

Rapport de stage
D'immersion en communauté
À Cochabamba

Thématique du VIH/SIDA

2009

Fabien Masse
Jean-Marc Schwob
Armand Tanner

Instituto para
el Desarrollo Humano
Cochabamba, Bolivia



www.idhbolivia.org

Table des matières

| | |
|---|----|
| <u>Introduction</u> | 3 |
| <u>Contexte épidémiologique</u> | 6 |
| Importance du VIH/SIDA en terme de prévalence/incidence/morbidité/mortalité | |
| Facteurs de risques associés au VIH/SIDA | |
| <u>Dimension communautaire</u> | 9 |
| Coûts économiques associés et répercussions sur les individus | |
| Dimensions sociales, droits humains fondamentaux et enjeux éthiques du VIH/SIDA | |
| <u>La Bolivie face au VIH/SIDA</u> | 17 |
| La place des professionnels de santé et de la communauté dans la lutte contre le VIH/SIDA et critique du système socio sanitaire bolivien face à la problématique du VIH/SIDA | |
| Les différents moyens de prévention et de promotion de la santé en rapport au VIH/SIDA | |
| <u>Remerciements</u> | 23 |
| <u>Références</u> | 24 |

Introduction :

C'est au sein de l'association IDH (instituto para el desarrollo humano), qui n'est autre que l'institut pour le développement humain en Bolivie, que nous avons eu l'opportunité d'effectuer notre stage d'immersion en communauté à l'étranger. Cette ONG est basée à Cochabamba, la troisième ville de Bolivie.



La Bolivie est un des pays les plus pauvres d'Amérique Latine, où le fossé entre les classes grandit de jour en jour, où l'économie y est très fragile et instable et qui de surcroît est entachée par la corruption d'un gouvernement plutôt inefficace. C'est pour cela que l'IDH se donne la responsabilité de réaliser des activités et de mettre en place des programmes destinés à promouvoir l'amélioration des conditions de vie de la population bolivienne en général, et ce depuis janvier 1997. Jusqu'à présent, cette organisation privée à but non lucratif s'est focalisée sur la problématique grandissante de l'épidémie de VIH/SIDA touchant cette nation, et c'est en comptant sur la présence d'un personnel professionnel, compétant et engagé qu'elle a pu développer un système visant à influencer la politique gouvernementale à modifier des lois, à améliorer la prise en charge des victimes de cette maladie, à s'occuper directement de ces personnes et surtout à faire une meilleure prévention à toutes les populations et organismes concernés de ce pays. Une des questions que l'on pourrait se poser est: pourquoi s'investir autant sur ce sujet dans un pays qui présente un nombre de cas presque équivalent à celui de la Suisse? L'importance d'agir très rapidement et de mettre de nombreux moyens en place, vient d'abord du fait que contrairement au pays dans lequel nous vivons, le nombre de cas d'infection augmente de façon très inquiétante et que la situation autant politique qu'économique, sociale ou encore géographique en Bolivie, empêche un recensement représentatif du nombre de cas réels présents dans le pays, qui a été jugé comme largement sous évalué par l'OMS.



C'est évidemment la dimension communautaire très développée de cette association qui a attiré notre regard. Comment prendre mieux conscience de ce que signifie et représente la médecine communautaire, qu'en s'immergeant dans une organisation de ce type et surtout en se rendant dans un pays dont les ressources économiques sont limitées, où les moyens les plus simples, comme la prévention et l'information à la population, sont les plus indispensables et les plus efficaces dans le cadre de la promotion de la santé?

Durant notre stage, nous avons principalement concentré nos efforts et notre attention sur l'observation. Nous avons en effet eu la chance de pouvoir disposer de notre temps pour découvrir et comprendre les fonctionnements d'une telle organisation. Nous avons évidemment pu enrichir nos connaissances en suivant et en appuyant les différents groupes d'intervention au long de leurs activités. Nous avons tenté de nous rendre plus actifs au fil des expériences, surtout dans les interventions du groupe de Prévention, ce qui petit à petit a fait naître en nous un sentiment d'appartenance et d'investissement, qui sonne évidemment comme une réelle motivation pour ce domaine.

Sur ce plan, il faut tout de même noter la frustration ressentie face à l'obstacle de la langue: nous avons pu remarquer à quel point il est indispensable de maîtriser le langage de la population cible lorsqu'il est question de transmettre des informations importantes et parfois délicates. Des lacunes de vocabulaire peuvent par exemple engendrer un manque de tact qui se montre parfois susceptible de choquer ou d'offenser et donc de fermer ces personnes à la réception de ces informations, ce qui a pour finalité de rendre ce travail inefficace voir même contreproductif. Un autre exemple, cette fois plus proche de notre quotidien, serait celui de la prévention auprès des jeunes: le but étant toujours de donner des informations qui restent en mémoire le plus longtemps possible et dans cette optique, il faut être capable de trouver les moyens d'attirer et de maintenir leur attention, ce qui n'est pas chose facile lorsque la langue n'est pas maîtrisée et que l'on est face à des classes de jeunes qui tentent, par principe, de défier l'autorité enseignante. Heureusement, nous avons pu voir cette barrière s'effacer au fil du temps, grâce à la pratique et à la confiance acquise au travers de moments d'échanges et de partage, d'abord avec les personnes de l'équipe et ensuite avec les élèves, étudiants et autres cibles du programme. Un bon exemple que nous avons vécu avec fierté est celui de notre participation à une exposition d'une semaine sur le thème de la sexualité destinée aux classes d'écoles de la ville, où nous avons dû enseigner, expliquer, et vérifier ces notions au travers de différents postes de jeux et concours.



Au travers de toutes ces expériences, nous avons donc pu prendre conscience de l'importance absolue du langage dans l'efficacité des professions de la santé et tout particulièrement dans le domaine de la santé publique. Comment faire passer un message ou faire de la prévention auprès de la population si nous n'avons pas les moyens de communiquer et donc de se faire comprendre?

Considérant l'importance de la linguistique, nous pensons finalement qu'un stage à l'étranger est plus qu'indispensable et qu'en conséquence, il devrait apparaître comme obligatoire dans le cursus des études médicales.

Bref, durant ce stage nous avons appris de nombreuses choses, touchant à des sujets très variés, et venant s'ajouter à tout cela, il aurait été évidemment très difficile de passer à côté de connaissances détaillées du sujet du VIH/SIDA. C'est pour cela que nous avons choisi de traiter ce thème comme sujet principal dans ce rapport.

1. Contexte épidémiologique

a. Importance du VIH/SIDA en terme de prévalence/ incidence/morbidité/mortalité

Afin de pouvoir donner une idée du contexte épidémiologique du VIH en Bolivie, il faut tout d'abord faire un bref historique de la situation politico-économique du pays.

Depuis la conquête de la Bolivie par les conquistadores, les populations indigènes, bien que majoritaires, n'ont, jusqu'il y a peu, quasiment jamais eu accès au pouvoir, aux richesses, et donc à l'éducation et la santé.

Les 10% de la population d'origine européenne s'accaparant l'essentiel des ressources de la nation.

Passée la réforme agraire de 1953 qui fit quitter le moyen âge au pays, le jeu politique des cinquante dernières années a consisté en une succession de coups d'états et de dictatures, chacun tentant de tirer un maximum de bénéfices personnels de l'exercice du pouvoir. Avec par exemple la permission d'exploiter des hydrocarbures donnée à des multinationales à des niveaux de taxation de l'ordre de 6 fois inférieur à ce que fait la Norvège...

Il va de soit, dès lors, que la priorité du gouvernement ne fut jamais d'investir de façon conséquente en faveur d'une population qu'il ne représentait pas. Ce qui se reflète par une différence d'espérance de vie flagrante entre la Bolivie, 66 ans et bonne dernière de toute l'Amérique, et d'autres pays comparables de la région tels l'Equateur – 75 ans-, le Pérou ou la Paraguay -72 ans les deux -.

Cette différence s'explique entre autres par un nombre de lits d'hôpitaux pour 1000 habitants par deux fois inférieur aux pays précités – 0.69/1000 – ; par les ressources allouées, donc les dépenses dans la santé par habitant : là encore la Bolivie est à la traîne puisqu'avec 204 US\$/hab/an en 2006, elle est avant dernière du continent et largement distancée.

L'accès aux soins de la population rurale, 35.5% des habitants du pays, vivant le plus souvent à plusieurs heures voire plusieurs jours de marche ou de piste d'une infrastructure médicale digne de ce nom, complique le problème.

La formation du corps médical peut également représenter un problème.

En théorie, des progrès significatifs ont été réalisés ces dernières années avec l'inscription dans la constitution du droit à l'accès gratuit aux soins sous l'investiture du premier président indigène depuis 180 ans, Evo Morales. Cependant, cette mesure semble d'avantage être une des nombreuses annonces démagogiques du président et de son parti qu'une réelle avancée dans la santé du pays, puisqu'aucun acte concret dans les hôpitaux publics n'a suivi ces déclarations. Il est du reste possible de constater le chantage à la vie effectué un peu partout tel que pour ce jeune homme issu des quartiers pauvres de la Paz, dans le coma suite à une méningite, dont les soins aux SI (donc la vie) étaient quotidiennement suspendu aux 200US\$ rackettés auprès de la famille – le salaire moyen

mensuel étant de 100US\$ -... Même dans les situations d'urgence, la règle générale pour le peuple est « pas d'argent, pas de soins ».

La Bolivie, à l'image de tous les autres pays du monde, n'a pas été épargnée par la première avancée du VIH. C'est ainsi que le premier cas officiellement recensé a été diagnostiqué en 1984 déjà, dans la ville de Santa Cruz.

Pourtant, contrairement à de nombreux états du tiers monde, la progression du virus est restée relativement faible jusqu'au premier tiers des années 2000, d'après les statistiques du gouvernement tout comme celles de l'ONU. Et si le pays connaît une poussée de cas ces dernières années, avec 3'588 cas recensés de 1984 à septembre 2008, le niveau demeure bien en dessous de la plupart des pays d'Amérique latine. ONUSIDA estime que le nombre de cas réel doit plutôt se situer au-delà des 10'000.

Les chiffres de l'état sont sous estimés car la formation des médecins, les ressources allouées et accès aux soins font que bon nombre de cas sont ignorés. Malgré cela, en prenant les chiffres de l'ONU, la prévalence du virus ne dépasse pas les 0.1%, quatre fois moins qu'en Suisse.

Malheureusement, l'épidémie a récemment franchi une nouvelle étape dans sa propagation, passant de naissante à concentrée.

Les résultats des dernières études permettent de tirer ces conclusions alarmistes. En effet, dans les deux plus grandes villes du pays, Santa Cruz et La Paz, la prévalence du VIH au sein des groupes homosexuels investigués a atteint 21.8%, respectivement 14.5%. Pour donner du poids à ces résultats, des études ont été faites dans diverses maternités du pays, lesquelles ont donné pour résultat un chiffre inquiétant de 1% des femmes testées séropositives.

Plus de la moitié des personnes touchées par la maladie en Bolivie, le sont à Santa Cruz - 55% -, qui est aussi de loin la ville la plus riche du pays. Ceci pourrait induire un biais, dans la mesure où le coût du test demeure un obstacle à sa réalisation systématique dans les situations dans lesquelles il serait recommandé. Cochabamba et La Paz recensent elles, trente-trois autres pourcents. En se basant là-dessus, on peut dire que jusqu'à présent, le HIV est un phénomène urbain.

Sur les personnes atteintes, deux tiers sont des hommes et un tiers des femmes. Conformément à ce que l'on pouvait s'y attendre, c'est la tranche d'âge sexuellement la plus active, celle des 15 à 44 ans, qui recueille 83% des cas. Le fait que ce soit cette part de la population la plus touchée est d'autant plus logique qu'en Bolivie, tout comme dans la quasi-totalité des autres états au monde, plus de 90% de la transmission se fait par voie sexuelle. 2% s'effectue par voie périnatale.

La patrie des Quechua et des Aymara ne pouvant s'offrir qu'épisodiquement le luxe de tester les poches de sang destinées à la transfusion – seules 30% le sont – 1% des personnes contaminées l'ont été par voie sanguine. Quand on connaît la progression de l'épidémie, cela ne peut qu'augurer de sombres perspectives...

b. Facteurs de risques associés au VIH/SIDA

Les facteurs de risque diffèrent peu suivant les pays et sont relativement facilement identifiables. Particulièrement ciblés par l'IDH, l'alcool et le « machisme » en sont deux des plus éminents.

L'alcoolisme représente en effet un problème de société majeur en Bolivie, tout comme dans le reste de l'Amérique andine. Traditionnellement, la consommation d'alcool, telle

la « Chicha », est associé à la célébration des divinités locales et date d'avant la conquête espagnole. *Dans ce contexte cérémoniel, la consommation d'alcool ne renvoie pas à une forme d'autodépendance et d'autodestruction, mais constitue plutôt un outil de socialisation et de communication avec l'au-delà...*-(Saignes, 1992)

Au-delà de l'aspect religieux, l'alcool est également largement reconnu et accepté dans son rôle de facilitateur social, comme étant une part non négligeable du mode de vie andin, même en dehors des fêtes religieuses et civiques.

La définition de l'homme macho en version andine est également un facteur de risque, ce d'autant plus que le rôle est non seulement une tradition, mais qu'il est en plus admis et accepté par la gente féminine.

Globalement, le « macho » consiste, même au sein du mariage, à accumuler les conquêtes féminines et si possible à procréer avec plusieurs d'entre elles, ce qui ne fera que rendre la mère du mâle d'autant plus fière de son fils. Accessoirement, un bon macho se doit d'accumuler quelques vices tels que boire de l'alcool, fumer et fréquenter des prostituées.

Le troisième facteur de risque très important réside dans l'éducation, axe prioritaire de prévention de l' « Instituto para el Desarrollo Humano ». Une majorité de la population du pays n'a qu'un accès limité à l'information sur le virus et les possibilités de protection. En ce domaine la ville de Cochabamba fait figure à part. Grâce au travail exceptionnel fourni par cette association depuis plus de 10 ans, plus de 1'100 professeurs provenant de 585 lycées et collèges et 1'000'000 personnes ont pu avoir accès à cette information au travers d'exposition, de pièces de théâtre, d'interventions télévisuelles, de présentations dans les classes, etc....

La population urbaine bénéficie d'une meilleure éducation et jouit d'un mode de vie plus moderne et moins traditionnel que le monde rural. L'espoir de pouvoir quitter la misère pousse chaque jour des milliers de « campesinos » sur les routes en direction des villes, où ils s'amoncelleront dans les quartiers pauvres en périphérie tout conservant leur mode de fonctionnement traditionnel machiste sans éducation. Ils forment une population particulièrement vulnérable.



2. La Bolivie Face au VIH/SIDA

a. La place des professionnels de santé et de la communauté dans la lutte contre le VIH/SIDA et critiques du système socio sanitaire bolivien face à la problématique du VIH/SIDA

Les standards du système de santé bolivien sont très éloignés des européens. Cette différence réside en de nombreux points. Il s'agit essentiellement d'une question de modèle et de moyens.

Au-delà des clivages riches pauvres qui ont toujours existé, il faut voir le système actuel comme le résultat de la politique ultralibérale commencée par le dictateur Banzer au début des années quatre-vingt. Ce qui a eu pour conséquence un engagement étatique le plus minimaliste possible au cours des vingt années suivantes. D'après les chiffres de 2006 du ministère de la Santé et des Sports, 77% des boliviens auraient un accès nul ou limité au système de soins alors que l'OMS estime le chiffre à 20%.

De retour aux affaires en 1997 et probablement conscient des immenses inégalités de traitement du système socio-sanitaire, Banzer créa le poste presque Robin Woodesque du « Defensor del pueblo », dont le rôle est de faciliter l'accès des pauvres aux institutions et services sociaux ou sanitaires qu'ils se seraient vu injustement déniés. Cet homme est élu une fois tous les 5 ans. L'importance de ce personnage a pris peu à peu de l'importance pour les plus démunis. Il est le dernier recours possible.

A l'heure actuelle, le domaine de la santé fonctionne toujours selon un modèle très libéral sans implication réelle de l'état, un peu à l'image de ce qui se fait aux Etats-Unis.

Les assurances sont du domaine privé et public, il n'y a pas de couverture maladie obligatoire. Le coût de la prime mensuelle variant entre 20 et 80 US\$, place de toute façon les assurances maladie hors de portée d'une partie des bourses, le revenu mensuel moyen étant, rappelons-le, aux alentours des 100 US\$.

Toutefois, la prise en charge des enfants de moins de 5 ans est gratuite tout comme, en principe, des femmes dans tout ce qui entoure la natalité et jusqu'à six mois post partum. Théoriquement, les personnes de plus de 60 ans, de même que toute personne touchée par la tuberculose, le chagas ou la malaria sont également concernées.

Grace au combat politique et à la pression qu'ont exercé sans relâche les associations, tout particulièrement IDH, le VIH/SIDA a été inclus à son tour dans les maladies à traiter gratuitement. Il est cependant très difficile de trouver une règle générale appliquée dans la pratique.

Plusieurs obstacles limitent largement le bon fonctionnement du système. Il s'agit tout d'abord d'un déficit organisationnel. L'Etat, la région ainsi que la commune sont supposés participer chacun, à des degrés divers, au financement des infrastructures de santé, notamment hospitalières. Dans la pratique, chaque échelon de gouvernance reproche à l'autre de ne pas remplir ses engagements et se sert de ce prétexte pour n'honorer que partiellement les siens, ce qui, malgré une volonté politique clairement affichée, ralenti considérablement les projets.

Un autre problème cruellement ressenti en Bolivie est celui du financement. Bien que le pays ait fortement accru ses recettes ces dernières années, son budget total avoisine à

peine les 4 milliard US\$. Une politique poussée d'investissements se justifie afin de permettre enfin un développement digne de ce nom, ce qui n'autorise que peu de folie, des choix quant aux priorités s'imposent.

L'hôpital Universitaire Viedma de Cochabamba nous a offert une illustration du fonctionnement de la santé. Le parcours d'une personne privée de couverture médicale peut s'avérer délicat.

En premier lieu, pour qui souhaite une consultation, il s'agit d'arriver tôt à l'hôpital, aux aurores pour les premiers. Ensuite il faut faire la queue, acheter un dossier pour 3 US\$, le remplir, ce qui donne droit à la consultation. Plusieurs heures sont souvent nécessaires avant de pouvoir voir le médecin. Lequel va procéder à des examens basiques puis probablement prescrire des examens ou des traitements plus poussés. Fin de la consultation.

Le patient ensuite va voir le travailleur social de l'hôpital afin de discuter des coûts à venir. En fonction des moyens du patient, une ristourne généralement importante lui sera proposée. Si le prix proposé demeure trop élevé pour son budget, son ultime possibilité de recours sera auprès du « Defensor del pueblo », le défenseur du peuple et avocat chargé de défendre les droits des plus démunis, qui pourra statuer et aura le pouvoir d'offrir la gratuité de ces services. Le gros problème étant le temps que demande ce genre de recours. Souvent, dans le domaine médical, si une intervention est jugée utile, il est préférable de la réaliser au plus tôt. Dans des situations d'urgences, les gens n'ont parfois d'autre choix que de payer la prestation plein prix s'ils souhaitent vivre.

La majeure partie de l'hôpital Viedma est très moderne et a été construite dernièrement. Pour la plus grande fierté des cochabambinos, la première greffe de rein de l'agglomération de deux millions d'habitants s'y est réalisée en mai dernier. Il manque cependant d'argent pour y engager un nombre adéquat de médecins et de personnel hospitalier afin que l'établissement puisse exprimer son plein potentiel.

Et si la quasi-totalité de l'hôpital est flambant neuve, la zone dévolue aux personnes sidéennes, le pavillon des maladies infectieuses, est indigne du squat le plus miteux de la région genevoise.

Le pavillon, vieille bâtisse d'une centaine d'années, n'a jamais été rénovée au cours de son histoire. Les murs sont sales et décrépis, les portes des chambres ne ferment pas bien et sont faites de vieux bois fendu dont la peinture disperse ses écailles au gré du vent. Les lits sont petits et pouilleux, avec une literie sortie tout droit des années cinquante.

Mais le pire dans tout ça, c'est que les 24 lits disponibles pour plusieurs centaines de milliers de personnes sont repartis entre gens souffrants de toutes les maladies infectieuses se trouvant dans la région, le tout dans des conditions d'hygiène déplorables. La dizaine de sidéens du service qui sont passablement immunodéprimés, vu le nombre de places disponibles seuls les cas les plus critiques sont hospitalisés, se voient contraints de passer leurs journées en compagnie de plusieurs tuberculeux...

De nos jours, tout le domaine de la santé vit encore sous perfusion étrangère plus ou moins bien acceptée.

Sur place, un des groupes les plus actifs, mais également le plus contesté est USAID, 100 millions de US\$ ont été investis en Bolivie au cours de l'année 2008, dont environ 40% dans la santé et le social, le reste servant d'avantage à la défense d'intérêts économiques et à la surveillance du narcotrafic en plein boom grâce au soutien semi officiel du président Evo Morales – la production de coca a quadruplé depuis son élection, c'est-à-

dire en 4 ans et désormais les narcos ne se cachent plus –. C'est à cause de cet interventionnisme qu'USAID heurte la sensibilité de beaucoup de boliviens qui souhaitent les voir partir.

Cuba est également impliqué à large échelle dans la santé du pays puisqu'en 2007, 1700 de ses médecins travaillaient en Bolivie, essentiellement dans le milieu rural. Le savoir faire ainsi que leur savoir être est unanimement reconnu par la population comme supérieur aux médecins locaux. Ceux-ci protestent justement contre la présence de médecins étrangers qui leur voleraient des emplois, ce qui est assez loin d'être établi.

Un autre problème récurrent avec les médecins cubains est leur tendance à désertier, étourdis par cette liberté qu'ils n'avaient jusqu'à présent jamais connue.

Bien malgré elle, l'Argentine soutient également le domaine de la santé bolivienne. En effet, le système de santé argentin peut être comparé à l'espagnol, c'est-à-dire qu'il fournit des prestations de qualité absolument gratuites pour tous, même pour les étrangers et personnes ne payant aucun impôt dans le pays.

Bien qu'un accord ait été signé il n'y a pas si longtemps entre les deux pays pour la Bolivie s'occupe des gens établis sur son territoire, il va de soit que quiconque ayant le choix entre des services de qualité médiocre et payants ou bons et gratuits ne va pas hésiter très longuement. Rien qu'à l'hôpital San Vicente de Paul de Orán, un des 4 grands hôpitaux de Salta, ville de 500'000 habitants se trouvant au nord est de l'Argentine à 300 km de la frontière bolivienne, environ 3'000 boliviens y sont venu se faire soigner. Pour pouvoir imaginer l'ampleur du phénomène, il est utile de savoir que dans les 300 premiers kilomètres depuis la frontière se trouvent environ 50 à 80 autres établissements hospitaliers. Certes la plupart sont de taille inférieure à celui précité, toutefois il ne paraît pas exagéré d'affirmer que chaque année plusieurs dizaines de milliers de boliviens vont se faire soigner à l'œil en Argentine, avec tous les coûts que cela suppose pour la société gaucha.

Le parti au pouvoir, le MAS, qui se veut plus social, multiculturel, populaire, mais aussi populiste, s'est engagé dans une vaste réforme constitutionnelle qui a aboutit, en octobre 2008, à la nouvelle constitution. L'article 18, sur le système de santé, représente en théorie une avancée majeure.

Article 18.

I. Toute Personne a droit à la santé.

II. L'Etat garanti la prise en charge et l'accès à la santé à tous, sans aucune exclusion ni discrimination.

III. Le système unique de santé sera universel, gratuit, équitable, intraculturel, interculturel, participatif, doté de qualité, de chaleur (humaine ?) et de contrôle social. Le système se base sur les principes de solidarité, efficience et coresponsabilité et se développe par politiques publiques à tous les niveaux de gouvernance.

Il est malheureusement à craindre que, pour le moment en tout cas, cet article, tout comme d'autres larges parties de cette constitution, restent des vœux pieux. La Bolivie n'a simplement pas les moyens financiers pour le moment de mener à bien une réforme aussi fondamentale. Mais les éléments d'espoir sont là, le niveau moyen d'éducation a fortement progressé ces dernières années, la jeunesse possède désormais des qualifications, le peuple a des envies énormes de changement, de progression et surtout la nationalisation des ressources minières et pétrolifères devrait enfin permettre au pays de

prendre son destin en main! A moins que la corruption et l'incompétence ne viennent tout gâcher...

b. Les différents moyens de prévention et de promotion de la santé en rapport au VIH/SIDA

Ayant conscience du manque de moyens, d'intérêt et d'investissement de la part du gouvernement dans le domaine de la prévention et de la promotion autour du VIH/SIDA, l'IDH concentre la quasi totalité de ses efforts à ce niveau.

Nous avons eu l'occasion de travailler avec d'autres associations, par exemple lors d'une journée d'information dans une prison pour femme, mais nous allons ici parler principalement des actions de l'IDH qui apparaît comme l'association la plus importante couvrant le sujet à Cochabamba.

Avant toute chose, un bref résumé de la structure de l'association paraît ici indispensable. Tout d'abord, la structure institutionnelle implique trois niveaux : législatif, exécutif et opératif.

Lors de sa création, IDH s'est fixé trois axes de travail, l'écologie, les droits humains et la santé. A l'heure actuelle, seul le secteur de la Santé a pu être investigué de manière complète et efficace par la mise en place d'un « Programme Sidaction », cet aspect Santé étant évidemment tourné vers le VIH/SIDA.

Ce dernier est composé de quatre domaines qui représentent les différents moyens de prévention et de promotion de la santé centrés sur le VIH/SIDA, on y trouve la « Prevención », « Atención Integral en Salud », « Derechos Humanos » et « Incidencia Política ». Ces quatre sous-programmes incarnent les piliers de l'association, on peut tout d'abord y mentionner le sous-programme dit de « Prevención » (Prévention) qui se divise en « Prevención General » (Prévention Générale) proposant des activités dirigées vers la population générale (adolescents, militaire, entreprises, etc.) et en « Abriendo Puertas » (Ouvrant des Portes) visant les professeurs directement.



Ce domaine développe des processus d'information, de sensibilisation et de formation pour la prévention de base de l'épidémie. On parle ici de prévention dite « primaire » qui signifie: à l'attention des personnes non infectées par le virus. Les conditions qui rendent possible ces actions sont le développement de contenus thématiques en sessions de

formation basées sur des méthodologies pratiques spécialement développées à cet effet et à l'efficacité éprouvée au travers de nombreux feedback.

La prévention a pour but ici, en termes de projection politique, d'introduire son contenu directement dans le programme éducatif formel, s'appuyant pour cela sur quatre processus distincts :

Le premier est composé de sessions d'information de base sur le VIH et le SIDA, réalisées par chaque sous-programme, et destinées à des populations très nombreuses et variées, et entreprises de manière quasi quotidienne.

Le second moyen de prévention passe par les médias et de nombreux événements publics, comme « ExpoSida » qui a lieu chaque année depuis 1998 à Cochabamba et qui ne réunit pas moins de 20'000 personnes sur une période de deux semaines intensives.

Troisièmement, IDH investit aussi beaucoup dans la formation de tiers (professeurs, volontaires, tuteurs et éducateurs en tout genre), qui jouent ici un rôle de relais dans le but de mieux répandre l'information.

Enfin, le dernier processus mis en application agit sur l'incidence politique, en interaction avec les autorités boliviennes, aussi bien au niveau national et départemental qu'au niveau local, qui pour ce dernier est en communication avec les dirigeants des différents établissements scolaires et éducatifs, autant publics que privés.



Il semble important de mentionner que ce programme de prévention ne traite pas uniquement du VIH/SIDA, mais qu'il fournit aussi une contribution considérable à l'information sur la sexualité dans sa globalité. Il organise des sessions dans les écoles tant de Cochabamba que dans ses environs, et cible une grande fourchette d'âges d'élèves et étudiants. Ces sessions bénéficient d'une organisation des plus remarquables, basée par dessus tout sur une interaction avec les élèves, sur une mise en scène théâtrale aussi bien que sur l'utilisation de personnages ou figures connues, comme par exemple à travers une marionnette représentant un héros de bandes dessinées. On peut ainsi remarquer que cette association se donne les moyens de réunir les ingrédients indispensables pour graver ces informations simples, mais de la plus haute importance, dans la mémoire de la jeunesse bolivienne. D'autre part, IDH organise des expositions sur ce même thème, qui sont évidemment aussi destinées aux classes d'écoliers, comme par exemple « Exposición Amor, Sexo y algo más... » (Exposition amour, sexe et quelque chose de plus...) mettant en scène, comme précédemment à Paris ou encore à Genève, les personnages de la bande dessinée « Titeuf » sur le chemin de l'apprentissage de la sexualité. Cette manifestation a vu se dérouler sa seconde édition dans l'enceinte d'un théâtre Cochabambino (« Teatro Hecho a Mano »), accueillant quelques 2000 élèves entre le 1^{er} et le 6 juin de cette année.



Un autre aspect de la prévention, ici à nouveau dirigée vers le VIH/SIDA, prend forme au travers du programme « Abriendo Puertas » (Ouvrant des Portes), qui, comme mentionné plus haut, est dirigé directement vers le corps enseignant. Ce projet organise des sessions d'apprentissage pour des groupes de professeurs, et leur enseigne, en plus des notions de base élémentaires au sujet du VIH/SIDA, comment transmettre et graver ces connaissances de manière indélébile (à leurs différentes classes) en insistant sur le fait de répéter cette action chaque année. Le but étant ici d'instaurer un programme solide et conséquent dans le cursus scolaire bolivien et ainsi de développer petit à petit un système autonome qui puisse au final s'auto suffire sans l'aide d'IDH. La méthode utilisée pour enseigner ces notions aux élèves est de leur faire faire des présentations sur le thème, elle tend donc à une politique d'auto apprentissage qui à déjà fait ses preuves dans l'univers de la pédagogie.

Un autre pilier d'IDH, tout aussi important, est le sous-programme de la « Atención Integral en Salud » qui cible d'une part les établissements et le personnel de santé en organisant des cours de formation technique et de sensibilisation pour la prévention primaire (aux personnes qui ne sont pas touchées par le VIH/SIDA) mais aussi secondaire (aux personnes qui ont été infectées) et tertiaire (prévention qui conduit à la réhabilitation de la santé des personnes atteintes), et qui d'autre part s'occupe des personnes vivant avec le VIH/SIDA.



IDH est très actif dans le domaine de la santé, son programme de formation et sensibilisation s'étend de l'université jusqu'aux hôpitaux en passant évidemment par les

cliniques privées, et s'adresse à chaque type de carrière du domaine de la santé, comme les infirmières ou les médecins. 11'054 professionnels de la santé et 4'116 étudiants dans ce domaine avaient reçu une formation fin 2008.

Les bureaux de l'IDH accueillent une salle de consultation médicale et une autre de suivi psychologique. Ainsi les deux médecins et les quatre psychologues de l'institut prennent en charge directement les personnes vivant avec cette pathologie, autant sur le plan physique que psychologique, dans le but de compléter les prestations fournies par le système de santé bolivien. A la fin de l'année passée, 1'027 consultations autour des MST avaient été dispensées par l'association. Ce sont ces mêmes personnes, avec l'aide d'une équipe évidemment plus grande, qui se chargent des sessions de formation, de la communication entre IDH et les établissements de santé de Cochabamba et ses alentours et aussi du suivi du bon fonctionnement et du respect des directives de l'IDH dans ces différents lieux.

Un autre aspect de cette pathologie est traité par un autre sous-programme de l'IDH qui se nomme « Derechos Humanos » (droits humains). L'acceptation et l'inclusion des personnes atteintes par le VIH/SIDA au sein de la société bolivienne est un combat que mènent avec grande difficulté ces individus. C'est pour cette raison que l'association a mis sur pied une équipe dont le but est d'aider et soutenir ces personnes à revendiquer leurs droits les plus fondamentaux. L'objectif est de réunir ces personnes au travers de nombreuses activités. Les plus courues consistent en des discussions entre les personnes nouvellement contaminées et les plus anciennes et expérimentées, qui ont déjà fait un bout de chemin dans cette lutte. Elles se déroulent le plus souvent en tête à tête, tendent à redonner confiance en soi et à réorienter ces individus au travers de récits de vie, d'anecdotes. Un des buts de ces entrevues est de permettre aux personnes nouvellement contaminées de trouver des solutions simples, accessibles et efficaces pour sortir de cette spirale infernale. Ce sous-programme met aussi sur pied des groupes de discussion composés de personnes atteintes et supervisés par les gens du programme. Cette activité encourage le développement d'une identité commune, d'un sentiment d'union, qui permet à ces personnes de se sentir comprises, épaulées et en sécurité. Cela permet aussi de niveler les connaissances de leurs droits et obligations en s'appuyant sur la lecture de la constitution, et ainsi de rehausser le pouvoir social et politique de ces groupes en se fiant à la loi. Cette organisation agit aussi à un niveau plus élevé, en faisant d'une part de la promotion des droits humains dans la population générale via des ateliers de formation et autres, et d'autre part, au niveau politique, en tentant de viabiliser des initiatives destinées à la défense et à la promotion des droits fondamentaux.

Le dernier sous-programme du projet Sidaction se nomme « Incidencia Política » (incidence politique) et travail en coordination avec organisations et autres institutions dans le but d'implanter des normes et des courants politiques adéquats aux différentes instances de l'état et aussi de concrétiser des accords et de mettre en vigueur des articles de loi dans le cadre de la protection des droits humains et de l'attention intégrale au bénéfice des personnes atteintes par le VIH/SIDA et à l'intégration du thème de la prévention du VIH/SIDA dans le cursus des unités éducatives. Ils sont chargés d'éditer, de faire approuver et de publier la « Ley Del Sida » (loi du sida). Ce secteur se charge donc des ambitions politiques de chaque autre sous-programme.

Pour terminer, il faudrait ajouter que cette répartition des groupes d'activités permet de couvrir la quasi-totalité la problématique du VIH/SIDA en Bolivie et que les méthodes employées ont été sélectionnées dans un esprit de simplicité, d'efficacité et de durabilité.

Il paraît aussi important d'exposer le fait que ces différents secteurs travaillent main dans la main, les uns avec les autres ce qui offre une synergie impressionnante au travail de

chacun, sans oublier que les valeurs fondamentales du programme Sidaction ne sont autres que : la solidarité, le respect, la responsabilité et la réciprocité.
C'est avec tous ces éléments que l'on peut constater que l'IDH est devenu au fil du temps un appui, un coordinateur et un allié indispensable du système de santé bolivien dans l'avancée vers une avancée positive de la problématique du VIH/SIDA en Bolivie.

3. Dimension communautaire

a. Coûts économiques associés et répercussions sur les individus

Attaquons nous maintenant à une question particulièrement délicate : que représentent donc réellement les coûts associés et quels sont leurs répercussions sur les individus. Pour mieux comprendre la situation il est utile de faire une brève présentation globale de la situation économique en Bolivie.

Pour commencer, on constate que agriculture emploie près de la moitié de la population active, mais la productivité reste cependant très faible. Les principales cultures commercialisées sont le soja, le sucre et le café. Le bois est une importante source de revenus en devises de même que la viande et la transformation de peau des bovins issus l'industrie du bétail. Il y aussi un important commerce illégal de coca, la plante qui produit la cocaïne, qui permet aux paysans d'avoir une meilleure situation. La Bolivie a des grosses réserves minérales, surtout d'étain, dont elle est le principal producteur mondial, et aussi de gaz naturel, de pétrole, de plomb, d'antimoine, de tungstène, d'or et d'argent. Le pétrole et le gaz suffisent largement aux besoins énergétiques du pays et à l'exportation. Le commerce extérieur, qui est basé sur les matières premières, se répercute sur l'économie bolivienne qui dépend de la fluctuation mondiale des prix, ce qui la rend bien vulnérable.

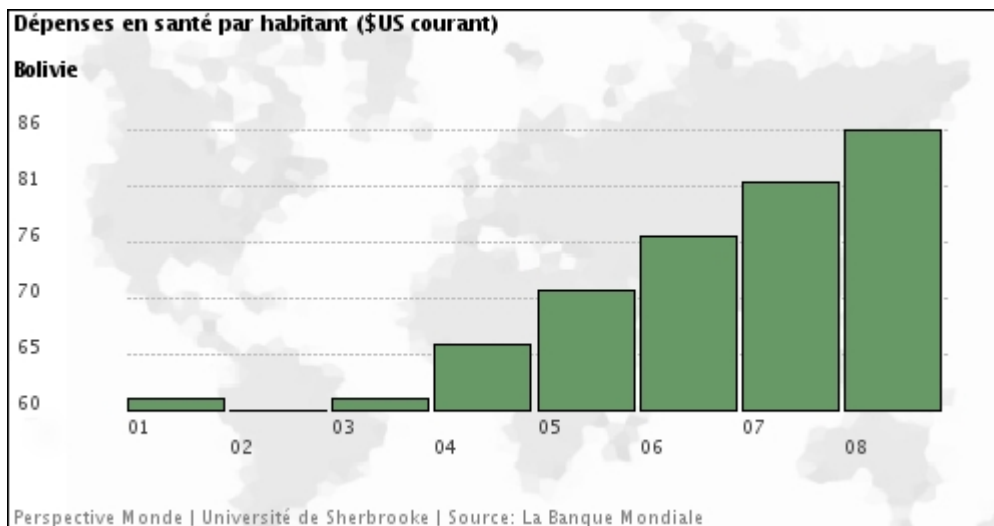
Il est important de noter que la Bolivie, avec ses 9.2 millions d'habitants, est à l'heure actuelle le pays le plus pauvre d'Amérique latine, avec plus de soixante pourcent de sa population vivant en dessous du seuil de pauvreté, dont plus quarante pourcent dans l'extrême pauvreté, une situation qui a donc des conséquences dramatiques sur les enfants, en termes de nutrition et de santé. De plus 75% de la population rurale et un quart de la population urbaine n'ont toujours pas d'accès à l'eau potable Le salaire moyen d'un bolivien est d'environ six cents soixante bolivianos, soit à peu près cent francs suisses par mois... Ainsi que vu précédemment l'IDH (indice de développement humain) n'est qu'à 0.695, témoigne de la faiblesse du pays.

Sans même avoir abordé les prix des médicaments, les frais d'hospitalisation, les problèmes d'assurance... on imagine déjà très facilement la situation très difficile dans laquelle se trouve une personne vivant avec le virus du VIH en Bolivie.

Il est donc temps maintenant d'aborder les couts des médicaments. Bref rappel d'histoire. Le virus SIDA est apparu au début des années quatre-vingt. Les médicaments utilisés dans le traitement du VIH sont des anti-rétroviraux. Le premier antirétroviral utilise fut l'AZT azidothymidine. Dès 1986, l'AZT devient le premier médicament actif dans la lutte contre du VIH. Les années 1987 à 1995 sont marquées par le développement d'autres inhibiteurs nucléosidiques ou non nucléosidiques de la transcriptase inverse. L'idée de combiner plusieurs médicaments s'impose en 1990. C'est la découverte d'une nouvelle cible antivirale enzymatique, l'aspartyl-protéase, qui ouvre la voie à la trithérapie : les anti protéases bloquent la maturation des particules virales. Les premières synthèses ont lieu en 1993 sur la base des études cristallographiques du site actif de l'enzyme. Successivement, plusieurs nouveaux médicaments arrivent sur le marché : le ritonavir, l'indinavir, lopinavir etc... Des résultats cliniques spectaculaires sont obtenus lorsqu'un inhibiteur de protéase est associé à deux inhibiteurs de transcriptase inverse : ainsi cette méthode combinant trois

antirétroviraux aux actions spécifiques différentes permet une diminution importante du développement d'une résistance au traitement. C'est la naissance de la trithérapie.

Au début des années 2000, le coût d'une tri-thérapie s'élevait à plus de dix mille US\$ par an. En Bolivie, la dépense moyenne en santé par année par habitant est de soixante deux dollars US\$ à cette période....



Le système d'assurance maladie bolivien ne peut pas prendre en charge ce genre de traitement car son coût est bien trop élevé pour celle-ci. Il est donc très difficile pour une personne vivant avec le virus du VIH, de pouvoir tout simplement acheter ses médicaments.

Rappelons à ce sujet qu'au début des années deux mille, 20% de la population mondiale avait accès à la trithérapie, 5% en Amérique latine, et seulement 2% en Bolivie.

Un événement marquant allait bouleverser les choses : afin d'offrir gratuitement la trithérapie aux séropositifs, le Brésil décida de fabriquer lui-même les médicaments nécessaires à la trithérapie, extrêmement coûteux, dans son laboratoire national, ceci sans obtenir d'autorisation de la part des géants pharmaceutiques. Les médicaments ainsi produits sont appelés « génériques », car il s'agit d'une copie de la recette originale brevetée. Le pays fabrique ainsi des trithérapies à moindre coût. Le gouvernement dépense en effet 3900 \$ par patient par année pour un traitement qui en coûte 11 000 \$ aux États-Unis ou en Europe.

Toutefois, le Brésil a déclenché une vive controverse en fabriquant ces copies. Les géants pharmaceutiques ont contesté la légalité de cette procédure et ont tenté d'interdire leur confection.

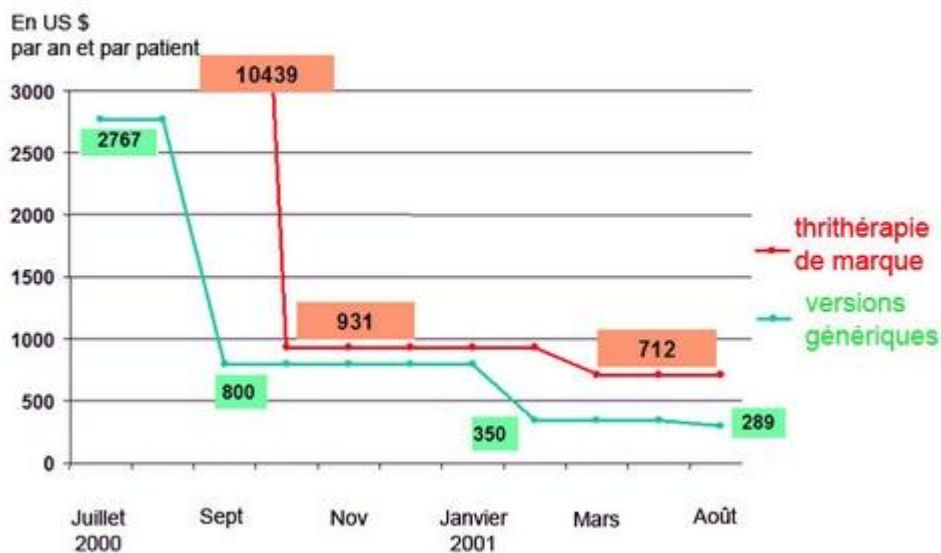
Les compagnies pharmaceutiques intentent des procès contre des gouvernements du Sud. En février 2001, les États-Unis portent plainte contre le Brésil à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) pour violation de l'accord sur les brevets. Un mois plus tard, 39 multinationales traînent le gouvernement sud-africain devant la Haute Cour de Pretoria pour le même motif.

Face à la vive indignation suscitée partout dans le monde par de tels agissements, les géants de l'industrie pharmaceutique retirent leur plainte. En 2003, les accords de l'OMC

permettent aux pays pauvres d'importer des médicaments génériques, s'ils ne peuvent les fabriquer eux-mêmes.

Ainsi, le prix annuel de la trithérapie chuta de 10 000 dollars US environs au alentours des 3000 US\$ grâce aux génériques, puis de 3000 dollars à moins de 300 dollars par an.

Effets de l'arrivée des génériques sur les prix des trithérapies



Il n'empêche qu'au début des années deux mille, une trop faible minorité de boliviens porteurs du virus du VIH, ont accès à la trithérapie. Cependant un événement vint changer la donne :

le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme fut créé en juin 2001 par l'ONU afin d'intensifier la lutte contre ces 3 maladies qui tuent un nombre croissant de la population mondiale. Le Fonds mondial a pour but la collecte, la gestion et l'allocation de ressources financières additionnelles à travers un nouveau partenariat public-privé apportant une contribution durable et significative aux efforts de réduction des infections, de recul des maladies et de diminution du taux de mortalité, réduisant ainsi l'impact du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme dans les pays vulnérables et contribuant à la réduction de la pauvreté dans le cadre des Objectifs de Développement pour le Millénaire (ODM). Pays et organisations peuvent faire une demande de financement en soumettant des propositions, en vue des séries permanentes d'octroi de subvention. (A noter qu'il y a une série tous les ans, et que si le projet est accepté, le fond mondial s'engage à le soutenir pendant 5ans)

Ainsi donc, l'état bolivien, prenant conscience de l'importance du problème, sous la pression depuis des longues années d'associations comme IDH (grâce notamment au secteur politique dans l'association, qui est chargé de faire évoluer les choses du côté des politiques tant à propos des lois que sur l'obtention de l'aide internationale), décide de déposer une demande d'aide au fond mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. A partir de 2002, et c'est en 2004, que le dossier est accepté. La Bolivie bénéficie donc d'une aide de 5 ans à dater de septembre 2004, jusqu'en septembre 2009.

Le fond mondiale a donc reversé une somme totale de \$11,687,780 dollars, incluant entre autres : toute la prise en charge financière des tri thérapies, des moyens de contraception

(préservatif masculin, féminin...) un soutien aux associations et divers moyens de prévention.

Ainsi depuis 2004 toutes les personnes atteintes du virus du VIH disposent d'un accès gratuit à la trithérapie et autres médicaments, ce qui représente une avancée indéniable dans la lutte contre l'épidémie de SIDA ainsi qu'une élévation importante de la qualité de vie des personnes porteuse du virus.

Cependant, tout n'est pas encore rose. Il est important de souligner qu'il est impératif de déposer régulièrement (c'est-à-dire environ tous les ans...) un nouveau dossier afin de réobtenir une aide du fond mondiale à la fin du délai des cinq années d'aides. Le fond mondial qui ne dispose malheureusement pas d'une possibilité de financement sans limite, accorde son soutien aux pays motivés et désireux de l'obtenir, aux dossiers bien construits et envoyés chaque année. Le problème est qu'avec toute l'agitation politique de ces 5 dernières années, le gouvernement n'a présenté que deux dossier pendant les cinq années : un directement après l'obtention de l'aide de cinq ans, et un autre il y a quelques mois. On se retrouve donc dans une situation problématique : si le dossier présenté cette année se voit rejeté, la Bolivie se retrouvera dans une position très délicate. La seule option serait une demande de rallongement exceptionnelle de l'aide de deux ans. Cependant ce bonus de deux années additionnelles ne consisterait qu'en l'approvisionnement en trithérapies, c'est-à-dire que l'aide financière aux associations serait totalement mise aux oubliettes, tout comme les moyens de prévention, l'apport gratuit de millions de préservatifs gratuits... une situation à éviter à tout pris pour le pays, car cet événement représenterait un coup d'arrêt important dans la lutte contre l'épidémie du virus du SIDA.

Il est vrai que pour les personnes séropositives, la situation a énormément évolué grâce notamment à l'accès gratuit à la trithérapie. Il n'en reste que malheureusement plus de 7000 autres personnes sont porteuse du virus du VIH sans le savoir. Il demeure donc d'énormes efforts à réaliser en matière de prévention, afin que l'ensemble de la population sache comment se comporter face à la maladie, face aux porteurs, ce dès le plus jeune âge.

b. Dimensions sociales, droits humains fondamentaux et enjeux éthiques du VIH/SIDA

Dans de nombreux pays, l'émergence de ce nouveau virus qu'était le SIDA suscita beaucoup de crainte. Laquelle fut immédiatement suivi par des conclusions populistes hâtives des groupes de gens « bien-pensants ». Les plus radicaux virent en cette maladie une punition divine destinée aux pêcheurs de chaire alors que la pensée populaire s'imprégna rapidement du concept que le VIH ne touchait que les homosexuels, les drogués et une croyance spécifique sud américaine voulait que ce ne soit une maladie ne concernant que les pays riches.

Dans une société conservatrice, toujours prompte à juger tout un chacun, la pression sociale devint vite énorme puisque le diagnostique équivalait à placer le malade soit dans le groupe des Homos soit dans celui des Junkies. Dans la société latina, tout comme ici, ceci représente une cause majeure de rejet des séropositifs.

Une autre cause non-négligeable est la peur de cette maladie mortelle, incurable, dont les premiers traitements efficaces ont mis un dizaine d'années avant d'être disponibles sur le

marché – vingt en ce qui concerne la Bolivie –, dont le mode de transmission a longtemps semblé flou au peuple et dont les porteurs séropositifs étaient pour la plupart jeunes et apparemment en aussi bonne santé que n'importe qui.

A partir de là, il pouvait sembler normal à certains d'appliquer le même sort aux séropositifs que celui réservé aux lépreux du moyen âge.

La Bolivie, jusqu'à l'approbation de la loi de la réforme éducative de Goni en juillet 1994, était un pays au niveau d'éducation moyen déplorable avec plus de 15% de la population n'ayant pas terminé leurs études du degré primaire et en conséquence une part non négligeable d'analphabètes.

Bien que les boliviens ne soient toujours pas friands de lectures et que le niveau d'exigences reste en dessous de celui demandé en Europe, le niveau global d'éducation de la population s'est très largement amélioré. Avec 45% de la tranche d'âge concernée entreprenant aujourd'hui des études tertiaires, le degré moyen d'études peut maintenant être comparé à celui de la Suisse – 48% –.

Cette parenthèse au sujet de l'éducation a pour but de permettre de réaliser les progrès réalisés par l'ensemble du pays à propos du niveau d'éducation moyen, ce qui forcément induit une avancée dans la perception de divers problèmes de société, à l'image du VIH.

Le tabou était tel, qu'il a fallu attendre 1996 pour qu'un premier témoignage public ait lieu. Pour l'anecdote, c'est un des membres de IDH qui le fit et il n'est pas bolivien...

Pour la population, dont la vie est marquée par un conservatisme certain, le choc fut fortement ressenti. Ceci au point que l'annonce fit les gros titres de tous les journaux du pays. Trois ans plus tard, ce fut au tour de la première femme de témoigner publiquement.

Ces témoignages, abondamment repris par les médias permirent non seulement à M. tout le monde de mettre un visage sur la maladie, mais encore de montrer un exemple à suivre à de nombreux séropositifs. Cette humanisation fit grandement progresser l'opinion publique.

Si l'élévation du niveau de l'éducation et ces témoignages ont rendu possible une démythification du virus et du porteur, il est vital pour tous les acteurs de la médecine communautaire de ne pas s'endormir sur leurs lauriers et de continuer à faire de la prévention ainsi que de l'information qui permettent d'améliorer constamment la vision qu'ont les gens des séropositifs, de favoriser leur acceptation dans la société tout en diminuant le risque de transmission.

Il est important de noter que contrairement à de nombreux pays du tiers monde, au sein desquels les taux incidence et de prévalence du VIH/SIDA sont particulièrement élevés, la Bolivie est pour l'instant épargnée. Il n'y a donc pas de surmortalité épidémiologiquement significative due au VIH chez les jeunes adultes. Ainsi le pays se retrouve préservé des flots d'orphelins et les vieillards forcés à travailler ne le sont pas à cause du SIDA.

Néanmoins, l'on peut se rendre compte facilement, étant au contact de la population, que la dimension éthique n'est pas respectée dans de nombreux cas. Ainsi, environ 16% des malades ont appris qu'ils étaient porteurs du virus à l'issue d'un test obligatoire. De ces tests, il est triste de constater que plus de la moitié ont été effectués par des médecins, alors que l'autre partie a été réalisée par du personnel non médical, tels des fonctionnaires, des douaniers ou encore du personnel de l'université. On s'aperçoit également que plus de 13 % des porteurs du virus ont subi le test sans leur consentement.

C'est notamment le cas dans certaines universités catholiques privées où l'admission est refusée dans le cas d'un test positif ; ou lors d'un entretien d'embauche pendant lequel le résultat du dépistage sera demandé. Malgré tous les efforts de prévention et un taux de mortalité contenu, nous réalisons que de nombreux aspects éthiques ne sont pas respectés, et que la ségrégation sociale est toujours bien présente face à cette maladie. C'est notamment le cas au sein même des familles des malades, où 90% des porteurs annoncent la mauvaise nouvelle, parmi lesquels plus d'un tiers a été rejeté immédiatement. Là encore l'on constate que d'énormes efforts de communication et d'information restent encore à fournir.

En parlant d'efforts à fournir, ne négligeons pas non plus ceux concernant le patient même. En effet, seulement 60% des personnes ayant connaissance de leur séropositivité utilisent systématiquement un préservatif, n'ayant pas forcément conscience de la gravité de leurs actes.

La question de l'accessibilité peut alors se poser : Le problème réside-t-il dans un mauvais accès à l'information et à la prévention ou dans un problème de distribution et disponibilité des préservatifs ? Au vu de la situation, c'est clairement les deux...

Ainsi, l'on constate qu'en 2003, plus de 38 % des séropositifs diagnostiqués n'avaient jamais reçu la moindre information à propos du virus du VIH, de ses conséquences et de sa thérapeutique ; et que 84 % des gens ayant bel et bien reçu de l'information la jugeaient insuffisante.

On peut établir un lien avec le manque important d'adhérence thérapeutique constaté.

Et là encore on constate l'importance réelle de la prévention à échelle nationale, et à quel point le refus du dossier d'aide au fond mondial, risquerait de plonger la Bolivie dans une situation catastrophique

4. Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier le Dr Edgar Valdez et son épouse Anne Saudan de nous avoir donné la chance unique de pouvoir effectuer un stage tant inoubliable au sein de l'association IDH Bolivia, et surtout de nous avoir accueillis d'une manière aussi chaleureuse.

Nous voulons aussi remercier toute l'équipe de l'institut, qui nous a pris en charge, guidé, et permis d'en découvrir autant, tout en étant sympathique et accueillant.

Nous tenons finalement à remercier la faculté de Médecine de nous avoir permis de vivre toute cette aventure, et tout particulièrement au Pr. Chastonay.

5. Références

- Structure et symbolique de la consommation d'alcool de femmes prostituées de Bolivie, Chantal Robillard, McGill, centre de recherches de l'hôpital Douglas
- Conocimientos sobre VIH/SIDA y derechos humanos de estudiantes de la universidad de Cochabamba, Revista medical, cochabamba V16 N°26, Agosto 2005
- Efectivos adversos de la Nivarapina en el tratamiento del VIH/SIDA en Cochabamba, Revista Medical V17 N°27, 2006
- Breve historia de la organizacion de la red nacional de personas que viven con el VIH/SIDA, Revista Medical V17 N°24 Marzo 2005
- Reacciones psicologicas de las personas que viven co el VIH/SIDA en Bolivia, Revista Medical V14 N°23 Agosto 2005
- <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/statistiques/>
- Plan de Desarrollo Sectorial – Salud, Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, http://www.procosi.org.bo/files/presentacion_ministerio.pdf
- www.presidencia.gob.bo
- <http://www.alterinfos.org/spip.php?article1257>
- <http://www.radiosalta.com/noticia.php?idn=219580>
- <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/sistema-salud-boliviano/sistema-salud-boliviano.pdf>
- <http://bolivia.usaid.gov>
- http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_068.htm