

L'auxiliaire volontaire de santé Application à l'Altiplano péruvien des nouveaux concepts concernant les soins de santé primaires des collectivités défavorisées

P. Gachoud^{1, 2}

L'Altiplano péruvien et ses habitants

Au sud de la Cordillère des Andes péruviennes, la région du lac Titicaca héberge un peuple qui vit dans des conditions minimales d'autosuffisance. 80 % de la population rurale est constituée par les Indiens Quetchuas, descendants des Incas. Les autres 20 % forment le groupe des métis, descendants des conquistadores espagnols, vivant dans le milieu urbain selon un modèle de culture et d'économie occidentale. Sur les steppes arides situées entre 3800 et 4500 mètres d'altitude ne pousse qu'une maigre herbe broutée par les lamas, alpagas et moutons. En parcourant les routes sinueuses de terre battue, on rencontre ça et là quelques maisons dispersées entre des villages distants de plusieurs dizaines de kilomètres. Les communautés indiennes ne sont reliées entre elles que par de petits sentiers, franchissables à pied ou à cheval. L'Indien, poursuivant ses habitudes ancestrales, cultivant une maigre parcelle de terre à laquelle il n'arrache que quelques pommes de terre amères, demeure en marge de l'économie de marché de notre civilisation transplantée sur le nouveau continent. Malgré les tentatives d'intégration à la vie économique du pays du gouvernement, l'indigène se trouve en conflit culturel permanent avec une civilisation technique qui lui est totalement étrangère. Malgré lui, l'Indien côtoie le commerçant, l'ingénieur et le médecin, qui lui ouvrent de nouvelles voies d'accès à un certain «progrès» tout en créant des besoins qui demandent à être satisfaits avec, pour conséquence, une situation de dépendance à l'égard de cette société industrielle en expansion.

La santé sur l'Altiplano

Les quatre principales villes du département de Puno possèdent leur hôpital avec l'infrastructure que nous connaissons, médecins, infirmières et autre personnel paramédical. Tous les médecins péruviens du département sont établis dans ces villes, qui comptent un cinquième de la population totale. La population urbaine, bien que minoritaire, profite donc à part entière et presque en monopole des services de santé existants.

Le Dr Gachoud a travaillé de 1975 à 1977 comme responsable du Centre de santé de Macusani, dans le département de Puno, au Pérou. Il est actuellement à l'Hôpital cantonal de Fribourg, CH-1700 Fribourg.

² Le sujet de cette contribution est traité, de façon beaucoup plus détaillée dans la thèse de doctorat du Dr Gachoud, présentée à la Faculté de médecine de Genève, Institut de médecine sociale et préventive (voir «Nouveaux livres» ci-dessous).

Ce que l'OMS appelle l'Agent de santé communautaire (Primary Health Worker) est certainement la «cheville ouvrière» indispensable pour faire parvenir aux populations pauvres de notre planète les bénéfices médico-sanitaires primordiaux, où la promotion de la santé tient une place importante. Cet article présente les grandes lignes d'une expérience réussie à cet égard, au Pérou.

Jusqu'à récemment, dans le milieu rural, les Indiens malades n'avaient que la possibilité de consulter le guérisseur local, le «curandero», qui a recours aux méthodes diagnostiques et thérapeutiques ancestrales, s'inspirant de pratiques avant tout «magiques». Le gouvernement péruvien avait pourtant construit, il y a quinze ans, quelques dispensaires périphériques afin d'assurer un minimum de soins aux populations rurales, mais ces centres de santé demeurèrent vides par l'absence de motivation du corps médical, préparé à une médecine hospitalière «sophistiquée». Trop rares étaient les médecins acceptant de travailler loin des centres, dans des conditions parfois difficiles, en ne se contentant que du salaire alloué par le Ministère de la santé. Les seuls postes périphériques étaient les postes sanitaires occupés par un auxiliaire salarié appelé «sanitario», trop souvent inefficace par indifférence, manque de moyens et manque de compétences (en raison d'une formation insuffisante). Ce «sanitario», métis, est surtout mal intégré à la population indigène à laquelle il n'appartient pas culturellement. L'indigène Quetchua, vivant dans un cadre climatique rigoureux, souvent dénutri, est confronté à des problèmes de santé primordiaux. La mortalité infantile atteint des proportions effarantes: la moitié des enfants mourront avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans. Les maladies infectieuses représentent la majorité des causes de décès (voir *tabl. 1*). L'analyse de la morbidité révèle que les patients consultent aussi avant tout pour des maladies infectieuses (*tabl. 2*). Parmi les affections chroniques, la tuberculose constitue un véritable fléau, atteignant près de 2 % de la population active selon les régions considérées.

Les premiers auxiliaires de santé («promoteurs de santé») et le cheminement vers le programme actuel
Il y a plusieurs dizaines d'années, l'idée de faire participer la communauté à une action sanitaire avait déjà

Tableau 1. Principales causes de décès – Département de Puno, 1973 (Statistiques du Ministère de la santé)

Affections respiratoires aiguës	45,7 %
Dysenteries	13,6 %
Tuberculose	5,6 %
Affections circulatoires	3,9 %
Accidents et violence	3 %
Coqueluche	2,6 %
Complications de la grossesse et de l'accouchement	2,1 %
Autres	23,5 %

Tableau 2. Répartition (%) de la morbidité par maladies infectieuses – Département de Puno, 1973 (Statistiques du Ministère de la santé)

Dysenteries	30,6 %
Influenza	30,5 %
Rougeole	6,6 %
Tbc pulmonaire	5,9 %
Coqueluche	3,2 %
Rubéole	2,5 %
Salmonelloses (autres que typhoïde)	2,2 %
Typhoïde	1,7 %
Autres	16,8 %

été appliquée par des médecins péruviens. Des promoteurs de santé indigènes (promoteurs de salud), volontaires et choisis par les communautés elles-mêmes, avaient suivi un cours de formation sanitaire rapide, puis essayèrent d'inculquer à leurs frères de race des éléments d'hygiène et de prévention. En fait, trois tentatives successives de mettre en pratique ces principes échouèrent, pour deux raisons fondamentales:

- Ne dispensant aucun soin de type curatif, ils perdirent crédit auprès de leurs collectivités respectives, qui demandaient le soulagement des divers maux dont les habitants souffraient. L'expérience a bien montré que, dans les pays du tiers monde, la prévention n'est acceptée qu'après démonstration d'une efficacité réelle de la médecine dans les situations pratiques. Concrètement, un médecin travaillant dans les pays en voie de développement ne pourra faire participer la population à une action préventive que dans la mesure où il aura démontré son «pouvoir» face à la maladie.
- Les programmes initiés pour ces premiers promoteurs de santé n'avaient porté aucun accent sur leur supervision et surtout sur leur recyclage constant. L'échec s'ensuivit, avec pour conséquence une perte de confiance des autorités sanitaires péruviennes en toute tentative de former des volontaires indigènes.

En 1971 arrivait sur l'Altiplano un groupe de médecins suisses, qui s'offrirent à diriger deux dispensaires du département de Puno. Plus tard, d'autres confrères suisses les rejoignirent, pour former une véritable association de cinq membres. Grâce à l'appui d'un médecin péruvien, chef d'un hôpital de zone, ils commencèrent à former de jeunes volontaires indigènes dans chaque communauté, leur apprenant à soigner les maladies courantes et à pratiquer des injections, en

particulier chez les nombreux tuberculeux qui souffraient d'un mal réputé inguérissable. Leur entreprise permit d'obtenir rapidement des résultats positifs, à la satisfaction de la population campagnarde qui, enfin, disposait de quelqu'un qui s'occupait des malades. Ces promoteurs de santé devinrent bientôt, sous les auspices du Ministère de la santé péruvien, les auxiliaires volontaires de santé.

Qui sont les auxiliaires volontaires de santé?

Chaque collectivité désirant améliorer ses conditions de santé a la possibilité de nommer un candidat à la fonction d'auxiliaire de santé, qui doit satisfaire aux exigences préalables suivantes:

- sexe masculin, âge compris entre 20 et 30 ans, de préférence marié et ayant accompli son service militaire
- savoir lire et écrire, parler l'espagnol en plus de la langue indienne
- être originaire de la communauté, y habiter de façon stable et permanente
- être disposé à rendre service à tous les membres de sa communauté de manière volontaire et s'engager à suivre la formation que lui donnera le médecin de sa circonscription

La formation de l'auxiliaire

Une fois choisi, l'auxiliaire suit un premier cours de base – d'une durée de deux à trois semaines – donné par le médecin du centre de santé. Il y reçoit les principes élémentaires d'anatomie, physiologie et pathologie simplifiée. On lui apprend à reconnaître les signes des maladies courantes de la région, tels que fièvre, anorexie, toux, hémoptysie, etc. En se référant aux tabl. 1 et 2, on remarquera que 90 % des affections courantes sont «classables» en quelque dix maladies dont les symptômes peuvent être reconnus par nos auxiliaires. La fièvre élevée est assimilée à un signe d'infection qu'il s'agira de localiser; si le patient souffre d'un mal de gorge avec rougeur pharyngée, le diagnostic posé est celui d'angine tandis qu'une toux soudaine, hémoptoïque, accompagnée de baisse de l'état général, anorexie, tachycardie et douleur thoracique est reconnue comme pneumonie. L'auxiliaire apprend à traiter les grands syndromes selon des schémas présentés au cours théorique. La formation pratique est d'importance capitale, illustrée par les démonstrations du médecin au centre de santé. Le promoteur apprend la technique des injections, la façon d'administrer un médicament, la désinfection et le traitement des plaies, l'immobilisation d'un membre fracturé, etc.

Toutes les connaissances de base sont résumées dans un manuel fourni depuis peu par le Ministère de la santé. Cet aide-mémoire sert de référence à notre «infirmier» et répond aux questions courantes ayant trait à la pathologie locale, y compris la façon de traiter les maladies considérées, avec à l'appui une liste des médicaments de base, leurs indications et contre-indications, leur posologie.

Les moyens de travail et les tâches de l'auxiliaire

A la fin du premier cours, l'auxiliaire reçoit, selon le degré de ses connaissances testées par le médecin, quelques médicaments de base tels qu'analgésiques, antitussifs et antidiarrhéiques. A mesure que le promoteur de santé acquiert de nouvelles connaissances, son éventail thérapeutique est élargi; on lui confiera alors des antibiotiques, des médications injectables, voire des utérotoniques. Les médicaments sont achetés au médecin du centre de santé à un prix modéré, la plupart du temps en mesure d'être assumé par le malade ou par la communauté. En outre, l'auxiliaire reçoit un thermomètre, des seringues et aiguilles, un matériel de stérilisation, des bandes, de la gaze, du désinfectant (qui seront fournis à l'avenir par l'UNICEF).

Dans le domaine des maladies chroniques, en particulier la tuberculose, l'auxiliaire de santé s'est avéré d'une efficacité remarquable. Par le porte-à-porte, il recherche les cas suspects, connaissant le plus souvent le toussEUR chronique, le membre de sa communauté que chacun sait invalide. Il achemine les échantillons de sputa vers le centre de santé, afin qu'ils soient analysés au microscope. La proportion de cas positifs à la bacilloscopie (Ziehl-Nielsen) est impressionnante; aussitôt, le médecin du centre fournit les antituberculeux (gratuits dans le pays) nécessaires au traitement pris en charge par l'auxiliaire. Les cas difficiles sont adressés par l'auxiliaire au centre de santé.

Après avoir montré à son entourage qu'il soulage effectivement les maux de sa communauté, l'indigène

volontaire de santé peut entreprendre sa tâche préventive. Il enseigne à la collectivité les principes d'hygiène élémentaire, de nutrition correcte, d'un planning familial si souhaitable pour des familles qui «subissent» une nouvelle naissance tous les deux ans.

Un comité de santé de communauté appuie les actions de son auxiliaire, y participe activement, cherchant à résoudre divers problèmes (achat et fourniture de médicaments, paiement du traitement de patients indigents, entretien et dédommagement de l'auxiliaire, etc.). Au besoin, le comité de santé peut destituer de sa fonction le promoteur malveillant et en désigner un autre.

Premiers résultats et appréciation

Ces quelques années d'expérience ont renforcé toujours davantage la certitude de l'efficacité réelle de ces auxiliaires de santé. Grâce à eux, il a été possible de traiter les tuberculeux disséminés sur un territoire immense, impossible à parcourir par les médecins; les communautés même très retirées ont reçu les vaccinations nécessaires à abaisser le taux des maladies infectieuses visées. Il a été démontré par exemple, dans le cas du Pérou, que les collectivités où la vaccination systématique des enfants contre la coqueluche a été pratiquée n'étaient presque plus affectées par cette maladie, qui ailleurs fait chaque année des ravages impressionnants chez les nourrissons. Les auxiliaires qui travaillent depuis quatre ans sont devenus véritablement «les médecins» de leur communauté. Le Ministère de la santé, convaincu par les médecins



Fig. 1. Grâce aux soins efficaces qu'il prodigue, l'auxiliaire volontaire de santé est devenu le «médecin» de sa communauté.

suisses de la région, l'OMS et l'UNICEF, les a reconnus en 1976 comme employés volontaires du gouvernement, introduisant un programme précis de formation, supervision et recyclage, soutenu par les organisations internationales susmentionnées.

Dans les pays en voie de développement, la prestation à l'ensemble de la population de soins de santé primaires, tels qu'ils sont définis et vigoureusement encouragés par l'OMS et l'UNICEF, ne peut être réalisée que par la formation et la mise en œuvre de travailleurs sanitaires comme les auxiliaires volontaires de santé décrits ici. Les faibles ressources financières de ces pays ne permettent pas actuellement l'application de nos solutions à leurs problèmes sanitaires. L'unique alternative consiste bien en une prise en charge par la population de sa propre destinée, en particulier face à la maladie et pour la santé, avec des moyens simples, bon marché, efficaces. Les auxiliaires volontaires de l'Altiplano péruvien représentent sans doute, avec leurs homologues d'autres pays et continents, les pierres d'angle de l'édifice que veulent échauffer les artisans du concept de soins de santé primaires.

Résumé

Un groupe de médecins suisses, travaillant dans des dispensaires ruraux des hauts plateaux des Andes péruviennes depuis environ huit ans, s'est attaché à former des auxiliaires volontaires de santé, désignés par les communautés indigènes. L'expérience a montré qu'il était ainsi possible, comme dans d'autres pays, d'améliorer les conditions de santé de ces collectivités ne disposant que de faibles ressources. L'efficacité de ces auxiliaires a été reconnue par le Ministère de la santé péruvien, qui a mis sur pied un programme de formation et de supervision. Le concept de soins de santé primaires, basé sur la participation des individus à la gestion de leur santé, place l'auxiliaire volontaire de santé dans une position stratégique et décisive quant à la réussite d'une action qui s'étend actuellement à beaucoup de pays du tiers monde.

(Voir aussi l'article de *Cadotsch* dans le même numéro.)

Summary

Voluntary Health Auxiliaries

Application of new concepts on the Altiplano (Peru)

A group of Swiss physicians, who have been working for about eight years in rural health posts of the Peruvian highlands (Altiplano), engaged in training voluntary health auxiliaries, chosen by the indi-

genous communities. Experience has shown that, as in other countries, it is thus possible to markedly improve the health of populations which badly lack resources. The efficacy of using such auxiliaries was recognized by the Peruvian Ministry of Health, which has now set up a programme for their training and supervision. Within the concept of primary health care, based on the participation of people to the management of their health, the voluntary health auxiliary is placed in a strategic and decisive position for the success of an enterprise which is now spreading to many countries of the third world.

(See also the article by *Cadotsch*, in the same issue.)

Zusammenfassung

Freiwillige Gesundheitshilfe

Anwendung neuer Konzepte der Gesundheitsversorgung in Peru

Eine Gruppe von Schweizer Ärzten, welche in den Hochebenen der peruanischen Anden arbeitete, bildete in den letzten Jahren freiwillige Helfer zu Samaritern aus. Die Helfer werden von der Bevölkerung selber bestimmt. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass es so wie in andern Ländern möglich ist, die Gesundheitsversorgung trotz bescheidenen Mitteln zu verbessern. Das peruanische Gesundheitsministerium, das die Wirksamkeit dieser einfachen Hilfe bereits anerkannt hat, übernahm die Planung und Überwachung des Programms. Sicher wird sich diese Art der Gesundheitsversorgung auch in andern Ländern der dritten Welt bewähren.

(Cf. auch den Artikel von *Cadotsch* in diesem Heft.)

Bibliographie

- [1] *Cadotsch, A.*, Entwicklungszusammenarbeit im Aufbau eines Basisgesundheitsdienstes, *Acta tropica* 34, 189–203 (1977).
- [2] *Gachoud, P.*, Le promoteur de santé, médecin aux pieds nus de la Cordillère des Andes, *Rev. méd. Suisse rom.* 97, 361–364 (1977).
- [3] Institut universitaire d'études du développement, espace latino-américain, 1974–1977, Les conditions d'un développement harmonisé des populations du lac Titicaca, Genève, septembre 1977.
- [4] *Martin, J.*, Les besoins médico-sanitaires des pays en voie de développement, *Bulletin des médecins suisses* 43, 1655–1660 (1974).
- [5] Ministerio de Salud, Puno, Plan de Salud 1975–1978, Puno, Ministerio de Salud, 1975.
- [6] Organisation mondiale de la santé, Participation et santé, Genève, OMS, 1975.
- [7] Organisation mondiale de la santé, L'agent de santé communautaire – Guide d'action, guide de formation, guide d'adaptation, Genève, OMS, 1977.
- [8] Organisation mondiale de la santé, Santé du monde, Genève, OMS, novembre 1977.
- [9] *Zehnder, E.*, Möglichkeiten medizinischer Arbeit auf dem Peruanischen Altiplano, *Praxis* 62, 43, 1302–1304 (1973).