Editorial.
- Tácuñan Bonifacio, S. (2012). *Collique: Historia de un pueblo solidario*. Lima: Fondo Editorial UCSS.
- Tengland, P.-A. (2010). Health Promotion or Disease Prevention: A Real Difference for Public Health Practice? *Health Care Anal*, 18, 203–221.
- Terris, M. (1975). The Contributions of Henry E. Sigerist to Health Service Organization. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(4), 489–530.
- Terris, M. (1991). The Health Situation in the Americas. *Journal of Public Health Policy*, 12(3), 362–377.
- Terris, M. (1992). Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. *Journal of Public Health Policy*, 13(3), 267–276.
- Thayer, C. (2003). Chapitre 2. Équité et planification: Quels enseignements en tirer pour les services de santé des pays intermédiaires? *Journal International de Bioéthique*, 14(1), 59–69.
- UN-Habitat. (2001). Peru. *UN-Habitat*. Page consultée 16 octobre 2012, au <http://www.unhabitat.org/categories.asp?catid=161>
- UNICEF. (2012). *Committing to child survival a promise renewed*. New York: United Nations.
- Valverde Garabán, C. (2013). *¡Nosotras teníamos derechos! Impacto de la labor de prevención en la vida y relaciones de las promotoras* (p. 81). Lima: CENDIPP.

- Veltmeyer, H., & Petras. (2010). Social Structure and Change in Latin America. Dans J. K. Black (édit.), *Latin America. ; Its Problems and Promise - A Multidisciplinary Approach*. (5e éd.). Westview Press.
- Weaver, L., & Cousins, J. B. (2005). Unpacking the participatory process. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 1, 19–40.
- Weinthal, E., & Jones Luong, P. (2006). Combating the Resource Curse: An Alternative Solution to Managing Mineral Wealth. *Perspectives on Politics*, 4(1), 35–53.