

**RAADGEVENDE
INTERPARLEMENTAIRE
BENELUXRAAD**

14 juni 2011

Het aidsbeleid in de Benelux

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DUURZAME ONTWIKKELING /
PERSOONSGEBONDEN AANGELEGENHEDEN

UITGEBRACHT DOOR
DE HEER J. ROEGIERS ⁽¹⁾

(1) Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: mevrouw Detiège

Leden: de heren Angel, Broers, Caluwé, mevrouw Huijbregts-Schiedon, de heren Madrane, Oberweis, Peters, Siquet en mevrouw Straus.

**CONSEIL INTERPARLEMENTAIRE
CONSULTATIF
DE BENELUX**

14 juin 2011

**La politique en matière de lutte contre
le sida dans le Benelux**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DÉVELOPPEMENT DURABLE / MATIÈRES
PERSONNALISABLES

PAR
M. J. ROEGIERS ⁽¹⁾

(1) Composition de la commission:

Présidente: Mme Detiège

Membres: MM. Angel, Broers, Caluwé, Mme Huijbregts-Schiedon, MM. Madrane, Oberweis, Peters, Siquet et Mme Straus.

INLEIDING

De Commissie Duurzame Ontwikkeling/Per-soonsgebonden Aangelegenheden hield op 18 februari en 28 maart 2011 hoorzittingen over het aidsbeleid in de Benelux. Zij beraadde zich op 20 mei 2011 over een ontwerp van aanbeveling.

UITEENZETTING OVER HIV-PREVENTIE IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

De heer Chris Lambrechts, directeur van het Vlaams Expertisecentrum voor Seksuele Gezondheid (Sensoa), licht toe dat Sensoa actief is op verschillende terreinen rond seksuele gezondheid. Het richt zich zowel tot het brede publiek – jongeren, homomannen, mensen met hiv, kwetsbare migranten – als tot politici.

De zes actieterreinen voor 2011-2015 van Sensoa zijn:

- het brede publiek informeren over seksuele gezondheid;
- de relationele en seksuele vorming van jongeren bevorderen;
- de impact van soa en hiv op de seksuele gezondheid van homomannen beperken;
- de integratie voor mensen met hiv bevorderen en de impact van hiv op hun seksuele gezondheid beperken;
- interventies rond seksuele gezondheid naar kwetsbare migranten versterken en
- de aandacht voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in het internationale beleid stimuleren.

In België worden ongeveer 1 000 nieuwe hiv-besmettingen gediagnosticeerd per jaar. Dat geeft slechts een benaderende aanwijzing van het werkelijke aantal besmettingen.

De afgelopen tien jaar zijn die cijfers licht gestegen, ongeveer 10 procent de laatste vijf jaar, nadat men voordien een afname vaststelde.

INTRODUCTION

La commission Développement durable/Matières personnalisables a organisé, les 18 février et 28 mars 2011, des auditions sur la politique menée dans le Benelux en matière lutte contre le sida. Elle a délibéré le 20 mai 2011 sur un projet de recommandation.

EXPOSÉ SUR LA PRÉVENTION DU VIH DANS LA COMMUNAUTÉ FLAMANDE

M. Chris Lambrechts, directeur du Vlaams Expertisecentrum voor Seksuele Gezondheid (Sensoa), explique que Sensoa est actif sur divers terrains liés à la santé sexuelle. Le centre s'adresse tant au grand public – jeunes, homosexuels, personnes ayant le VIH, migrants vulnérables – qu'aux politiques.

Les six terrains d'action de Sensoa pour 2011-2015 sont les suivants:

- informer le grand public sur la santé sexuelle;
- promouvoir la formation relationnelle et sexuelle des jeunes;
- limiter l'impact des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH sur la santé sexuelle des homosexuels;
- promouvoir l'intégration des personnes atteintes du VIH et limiter l'impact du VIH sur leur santé sexuelle;
- renforcer les interventions relatives à la santé sexuelle auprès des migrants vulnérables et
- stimuler l'attention accordée à la santé sexuelle et reproductive et aux droits y afférents dans la politique internationale.

En Belgique, quelque 1 000 nouveaux cas d'infections par le VIH sont diagnostiqués chaque année. Ce chiffre ne donne qu'une indication approximative du nombre réel d'infections.

Au cours de la dernière décennie, ces chiffres ont légèrement augmenté (d'environ 10 % ces cinq dernières années), alors qu'une diminution avait été constatée précédemment.

Ongeveer één derde van de besmettingen betreft Belgen, van één derde ontbreken de achtergrondgegevens en één derde komt uit sub-Saharaans Afrika. België heeft een nauwe band met Centraal-Afrika en dat verklaart ook waarom er heel wat mensen uit Centraal-Afrika in België een hiv- of aidsdiagnose krijgen.

Hoe lopen de Belgen hun besmetting op? Eigenlijk is er bij de drugsspuiters nauwelijks een probleem, in tegenstelling tot Oost-Europa, waar drugs spuiten tot een explosie van nieuwe infecties heeft geleid. In België is dat veeleer een marginaal probleem. Bij de heteroseksuele bevolking is het aantal nieuwe diagnoses zeer stabiel, de laatste twee jaar is er zelfs een lichte daling via heteroseksuele overdracht bij Belgen. Er is echter wel een gevoelige toename in de groep van de homoseksuelen.

In België is de stijging van het aantal hiv-besmettingen vrijwel uitsluitend toe te wijzen aan de zeer sterke toename van nieuwe infecties bij homoseksuelen. Dat is ook zo in de andere West-Europese landen. In Nederland, Frankrijk, Engeland en Duitsland kent men dezelfde evolutie.

De conclusie hiervan is dat hiv in België een seksueel overdraagbare aandoening is die in de eerste plaats homoseksuelen treft.

De zorg in België is zeer goed georganiseerd en zeer doeltreffend. In 2009 overleden minder dan tien mensen aan aids, waar dat in de piekjaren van de epidemie een heel eind boven de honderd lag. Dat wijst op een zeer degelijk zorgsysteem. Een andere illustratie daarvan is het feit dat in België het aantal diagnoses die laat worden gesteld, namelijk op het moment dat mensen al ziek zijn, bij de laagste van Europa is, althans wanneer het over de Belgen gaat.

Er is nochtans nog ruimte voor verbetering. Bij ongeveer minder dan 20 % van de nieuwe gevallen zien we dat er zich al ziektesymptomen voordoen

Environ un tiers des infections concerne des Belges et un autre tiers, des personnes provenant d'Afrique subsaharienne. Pour le dernier tiers, on ne dispose pas d'informations concernant l'origine. La Belgique a un lien étroit avec l'Afrique centrale, ce qui explique le nombre élevé de diagnostics de VIH et de sida posés en Belgique chez des personnes en provenance de cette région.

Comment les Belges sont-ils infectés? En fait, il n'y a guère de problème du côté des consommateurs de drogues par injection, contrairement à ce qui est le cas en Europe orientale, où la consommation de drogues par injection a entraîné une explosion du nombre de nouvelles infections. En Belgique, il s'agit plutôt d'un problème marginal. Dans la population hétérosexuelle, le nombre de nouveaux diagnostics est très stable, une légère diminution par transmission hétérosexuelle étant même enregistrée au cours des deux dernières années chez les Belges. On constate en revanche une augmentation sensible dans le groupe des homosexuels.

En Belgique, l'augmentation du nombre d'infections par le VIH est presque exclusivement imputable à une très forte augmentation des nouvelles infections chez les homosexuels. Il en va de même dans les autres pays d'Europe occidentale. On constate en effet la même évolution aux Pays-Bas, en France, en Angleterre et en Allemagne.

On peut en conclure qu'en Belgique, le VIH est une infection sexuellement transmissible qui touche en premier lieu les homosexuels.

En Belgique, les soins sont très bien organisés et très efficaces. En 2009, moins de dix personnes sont décédées du sida, alors dans les années où l'épidémie atteignait un pic, ce nombre était largement supérieur à cent. Ce nombre limité de décès témoigne d'un système de soins très performant. Le fait qu'en Belgique le nombre de diagnostics posés tardivement, à savoir au moment où la personne est déjà malade, figure parmi les plus bas en Europe — du moins, ce qui concerne les patients belges — en est une autre illustration.

Il y a cependant encore une marge d'amélioration. Dans environ moins de 20 % des nouveaux cas, nous constatons que des symptômes de

of dat mensen zelfs al in een aidsstadium zijn. Bij de diagnoses van mensen afkomstig uit Centraal-Afrika ligt dat rond de 40 %. Bij hen wordt de besmetting dus veel later gediagnosticeerd.

De medicatie is doeltreffend, wordt vlot bij de patiënten gebracht en terugbetaald.

De aanpak aan Vlaamse en aan Franstalige kant verschilt op het vlak van de preventie. Dat heeft ermee te maken dat de preventie van hiv een bevoegdheid is van de Gemeenschappen, terwijl de organisatie van de zorg een bevoegdheid is van de federale overheid.

In de Vlaamse Gemeenschap zijn de organisaties meer gecentraliseerd. Sensoa is bijvoorbeeld een fusieorganisatie van vijf aidsorganisaties en een organisatie voor seksuele gezondheid. In de Franse Gemeenschap bestaan er naast de algemene aidsorganisatie ook lokale initiatieven.

Vlaanderen investeert weinig in mediacampagnes, in de Franse Gemeenschap is de inzet op mediacampagnes hoger.

Het vertrekpunt in Vlaanderen is de specifieke doelgroepen. Aan Franstalige kant heeft men daarnaast ook aandacht voor preventie op bevolkingsniveau.

De focus ligt in Vlaanderen op de brede seksuele gezondheid, niet specifiek op hiv en soa, terwijl de Franstalige Gemeenschap wel initiatieven heeft die een specifieke hiv- of soa-insteek hebben.

Waar komt die stijging van het aantal hiv-besmettingen vandaan, wat zijn daarvan de oorzaken en waarom worden de homomannen in zo'n grote mate getroffen?

Sensoa neemt heel wat initiatieven die specifiek op homomannen gericht zijn. Net zoals in de ons omringende landen zijn er websites en folders, activiteiten in bars, is er gratis condoomdistributie en zijn er sensibiliserende campagnes.

la maladie se manifestent déjà ou même que le patient se trouve déjà à un stade sida. Pour les diagnostics chez les personnes en provenance d'Afrique centrale, ce chiffre tourne aux alentours de 40 %. Chez ces personnes, l'infection est donc diagnostiquée beaucoup plus tard.

La médication est efficace, est accessible aux patients et est remboursée.

En matière de prévention, l'approche est différente du côté flamand et du côté francophone. Cette différence est due au fait que la prévention du VIH relève de la compétence des Communautés, alors que l'organisation des soins est une compétence du pouvoir fédéral.

En Communauté flamande, les organismes sont plus centralisés. Sensoa est par exemple un organisme né de la fusion de cinq organismes actifs dans le domaine du sida et d'un organisme s'occupant de la santé sexuelle. En Communauté française, outre l'organisme général en charge du sida, on dénombre aussi une série d'initiatives locales.

La Flandre investit peu dans les campagnes dans les médias, alors qu'en Communauté française, cet investissement est nettement plus élevé.

En Flandre, les groupes-cibles spécifiques constituent le point de départ. Du côté francophone, on se soucie également de la prévention au niveau de la population.

En Flandre, l'accent est mis sur la santé sexuelle au sens large et pas spécifiquement sur le VIH et les IST, alors qu'en Communauté française, il y a des initiatives qui portent spécifiquement sur le VIH ou les IST.

D'où vient cette augmentation du nombre d'infections par le VIH, quelles en sont les causes et pourquoi les homosexuels sont-ils si largement touchés?

Sensoa prend de nombreuses initiatives spécifiquement axées sur les homosexuels. Tout comme dans les pays voisins, il y a des sites internet et des dépliants, des activités dans les bars, des distributions gratuites de préservatifs et des campagnes de sensibilisation.

Niettemin zijn hiv en soa bij homomannen sedert het begin van de epidemie in West-Europa een groot probleem. Hiv en soa komen bijna honderd keer meer voor bij homomannen dan bij de algemene bevolking. Het feit dat anale seks veel risicovoller is om hiv over te dragen dan vaginale seks, speelt daar ongetwijfeld een rol in.

Een ander punt is dat er veel wisselende contacten zijn binnen een relatief beperkte groep mensen. Ongeveer de helft van de homomannen heeft geen vaste partner en bij de homomannen die een vaste partner hebben, is er in het grootste deel van de gevallen sprake van open relaties waarbij er ook seksuele contacten buiten de vaste relatie plaatsvinden.

Er is een vrij hoge seksuele activiteit, waarschijnlijk mee veroorzaakt door het feit dat het over relaties tussen mannen gaat, die elkaar misschien aanzetten tot wat meer seksuele activiteit.

Bij de homomannen is er ook een grote internationale mobiliteit. Een deel van de doelgroep reist heel Europa rond. Een soa krijgt snel voet aan de grond in vele Europese grootsteden, waar er voor het homomilieu een sterk uitgebouwde infrastructuur voor seksuele recreatie is.

Ook een aantal psychosociale factoren speelt een rol: meer druggebruik in de uitgaansgelegenheden, meer depressies. Het is ook mogelijk dat anonieme contacten gepaard gaan met minder voorzichtigheid.

Bovendien hebben mannen in het algemeen — en homomannen zijn daar geen uitzondering op — soms ernstige moeilijkheden met condooms. Condoomgebruik houdt voor mannen vaak een psychologische en tot op zekere hoogte ook fysieke drempel in. Dat is iets waar soms wat te makkelijk overheen wordt gestapt.

Toch kunnen die factoren de recente stijging niet verklaren, want zij zijn al geruime tijd aanwezig. Ook de investering in preventie is niet gedaald en

Il n'en demeure pas moins que le VIH et les IST chez les homosexuels constituent un problème de taille depuis le début de l'épidémie en Europe occidentale. Le VIH et les IST sont près de cent fois plus fréquents chez les homosexuels que dans la population en général. Le fait que les rapports anaux présentent un risque nettement plus élevé de transmission du VIH que les rapports vaginaux n'y est certainement pas étranger.

Le fait qu'il y a beaucoup de relations changeantes au sein d'un groupe de personnes relativement restreint constitue un autre élément. Environ la moitié des homosexuels n'ont pas de partenaire stable et chez ceux qui en ont un, il est dans la plupart des cas question de relations ouvertes, où des contacts sexuels se déroulent également en dehors de la relation stable.

Il y a une très haute activité sexuelle, sans doute due aussi au fait qu'il s'agit de relations entre hommes, qui s'incitent peut-être mutuellement à avoir une activité sexuelle accrue.

Il y a également une grande mobilité internationale chez les homosexuels. Une partie du groupe-cible voyage dans toute l'Europe. Une IST s'implante rapidement dans de nombreuses métropoles européennes, où il existe une infrastructure de loisirs sexuels très développée pour les homosexuels.

Une série de facteurs psychosociaux jouent également un rôle: une plus grande consommation de drogues dans les lieux de sortie, plus de dépressions. Il est également possible que les contacts anonymes aillent de pair avec un relâchement de la prudence.

En outre, les hommes en général — et les homosexuels ne font pas exception à la règle — sont parfois très réticents à l'idée d'utiliser des préservatifs. Pour les hommes, l'utilisation d'un préservatif constitue souvent un obstacle psychologique et, dans une certaine mesure, également physique. C'est quelque chose que l'on a parfois tendance à négliger un peu vite.

Pourtant, ces facteurs ne peuvent expliquer l'augmentation récente, car ils sont déjà présents depuis longtemps. L'investissement dans la pré-

toch stijgt in West-Europa het aantal nieuwe infecties bij homomannen in sterke mate.

Dat komt wellicht deels doordat een besmetting niet meer dezelfde impact heeft als vroeger. Mensen zijn wellicht ook wat minder gemotiveerd om veilig te vrijen, hoewel we in het gedrag eigenlijk geen spectaculaire verschillen zien. Het aantal homomannen dat veilig vrijt, is iets gedaald maar is eigenlijk nog vrij goed vergelijkbaar met tien of vijftien jaar geleden. Er spelen dus ook andere factoren een rol.

In tegenstelling tot vijftien jaar geleden zijn er meer andere seksueel overdraagbare aandoeningen. Dat is wellicht de voornaamste factor die maakt dat er meer mensen met hiv besmet worden. Immers, iemand die een seksueel overdraagbare aandoening heeft, wordt sneller besmet met hiv en iemand die een soa heeft en besmet is met hiv, draagt dat ook sneller over op seksuele partners als er niet veilig wordt gevreeën.

Dat heeft dus een versterkend effect. Daarbij komt het feit dat dankzij de goede medicatie steeds meer mensen langer leven met hiv. Als ze hiv-medicatie consequent gebruiken, worden ze weer minder besmettelijk, maar wanneer ze geen medicatie nemen en geen veilige seks hebben, wordt het probleem wel groter.

Mogelijk speelt ook het internet een rol, doordat het zorgt voor een grotere mobiliteit tussen verschillende groepen van homomannen. Misschien is er in de samenleving ook in het algemeen een afnemend verantwoordelijkheidsgevoel voor de anderen, al is dat speculatie.

De centrale boodschap is dat de combinatie van hiv en een andere soa brandstof geeft aan de epidemie.

Het preventiebeleid kan verschillende lijnen volgen. Men kan ervoor pleiten dat mensen het aantal partners moeten beperken, maar dat is in

vention n'a pas non plus diminué et il n'en demeure pas moins qu'en Europe occidentale, le nombre de nouvelles infections chez les homosexuels augmente fortement.

C'est sans doute dû au fait qu'une infection n'a plus le même impact que par le passé. Les gens sont peut-être aussi un peu moins motivés à l'idée d'avoir des rapports protégés, même si nous n'identifions en fait pas de différences spectaculaires dans le comportement. Le nombre d'homosexuels ayant des rapports protégés a légèrement diminué, mais est en fait encore fort comparable à celui d'il y a dix ou quinze ans. D'autres facteurs jouent donc aussi un rôle.

Par rapport à il y a quinze ans, il y a aujourd'hui plus d'autres infections sexuellement transmissibles. C'est sans doute le principal facteur qui fait qu'il y a plus de gens infectés par le VIH. En effet, une personne qui a une infection sexuellement transmissible sera plus rapidement infectée par le VIH et une personne qui a une IST et est infectée par le VIH transmettra aussi plus rapidement ces infections à ses partenaires sexuels si leurs rapports ne sont pas protégés.

Cela a donc un effet amplificateur. À cela s'ajoute le fait que grâce à l'efficacité des médicaments, les patients vivent plus longtemps avec le VIH. S'ils utilisent correctement les traitements contre le VIH, ils diminuent certes les risques de contamination, mais s'ils ne prennent pas de médicaments et qu'ils n'ont pas de rapports protégés, le problème devient plus aigu.

L'internet pourrait aussi jouer un rôle, parce qu'il induit une plus grande mobilité entre différents groupes d'homosexuels. Peut-être qu'il existe aussi d'une manière générale dans la société un sentiment de responsabilité à l'égard d'autrui moins marqué, même si ce n'est là qu'une pure spéculation.

Le message central est que la combinaison du VIH et d'une autre IST amplifie l'épidémie.

La politique de prévention peut suivre plusieurs voies. On pourrait recommander aux gens de limiter le nombre de leurs partenaires, mais c'est

essentie een individuele keuze. Het aanbevelen van condoomgebruik is een andere piste. Preventie kan ook erop gericht zijn de besmettelijke periode korter te maken, bijvoorbeeld door meer te investeren in partnernotificatie.

Met campagnes en informatie alleen kan men echter het tij niet keren. Er is meer nodig. Preventie kan op drie niveaus worden uitgebouwd. Op het vlak van gedragsinterventies wordt er geïnformeerd en gesensibiliseerd via het uitgaansleven en via het internet. Daarnaast wordt geïnvesteerd in relationele en seksuele vorming op school. Dat is uitermate belangrijk omdat dat de basis legt voor bijvoorbeeld onderhandelingsvaardigheden over veilig vrijen en mensen minder beschroomd maakt om over hun seksualiteit te praten en ook veilige seksualiteit te bespreken.

De gedragsinterventie via het internet staat evenwel nog niet op punt. Het internet biedt vele mogelijkheden, maar het is een technisch zeer complexe aangelegenheid en het vraagt een grote investering om dergelijke programma's te ontwikkelen. Wat meer aandacht voor seksuele etikette en voor weerbaarheid kan nuttig zijn, maar ook een mediabudget dat toelaat op het internet de preventieboodschappen duidelijker naar voren te brengen.

De relationele en seksuele vorming die jongeren op scholen krijgen, zou meer rekening moeten houden met de realiteit van jonge homo's die, als zij in het homomilieu komen, overspoeld worden door een groot aantal mogelijkheden om seks te hebben. De meesten zijn daar niet op voorbereid.

In sommige gevallen is er echt een investering nodig in seksuele counseling van individuen die problemen hebben en in sommige gevallen zou zelfs (gedrags)therapie moeten worden aangeboden.

Er zijn ook biomedische interventies nodig. Een goede opvolging en een tijdige behandeling voorkomen heden dat Vlaanderen dramatisch hoge cijfers kent zoals Afrika. Toch heeft Vlaanderen betere testfaciliteiten voor soa nodig, om die snel

par essence un choix personnel. La préconisation de l'usage du préservatif est une autre piste. La prévention peut aussi être axée sur la réduction de la période de contamination, par exemple en travaillant sur l'information du partenaire.

Les campagnes et l'information ne permettront cependant pas, à elles seules, d'inverser la tendance. Il faut davantage. La prévention peut être mise en œuvre à trois niveaux. Sur le plan des interventions sur le comportement, on informe et on sensibilise par le biais des lieux de sortie et de l'internet. On investit par ailleurs dans la formation relationnelle et sexuelle à l'école. Cette formation est extrêmement importante parce qu'elle jette les bases par exemple des aptitudes à la négociation à propos des rapports protégés et qu'elle rend les gens moins gênés de parler de leur sexualité et des rapports protégés.

L'intervention sur le comportement par le biais de l'internet n'est cependant pas encore au point. L'internet offre de nombreuses possibilités, mais c'est une matière très complexe sur le plan technique, qui requiert un investissement important dans le développement de programmes ad hoc. Une attention accrue accordée à l'étiquette sexuelle et à la moralité peut être utile, mais un budget média permettant de faire passer plus clairement des messages de prévention sur l'internet l'est tout autant.

La formation relationnelle et sexuelle que les jeunes reçoivent à l'école devrait tenir davantage compte de la réalité des jeunes homosexuels qui, lorsqu'ils arrivent dans le milieu homosexuel, sont submergés par le nombre de possibilités d'avoir des rapports sexuels. La plupart n'y ont pas été préparés.

Dans certains cas, il est vraiment nécessaire d'investir dans des services de conseil sexuel destinés aux individus qui ont des problèmes et dans certains cas, il faudrait même offrir une thérapie (comportementale).

Des interventions biomédicales sont également nécessaires. Un suivi correct et un traitement en temps utile évitent aujourd'hui à la Flandre de connaître des chiffres dramatiquement élevés comme c'est le cas en Afrique. La Flandre a pour

te kunnen detecteren met een lage drempel, partnernotificatie die ondersteund wordt en preventie en zorgen die meer op elkaar afgestemd zijn.

Op middellange termijn is er behoefte aan een ruimere verspreiding van microbiocide middelen. Op lange termijn is er nood aan investering in de ontwikkeling van een vaccin.

Op het structurele niveau kan meer aandacht worden besteed aan het aanpakken van druggebruik in het uitgaansleven. Er is ook een behoefte aan meer onderzoek naar de preventie.

België scoort slecht op het vlak van investering in preventie. Dat heeft deels te maken met het feit dat de zorg federaal is en dat preventie een gemeenschapsbevoegdheid is. De Vlaamse Gemeenschap zou, met andere woorden, moeten investeren om kosten te besparen voor de federale overheid. Dat is geen echt goede incentive.

Duitsland heeft op het eerste gezicht vergelijkbare investeringen, maar daar komen heel wat lokale investeringen bovenop. Ook Nederland investeert sterk op het lokale niveau, bijvoorbeeld met de gemeentelijke gezondheidsdiensten. De kloof met die landen wordt dus een pak groter.

Luxemburg geeft ongeveer 4,43 euro per inwoner aan preventie uit. Dat is een pluim voor de Luxemburgse overheid, maar anderzijds weerspiegelt dit ook het feit dat, naarmate een land kleiner is, de kosten voor preventie toenemen.

Wat in Nederland gebeurt, staat in schril contrast met wat de Belgische overheid investeert. De grootste problemen voor België lijken te liggen in het gebrek aan coördinatie op Belgisch niveau, hetgeen nog acuter wordt naarmate de zorg steeds meer een onderdeel wordt van de preventie. Preventie zal in de toekomst ook nog meer gemedicaliseerd worden.

Er is dus intens overleg tussen de verschillende betrokken overheden nodig, maar er zijn geen ini-

tant besoin de meilleures infrastructures de test permettant de détecter rapidement et aisément les IST, d'un meilleur soutien de l'information du partenaire et d'une meilleure coordination de la prévention et des soins.

À moyen terme, une diffusion plus large de microbicides est nécessaire. À long terme, il y a lieu d'investir dans le développement d'un vaccin.

Au niveau structurel, une plus grande attention peut être accordée au problème de la consommation de drogues dans le milieu festif. Il faut également intensifier la recherche en matière de prévention.

La Belgique n'est guère performante en termes d'investissement dans la prévention. Cette situation est en partie due au fait que les soins relèvent du fédéral, alors que la prévention est une compétence communautaire. En d'autres termes, la Communauté flamande devrait investir pour réaliser des économies qui profitent au pouvoir fédéral. Ce n'est pas vraiment un bon incitant.

L'Allemagne effectue à première vue des investissements comparables, mais ceux-ci sont complétés par de nombreux investissements locaux. Les Pays-Bas investissent aussi largement au niveau local, par exemple avec les services de santé communaux. L'écart avec ces pays est donc nettement plus grand.

Le Luxembourg consacre environ 4,43 euros par habitant à la prévention. Ce montant est négligeable pour les autorités luxembourgeoises, mais il montre par ailleurs aussi que plus le pays est petit, plus le coût de la prévention augmente.

Les investissements réalisés aux Pays-Bas contrastent fortement avec ce que les autorités belges investissent. En Belgique, le problème le plus important semble se situer au niveau de la coordination à l'échelle nationale, un problème qui s'aggrave dans la mesure où les soins font de plus en plus partie intégrante de la prévention. À l'avenir, la prévention sera encore davantage médicalisée.

Il faut donc une concertation étroite entre les différents pouvoirs concernés, mais aucune ini-

tiatieven om op het federale niveau de dialoog op te starten. Minister Onkelinx wenst wel een overleg op te starten over de vraag waarom homomannen de toegang tot de bloedbank wordt ontzegd en waarom ze geen bloeddonor mogen zijn. Er is echter veel dringender nood aan een overleg over de stijgende cijfers van de besmettingen bij homomannen.

Het (beperkte) budget is hetzelfde als de laatste tien, vijftien jaar, maar de uitdagingen zijn verdubbeld. Er zijn twee keer zoveel mensen met hiv, de preventie is veel complexer geworden. Vlaanderen heeft nood aan nieuwe preventiestrategieën, die arbeidsintensief zijn en bijgevolg een hoge kostprijs hebben. Indien men echt bijkomende vooruitgang wil boeken, zal een financiële injectie noodzakelijk zijn.

UITEENZETTING OVER DE PREVENTIE VAN SEXUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN/AIDS IN DE FRANSE GEMEENSCHAP

De heer Thierry Martin, directeur van het "Plateforme prévention sida" acht zich gelukkig dat hij de kwestie van de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen/aids kan behandelen op een ogenblik dat preventie-actoren vrezen dat het bagatelliseren van de ziekte ook bij de politieke overheid ingang vindt. Het signaal staat op rood. Voor sommigen onder hen is het niet het ogenblik om de inspanningen op het gebied van preventie te laten verzwakken.

Eén december 2010 was de wereld-aidsdag en de journalisten stelden de volgende vraag: hoe komt het dat wereldwijd het aantal nieuwe infecties afneemt terwijl in België en in Europa het aantal infecties stijgt?

Dat klopt inderdaad, maar men mag niet overdrijven: wanneer men aan preventie doet is het veel moeilijker de infectiecurve te doen afnemen dan in een land waar het aantal besmettingen zeer groot is.

tiative n'a encore été prise pour nouer le dialogue au niveau fédéral. La ministre Onkelinx souhaite certes lancer une concertation sur les raisons pour lesquelles les homosexuels sont privés de l'accès à la banque du sang et ne peuvent pas être donateurs, mais il est beaucoup plus urgent d'ouvrir une concertation sur l'augmentation des cas d'infection chez les homosexuels.

D'un point de vue budgétaire, le budget (limité) est le même qu'au cours des dix, quinze dernières années, mais les défis ont doublé. Il y a deux fois autant de gens atteints par le VIH et la prévention est devenue beaucoup plus complexe. La Flandre a besoin de nouvelles stratégies de prévention, qui nécessitent un travail intensif et sont par conséquent coûteuses. Si l'on souhaite vraiment réaliser un avancement supplémentaire, une injection financière s'impose.

EXPOSE SUR LA PREVENTION DES IST/SIDA EN COMMUNAUTE FRANCAISE

Monsieur Thierry Martin, directeur de la Plateforme prévention sida, est heureux de pouvoir aborder la question de la prévention des IST/sida à un moment où une des craintes des acteurs de la prévention est que la banalisation de la maladie atteigne aussi le pouvoir politique. Les indicateurs sont dans le rouge. Pour une série d'entre eux, ce n'est pas le moment de relâcher les efforts en matière de prévention.

Le premier décembre 2010 était la journée mondiale du sida et la question que les journalistes posaient était: pourquoi est-ce que, au niveau mondial, le nombre des nouvelles infections recule, alors qu'en Belgique et en Europe, par contre, le nombre d'infections augmente?

C'est effectivement vrai, mais il faut peut-être aussi tempérer la situation puisque, quand on fait des efforts de prévention, c'est beaucoup plus difficile de faire reculer la courbe d'infections que dans un pays où le nombre de contaminations est particulièrement important.

We mogen niet uit het oog verliezen dat, naast aids, ook de meeste andere seksueel overdraagbare aandoeningen toenemen. Er is een toename van syfilis, vooral onder homomannen, gonorrhoe, chlamydia en andere seksueel overdraagbare aandoeningen.

Wat de medische aspecten betreft is de toestand sterk veranderd eind van jaren 90 met de komst van de trithapieën die er vooral toe leidde dat de levensverwachting toenam, de levenskwaliteit van seropositieve personen verbeterde en die ook gevolgen had voor het overdrachtrisico. Wanneer een seropositieve persoon een behandeling volgt is zijn virale belasting immers lager en neemt dus ook het infectiegevaar echt af.

In de Benelux baart de toegang tot de behandeling geen zorgen, maar in andere landen moet de toegang tot de behandeling gezien worden als een volwaardige preventiestrategie naast het verdelen zonder meer van condooms.

Al zijn de behandelingen steeds efficiënter, het is een feit dat zij in bepaalde situaties complex blijven, dat zij helaas bijwerkingen blijven hebben die soms tot de dood van seropositieve personen kunnen leiden. De verhoging van de levensduur heeft tot nieuwe medische problemen geleid. Bij de seropositieve personen wordt een stijging vastgesteld van het aantal kankergevallen en een verhoogd risico op hart- en vaataandoeningen omdat een van de gevolgen van de behandeling bijvoorbeeld een stijging van het vetgehalte in het bloed is. Men stelt ook bij seropositieve personen een voortijdige veroudering vast van hun organisme dat voortdurend tegen het virus moet strijden.

Naast de epidemiologische cijfers zijn er andere indicatoren, namelijk een reeks inlichtingen met betrekking tot de sociale aspecten. Wat aids betreft is er immers vandaag een generatie-effect. Jongeren hebben in vergelijking met het begin van de jaren 90 een veel positievere kijk op de ziekte. In het begin van de jaren 90 stierven seropositieve personen bij ons, vandaag is dat veel minder het geval. Dat optimisme ten aanzien van de behandelingen, met de komst van de trithapieën, leidt tot

À côté du sida, il est également important de constater que la plupart des autres infections sexuellement transmissibles sont aussi en recrudescence. Il y a une recrudescence de syphilis, principalement chez le public gay, la gonorrhée, le chlamydia et les autres IST.

Au niveau des aspects médicaux, la situation a particulièrement changé fin des années 90 avec l'arrivée des trithérapies, qui a eu pour conséquence principale l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation de la qualité de vie des personnes séropositives, avec également un impact au niveau du risque de transmission. En effet, lorsqu'une personne séropositive prend un traitement, sa charge virale est plus faible et donc le risque d'infection s'en trouve effectivement réduit.

Au niveau du Benelux, il n'y a pas de souci quant à l'accès au traitement, mais pour d'autres pays l'accès au traitement doit être aussi envisagé comme une stratégie de prévention à part entière à côté de la simple distribution de préservatifs.

Même si les traitements sont de plus en plus efficaces, il faut quand être conscient du fait que les traitements continuent d'être complexes dans certaines situations, qu'ils continuent malheureusement d'avoir des effets secondaires, dont parfois les personnes séropositives peuvent mourir. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, il y a de nouveaux problèmes médicaux qui apparaissent. On constate notamment une augmentation de cancers chez les personnes séropositives, un risque plus important d'accidents cardio-vasculaires, puisqu'un des effets des traitements est d'augmenter par exemple le taux de graisse dans le sang. On constate aussi un vieillissement prématuré des personnes séropositives au niveau de leur organisme, qui doit sans cesse lutter contre le virus.

D'autres indicateurs, à côté des chiffres épidémiologiques, c'est toute une série d'informations par rapport aux aspects sociaux, puisqu'il y a réellement aujourd'hui un effet de génération par rapport au sida. Les jeunes notamment ont une vision beaucoup plus positive de la maladie qu'au début des années 90. Au début des années 90, des personnes séropositives décédaient du sida chez nous, alors qu'aujourd'hui c'est beaucoup moins le cas. Cet optimisme vis-à-vis des traite-

een bagatellisering van de ziekte die in bepaalde gevallen gepaard gaat met een preventiemoeheid.

Die bagatellisering uit zich in een miskennis van de wijzen waarop de ziekte wordt overgedragen. Uit een Belgisch onderzoek blijkt dat 67 % van de Belgische bevolking niet precies weet hoe het virus wordt overgedragen of niet wordt overgedragen. Een juiste kennis zal natuurlijk niet alles oplossen, maar voor preventiewerk is het een basisgegeven.

Uit een ander onderzoek op Europees niveau in 2006 en 2007 blijkt dat 47 % van de Belgen niet weet dat men geen aids oploopt wanneer men uit het zelfde glas als een seropositive persoon drinkt.

Een onderzoek in de Franse Gemeenschap heeft ook aangetoond dat de kennis van de jongeren met betrekking tot de wijze van overdracht afneemt.

Datzelfde onderzoek toont helaas ook aan dat de discriminatie nog altijd zeer groot blijft en dat 69 % van de Belgische bevolking een discriminerende houding aanneemt ten aanzien van mensen met aids. In Frankrijk is uit een onderzoek in 2009 gebleken dat meer dan de helft van de seropositive personen vindt door hun seropositiviteit het slachtoffer van discriminatie te zijn geweest.

Het is dus duidelijk dat het bestrijden van discriminatie naast een preventiestrategie een van de prioritaire krachtlijnen van de strijd tegen aids moet blijven, want die discriminatie kan negatieve gevolgen hebben. Zij kan leiden tot een isolement van de seropositive personen, soms tot zelfuitsluiting. Seropositive personen zullen op een bepaald ogenblik niet langer bepaalde initiatieven nemen of zullen een bank geen lening vragen omdat zij bijvoorbeeld aan een hiv-test zullen worden onderworpen.

Men merkt dat het grote publiek minder en minder om aids is bekommerd, wat uiteraard gevolgen heeft, namelijk dat specifieke risico's worden genomen.

ments, avec l'arrivée des trithérapies, entraîne une banalisation par rapport à la maladie qui va de pair, dans certains cas, avec une fatigue par rapport à la prévention.

Cette banalisation se traduit notamment par une méconnaissance des modes de transmission. Une enquête belge montre que 67 % de la population belge n'identifie pas correctement la manière dont le virus se transmet et ne se transmet pas. C'est clair que la connaissance ne va pas tout résoudre, mais en tout cas, c'est la base d'un travail de prévention.

Une autre enquête, qui a été faite au niveau européen en 2006 et 2007, montre aussi que 47 % des belges ne savent pas que l'on n'attrape pas le sida en buvant dans le même verre qu'une personne séropositive.

Aussi en Communauté française, il y a une enquête qui montre qu'il y a une dégradation du niveau de connaissance des modes de transmission chez les jeunes.

Malheureusement, cette enquête montre également que la discrimination reste très importante aujourd'hui et que 69 % de la population belge témoigne d'une attitude discriminatoire vis-à-vis des malades du sida. En France, il y a une enquête de 2009 qui montre que plus d'une personne séropositive sur deux pense déjà avoir été discriminée à cause de sa séropositivité.

Donc, c'est clair que la lutte contre la discrimination à côté d'une stratégie de prévention doit rester un axe prioritaire dans la lutte contre le sida, puisque cette discrimination peut avoir des impacts négatifs. Elle peut entraîner un isolement des personnes séropositives, parfois l'auto-exclusion. Cela veut dire qu'à un moment donné, les personnes séropositives s'excluent elles-mêmes d'une série d'initiatives ou se refusent à demander un prêt à la banque, sachant qu'on va leur demander par exemple un test hiv.

On sent de plus en plus que le grand public est de moins en moins concerné par rapport au sida, avec évidemment une conséquence liée à cela, qui est la prise de risques ponctuels.

Gelukkig daalt de laattijdige opsporing al enkele jaren. In de Franse Gemeenschap verklaart iets meer dan de helft van de jongeren tijdens hun laatste seksuele betrekking een condoom te hebben gebruikt. Die cijfers variëren naar gelang van het onderwijstype. De kennis van het gebruik van condooms is bijvoorbeeld minder goed in het technisch en het beroepsonderwijs, het zou dus efficiënt zijn de preventiestrategieën naar dat onderwijstype te richten.

In de Franse Gemeenschap wordt de strijd tegen aids enigszins anders georganiseerd dan langs Nederlandse zijde, aangezien er prioritaire doelgroepen werden geïdentificeerd. Het gaat hier vooral om migranten, mannelijke en vrouwelijke prostituees, druggebruikers, gedetineerden, mensen in het uitgaansleven, de bevolking in het algemeen en de jongeren in het bijzonder.

Voor elk publiek zijn er subsidies in de vorm van heel specifieke programma's en het is een specifieke, kleinere vereniging die in de directe omgeving voor dat publiek campagnes opzet en actie voert, met een sleutelwoord voor al die verenigingen, namelijk peerpreventie.

Daarnaast wordt er een plaatselijke strategie ontwikkeld in de drie grote steden van de Franse Gemeenschap naast Brussel, namelijk Luik, Namen en Charleroi.

Vandaag is de situatie voor seropositieve personen echter niet dezelfde als vijftien jaar geleden. Op een bepaald ogenblik moeten ook de preventieactoren zich vernieuwen in de preventiestrategieën en moeten zij creatief zijn. Om efficiënter te zijn komt het erop aan stelselmatig het doelpubliek bij de strategieën te betrekken.

Als men de epidemie bij de homopopulatie en bij de drugsverslaafden wil terugdringen, moet men naar dat publiek gaan en het bij de preventiestrategieën betrekken.

Naast internet dient vandaag absoluut te worden geïnvesteerd in de nieuwe communicatietechnologieën.

Une bonne nouvelle est que depuis quelques années on voit que le dépistage tardif a tendance à reculer. En Communauté française aussi, un peu plus de la moitié des jeunes déclare avoir utilisé le préservatif lors de sa dernière relation sexuelle. Ces chiffres sont différents si on s'intéresse à des jeunes en fonction de leur type d'enseignement. Par exemple le niveau de connaissance de l'utilisation des préservatifs est moins bon dans l'enseignement technique et professionnel, donc orienter des stratégies de prévention vers ce type de réseau pourrait être une stratégie efficace.

En Communauté française, par rapport à la lutte contre le sida, les choses sont organisées un peu différemment que du côté néerlandophone, puisqu'il y a des publics cibles prioritaires qui ont été identifiés. C'est principalement le public migrant, les personnes prostituées masculines et féminines, le public homosexuel et bisexuel, les usagers de drogues, les détenus, les personnes qui sortent dans le milieu festif et la population générale et les jeunes en particulier.

Chaque public est subventionné par des programmes tout à fait spécifiques et c'est une association spécifique, plus petite, qui développe des campagnes et des actions de proximité à l'attention de ce public, avec un maître-mot dans toutes ces associations, qui est la prévention par les pairs.

À côté de cela, il y a des stratégies au niveau local dans les trois grandes villes de la Communauté française à côté de Bruxelles: Liège, Namur et Charleroi.

La situation pour les séropositifs aujourd'hui n'est plus la même qu'il y a quinze ans et à un moment donné, c'est aussi aux acteurs de prévention à se renouveler dans les stratégies de prévention, à être créatifs. Ce qui semble pertinent pour être plus efficace, c'est d'impliquer systématiquement le public cible.

Si on veut faire reculer l'épidémie auprès du public homosexuel et auprès du public toxicomane, allons à la rencontre de ce public-là et impliquons-les dans les stratégies de prévention.

À côté de l'Internet, il faut absolument investir dans les nouvelles technologies de communi-

nologieën die met betrekking tot het nemen van risico's zijn veranderd. Er moet opnieuw worden geïnvesteerd in een reeks onderzoeken om de mechanismen die tot het nemen van risico's leiden beter te begrijpen. Het is duidelijk dat er bepaalde indicatoren zijn, maar het komt er vandaag in de eerste plaats op aan uit te maken wat niet gaat. Veel mensen weten dat condooms een bescherming zijn tegen seksueel overdraagbare aandoeningen en aids, maar de condooms blijven ongelukkig genoeg in veel gevallen op het nachtkastje liggen of in de portefeuille steken. Het is dus zaak opnieuw in onderzoek te investeren.

Opsporing is uitermate belangrijk. Opsporing is zeker een zeer belangrijk moment, zowel op het niveau van de primaire preventie — een goede screening impliceert counseling die een stand van zaken met betrekking tot de overdracht van de ziekte mogelijk maakt nog voor een bloedafname — als op het niveau van de secundaire preventie, met andere woorden de preventie voor seropositieve personen. Hoe eerder men weet dat iemand daadwerkelijk is besmet, hoe positiever de behandeling op lange termijn zal zijn.

Toch zijn er een aantal leemten op het gebied van de toegang tot de opsporing. In de Franse Gemeenschap is het duidelijk dat de referentiecentra voor aids een opsporing in het ziekenhuis voorstellen, maar tegelijkertijd stelt men vast dat bijzonder kwetsbare bevolkingsgroepen, voor wie naar het ziekenhuis gaan moeilijk kan liggen, niet in voldoende mate worden bereikt. Het gaat hier meer bepaald om migranten, homoseksuelen en jongeren die het daarmee moeilijk kunnen hebben. Voor jongeren kan het kostenplaatje een rem zijn, maar er zijn enkele centra die gratis een anonieme screening aanbieden. In de Franse Gemeenschap zijn er twee structuren die gratis en anoniem een opsporing aanbieden. Voor het geheel van de Franse Gemeenschap is dat bitter weinig.

Er worden experimenten op touw gezet, bijvoorbeeld te Antwerpen. Men gaat naar het milieu van seropositieve personen om de dekkinggraad van de opsporing te verhogen. Ook in andere landen zijn er soortgelijke experimenten: men gaat naar gaybars, sauna's en kwetsbaardere wijken, zoals

cation, qui aujourd'hui ont changé en termes de prises de risques. Il faut un réinvestissement dans une série de recherches pour mieux comprendre aujourd'hui les mécanismes qui conduisent à la prise de risques. C'est clair qu'on peut avoir certains indicateurs, mais c'est particulièrement important aujourd'hui de refaire le point par rapport à ce qui ne va pas, puisque beaucoup de personnes savent que les préservatifs permettent de se protéger contre les IST et le sida, mais malheureusement le préservatif dans bon nombre de cas reste dans la table de nuit ou dans le portefeuille. Donc, c'est important de réinvestir dans la recherche

La question du dépistage est particulièrement importante. C'est clair que le dépistage est un moment très important, que cela soit au niveau de la prévention primaire, puisque dans un bon dépistage il y a du counseling qui permet de refaire le point avant la prise de sang par rapport au mode de transmission de la maladie, qu'au niveau de la prévention secondaire, donc de la prévention à l'attention des personnes séropositives. Plus tôt on sait que la personne est effectivement contaminée, meilleure la prise en charge sur le long terme pourra être positive.

Mais néanmoins, on voit qu'il y a une série de carences au niveau de l'accès au dépistage. C'est clair qu'en Communauté française, les centres de références sida proposent un dépistage dans l'hôpital, mais néanmoins, à côté de cela, on voit qu'on ne couvre pas suffisamment des publics particulièrement vulnérables, pour qui aller à l'hôpital peut être difficile. Il s'agit notamment du public migrant, du public homosexuel et du public jeune, qui peuvent avoir des différents freins. Le coût financier joue un rôle pour le public jeune, même s'il y a des centres de dépistage anonyme et gratuit, mais ils sont relativement peu nombreux. En Communauté française, il y a deux structures qui proposent un dépistage anonyme et gratuit. Pour toute la Communauté française, c'est particulièrement faible.

Il y a des expériences pilotes, par exemple à Anvers, pour aller dans les milieux des personnes séropositives afin d'augmenter la couverture de dépistage. C'est quelque chose qui est également expérimenté dans d'autres pays, d'aller dans des bars gay, des saunas et des quartiers plus vulnérables.

Matonge, om een opsporing ter plaatse, buiten de muren van een ziekenhuis voor te stellen en een publiek te bereiken. In België staan we in dat opzicht echter nergens.

Ook de medische sector en meer bepaald de huisdokters dienen voor de opsporing te worden gesensibiliseerd. Screening is niet verplicht en kan helemaal niet worden opgelegd. Het gaat hier om een vrij initiatief van de persoon in kwestie. Helaas stelt men vast dat bepaalde artsen de hiv-screening aanvinken zonder noodzakelijk daarover met de persoon te spreken. Bij een positief resultaat is het voor de arts eerder moeilijk om dat mede te delen wanneer de persoon in kwestie niet bereid is naar het resultaat te luisteren. En men weet dat de manier waarop iemand verneemt dat hij seropositief is, een rol speelt in de wijze waarop de behandelingen vervolgens zullen verlopen.

Vaak wordt beweerd, althans in de Franse Gemeenschap, dat aids een ziekte is die enkel de jongeren aanbelangt. Uiteraard is hiv-besmetting een zaak voor de jongeren, maar men geeft er zich meer en meer rekenschap dat een ouder publiek zich minder betrokken kan voelen wanneer de aandacht stelselmatig naar de jongeren gaat. Dertigjarigen vormen eerder het doelpubliek en, in elk geval in de Franse Gemeenschap, zijn er voor dat publiek geen gerichte preventieve acties. Seksueel overdraagbare aandoeningen zijn ook belangrijk voor een ouder publiek dat bijzonder kwetsbaar is. Dat betekent niet dat voor de jongeren niets meer hoeft gedaan te worden, maar het publiek van dertigjarigen moet als prioritair worden beschouwd. Wanneer in 2008 het aantal echtscheidingen nagenoeg even groot is als het aantal huwelijken, is het duidelijk dat de personen die enkele jaren als een koppel hebben geleefd, niet gesensibiliseerd werden voor de preventiecampagnes tegen aids en dat zij op een bepaald ogenblik misschien wat kwetsbaarder zijn en geen oog hebben voor seksueel overdraagbare aandoeningen. Misschien zijn zij op een bepaald ogenblik niet geneigd een condoom te gebruiken.

Het is echt zaak, in het licht van de specifieke situaties waarover al werd gesproken, dat ook specifieke doelgroepen gesensibiliseerd blijven.

rables, comme Matongé, pour proposer un dépistage délocalisé, hors des murs de l'hôpital afin de toucher un public. Hélas, en Belgique on n'en est nulle part.

Il est également important de résensibiliser le secteur médical et notamment les médecins généralistes au dépistage. Le dépistage n'est pas obligatoire, il est à la libre initiative de la personne, on ne peut absolument pas l'imposer. On constate malheureusement que certains médecins cochent le dépistage hiv sans nécessairement en parler avec la personne. En cas de résultat positif, le médecin se trouve dans une situation un peu difficile d'annoncer un résultat positif sans que la personne ne soit prête à entendre ce résultat. Et on sait que la manière dont on apprend sa séropositivité, joue un rôle sur la manière dont les traitements seront pris par la suite.

On parle beaucoup, en tout cas en Communauté française, du sida comme étant une maladie qui concerne uniquement les jeunes. C'est clair que le hiv concerne les jeunes, mais on se rend de plus en plus compte qu'en ciblant systématiquement les jeunes, un public plus âgé peut se sentir moins concerné par la maladie. Néanmoins le public concerné est plutôt un public de trentenaires, qui, en tout cas du côté francophone, ne fait pas l'objet d'actions de prévention ciblées. Des IST concernent également un public plus âgé, qui est un public qui est particulièrement vulnérable. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut plus rien faire pour les jeunes, mais il faut réorienter un public cible prioritaire, qui est le public des trentenaires. Quand on voit aussi que le nombre de divorces n'est pas très loin du nombre de mariages en 2008, c'est clair que les personnes qui ont été un couple pendant quelques années, n'ont pas été sensibilisées par les campagnes de prévention du sida et qui, à un moment donné, sont peut-être aussi un peu fragilisées, ne se sentant pas concernées par les IST. Peut-être aussi, à un moment donné, elles n'ont pas tendance à utiliser le préservatif.

Il faut vraiment, tout en tenant compte des spécificités dont on a déjà parlées, continuer également de sensibiliser des publics spécifiques.

We stellen vast dat de helft van de lidstaten van de Verenigde Naties seropositieve personen de toegang tot hun grondgebied weigeren, al is dat niet een bijzonder efficiënte preventiestrategie.

Er werden dus enkele denksporen uitgezet van zaken die op een bepaald ogenblik kunnen worden ontwikkeld of waarover in een nabije toekomst kan worden nagedacht.

VRAGEN EN BESCHOUWINGEN

De heer Jan Roegiers bedankt beide sprekers.

Eén op twintig homomannen is besmet met hiv. Eén op drie van de besmetten weet echter niet eens dat hij besmet is.

De heer Chris Lambrechts meent dat één op zes besmetten niet op de hoogte is van zijn besmetting.

De heer Jan Roegiers vraagt of bepaalde groepen niet meer moeten worden aangezet tot het zicht laten testen.

Er worden kennelijk te weinig middelen besteed aan het opzetten van preventiecampagnes via het internet. Biedt het buitenland op dat vlak enkele good practices?

Spreker diende jaren geleden reeds een voorstel van decreet in om op meer plaatsen condooms gratis ter beschikking te stellen. Wat is echter de kern van het probleem: de kostprijs van het condoom, die ongeveer 50 cent bedraagt, of de afwezigheid van condooms op cruciale plaatsen?

Zijn er, ten slotte, cijfers beschikbaar over discriminatie op de arbeidsmarkt?

De heer Marc Angel geeft aan dat de cijfers voor Luxemburg ongeveer dezelfde zijn als voor België. Er is dus ook dezelfde stijging van het aantal besmetten in de groep van de homomannen, evenals bij migranten.

On constate que la moitié des États-membres de l'ONU refusent l'accès au territoire des personnes séropositives, alors que ce n'est pas une stratégie de prévention particulièrement efficace.

On a donc dressé quelques pistes de choses qui pourraient être à un moment donné intensifiées ou réfléchies dans un futur proche.

QUESTIONS ET OBSERVATIONS

M. Jan Roegiers remercie les deux orateurs.

Un homosexuel sur vingt est infecté par le VIH. Un homosexuel sur trois ne sait cependant même pas qu'il est infecté.

M. Chris Lambrechts estime qu'un patient infecté sur six n'a pas connaissance de cette infection.

M. Jan Roegiers demande si certains groupes ne doivent pas être incités davantage à se soumettre à un test.

Trop peu de moyens sont manifestement consacrés à l'élaboration de campagnes de prévention par le biais de l'internet. Existe-t-il à l'étranger des bonnes pratiques en la matière dont on pourrait s'inspirer?

L'intervenant a déposé il y a déjà plusieurs années une proposition de décret visant à mettre gratuitement des préservatifs à disposition dans un plus grand nombre d'endroits. Quel est le nœud du problème: le coût du préservatif, qui s'élève à environ 50 cents, ou l'absence de préservatifs à des endroits essentiels?

Enfin, dispose-t-on de chiffres concernant la discrimination sur le marché du travail?

M. Marc Angel indique que les chiffres pour le Luxembourg sont plus ou moins les mêmes que pour la Belgique. On y constate donc la même augmentation du nombre de personnes infectées dans le groupe des homosexuels, ainsi que parmi les migrants.

De hoge cijfers in de migrantenpopulatie wijzen ook op het belang van de integratie van preventie in de ontwikkelingssamenwerking, in het bijzonder met de Afrikaanse partnerlanden.

Een verontrustend fenomeen is dat van de “barebacking”. Op internet bieden steeds meer personen zich aan voor deze vorm van onveilige seks. Hier is duidelijk nood aan preventie.

De heer Karel Leunissen vreest de gevaarlijke effecten van een negatieve test. Vaak zet dat homomannen ertoe aan onveilig te vrijen.

De heer Ludwig Caluwé vraagt of de stijging van het aantal besmettingen te wijten is aan een zekere nonchalance en gemakzuchtigheid, dan wel aan een bewuste keuze voor onveilige seks.

Het is voorts enigszins opmerkelijk dat de toename in Luxemburg even groot is, ondanks de — naar verhouding — veel grotere budgetten. Doet de toename zich in heel Europa voor?

De heer Chris Lambrechts steunt het voorstel om het testen sterker te promoten. Sensoa is geen voorstander van een opt-out scenario op bevolkingsniveau. Dat beleid zou inhouden dat iedereen wordt getest, tenzij men daartegen een bezwaar heeft. Een dergelijk scenario lijkt wel aangewezen voor de groep van de homomannen. Huisartsen stellen op eigen initiatief een test voor. Daartoe is wel een goede counseling vereist, onder meer om te vermijden dat mensen een onveilig gedrag gaan vertonen na een negatieve test.

Ondanks de zeer hoge kennis van de risico's, is er onder de homomannen steeds een groep geweest die bewust het condoomgebruik mijdt of condooms niet consequent gebruikt. Slechts een heel kleine groep doet dit uit nonchalance.

Personen die zich op internet bereid verklaren voor barebacking, zijn vrijwel steeds seropositieven die andere seropositieven opzoeken. Dat wordt “seroselectie” genoemd.

Les chiffres élevés dans la population des migrants mettent aussi en évidence l'importance que revêt l'intégration de la prévention dans la coopération au développement, en particulier avec les pays africains partenaires.

Un phénomène inquiétant est celui du “barebacking”. Sur l'internet, de plus en plus de personnes se proposent pour pratiquer cette forme de rapports non protégés. Une prévention s'impose clairement.

M. Karel Leunissen craint les effets dangereux d'un test négatif. Celui-ci incite souvent les homosexuels à avoir des rapports non protégés.

M. Ludwig Caluwé demande si l'augmentation du nombre d'infections est attribuable à une certaine nonchalance et une certaine paresse ou plutôt à un choix délibéré d'avoir des rapports non protégés.

Il est par ailleurs somme toute étonnant que l'augmentation au Luxembourg soit aussi importante, en dépit de budgets — proportionnellement — beaucoup plus élevés. Retrouve-t-on cette augmentation dans l'ensemble de l'Europe?

M. Chris Lambrechts adhère à la proposition de promouvoir davantage les tests. Sensoa n'est pas favorable à un scénario opt-out au niveau de la population. Cette politique supposerait que chacun subisse un test, sauf objection. Un tel scénario semble en revanche s'indiquer pour le groupe des homosexuels. Les médecins généralistes proposent spontanément un test. Il faut cependant dans ce cas bien conseiller les intéressés, afin d'éviter qu'ils présentent un comportement à risque après un test négatif.

En dépit d'une très bonne connaissance des risques, il y a toujours eu parmi les homosexuels un groupe qui évite délibérément l'utilisation de préservatifs ou ne les utilisent pas de manière cohérente. Seul un très petit groupe agit de la sorte par nonchalance.

Les personnes qui, sur l'internet, se déclarent ouvertes au barebacking, sont toujours des seropositifs qui recherchent d'autres seropositifs. C'est ce que l'on appelle la “sérosélection”.

In Frankrijk zijn condooms vrijwel overal in het homomilieu beschikbaar. Daardoor worden mensen er vaak aan herinnerd wat eigenlijk de norm is. Anderzijds blijkt uit Nederlands onderzoek dat de kostenloze beschikbaarheid van condooms niet noodzakelijk leidt tot minder besmettingen. Iedere maatregel moet worden gekaderd in een coherent en uitgebalanceerd geheel.

Wat preventiecampagnes op het internet betreft, leren een aantal Nederlandse voorbeelden dat dit een effectieve informatie- en sensibiliseringsvorm is. Anderzijds liggen de ontwikkelingskosten zeer hoog en is het bereik beperkt. De uitdaging bestaat erin effectieve programma's uit te werken die een brede doelgroep bereiken.

Het internet biedt talrijke mogelijkheden die nog lang niet allemaal onderzocht zijn. Zo is het ook mogelijk dat een seropositieve persoon via het internet anoniem zijn partners verwittigt. Het zou nuttig zijn dat er voor dergelijke technische en kapitaalintensieve projecten een Europees initiatief wordt genomen.

De heer Thierry Martin wijst erop dat er veel gelijkenissen zijn tussen de Vlaamse en de Franse Gemeenschap. Wellicht wordt in de Franse Gemeenschap meer de klemtoon gelegd op het belang van het condoomgebruik. Zo wordt gezorgd voor een verspreiding van gratis condooms aan kwetsbare groepen. Terzelfder tijd wordt op die wijze gepoogd bepaalde verenigingen die actief zijn binnen deze groepen (homomannen, jongeren), te betrekken bij het aidsbeleid. Het komt er trouwens niet alleen op aan gratis condooms te verstrekken, maar ook hun beschikbaarheid te vergroten. Voor sommige groepen blijft het bijvoorbeeld moeilijk condooms te kopen in een apotheek.

Het is voorts inderdaad zeer belangrijk dat de verschillende overheden in België zoveel mogelijk overleg plegen over het te voeren beleid. De bevoegdheidsverdeling is bijzonder ingewikkeld.

En France, des préservatifs sont disponibles presque partout dans le milieu homosexuel, ce qui permet de rappeler souvent aux gens quelle est la norme. Par ailleurs, une étude néerlandaise montre que la mise à disposition gratuite de préservatifs ne se traduit pas nécessairement par un nombre moins élevé d'infections. Chaque mesure doit s'inscrire dans le cadre d'un ensemble cohérent et équilibré.

En ce qui concerne les campagnes de prévention sur l'internet, une série d'exemples néerlandais montrent qu'il s'agit d'une forme d'information et de sensibilisation efficace. D'un autre côté, les frais de réalisation sont très élevés et la portée est très limitée. Le défi consiste donc à élaborer des programmes efficaces qui atteignent un large groupe-cible.

L'internet offre d'innombrables possibilités qui n'ont pas encore été toutes explorées. Une personne séropositive peut ainsi avertir ses partenaires de manière anonyme par le biais de l'internet. Pour ce type de projet technique et nécessitant d'importants capitaux, il serait utile de prendre une initiative au niveau européen.

M. Thierry Martin indique qu'il y a de nombreuses similitudes entre la Communauté française et la Communauté flamande. En Communauté française, l'accent est peut-être mis davantage sur l'importance de l'utilisation du préservatif. On y veille ainsi à distribuer gratuitement des préservatifs aux groupes vulnérables. Dans le même temps, on s'efforce de la sorte d'associer certaines associations actives au sein de ces groupes (homosexuels, jeunes) à la politique en matière de lutte contre le sida. L'important n'est en effet pas seulement de fournir gratuitement des préservatifs mais aussi d'en accroître la disponibilité. Pour certains groupes, il reste par exemple difficile d'acheter des préservatifs dans une pharmacie.

Par ailleurs, il est effectivement très important que les différents pouvoirs en Belgique se concertent autant que possible sur la politique à mener. La répartition des compétences est particulièrement complexe.

De heer Chris Lambrechts erkent dat een groter budget niet noodzakelijk leidt tot een betere preventie of tot lagere besmettingscijfers. Ondanks een groter budget per inwoner ligt de stijging in Nederland even hoog als in België.

Een grotere investering heeft slechts een meerwaarde indien de middelen efficiënt worden ingezet en indien de juiste strategie wordt gevolgd. In Nederland richtte het beleid zich oorspronkelijk vooral op het ontraden van anale seks. Nadien werd condoomgebruik afgeraden, nog later werd de homogemeenschap afgeraden zich te laten testen. Die strategie bleek niet efficiënt.

Anderzijds kan men het beleid van een ander land niet zonder meer kopiëren. Het beleid is het meest effectief als het is afgestemd op de lokale situatie.

Internationale afstemming van het beleid is wel geboden voor bepaalde groepen die internationaal mobiel zijn, zoals in het bijzonder de homomannen. Op dat vlak organiseert Sensoa met de buurlanden ook samenwerking en een uitwisseling van ervaringen, maar die samenwerking is er veel minder op beleidsniveau.

Mevrouw Maya Detiège deelt de stelling dat het condoomgebruik minder wordt gehinderd door het financiële aspect maar vooral door de psychologische drempel. Voor sommige groepen zoals migranten is dat nog meer het geval. Het oordeelkundig plaatsen van condoomautomaten kan een oplossing bieden.

De heer Jan Roegiers vraagt of de commissie de bedoeling heeft een aanbeveling uit te werken.

Mevrouw Maya Detiège stelt voor in eerste instantie de Nederlandse en Luxemburgse vertegenwoordigers te horen en vervolgens na te gaan welke gevolgtrekkingen kunnen worden gemaakt die pertinent zijn voor de drie landen.

M. Chris Lambrechts admet qu'un budget plus élevé n'est pas nécessairement synonyme d'une meilleure prévention ou d'un nombre moins élevé d'infections. En dépit d'un budget plus élevé par habitant, l'augmentation aux Pays-Bas est aussi importante qu'en Belgique.

Un investissement plus élevé n'a de plus-value que si les moyens sont affectés efficacement et si la stratégie correcte est menée. Aux Pays-Bas, la politique était initialement axée principalement sur la dissuasion d'avoir des rapports anaux. Ensuite, l'usage du préservatif a été dissuadé et plus tard encore, on a déconseillé à la communauté homosexuelle d'effectuer des tests. Cette stratégie s'est avérée inefficace.

Par ailleurs, on ne peut pas se contenter de copier purement et simplement la politique d'un autre pays. La politique est la plus efficace lorsqu'elle est développée en fonction de la situation locale.

Une coordination internationale de la politique est néanmoins recommandée pour certains groupes ayant une mobilité internationale (en particulier, les homosexuels). À cet égard, Sensoa a organisé avec les pays voisins une collaboration et un échange d'expériences, mais cette collaboration est moins présente au niveau de la politique.

Mme Maya Detiège partage le point de vue selon lequel l'usage du préservatif est moins freiné par le coût financier que par l'obstacle psychologique. C'est encore plus le cas pour certains groupes, comme les migrants. L'installation de distributeurs de préservatifs à des endroits judicieux pourrait constituer une solution.

M. Jan Roegiers demande si la commission a l'intention de rédiger une recommandation.

Mme Maya Detiège propose d'entendre d'abord les représentants néerlandais et luxembourgeois et d'examiner ensuite quelles conclusions s'appliquant aux trois pays peuvent être tirées.

UITEENZETTING OVER HET AIDSBELEID IN NEDERLAND

De heer Ton Coenen, Raad van Bestuur Aids Fonds en Soa Aids Nederland, verklaart dat Soa Aids Nederland een landelijk kenniscentrum is dat een breed pakket van ondersteuningsmaatregelen aanbiedt, bijvoorbeeld in de vorm van training aan professionals werkzaam in de lokale praktijk, zoals de gemeentelijke gezondheidsdiensten (de "GGD's") en huisartsen, of in de vorm van initiatieven gericht tot scholen.

Het Aids Fonds is een privaat fonds dat fondsenwerving verricht en investeert in de nationale en de internationale aidsbestrijding.

In het afgelopen jaar werden in Nederland 1 000 tot 1 200 nieuwe gevallen van hiv-besmetting vastgesteld. Momenteel zijn er 13 000 mensen met hiv in zorg. Naar schatting zijn er in Nederland evenwel 21 500 mensen met hiv. Velen zijn dus onbekend met hun hiv-status.

Daarnaast stelt men een aanzienlijke toename van het aantal soa-besmettingen vast. Sedert het begin van de jaren '90 is het aantal chlamydia-besmettingen verdrievoudigd.

Twee derde van de nieuwe hiv-besmettingen (850 op 1 000 tot 1 200) betreft homomannen. In hoofdzaak gaat het om mensen afkomstig uit Subsaharaans Afrika die vaak als asielzoeker of illegaal in Nederland zijn terechtgekomen. Recent stelt men weliswaar een terugval vast in het aantal nieuwe besmettingen onder mensen afkomstig uit Subsaharaans Afrika, maar dat is enkel te wijten aan een strikter asielbeleid.

De toename van het aantal nieuwe hiv-besmettingen onder homomannen is vooral de afgelopen 10 jaar opvallend.

Specifiek voor Nederland geldt dat een relatief groot aantal mensen — ongeveer 40 % — niet weet dat zij met hiv besmet zijn. Dat is overigens

EXPOSÉ SUR LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE SIDA AUX PAYS-BAS

M. Ton Coenen, du conseil d'administration du Aids Fonds en Soa Aids Nederland, indique que Soa Aids Nederland est un centre d'expertise nationale qui propose un ensemble important de mesures d'aide, comme par exemple une formation destinée au personnel professionnel actif dans le cadre de la pratique locale, comme les services de santé communaux (les "GGD's") et les médecins généralistes, ou encore des initiatives destinées aux écoles.

Le Aids Fonds est un fonds privé qui récolte des moyens et les investit dans la lutte contre le sida au niveau national et au niveau international.

Au cours de l'année écoulée, on a enregistré aux Pays-Bas de 1 000 à 1 200 nouveaux cas de contamination par le virus HIV. Actuellement, 13 000 personnes contaminées sont soignées. On estime toutefois aux Pays-Bas à 21 500 le nombre de personnes contaminées par le virus. De nombreux cas ne sont donc pas répertoriés.

Par ailleurs, on observe une augmentation sensible du nombre de cas de MST. Depuis le début des années 90, le nombre d'infections par le chlamydia a triplé.

Deux tiers des nouvelles contaminations par le virus HIV (850 sur 1 000 à 1 200) concernent des hommes homosexuels. Il s'agit principalement de personnes originaires d'Afrique subsaharienne qui, souvent, sont arrivées aux Pays-Bas comme demandeurs d'asile ou comme illégaux. On enregistre certes une diminution du nombre de nouvelles contaminations parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, mais cette régression n'est que le résultat d'une politique d'asile plus stricte.

L'augmentation du nombre de cas de nouvelles contaminations par le virus HIV parmi les homosexuels a été particulièrement frappante ces 10 dernières années.

Une caractéristique spécifique aux Pays-Bas est le fait qu'un nombre relativement important de personnes — quelque 40 % — ignorent qu'elles

ook het geval voor andere besmettingen. Er is in Nederland kennelijk een minder grote testbereidheid dan in bijvoorbeeld de Angelsaksische landen. Er zijn echter ook regionale verschillen: in Amsterdam is slechts 17 % van de besmetten niet op de hoogte van de eigen besmetting, in Rotterdam gaat het om 46 %. In 2004 was in Nederland slechts 42 % van de homomannen ooit getest op hiv. In Londen was dat in 2001 reeds 79 %, in Sidney in 2002 zelfs 95 %. In het algemeen wordt in Nederland de laatste jaren wel meer getest. Dat houdt verband met de financiering van de tests: wie een risico heeft gelopen, kan gratis worden getest bij een GGD. Sedert 2004 is het aantal testen vrijwel verdubbeld. Momenteel werd zowat 70 % van de homomannen ooit getest.

Het merendeel van de tests op soa en hiv wordt verricht door de huisartsen. De meeste infecties worden evenwel vastgesteld door de GGD. Groepen met een verhoogd risico richten zich dus veeleer tot de GGD.

De vaagheid van het cijfermateriaal hangt samen met het ontbreken van een aangifteplicht voor geslachtsziekten of hiv. De wetgever achtte het niet noodzakelijk een dergelijke verplichte registratie in de infectieziektenwetgeving in te schrijven.

In Nederland ligt er op het vlak van de seksuele gezondheid een grote verantwoordelijkheid bij het lokale niveau. De gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor het infectieziektenbeleid. Dat beleid wordt wel regionaal overkoepeld. Het nationale beleid ondersteunt het lokale beleid, al is er de laatste tijd toch meer centralisatie. Wel wordt er geïnvesteerd in nationale programma's voor risicogroepen (jongeren, prostituees, etnische minderheden). Ook de surveillance wordt nationaal georganiseerd, om algemene ontwikkelingen in kaart te brengen. Er is een excellent systeem van nationale registratie van alle individuen met hiv.

sont contaminées par le virus HIV. Le même constat vaut du reste pour d'autres infections. Aux Pays-Bas, la propension à se soumettre au test est manifestement moins grande que, par exemple, dans les pays anglo-saxons. Il y a toutefois aussi des différences régionales: à Amsterdam, 17 % seulement des personnes contaminées ignorent leur état, contre 46 % à Rotterdam. En 2004, seulement 42 % des homosexuels néerlandais avaient subi le test de dépistage du virus HIV. Ce taux était déjà de 79 % en 2001 à Londres et même de 95 % en 2002 à Sydney. D'une manière générale, le nombre de tests a toutefois augmenté ces dernières années, et cette évolution est à mettre en corrélation avec le financement de tests: une personne qui a encouru un risque peut se faire tester gratuitement dans une GGD. Depuis 2004, le nombre de tests a pratiquement doublé. Actuellement, quelque 70 % des hommes homosexuels ont subi un test.

La majorité des tests en matière de MST et de HIG sont pratiquées par des médecins généralistes. Mais la plupart des infections sont constatées par un GGD. Les groupes où le risque est accru s'adressent donc plutôt aux GGD.

L'imprécision des chiffres disponibles s'explique par l'absence d'une obligation de signaler les maladies sexuelles et les contaminations par le virus HIV. Le législateur n'a pas jugé nécessaire de prévoir une telle obligation dans la législation sur les maladies infectieuses.

Aux Pays-Bas, les pouvoirs locaux exercent une large compétence en matière de santé sexuelle. Les communes sont responsables en première ligne pour cette politique. Cette dernière fait toutefois l'objet d'une tutelle régionale. La politique nationale soutient la politique locale, bien qu'on observe depuis quelques années une centralisation plus importante. L'on investit toutefois dans des programmes nationaux destinés aux groupes à risques (jeunes, prostituées, minorités ethniques). De même, la surveillance est organisée au niveau national, de manière à suivre les évolutions générales. Il existe un excellent système d'enregistrement national de toutes les personnes infectées par le virus HIV.

Het “hart” van de seksuele gezondheid in Nederland wordt gevormd door de GGD's, de huisartsen, de ziekenhuizen en de scholen. Zij worden ondersteund door een aantal nationale NGO's (Soa Aids Nederland, Schorer, RutgersWPF, Mainline). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu heeft een coördinerende en aansturende rol en financiert de nationale organisaties. Daarboven prijkt uiteindelijk het Ministerie van Volksgezondheid, dat een beleidsmatige rol vervult.

Aangezien er dus een behoorlijk aantal spelers zijn betrokken bij het beleid inzake infectieziekten, werd het Platform soa en seksuele gezondheid opgericht om de samenhang in beleid en uitvoering te waarborgen. Dat platform brengt lokale en nationale betrokkenen samen.

De strategie die bij het beleid inzake infectieziekten wordt gevolgd, rust op vijf pijlers:

1. De primaire preventie steunt op campagnes, gerichte interventies, sputumruil en het tegengaan van stigmatisering.

2. Testen en screenen.

3. Vaccinaties (met name tegen hepatitis B).

4. Het verstrekken van optimale zorg. Dat gebeurt in een twintigtal hiv-behandelcentra. De kwaliteit van die zorgverlening staat niet ter discussie, de waardering blijkt zeer hoog. Wel doet het toenemende chronische karakter van de besmetting de vraag rijzen of de huisartsen geen grotere rol kunnen opnemen in de zorgverlening, hetgeen goedkoper zou kunnen zijn.

5. Het verzamelen van betrouwbare data. Voor hiv lukt dat uitstekend, voor soa is dat veel minder het geval. Er wordt te weinig geïnvesteerd in operationeel onderzoek.

Le “coeur” de la santé sexuelle aux Pays-Bas est constitué par les GGD's, les médecins généralistes, les hôpitaux et les écoles. Ces derniers sont soutenus par un certain nombre d'ONG nationales (Soa Aids Nederland, Schorer, RutgersWPF, Mainline). L'Institut national de santé publique et d'environnement joue un rôle de coordination et d'orientation et finance les organisations nationales. Au sommet de cette construction, on trouve le ministère de la Santé publique qui joue un rôle politique.

Étant donné donc qu'un nombre important d'acteurs sont concernés par la politique relative aux maladies infectieuses, il a été procédé à la création d'une Plate-forme MST et santé sexuelle pour assurer la cohérence de la politique en la matière et sa mise en oeuvre. Cette plate-forme réunit les acteurs aux niveaux local et national.

La stratégie appliquée dans le cadre de la politique relative aux maladies infectieuses repose sur cinq piliers:

1. La prévention primaire repose sur des campagnes, des interventions orientées, l'échange de seringues et la lutte contre la stigmatisation.

2. Les tests et le screening.

3. Les vaccinations (notamment contre l'hépatite).

4. Le renforcement des soins optimaux. Cela se fait dans une vingtaine de centres de traitement de contaminations par le virus HIV. La qualité des soins est indéniable et ces derniers sont hautement appréciés. Toutefois, le caractère chronique croissant des contaminations soulève la question de savoir si les médecins généralistes ne devraient pas jouer un rôle plus important dans le cadre de prestations de soins, une formule qui pourrait également être moins onéreuse.

5. La collecte de données fiables. Si l'entreprise est un succès en ce qui concerne le virus HIV, elle l'est moins en ce qui concerne les MST. Les investissements dans la recherche opérationnelle sont insuffisants.

De leidende principes van het infectieziektenbeleid zijn de volgende:

1. Ken je epidemie.
2. Weten wat werkt. Er is evenwel te weinig onderzoek naar de effectiviteit van de genomen maatregelen.
3. Uitbouw van een wettelijk kader dat de uitvoering degelijk ondersteunt.
4. Benadering van hiv in een breed kader, met soa en seksualiteit.
5. Actieve betrokkenheid van de meest getroffen groepen.
6. Samenwerking tussen overheid, zorg en preventie.

De belangrijkste problemen zijn de volgende:

1. Het ontbreekt in Nederland nog steeds aan een integraal beleid.
2. Er wordt op nationaal en lokaal niveau sterk bezuinigd.
3. Sommige preventiemaatregelen zijn niet efficiënt (meer).
4. Niet iedereen neemt zijn verantwoordelijkheid, met name in de homogemeenschap.
5. Er is een achterstand in testen.
6. Etnische minderheden worden onvoldoende bereikt.
7. Er is nog een groot aantal late diagnoses, vooral bij etnische minderheden.
8. Mensen die langdurig medicatie krijgen, verouderen sneller, waardoor zij ziektes krijgen die normaal eigen aan een hogere leeftijd zijn. Daarnaast rijzen er ook specifieke problemen doordat

Les principes majeurs de la politique relative aux maladies infectieuses sont les suivants:

1. Connaître l'épidémie.
2. Savoir ce qui fonctionne. Les analyses de l'efficacité des mesures prises sont toutefois insuffisantes.
3. Développement d'un cadre légal en soutien efficace de la mise en oeuvre.
4. Approche du HIV dans un cadre large, avec les MST et la sexualité.
5. Participation active des groupes les plus touchés.
6. Coopération entre les autorités et les instances de soins et de prévention.

Les problèmes principaux sont les suivants:

1. Il n'y a toujours pas aux Pays-Bas de politique intégrale.
2. L'on pratique des économies drastiques aux niveaux national et local.
3. Certaines mesures de prévention ne sont (plus) efficaces.
4. Chacun ne prend pas ses responsabilités, notamment dans la communauté homosexuelle.
5. Il y a un retard dans les tests.
6. On touche insuffisamment les minorités ethniques.
7. Des diagnostics sont encore posés tardivement, particulièrement parmi les minorités ethniques.

8. Les personnes à qui l'on prescrit un traitement médicamenteux de longue durée vieillissent plus rapidement, de sorte qu'elles contractent des maladies dont souffrent habituellement des

mensen met hiv langer leven en ouder worden dan voorheen.

9. De ketenaanpak nationaal – lokaal dreigt onder druk te komen, onder meer door de aangekondigde bezuinigingen.

10. Er is weinig investering in operationeel onderzoek.

UITEENZETTING OVER HET AIDSBELEID IN LUXEMBURG

Mevrouw Laurence Mortier, preventiecoördinator van "Aidsberodung Croix-Rouge luxembourgeoise", verklaart dat de "Aidsberodung" een dienst is die door het Luxemburgse Rode Kruis werd opgericht in 1988, op vraag van het Ministerie van Volksgezondheid. De dienst heeft als opdrachten de personen besmet met hiv en de aidspatiënten emotioneel, psychosociaal en praktisch te ondersteunen en te strijden tegen de verspreiding van het virus door preventie-, sensibiliserings- en informatiecampagnes op te zetten.

Personen met hiv worden bijgestaan in hun contacten met de diensten van volksgezondheid. Zij krijgen psychologische bijstand en desgewenst huisvesting. Ze kunnen worden begeleid bij doktersbezoek. De dienst organiseert ook activiteiten en ontmoetingen, wat uiteraard vergemakkelijkt wordt door de kleine omvang van het land.

Op het vlak van de preventie worden vormingsessies gehouden in lycea, gevangenissen, migrantenorganisaties, vormingscentra voor volwassenen,... Daarnaast is er ook een mobiele preventie.

De dienst organiseert tevens diverse evenementen naar aanleiding van 1 december. Hij verzorgt ook informatiestands tijdens festivals, zorgt voor de verspreiding van condooms, onderhoudt contacten met bars en discotheken en organiseert nationale preventiecampagnes in samenwerking met de diensten voor preventieve geneeskunde.

catégories d'âge plus avancé. Par ailleurs, l'on rencontre également des problèmes spécifiques inhérents à l'espérance de vie aujourd'hui accrue des personnes contaminées par le virus HIV.

9. L'approche en chaîne au niveau national - local risque d'être mise sous pression, entre autres en raison de mesures d'économies annoncées.

10. Les investissements dans la recherche opérationnelle sont faibles.

EXPOSÉ SUR LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE SIDA AU LUXEMBOURG

Mme Laurence Mortier, coordinatrice de prévention de "Aidsberodung Croix-Rouge luxembourgeoise", indique que le "Aidsberodung" est un service créé par la Croix-Rouge luxembourgeoise en 1988, à la demande du ministère de la Santé publique. Le service a pour mission de soutenir sur le plan émotionnel, psychosocial et pratique les personnes contaminées par le virus en menant des campagnes de prévention, de sensibilisation et d'information.

Les personnes contaminées par le virus HIV sont aidées dans leurs contacts avec les services compétents pour la santé publique. Elles bénéficient d'une assistance psychologique et, si elles le souhaitent, dans la recherche d'un lieu d'hébergement. Elles peuvent être accompagnées lors de visites médicales. Le service organise également des activités et des rencontres, ce que la petite taille du pays contribue bien évidemment à faciliter.

Dans le domaine de la prévention, des sessions de formation sont organisées dans les lycées, les prisons, les organisations d'immigrants, les centres de formation pour adultes... Il existe par ailleurs aussi une prévention mobile.

Le service organise aussi des événements divers dans le cadre du 1er décembre. Il tient des stands d'information lors de festivals, distribue des préservatifs, entretient des contacts avec les bars et les discothèques et organise des campagnes d'information nationales en collaboration avec les services de médecine préventive.

De dienst Aidsberodung ontplooit dus een veelheid aan activiteiten, maar kan daarvoor rekenen op de medewerking van talrijke andere diensten en organisaties. Een voorname medewerker is het "Centre Hospitalier du Luxembourg", waar zich het enige centrum voor gespecialiseerde behandeling van hiv bevindt. Daarnaast wordt nauw samengewerkt met het ministerie van Onderwijs voor de preventiecampagnes in de scholen, met de afdeling preventieve geneeskunde van het ministerie van Volksgezondheid voor algemene preventiecampagnes, evenals met de dienst belast met de opvang van toxicomanen, het consultatiebureau voor sekswerkers, de migrantendiensten, de gevangenisinstellingen en de homo- en lesbienneorganisatie (Rosa Letzëbuerg).

In 1984 werd het "*Comité de surveillance du Sida*" opgericht, dat belast is met de informatie van het brede publiek. Het comité is samengesteld uit vertegenwoordigers van alle betrokken groepen en diensten. Dit comité moet een nationaal actieplan voor de bestrijding van aids voorstellen en nagaan hoe efficiënt dit plan in de praktijk is.

Sinds 15 jaar bestaat er een dergelijk nationaal actieplan, dat telkens vijf jaar geldt. De algemene doelstellingen ervan zijn:

1. De overdracht en verspreiding van hiv voorkomen.
2. Zorg en bijstand verlenen aan personen besmet met hiv.
3. De levenskwaliteit van personen besmet met hiv verhogen.
4. De kwetsbaarheid van individuen en gemeenschappen voor hiv en aids verminderen.
5. De discriminatie van besmette personen verminderen en de solidariteit bevorderen.

De specifieke doelstellingen van het nationaal actieplan zijn de ontwikkeling van preventieacties, de samenwerkingsverbanden vergroten, de toegang tot de zorg verbreden, een psychosociale

Le service Aidsberodung déploie donc de nombreuses activités mais peut compter à cet effet sur la collaboration de nombreux autres services et organisations. On peut citer parmi les collaborateurs majeurs, le Centre Hospitalier du Luxembourg qui héberge le seul centre de traitement spécialisé en matière de HIV. La collaboration est étroite aussi avec le ministère de l'Enseignement en ce qui concerne les campagnes de prévention dans les écoles, le département de médecine préventive du ministère de la Santé publique en ce qui concerne les campagnes de prévention à caractère général, ainsi que le service chargé de l'accueil de toxicomanes, le bureau de consultation des travailleurs du sexe, les services d'immigration, les établissements pénitentiaires et l'organisation d'homosexuels et de lesbiennes (Rosa Letzëbuerg).

Le "*Comité de surveillance du Sida*", qui est chargé de l'information à destination du grand public, a été créé en 1984. Il est composé de représentants de tous les groupes et services concernés et est chargé de proposer un plan d'action national de lutte contre le sida, dont il doit contrôler l'efficacité dans la pratique.

Un tel plan d'action nationale, d'une durée de cinq ans, existe aujourd'hui depuis 15 ans. Il poursuit les objectifs généraux suivants:

1. Prévenir la transmission et la diffusion du virus HIV
2. Apporter soins et assistance aux personnes contaminées par le virus HIV.
3. Améliorer la qualité de vie des personnes contaminées par le virus HIV.
4. Réduire la vulnérabilité des personnes et des communautés au virus HIV et au sida.
5. Réduire la discrimination dont sont victimes les personnes contaminées et promouvoir la solidarité.

Les objectifs spécifiques du plan d'action national sont le développement d'actions de prévention, le développement de structures de coopération, l'élargissement et la garantie de l'accès aux soins,

opvang waarborgen, reïntegratiemaatregelen bevorderen en het onderzoek steunen.

In het nationaal actieplan voor 2011 tot 2015 wordt vooreerst bijzondere aandacht besteed aan het testen. Daarbij ligt de nadruk op een decentralisatie van kostenloze en anonieme tests, vroege en snelle diagnose en preventie bij moeilijk bereikbare bevolkingsgroepen. Voor die “mobiele preventie” wordt gebruik gemaakt van een bestelwagen waarmee bijvoorbeeld trefpunten voor migranten of opvangcentra voor toxicomanen worden opgezocht en waarin tests kunnen worden afgenomen. Ook andere moeilijk bereikbare groepen zoals prostituees en homomannen kunnen zo worden getest.

Verder gaat in het actieplan veel aandacht naar de preventie bij homomannen, de verspreiding van het vrouwencondoom, de beschikbaarheid van condooms in penitentiaire instellingen, de installatie van condoomautomaten in de lycea en de vorming van “peer-educators” (vorming van leden van een specifieke risicogroep die naderhand de preventie binnen hun groep zelf kunnen promoten).

Het actieplan hecht ook veel belang aan de strijd tegen discriminatie. Er wordt nu, voor het eerst, een onderzoek verricht naar de mogelijke discriminatie van mensen die met hiv besmet zijn. Een laatste prioriteit betreft de vorming van lesgevers, cipers en ander gevangenispersoneel en politieagenten. Goede informatie is immers ook een dam tegen mogelijke discriminatie.

Wat de evolutie van het aantal vastgestelde hiv-besmettingen betreft, zijn de volgende gegevens beschikbaar. In het Groothertogdom werd de eerste besmetting vastgesteld in 1983. Sindsdien werd bij in totaal 1012 personen hiv vastgesteld en overleden hiervan 150 personen. Het aantal besmettingen neemt, na een daling in het begin van de jaren 2000, terug toe. Het aantal nieuwe besmettingen bevindt zich nu reeds enkele jaren boven de 60 per jaar.

Van de 62 nieuwe besmettingen vastgesteld in 2010 werden 27 veroorzaakt door een heterosek-

l'offre d'une aide psychosociale, l'encouragement de mesures de réinsertion et l'aide à la recherche.

Le plan d'action national 2011 – 2015 met en avant les tests. L'accent est mis à cet égard sur la décentralisation de tests gratuits et anonymes, sur un diagnostic précoce et rapide et sur la prévention parmi les groupes de populations difficiles à atteindre. Il est recouru pour cette “prévention mobile” à une camionnette qui permet par exemple de se rendre dans des points de rencontre d'immigrants ou dans des centres d'accueil de toxicomanes et de procéder à des tests. D'autres groupes difficiles à atteindre, comme les prostituées et les hommes homosexuels, peuvent également être testés par ce biais.

Par ailleurs, le plan d'action accorde une attention accrue à la prévention parmi les hommes homosexuels, à la distribution de préservatifs féminins, à la disponibilité de préservatifs dans les établissements pénitentiaires, à l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées et à la formation de “peer-educators” (formation de membres d'un groupe à risques spécifique type qui peuvent ensuite oeuvrer à la prévention au sein de ce groupe).

Le plan d'action accorde également une grande importance à la lutte contre la discrimination. Pour la première fois, la discrimination de personnes contaminées par le virus HIV fait aujourd'hui l'objet d'une étude. Une dernière priorité a trait à la formation d'enseignants, de gardiens de prison et d'autres membres du personnel pénitentiaire et de policiers. Une bonne information constitue en effet un barrage contre une éventuelle discrimination.

Les données suivantes sont disponibles en ce qui concerne l'évolution du nombre de contaminations par le virus HIV constatées. La première contamination a été enregistrée au Grand-Duché en 1983. Depuis, la contamination a été diagnostiquée chez 1012 personnes dont 150 sont décédées. Après une baisse au début des années 2000, le nombre de contaminations a recommencé à augmenter. Depuis quelques années, le nombre annuel de nouvelles contaminations dépasse les 60.

Parmi les 62 nouvelles contaminations constatées en 2010, 27 résultaient d'un contact hétéro-

sueel contact, 28 door een homo- of biseksueel contact, 4 door drugsspuiten en 1 door een bloedtransfusie. Over de 2 resterende gevallen ontbreken betrouwbare gegevens.

De meeste hiv-besmettingen doen zich voor in de leeftijdsgroep van 26 tot 44 jaar, zowel voor hetero- als homoseksuelen.

VRAGEN EN BESCHOUWINGEN

De heer Louis Siquet is van oordeel dat de publieke opinie dermate vertrouwd is geraakt met hiv en aids, dat vaak niet meer de nodige voorzichtigheid aan de dag wordt gelegd.

Onder de mensen met een hiv-besmetting zijn vele migranten. Komen die migranten naar Europa om zich daar te laten verzorgen? Worden zij steeds geholpen of kunnen ook zij worden gedwongen terug te keren naar hun land van herkomst?

De heer Ton Coenen verklaart dat de aanzuijgende werking van de medische verzorging op migranten al jarenlang een aandachtspunt is. Formeel hebben illegalen niet zonder meer toegang tot medische zorg in Nederland. In de praktijk leveren de ziekenhuizen die zorg echter wel. Het is evenwel nooit aangetoond dat dit buitenlanders ertoe aanzet naar Nederland te komen.

Mevrouw Laurence Mortier heeft niet de indruk dat migranten om die reden naar Luxemburg komen. Anderzijds is het moeilijk om te achterhalen of een migrant reeds voorkennis van zijn besmetting had vooraleer hij in Europa aankomt. Wanneer bij een migrant hiv wordt vastgesteld, moet hij worden onderzocht door een arts, die beslist of de betrokkene kan worden teruggezonden. Indien behandeling in het land van herkomst mogelijk is, kan de migrant worden teruggezonden.

De heer Louis Siquet acht het belangrijk dat er veel werk wordt gemaakt van preventie bij jongeren, bijvoorbeeld ter gelegenheid van culturele evenementen. Jongeren zijn ontvankelijker voor een gedragsverandering dan ouderen.

Mevrouw Laurence Mortier meent dat uitgerkend de volwassenen een grotere behoefte aan

sexuel, 28 d'un contact homosexuel ou bisexuel, 4 de l'injection de drogue et 1 d'une transfusion sanguine. On ne dispose pas d'informations fiables sur les 2 derniers cas.

La majorité des contaminations par le virus HIV se produisent dans le groupe d'âges de 26 à 44 ans, hétérosexuels comme homosexuels.

QUESTIONS ET CONSIDÉRATIONS

M. Louis Siquet estime que l'opinion publique est tellement familiarisée avec le HIV et le sida qu'elle ne fait souvent plus preuve de la prudence requise.

Parmi les personnes contaminées par le virus HIV, il y a de nombreux immigrants. Viennent-ils en Europe pour se faire soigner? Sont-ils toujours aidés et peuvent-ils être contraints de rentrer dans leur pays d'origine?

M. Ton Coenen indique qu'on est attentif depuis des années déjà à l'effet d'aspiration que les soins médicaux exercent sur les immigrants. Sur le plan formel, les illégaux n'ont pas accès, sans plus, aux soins médicaux aux Pays-Bas. Dans la pratique toutefois, les hôpitaux fournissent cette aide. Mais il n'a jamais été établi que cet état de fait soit de nature à attirer des étrangers aux Pays-Bas.

Mme Laurence Mortier n'a pas le sentiment que des immigrants viennent au Luxembourg pour cette raison. Il est par ailleurs difficile de savoir si un immigrant connaissait sa destination avant de venir en Europe. Lorsque que la contamination par le virus HIV est constatée chez un immigrant, ce dernier doit être examiné par un médecin qui décidera s'il peut être renvoyé. Si un traitement à est envisageable dans le pays d'origine, l'immigrant peut-être renvoyé.

M. Louis Siquet estime qu'il est important que l'on s'occupe de la prévention chez les jeunes, par exemple à l'occasion d'événements culturels. Les jeunes sont plus ouverts à un changement de comportement que les personnes plus âgées.

Mme Laurence Mortier estime que ce sont précisément les adultes qui ont davantage besoin de

preventie hebben, omdat zij het begin van de aids-epidemie hebben meegemaakt. Zij trekken uit de verbetering van de behandeling wel eens de foute conclusie dat hiv en aids minder bedreigend zijn geworden. Bovendien staat deze bevolkingsgroep minder open voor sensibiliseringsacties, precies omdat zij zich niet betrokken voelt.

De heer Ton Coenen meent dat de doelgroep varieert naargelang het beoogde doel. Gaat het om preventie en veilige seks, dan is de jeugd een belangrijke groep. Gaat het erom mensen ertoe aan te zetten zich te laten testen, dan moet men zich tot een wat hogere leeftijdscategorie richten, -twintigers, dertigers, jonge veertigers. De aanpak moet dus gedifferentieerd zijn.

De heer Louis Siquet vraagt of er nog evenveel wetenschappelijk onderzoek wordt verricht naar de voorkoming en behandeling van hiv en aids.

Mevrouw Laurence Mortier denkt niet dat er sprake is van een terugval van de subsidies voor wetenschappelijk onderzoek.

De heer Ton Coenen verklaart dat er volop onderzoek naar medicijnen wordt verricht, doch dat dit in Nederland wordt beschouwd als de verantwoordelijkheid van de industrie.

De heer Jan Roegiers stelt vast dat Luxemburg een nationaal actieplan heeft, in tegenstelling tot België en Nederland. Heeft dat plan ook een politiek draagvlak of gaat het om een plan van het Luxemburgse Rode Kruis?

Mevrouw Laurence Mortier legt uit dat het nationaal actieplan wordt uitgewerkt door het "Comité Sida", waarvan ook alle betrokken overheidsorganisaties deel uitmaken.

De heer Jan Roegiers vraagt hoe de plaatsing van condoomautomaten in de Luxemburgse scholen verloopt.

Mevrouw Laurence Mortier verklaart dat dit een werkpunt was uit het voorgaande nationale actieplan. Vrijwel alle lycea hebben inmiddels een automaat geplaatst. De financiering wordt verzorgd

prévention parce qu'ils ont vécu le début de l'épidémie du sida. Il leur arrive de conclure erronément des améliorations dans le traitement que la menace que constituent le virus HIV et le sida est aujourd'hui moins grande. En outre, ce groupe de population est moins ouvert aux actions de sensibilisation, précisément parce qu'il ne se sent pas concerné.

M. Ton Coenen estime que le groupe cible varie en fonction de l'objectif poursuivi. S'il s'agit de prévention et de pratiques sexuelles sûres, la jeunesse constitue un groupe important. S'il s'agit d'amener les personnes à subir le test, il faut s'adresser à un groupe d'âge un peu plus élevé, celui des 20 - 30 ans et du début de la quarantaine. L'approche doit donc être différenciée.

M. Louis Siquet demande si la prévention et le traitement de la contamination par le virus HIV et du sida fait toujours l'objet d'autant de travaux de recherche scientifique.

Mme Laurence Mortier ne pense pas que l'on puisse parler d'une réduction des subsidies à la recherche scientifique.

M. Ton Coenen indique que la recherche en matière de médicaments bat son plein mais qu'on considère aux Pays-Bas qu'il s'agit là de la responsabilité de l'industrie.

M. Jan Roegiers constate que le Luxembourg est doté d'un plan d'action national, ce qui n'est pas le cas de la Belgique et des Pays-Bas. Existe-t-il pour ce plan une assise politique ou s'agit-il d'un plan de la Croix-Rouge luxembourgeoise?

Mme Laurence Mortier indique que le plan d'action national est élaboré par le Comité Sida dont font également parti tous les organismes publics concernés.

M. Jan Roegiers demande comment se déroule le placement de distributeurs automatiques de préservatifs dans les écoles luxembourgeoises.

Mme Laurence Mortier répond que ce point a été traité dans le cadre du précédent plan d'action national. Entre-temps, un distributeur automatique a été placé dans pratiquement tous les lycées. Le

door het Ministerie van Volksgezondheid. Deze plaatsing heeft helemaal niet tot enige controverse geleid.

De heer Jan Roegiers vraagt waarom de groep van de homomannen in Luxemburg zo moeilijk bereikbaar is. Het komt de spreker voor dat die groep relatief eenvoudig te lokaliseren is, tenzij de contacten binnen die groep voornamelijk via het internet zouden worden gelegd. Worden in Nederland en Luxemburg preventieacties ondernomen via het internet?

Mevrouw Laurence Mortier verklaart dat in Luxemburg wel degelijk sensibiliseringsacties op het internet worden opgezet.

De heer Jan Roegiers stelt vast dat de testbereidheid in de drie landen problematisch blijkt. Waarom wordt het bloedonderzoek door de huisarts niet sterker gepromoot?

De heer Ton Coenen legt uit dat de huisartsen heden zowat driekwart van de testen verrichten, de GGD's doen de rest. Er wordt nu echter ook op andere manieren getest, bijvoorbeeld met de sneltest of via het internet. Die laatste formule houdt in dat een persoon urine of bloed laat testen in een laboratorium en de uitslag per e-mail verneemt. Die mail bevat wel contactgegevens van consulenten.

Het verwondert *de heer Jan Roegiers* dat de nieuwe hiv-besmettingen in Luxemburg vrijwel gelijk verdeeld zijn over hetero- en homoseksuelen. Men zou verwachten dat de besmettingen zich voornamelijk voordoen bij homomannen.

Mevrouw Laurence Mortier antwoordt dat homoseksuelen zich bewuster zijn van de risico's. Zij zullen zich ook sneller laten testen dan heteroseksuelen. Die laatste groep laat zich ook vaker pas testen wanneer het hiv reeds in een verder gevorderd stadium is, — meestal wanneer de huisarts geen gepaste diagnose meer kan stellen en een test voorstelt.

financement est assuré par le ministère de la Santé publique.

M. Jan Roegiers demande pourquoi le groupe des hommes homosexuels est si difficile à atteindre Luxembourg. Il a le sentiment que ce groupe est relativement facile à localiser, à moins que les contacts en son sein soient essentiellement pris par le biais de l'Internet. Des campagnes de prévention sont-elles menées par l'Internet aux Pays-Bas et au Luxembourg?

Mme Laurence Mortier indique que des campagnes de sensibilisation sont en effet menées sur l'Internet au Luxembourg.

M. Jan Roegiers constate que la propension à se soumettre à un test semble poser problème dans les trois pays. Pourquoi les médecins généralistes n'encouragent-ils pas davantage l'analyse sanguine?

M. Ton Coenen indique que les médecins généralistes procèdent aujourd'hui à environ trois quarts des tests, les GGD's prenant en charge le reste. Il existe aujourd'hui aussi d'autres formes de tests, par exemple le test rapide ou encore le test par le biais de l'Internet. Cette dernière formule suppose qu'une personne fasse analyser son urine ou son sang par un laboratoire et soit informée du résultat par e-mail. Ce message électronique comporte alors les informations qui permettent de contacter les personnes appropriées.

M. Jan Roegiers s'étonne que les nouvelles contaminations constatées au Luxembourg se répartissent de manière quasi égale entre hétérosexuels et homosexuel. L'on se serait attendu à ce qu'elles soient essentiellement constatées chez les hommes homosexuels.

Mme Laurence Mortier répond que les homosexuels sont plus conscients des risques. Ils auront aussi plus rapidement tendance à se soumettre au test que les hétérosexuels. Souvent aussi, ce dernier groupe ne se soumet aux tests que lorsque la contamination a atteint un stade plus avancé, généralement à un moment où le médecin généraliste ne peut plus poser de diagnostic approprié et conseille le test.

De heer Jan Roegiers vraagt zich af hoe men verklaart dat er in 1997 22 nieuwe besmettingen waren in Luxemburg en in 2010, 62. Ondanks het nationale actieplan is er dus een verdrievoudiging van het aantal besmettingen. Moet men daaruit niet — enigszins provocerend — afleiden dat het beleid zijn doel mist?

Mevrouw Laurence Mortier erkent dat de preventie misschien niet het beoogde doel heeft bereikt, maar de hogere cijfers zijn in ieder geval minstens gedeeltelijk te wijten aan een betere opsporing van hiv. Meer tests leiden tot meer vaststellingen van hiv.

De heer Jan Roegiers stelt vast dat Nederland over degelijke gegevens inzake de hiv-besmetting beschikt, maar anderzijds blijft er een probleem bestaan inzake de vaststelling van hiv-besmettingen. Is dat geen contradictie? Heeft men in Nederland, zoals in België, enig zicht op het aantal personen dat niet weet dat ze drager zijn van het hiv-virus?

De heer Ton Coenen legt uit dat, zodra een hiv-besmetting wordt vastgesteld, de persoonsgegevens van de betrokkene via het ziekenhuis worden opgenomen in een landelijke databank. Dat is een kwalitatief hoogstaand procédé. Anderzijds slaagt men er vooralsnog niet in het testen te veralgemenen, zodat vele hiv-besmettingen niet worden vastgesteld. Daarom neemt men zijn toevlucht tot schattingen.

De heer Jan Roegiers vraagt of men voor Nederland kan bepalen hoeveel budgettaire middelen worden besteed aan primaire preventie in verhouding tot de middelen besteed aan het testen en screenen.

De heer Ton Coenen verklaart dat die verhouding moeilijk accuraat kan worden vastgelegd. De gemeentelijke financiering wordt niet specifiek opgedeeld tussen primaire preventie en testen. Op landelijk niveau wordt jaarlijks ongeveer 8 miljoen euro geïnvesteerd in primaire preventie, — al houdt dat ook het stimuleren tot het testen in. De

M. Jan Roegiers se demande comment on peut expliquer que 62 nouvelles contaminations ont été constatées en 2010 Luxembourg contre 22 en 2007. Malgré le plan d'action national, on a donc constaté une multiplication par trois du nombre de contaminations. Ne faut-il pas en conclure — de manière quelque peu provocante — que la politique n'a pas atteint son objectif?

Mme Laurence Mortier reconnaît que la prévention n'a peut-être pas atteint l'objectif poursuivi, mais les chiffres plus élevés s'expliquent, en tout cas au moins en partie, par un dépistage plus efficace de la contamination par le virus HIV. L'augmentation du nombre de tests doit fatalement déboucher sur le constat d'un plus grand nombre de contaminations.

M. Jan Roegiers constate que les Pays-Bas disposent d'informations appropriées concernant les contaminations par le virus HIV mais que, par ailleurs, il subsiste un problème en ce qui concerne la constatation des contaminations. Ne faut-il pas voir là une contradiction? A-t-on une idée, aux Pays-Bas comme en Belgique, du nombre de personnes qui ignorent qu'elles sont porteuses du virus HIV?

M. Ton Coenen précise que dès qu'une contamination par le virus HIV a été constatée, les données personnelles de l'intéressé sont enregistrées par le biais de l'hôpital dans une banque de données nationales. C'est un procédé qualitativement très valable. D'autre part, on n'a pas encore réussi à généraliser le test, de sorte que de nombreuses contaminations par le virus HIV ne sont pas constatées. C'est pourquoi il faut se résoudre à procéder par estimation.

M. Jan Roegiers demande s'il est possible de déterminer pour les Pays-Bas quels moyens budgétaires sont consacrés à la prévention primaire par rapport aux moyens consacré aux tests et au screening.

M. Ton Coenen précise qu'il est difficile d'établir précisément ce rapport. Le financement communal est spécifiquement réparti entre la prévention primaire et les tests. Au niveau national, quelque 8 millions d'euros sont investis chaque année dans la prévention primaire qui comprend toutefois aussi l'encouragement à se soumettre au test. Les

middelen voor de testcentra bedragen tussen de 15 en de 20 miljoen euro per jaar.

De heer Jan Roegiers vraagt of het Nederlandse Aidsfonds beschikt over een beleidsplan om de tien opgesomde uitdagingen aan te gaan. Of vormen zij de basis voor een onderhandeling met de overheidsinstanties?

De heer Ton Coenen antwoordt dat er momenteel werk wordt gemaakt van een nationaal plan. Op deelreinen zijn er wel specifieke beleidsplannen, zowel van de rijksoverheid als van organisaties zoals Soa Aids en het Aidsfonds

Mevrouw Maya Detiège vraagt of er specifieke maatregelen worden genomen voor moeilijk bereikbare groepen, zoals migranten die hier reeds geruime tijd verblijven. Hiv, aids en homoseksualiteit bevinden zich bij sommige van die groepen nog in een uitgesproken taboesfeer.

Mevrouw Laurence Mortier antwoordt dat Luxemburg een belangrijke groep Portugese, Braziliaanse en Kaapverdische migranten telt, waarin men veel hiv-besmettingen vaststelt. Het blijft inderdaad een uitdaging om die groep effectief te bereiken met preventieprogramma's. Eén van de pistes loopt via het verenigingsleven, maar de resultaten zijn weinig bevredigend. Nu wordt ook gepoogd met Portugese brochures te werken.

Mevrouw Maya Detiège heeft vragen bij de bewering dat prostituees vaker kiezen voor veilig vrijen. Klopt dat wel, gelet op het feit dat onveilig vrijen vaak een concurrentieel voordeel biedt? Wordt er door de aidsorganisaties gepoogd onveilig vrijen bij mannelijke prostituees tegen te gaan?

Mevrouw Laurence Mortier antwoordt dat prostituees wel eens worden geconfronteerd met de vraag om onveilig te vrijen. Voor zover haar informatie strekt, gaan zij hier veelal niet op in. Zij zijn zich immers bewust van de risico's en wensen hun broodwinning niet op het spel te zetten. Wel bestaan er nog veel misverstanden over, bijvoorbeeld, het gebruik van condooms, maar dankzij de

moyens affectés au centres de tests se situent entre 15 et 20 millions d'euros par an.

M. Jan Roegiers demande si le Aidsfonds néerlandais est doté d'un plan politique visant à relever les 10 défis qui ont été cités. Ou ces défis constituent-ils la base d'un dialogue avec les instances publiques?

M. Ton Coenen répond que l'on prépare actuellement un plan national. Il existe des plans politiques spécifiques dans des domaines partiels, du côté instances nationales comme du côté d'organisations comme Soa Aids et le Aidsfonds

Mme Maya Detiège demande si des mesures spécifiques sont prises à l'égard de groupes difficiles à atteindre, comme les immigrants qui séjournent ici depuis un certain temps déjà. Le HIV, le sida et l'homosexualité constituent toujours au sein de ces groupes un tabou manifeste.

Mme Laurence Mortier répond que le Luxembourg compte une communauté importante d'immigrés portugais, brésiliens et cap-verdiens où sont constatés de nombreuses contaminations par le virus HIV. Toucher ces groupes dans le cadre des programmes de prévention reste en effet un véritable défi. La vie associative constitue une piste mais les résultats ne sont guère encourageants. L'on essaye actuellement de travailler par le biais de brochures établies en portugais.

Mme Maya Detiège s'interroge à propos de l'affirmation selon laquelle les prostituées optent souvent pour des relations protégées. Est-ce bien exact, étant donné que les rapports non protégés constituent souvent un argument concurrentiel? Les organisations de lutte contre le sida cherchent-elles à prévenir les rapports non protégés chez les prostitués masculins?

Mme Laurence Mortier répond qu'il arrive que l'on demande à des prostituées d'avoir des relations non protégées. Sur la base des informations dont elle dispose, elle peut dire que la réponse est généralement négative. Les prostituées sont en effet conscientes des risques et ne souhaitent pas perdre leur source de revenus. Il subsiste toutefois encore de nombreux malentendus à propos, par

mobiele preventie kan men in individuele gesprekken veel concrete informatie verstrekken.

Mevrouw Maya Detiège vraagt hoe men de prostituees bereikt die hun diensten via het internet aanbieden.

Mevrouw Laurence Mortier verklaart dat prostituees die hun klanten ontvangen in appartementen en massagesalons, kunnen worden bereikt via het systeem van “peer-educators”. Daarnaast wordt ook, eenmaal per week, gedetailleerde informatie opgenomen in de contactrubriek van een krant.

De heer Ton Coenen voegt hieraan toe dat prostituees wel vaak rapporteren dat zij het bij veilige seks houden, maar dat de werkelijkheid wellicht anders is. Daarbij spelen inderdaad financiële afwegingen, maar ook machtsverhoudingen en geweld zijn aan de orde.

Het voornaamste probleem inzake sekswerkers is de grote doorstroming. Het is een bijzondere mobiele groep. Dat kan ook ten dele verklaren waarom soa en hiv bij deze groep niet in hoge mate worden aangetroffen.

Wel is er een bijzondere website gecreëerd (www.prostitutie.nl), waarop informatie over soa en hiv wordt aangeboden, en een website voor klanten van prostituees (www hookers.nl), waarin eveneens voorlichting wordt verstrekt.

Anderzijds is de groep van de prostituees moeilijker te bereiken naarmate de samenleving repressiever optreedt tegen prostitutie.

Mevrouw Maya Detiège wenst te vernemen hoe het staat met de informatie-uitwisseling tussen de drie landen. Gaan zij bij elkaar te rade, vergelijken zij bepaalde tendensen of strategieën?

Ook *mevrouw Karin Straus* wenst te vernemen welke samenwerking er bestaat en of het beleid van de drie landen in Beneluxverband beter op elkaar kan worden afgestemd.

exemple, de l'utilisation du préservatif mais, grâce à la prévention mobile, une information abondante peut être fournie dans le cadre d'entretiens individuels.

Mme Maya Detiège demande comment l'on peut atteindre les prostituées qui offrent leurs services par l'Internet.

Mme Laurence Mortier déclare que les prostituées qui reçoivent leurs clients dans des appartements ou des salons de massage peuvent être contactées par l'intermédiaire de “peer-educators”. Par ailleurs, des informations détaillées sont publiées dans la rubrique de contact d'un journal à raison d'une fois par semaine.

M. Ton Coenen ajoute que des prostituées rapportent souvent qu'elles s'en tiennent aux rapports protégés mais que la réalité est quelque peu différente. Des considérations financières jouent en effet mais l'on peut aussi parler de rapports de force et de violence.

Le problème majeur en ce qui concerne les travailleurs du sexe est la grande mobilité de ceux-ci. C'est ce qui explique aussi en partie pourquoi les MST et le HIV ne se rencontrent pas dans une large mesure au sein de ce groupe.

Un site Internet spécifique (www.prostitutie.nl) d'informations sur les MST et le HIV a été créé, de même qu'un site Internet destiné aux clients de prostituées (www hookers.nl), qui publie également des informations de ce type.

Par ailleurs, le groupe des prostituées est plus difficile à atteindre à mesure que la société adopte à l'égard de la prostitution une attitude plus répressive.

Mme Maya Detiège demande ce qu'il en est de l'échange d'informations entre les trois pays. Se consultent-ils, procèdent-ils à la comparaison de certaines tendances ou stratégies?

Mme Karin Straus souhaite également savoir s'il existe des formes de collaboration et si les politiques des trois pays du Benelux pourraient être mieux harmonisées.

Mevrouw Laurence Mortier merkt op dat de homoseksuele gemeenschap de landsgrenzen overstijgt. Een homoman uit Luxemburg kan contacten hebben in Luik, Brussel, Maastricht, Trier, Metz,... Het zou inderdaad zeer waardevol zijn dat buurlanden hierover nauwer samenwerken. Indien bijvoorbeeld een Nederlander met een hiv-besmetting wordt opgesloten in een Luxemburgse gevangenis, is het nuttig om hem, bij zijn vrijlating, te kunnen meedelen tot welke Nederlandse instanties hij zich kan richten voor zijn medische verzorging. Een internationale samenwerking kan een meerwaarde inhouden op verschillende concrete vlakken. Het zou nuttig zijn dat de overheden daartoe een zetje in de rug geven.

De heer Ton Coenen verklaart dat acht jaar geleden een netwerk werd opgestart, genaamd Aids Action Europe, dat focust op een samenwerking tussen ongeveer 400 Europese aidsorganisaties. Ook de Europese Unie heeft samenwerkingsorganen opgericht.

Op de website van Aids Action Europe bevindt zich ook een clearinghouse, waarin relevante beleidsnota's van de verschillende betrokken landen kunnen worden geraadpleegd.

Op het niveau van de Benelux zou een nauwere beleidsmatige samenwerking interessant kunnen zijn, aangezien de problematiek voor een belangrijk deel zeer gelijkaardig is.

Soa Aids en het Aids fonds hebben wel goede contacten met Sensoa.

Mevrouw Karin Straus stelt vast dat het aantal hiv-besmettingen in de drie landen stijgt. Dat houdt wellicht verband met een toegenomen vertrouwen in de behandeling, zodat preventie minder dwingend wordt. Hoe kunnen mensen terug worden aangezet tot een veiliger gedrag? Moet er niet worden gesleuteld aan de preventieprogramma's, zodat ze effectiever worden?

De heer Ton Coenen geeft aan dat internet een steeds belangrijker medium wordt. Er zijn trouwens al enkele succesvolle internet-acties geweest, bijvoorbeeld gericht op jongeren. Die interventie is gelaagd: de jongere krijgt informatie via het internet,

Mme Laurence Mortier fait observer que la communauté homosexuelle dépasse les frontières des États. Un homme homosexuel du Luxembourg peut entretenir des contacts à Liège, à Bruxelles, à Maastricht, à Trèves, à Metz, etc. Il serait en effet très utile que des pays voisins collaborent davantage en cette matière. Lorsque, par exemple, un néerlandais contaminé par le virus HIV est incarcéré au Luxembourg, il s'indiquerait qu'on puisse lui indiquer, lors de sa libération, quelles instances néerlandaises il peut consulter pour obtenir des soins médicaux. Une collaboration au niveau international peut constituer une plus-value dans divers domaines. Il conviendrait que les autorités donnent un coup de pouce à cette collaboration.

M. Ton Coenen déclare qu'il y a huit ans, un réseau appelé Aids Action Europe a été mis sur pied dans le cadre de la coopération entre environ 400 organisations européennes de lutte contre le sida. Des organes de coopération ont également été créés au niveau de l'Union européenne.

Le site Internet de Aids Action Europe comporte également un clearinghouse qui permet de consulter des notes politiques pertinentes des différents pays concernés.

Au niveau du Benelux, une coopération politique plus étroite pourrait également être intéressante, puisque la problématique se pose dans une large mesure dans les mêmes termes dans les trois pays.

Soa Aids en le Aids fonds entretiennent de bons contacts avec Sensoa.

Mme Karin Straus constate que le nombre de contaminations par le virus HIV augmente dans les trois pays. Cette évolution s'explique sans doute par une confiance accrue dans les traitements, de sorte que la prévention devient moins contraignante. Comment peut-on à nouveau amener les gens à adopter un comportement plus prudent? Ne faut-il pas adapter les programmes de prévention pour les rendre plus efficaces?

M. Ton Coenen indique que l'Internet est un médium de plus en plus important. Les actions Internet ont déjà été couronnées de succès, dont certaines qui s'adressaient aux jeunes. Ces interventions ont été une réussite: les jeunes reçoivent

kan per e-mail of in een chatbox reageren, hij kan gebruik maken van een telefonische hulplijn of een afspraak maken bij een GGD. Deze site heeft, in één jaar tijd, een miljoen bezoekers gehad. Een gelijkaardige actie is gericht op homomannen.

Een heel andere formule, die wordt aangewend om etnische minderheden te bereiken, zijn de “*kitchen tea party’s*”, — kleinschalige bijeenkomsten waarin over seksualiteit, soa en hiv wordt gesproken. Ook samenwerking met de kerken kan een techniek zijn om etnische minderheden te bereiken.

Mevrouw Karin Straus vraagt waarom Nederland kiest voor een nauwe koppeling tussen de preventie van hiv en soa, terwijl dat in Luxemburg en kennelijk ook België minder het geval is.

De heer Ton Coenen antwoordt dat hiv en soa in het algemeen worden veroorzaakt door hetzelfde gedrag. Dat verantwoordt op zich reeds een gezamenlijke aanpak. Bovendien is een dergelijke koppeling efficiënter om voldoende financiering los te weken.

Trouwens, ook de link met seksualiteit en grensoverschrijdend gedrag is belangrijk.

Bovendien versterken hiv en soa elkaar. Ingeval iemand een geslachtsziekte heeft, wordt hiv gemakkelijker overgedragen, zowel in doorgevende als ontvangende zin.

Mevrouw Laurence Mortier verklaart dat in Luxemburg de aandacht niet zozeer uitgaat naar de koppeling tussen hiv en soa, maar veeleer naar die tussen hiv en hepatitis C. Bij drugsverslaafden treft men vaak beide infecties gelijktijdig aan. Het klopt wel dat ook in Luxemburg sommige soa, zoals syfilis en chlamydia, in opmars zijn.

De heer Ton Coenen voegt eraan toe dat er een hoog percentage besmettingen met hepatitis C wordt vastgesteld bij homomannen met hiv, waarvoor nog geen afdoende verklaring voorhanden is.

de l’information par le biais de l’Internet, peuvent réagir au moyen d’un e-mail ou d’une chatbox, appeler une ligne téléphonique d’assistance, prendre rendez-vous auprès d’un GGD. En un an, ce site a déjà reçu 1 million de visiteurs. Une action similaire s’adresse aux hommes homosexuels.

Une formule toute différente, utilisé pour atteindre les minorités ethniques, est constituée par les “*kitchen tea party’s*”, des réunions à petite échelle où l’on discute de sexualité, de MST et de HIV. La coopération avec les églises peut également permettre d’atteindre les minorités ethniques.

Mme Karin Straus demande pourquoi les Pays-Bas optent, davantage que le Luxembourg et apparemment la Belgique, pour un lien plus étroit entre la prévention de la contamination par le virus HIV et les MST?

M. Ton Coenen répond que le HIV et les MST sont en général générés par le même comportement, ce qui en soi justifie déjà une approche commune. En outre, ce lien est plus efficace lorsqu’il s’agit de dégager un financement suffisant.

Du reste, le lien avec la sexualité et le comportement transfrontalier est également important.

En outre, HIV et MST se renforcent. Lorsqu’une personne souffre d’une maladie sexuelle, le HIV est transmis plus facilement, dans un sens comme dans l’autre.

Mme Laurence Mortier déclare qu’au Luxembourg, l’attention de se porte pas tellement sur le lien entre le HIV et les MST mais plutôt sur le lien entre le HIV et l’hépatite C. Chez les toxicomanes, on rencontre souvent simultanément les deux infections. Il est exact qu’au Luxembourg, certaines MST comme la syphilis et le Chlamydia sont en augmentation.

M. Ton Coenen ajoute qu’un taux élevé de contaminations par l’hépatite C est constaté chez des hommes homosexuels sans qu’il n’y ait à cela d’explication satisfaisante.

VOORSTEL VAN AANBEVELING

Tijdens de vergadering van 20 mei 2011 bespreekt de commissie het volgende voorstel van aanbeveling:

DE RAAD,

— vaststellende dat het aantal hiv-besmettingen in de Benelux tijdens de afgelopen jaren terug een stijging vertoont;

— dat die stijging zich in Nederland en België voornamelijk voordoet in de groep van de homoseksuelen;

— dat de toename van het aantal hiv-besmettingen onder homoseksuelen verschillende oorzaken heeft, zoals risicovol seksueel gedrag, talrijke wisselende contacten en een grote internationale mobiliteit, die nog wordt versterkt door het internet;

— dat de toename wellicht in belangrijke mate te wijten is aan de toename van andere seksueel overdraagbare aandoeningen, waardoor hiv gemakkelijker wordt overgedragen;

— dat het aantal hiv-besmettingen in de Benelux naar verhouding zeer hoog ligt bij migranten, in het bijzonder bij personen afkomstig uit Subsaharaans Afrika en dat de diagnose in deze groep vaak slechts laattijdig wordt gesteld;

— dat er, ondanks een diversificatie van de aangewende technieken, in de Benelux nog steeds een achterstand blijft inzake het testen op hiv, zeker in vergelijking met de Angelsaksische landen;

VRAAGT DE REGERINGEN:

1. personen bij wie een seksueel overdraagbare aandoening of hepatitis C werd vastgesteld, te laten wijzen op het mogelijk grotere risico om te worden besmet met hiv;

2. blijvende inspanningen te leveren om de achterstand inzake testen op hiv weg te werken, onder

PROPOSITION DE RECOMMANDATION

Lors de sa réunion du 20 mai 2011, la commission examine la proposition de recommandation suivante:

LE CONSEIL,

— constatant que le nombre de contaminations par le virus HIV a à nouveau augmenté ces dernières années dans le Benelux;

— qu'aux Pays-Bas et en Belgique, cette hausse est principalement observée au sein du groupe des hommes homosexuels;

— qu'il y a plusieurs causes à l'augmentation des contaminations par le virus HIV parmi les hommes homosexuels, comme les comportements sexuels à risque, les partenaires multiples et une grande mobilité internationale, renforcée encore par l'Internet;

— que l'augmentation est sans doute due dans une large mesure à la recrudescence d'autres affections sexuellement transmissibles qui favorisent la transmission du virus HIV;

— que, proportionnellement, le nombre de contaminations par le virus HIV dans le Benelux est très élevé parmi les immigrants, particulièrement les personnes issues d'Afrique subsaharienne, et qu'au sein de ce groupe, le diagnostic est souvent posé tardivement;

— qu'en dépit de la diversification des techniques mises en œuvre, un retard persiste dans le Benelux en matière de tests HIV, particulièrement par comparaison avec les pays anglo-saxons;

DEMANDE AUX GOUVERNEMENTS:

1. d'attirer l'attention des personnes chez qui a été constatée une maladie sexuellement transmissible ou une hépatite C sur le risque potentiellement accru qu'elles soient contaminées par le virus HIV;

2. de continuer à déployer des efforts pour résorber le retard en matière de tests HIV, notamment

meer met gerichte acties naar kwetsbare groepen zoals homomannen en jongeren en naar moeilijk bereikbare groepen zoals migranten, sekswerkers en drugsspuiters;

3. het testbeleid te diversifiëren, door uiteenlopende technieken aan te wenden zoals:

- het testen in ziekenhuizen en door de huisarts
- het testen ter plekke (in homobars, sauna's, discotheken, trefpunten voor migranten en etnische minderheden, opvangcentra voor drugsverslaafden, kwetsbare wijken...)
- de medewerking van betrokkenen van de diverse doelgroepen bij het aanzetten tot het zich laten testen
- het aanbieden van testen via het internet;

4. een creatief preventiebeleid te stimuleren, onder meer door intens de internet-mogelijkheden te benutten en een ruime beschikbaarheid van condooms te waarborgen;

5. dat Nederland en België, in navolging van Luxemburg, een nationaal actieplan voor de bestrijding van hiv uitwerken, hetgeen in België intenser overleg veronderstelt tussen de federale overheid, die bevoegd is voor de regeling van de uitoefening van de geneeskunde, en de gemeenschappen, die bevoegd zijn voor gezondheidsvoorlichting en preventieve gezondheidszorg;

6. erop toe te zien dat de instellingen en organisaties die geregeld in contact komen met personen met een hiv-besmetting, aan die personen niet alleen de contactgegevens voor medische verzorging en begeleiding in eigen land maar ook in de buurlanden kunnen bezorgen;

7. de samenwerking en informatie-uitwisseling op beleidsniveau tussen de drie landen te bevorderen;

par le biais d'initiatives axées sur les groupes vulnérables comme les hommes homosexuels et les jeunes et sur les groupes difficiles à atteindre comme les immigrants, les travailleurs du sexe et les toxicomanes par injection;

3. de diversifier la politique en matière de tests par la mise en œuvre de différentes techniques comme:

- les tests pratiqués dans les hôpitaux et par les médecins généralistes
- la réalisation de tests sur place (dans les bars pour homosexuels, les saunas, les discothèques, les endroits de rencontres entre immigrants et minorités ethniques, les centres d'accueil de toxicomanes, les quartiers à risques,...)
- la coopération des personnes concernées parmi les différents groupes-cibles dans le cadre d'initiatives visant à les convaincre de se soumettre au test
- l'offre de tests par le biais de l'Internet;

4. de stimuler une politique de prévention créative, notamment par l'exploitation intensive des possibilités offertes par l'Internet et une large distribution de préservatifs;

5. que les Pays-Bas et la Belgique, suivant en cela l'exemple du Luxembourg, arrêtent un plan d'action national de lutte contre le virus HIV, ce qui suppose en Belgique une concertation plus intense entre le pouvoir fédéral qui est compétent pour régler l'exercice de la médecine et les communautés qui sont compétentes en matière d'information sur la santé et les soins de santé préventifs;

6. de veiller à ce que les institutions et les organisations qui entrent régulièrement en contact avec des personnes contaminées par le virus HIV puissent fournir à ces dernières les informations relatives aux instances à contacter pour bénéficier de soins médicaux et d'un accompagnement dans leur propre pays mais aussi dans les pays voisins;

7. de stimuler la coopération et l'échange d'informations au niveau politique entre les trois pays;

8. een langetermijnvisie te ontwikkelen wat betreft de financiering van het wetenschappelijk onderzoek naar een aidsvaccin en microbiociden.

De heer Ludwig Caluwé vraagt of het zinvol is gerichte acties op te zetten voor jongeren, aangezien dit een zeer brede doelgroep is.

De heer Jan Roegiers vindt het aangewezen om alvast aan de groep van de homo-jongeren specifieke aandacht te besteden.

Mevrouw Maya Detiège steunt het voorstel om de jongeren als een afzonderlijke doelgroep te beschouwen. Men stelt bijvoorbeeld ook vast dat jongeren meer dan vroeger te maken krijgen met soa's. Bovendien is het een doelgroep die langs verschillende kanalen eenvoudig te bereiken is.

De heer Ludwig Caluwé wijst voorts op de nood aan overleg in België tussen de federale overheid en de gemeenschappen met betrekking tot het testbeleid.

De heer Rachid Madrane vraagt of nu reeds hiv-testen via het internet worden aangeboden.

De heer Jan Roegiers antwoordt dat dit inderdaad reeds het geval is. Internet wordt alsmaar meer benut om partners te zoeken, maar kan ook een grote rol spelen inzake preventie.

De commissie neemt het voorstel van aanbeveling aan.

De rapporteur,

J. ROEGIERS

De Voorzitter,

M. DETIEGE

8. de développer une vision à long terme concernant le financement de la recherche scientifique sur la mise au point d'un vaccin contre le SIDA et de microbicides.

M. Ludwig Caluwé demande s'il s'indique de mettre en oeuvre des actions destinées aux jeunes, qui constituent tout de même un groupe cible important.

M. Jan Roegiers estime qu'il convient d'accorder une attention spécifique au groupe des jeunes homosexuels.

Mme Maya Detiège appuie la proposition de considérer les jeunes comme un groupe cible distinct. L'on constate par exemple aussi que les jeunes sont, plus que par le passé, confrontés aux MST. En outre, il s'agit d'un groupe cible qu'il est facile d'atteindre par des canaux divers.

M. Ludwig Caluwé souligne par ailleurs la nécessité, en Belgique, d'une concertation entre le pouvoir fédéral et les communautés en ce qui concerne la politique en matière de tests.

M. Rachid Madrane demande si des tests HIV sont déjà proposés sur l'Internet.

M. Jan Roegiers répond que tel est déjà le cas. L'Internet est de plus en plus utilisé pour rechercher des partenaires mais il peut également jouer un rôle important dans le domaine de la prévention.

La proposition de recommandation est adoptée par la commission.

Le rapporteur,

J. ROEGIERS

La présidente,

M. DETIEGE