

BELGISCHE SENAAT

ZITTING 2002-2003

27 MAART 2003

De impact van AIDS op de vrouw

VERSLAG

NAMENS HET ADVIESCOMITÉ VOOR
GELIJKE KANSEN VOOR VROUWEN
EN MANNEN
UITGEBRACHT
DOOR DE DAMES **de BETHUNE**
EN **KAÇAR**

I. INLEIDING

Op 19 februari 2002 hebben het Adviescomité voor gelijke kansen voor vrouwen en mannen van de Senaat en het Adviescomité voor de maatschappelijke emancipatie van de Kamer de vertoning van «Staphie» bijgewoond, een documentaire over de gevolgen van aids voor het leven van de vrouw in Botswana. De film werd ingeleid door mevrouw Goedele Liekens, ambassadrice van het Bevolkingsfonds van de Verenigde Naties en woordvoester van de «Face-to-face»-campagne Vlaanderen. Deze internationale campagne van het Bevolkingsfonds van de Verenigde Naties en van de «*International Planned Parenthood Federation*» wil dat de vrouwen wereldwijd dezelfde rechten krijgen als de man.

Om een volledig beeld te krijgen, heeft het Adviescomité voor gelijke kansen voor vrouwen en mannen

Aan de werkzaamheden van de commissie hebben deelgenomen :

1. Vaste leden : de dames Van Riet, voorzister; Cornet d'Elzius, Kestelyn-Sierens, Lizin, de heer Malmendier, mevrouw Pehlivan, de heer Remans, de dames Staveaux-Van Steenberge, Thijs, Willame-Boonen, de Bethune en Kaçar, rapporteurs.

2. Andere senatoren : de dames Bouarfa, De Roeck en de heer Istasse.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2002-2003

27 MARS 2003

L'impact du SIDA sur les femmes

RAPPORT

FAIT AU NOM DU COMITÉ D'AVIS
POUR L'ÉGALITÉ DES CHANCES
ENTRE LES FEMMES
ET LES HOMMES
PAR MMES **de BETHUNE**
ET **KAÇAR**

I. INTRODUCTION

Le 19 février 2002, le Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes du Sénat et le Comité d'avis pour l'émancipation sociale de la Chambre ont assisté à la projection d'un film documentaire «Staphie» illustrant l'impact du sida sur la vie des femmes au Botswana. Ce film était présenté par Mme Goedele Liekens, ambassadrice du Fonds des Nations unies pour la population et porte-parole en Flandre de la campagne «Face to face». Cette campagne internationale du Fonds des Nations unies pour la population et de l'*International Planned Parenthood Federation*, vise à faire reconnaître dans le monde entier les droits de la femme au même titre que ceux de l'homme.

Pour compléter son information, le Comité d'avis pour l'égalité des chances du Sénat a ensuite invité des

Ont participé aux travaux de la commission :

1. Membres effectifs : Mmes Van Riet, présidente; Cornet d'Elzius, Kestelyn-Sierens, Lizin, M. Malmendier, Mme Pehlivan, M. Remans, Mmes Staveaux-Van Steenberge, Thijs, Willame-Boonen, de Bethune et Kaçar, rapporteuses.

2. Autres sénateurs : Mmes Bouarfa, De Roeck et M. Istasse.

van de Senaat vervolgens specialisten in de strijd tegen aids verzocht een uiteenzetting te geven over de huidige situatie in België en op wereldvlak (II). De hoorzittingen waren een gelegenheid om de strijd tegen aids te benaderen in het licht van de wereldproblematiek inzake seksuele gezondheid en voortplantingsgezondheid bij vrouwen.

De werkzaamheden werden op 14 januari 2003 voortgezet met een ontmoeting met deskundigen, medewerkers van de heer E. Boutmans, staatssecretaris voor Ontwikkelingssamenwerking. Tijdens die vergadering gaven de deskundigen toelichting bij het huidige Belgische beleid op het vlak van de bestrijding van aids in de ontwikkelingslanden (III).

Op basis van de verkregen informatie en denkpistes die aangegeven werden tijdens de verschillende hoorzittingen, heeft het Adviescomité ten slotte aanbevelingen voor de regering uitgewerkt, die aangenomen zijn op 27 maart 2003.

II. HOORZITTINGEN

II.1. Hoorzitting met mevrouw A. Buvé, geneesheer bij het Instituut voor tropische geneeskunde te Antwerpen, eenheid HIV/SOA research en interventie

II.1.a. Uiteenzetting van mevrouw A. Buvé

Mevrouw A. Buvé, geneesheer-specialist voor epidemiologie, is werkzaam als adjunct-directrice bij de eenheid HIV/SOA research en interventie bij het Instituut voor tropische geneeskunde te Antwerpen. Deze eenheid is actief op het vlak van epidemiologisch onderzoek naar aids en seksueel overdraagbare ziekten.

Subsaharaans Afrika is het belangrijkste actieterrain van de eenheid research. Sedert enkele jaren ontplooit zij ook haar activiteiten in Cambodja.

De aidsepidemie in Subsaharaans Afrika is in meer dan 90 % van de gevallen te wijten aan heteroseksuele contacten. In België is het net andersom: de meerderheid van de seropositieve Belgen werd besmet via homoseksuele contacten. Binnen de migrantengemeenschap uit Subsaharaans Afrika vindt men echter hetzelfde Afrikaanse model terug en gebeurt de overdracht in hoofdzaak via heteroseksuele contacten. Bijna de helft van de seropositieven in België zijn migranten.

Ofschoon de vaststellingen betreffende Afrika een extreem karakter hebben en in de Afrikaanse context moeten worden belicht, kan daaruit echter algemene lering worden getrokken. Tot voor kort was er nog sprake van een aanzienlijke wanverhouding tussen de geslachten in de aidsstatistieken in België.

spécialistes de la lutte contre le sida à venir exposer la situation actuelle en Belgique et dans le monde (II). Ces auditions ont été l'occasion d'aborder la lutte contre le sida dans le contexte plus large de la problématique de la santé reproductive et sexuelle des femmes dans le monde.

Les travaux se sont poursuivis par une rencontre, le 14 janvier 2003, avec des experts, collaborateurs de M. E. Boutmans, secrétaire d'État à la Coopération au développement. Au cours de cette réunion, les experts ont expliqué la politique actuelle de la Belgique dans le domaine de la lutte contre le sida dans les pays en voie de développement (III).

Enfin, sur base de toutes les informations recueillies et s'inspirant de pistes proposées lors des différentes auditions, le Comité d'avis a élaboré des recommandations à l'intention du gouvernement, qu'il a adoptées le 27 mars 2003.

II. AUDITIONS

II.1. Audition de Mme A. Buvé, médecin à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, unité de recherche et d'intervention sur le sida

II.1.a. Exposé de Mme A. Buvé

Médecin spécialisée en épidémiologie, Mme A. Buvé est directrice-adjointe de l'unité de recherche et d'intervention sur le sida à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. Cette unité s'occupe de recherche épidémiologique sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles.

L'Afrique subsaharienne constitue le terrain d'action privilégié de l'unité de recherche. Depuis quelques années, en outre, des activités sont en cours au Cambodge.

En Afrique subsaharienne, l'épidémie de sida est due à des transmissions hétérosexuelles dans plus de 90 % des cas. C'est l'inverse en Belgique où la majorité des cas de séropositivité chez les Belges sont provoqués par des relations homosexuelles. Au sein des immigrés d'Afrique subsaharienne, toutefois, on retrouve le même modèle qu'en Afrique, à savoir une transmission principalement causée par des rapports hétérosexuels. Près de la moitié des cas de séropositivité en Belgique concernent ces immigrés.

Si les constats que l'on peut faire au sujet de l'Afrique ont un caractère extrême et doivent être replacés dans le contexte africain, il semble néanmoins possible d'en tirer des leçons générales. Il y a peu, le déséquilibre entre les sexes dans les statistiques relatives au sida était encore important en Belgique.

1. Enkele epidemiologische gegevens

Eind 2001 waren er wereldwijd naar schatting 40 miljoen gevallen van aidsbesmetting, waarvan 28 miljoen in Subsaharaans Afrika. Dat betekent dat ongeveer 70 % van de gevallen voorkomt op een continent dat 10 % van de wereldbevolking telt.

Naast het feit dat aidsbesmetting voornamelijk gebeurt via heteroseksuele contacten, heeft de aids-epidemie in Afrika de volgende kenmerken:

- 58 % van de besmette personen zijn vrouwen.
- 9 % van de volwassenen in Afrika of ongeveer één op tien personen zou met het virus zijn besmet.
- Vele vrouwen zijn seropositief, hetgeen ertoe geleid heeft dat er ook een aanzienlijk aantal kinderen zijn besmet. In 2001 werd het aantal nieuwe infectiegevallen bij kinderen jonger dan vijftien jaar op 700 000 geraamd.
- Uit een vergelijkende studie in vier steden [Cotonou in Benin en Yaoundé in Kameroen (West-Afrika), Kisumu in Kenia en Ndola in Zambia (Oost-Afrika)] blijkt dat het besmettingspercentage bij vrouwen hoger is in drie van de vier steden. Het contrast is bijzonder groot in het oosten, waar ongeveer 20 % van de mannen tussen 14 en 49 jaar seropositief is tegenover 30 % van de vrouwen. In Yaoundé is het percentage minder hoog: 4 % mannen tegenover 7 % vrouwen.

2. Jonge vrouwen

Een blik op de situatie in vier Afrikaanse steden (Yaoundé, Kisumu, Ndola en Carletonville) leert dat de aidsprevalentie bij de vrouwen van 15 tot 24 jaar driemaal hoger is dan bij hun mannelijke leeftijdsgenoten. In Ndola bedraagt zij 35 % bij de vrouwen tegenover 10 % bij de mannen. Juist die jonge vrouwen gaan een gezinsleven opbouwen, zij staan aan het prille begin van hun seksleven.

Vanwaar die situatie? Uit niets blijkt dat de jonge vrouwen een intenser seksleven zouden hebben dan de jonge mannen en evenmin houden ze er meer seksuele partners op na. Wel zijn ze om biologische en sociale redenen kwetsbaarder voor het HIV-virus.

Biologisch gezien stelt men vast dat vrouwen meer risico lopen om besmet te worden door een man dan omgekeerd. Eén van de factoren die daarbij een rol speelt, is herpes rond de geslachtsdelen. Zo is in Kenia vastgesteld dat 40 % van de besmette jonge vrouwen aan herpes genitalis leed. Die vrouwen vertonen aldus regelmatig vaginale wondjes die het risico op aidsbesmetting verhogen. De mannen lijden veel minder vaak aan herpes.

1. Quelques données épidémiologiques.

À la fin de l'année 2001, le nombre de cas de contamination du sida dans le monde était estimé à 40 millions, dont 28 millions répertoriés en Afrique subsaharienne. Cela signifie que pratiquement 70 % des cas concernent un continent habité par 10 % de la population mondiale.

Outre le fait que la transmission du sida y est essentiellement causée par des relations hétérosexuelles, l'épidémie de sida en Afrique présente les caractéristiques suivantes:

- 58 % des personnes contaminées sont des femmes.
- 9 % des adultes en Afrique seraient infectés, soit près d'une personne sur dix.
- Le nombre important de femmes séropositives entraîne une contamination considérable chez les enfants. En 2001, on évaluait à 700 000 le nombre de nouveaux cas d'infection chez les enfants de moins de quinze ans.
- Une étude comparative dans quatre villes [Cotonou au Bénin et Yaoundé au Cameroun (Afrique occidentale), et Kisumu au Kenya et Ndola en Zambie (Afrique orientale)] montre un taux de contamination des femmes plus élevé dans trois villes sur les quatre. Le contraste est particulièrement important à l'est où environ 20 % des hommes âgés de 14 à 49 ans sont séropositifs contre 30 % de femmes. À Yaoundé, le pourcentage est moins grand: 4 % d'hommes contre 7 % de femmes.

2. Les jeunes femmes.

Un regard sur la situation dans quatre villes d'Afrique (Yaoundé, Kisumu, Ndola et Carletonville) montre que la prévalence du sida chez les femmes âgées de 15 à 24 ans est trois fois supérieure à celle de la maladie chez les hommes du même âge. A Ndola par exemple, elle est de 35 % chez les femmes contre 10 % chez les hommes. Or, ces jeunes femmes vont fonder une famille, elles sont à l'aube de leur vie sexuelle.

Pourquoi cette situation? Il n'apparaît pas que les jeunes femmes aient une vie sexuelle plus intense que les jeunes hommes, ni qu'elles aient davantage de partenaires sexuels. Mais il est évident que les femmes sont plus vulnérables au virus du sida pour des raisons biologiques et sociales.

Sur le plan biologique, on constate que le risque de transmission est plus grand de l'homme vers la femme qu'inversément. L'un des facteurs qui jouerait un rôle en l'occurrence est l'herpès génital. Au Kenya, par exemple, on a observé que 40 % des jeunes femmes infectées souffraient d'herpès génital. Ces femmes ont donc régulièrement de petites lésions vaginales qui augmentent les risques de transmission du sida. Les hommes souffrent beaucoup moins d'herpès.

Een andere hypothese heeft betrekking op de kwetsbaarheid van het onvolgroeide geslachtsorgaan, wanneer meisjes reeds op zeer jonge leeftijd hun seksleven ontwikkelen.

Uit de sociale context blijkt dat vrouwen en *a fortiori* jonge meisjes niet in de positie verkeren om seksuele betrekkingen te weigeren. Zeer jonge meisjes hebben dan ook vaak seksuele contacten met oudere, seropositieve mannen.

Een andere factor is dat «fatsoenlijke» vrouwen geacht worden op seksueel vlak onwetend te zijn en passief te blijven. Ze horen geen condooms te hebben en nog minder het gebruik ervan te vragen.

Vrouwen verkeren in een economisch afhankelijk positie. Bij afwezigheid van fysieke dwang worden geld en geschenken aangeboden om hen tot geslachtsverkeer te verleiden. Vanuit antropologisch oogpunt is dit een klassiek schema, ook al neemt het bij ons minder extreme vormen aan.

Aangezien getrouwde vrouwen afhankelijk zijn van hun echtgenoot, kunnen ze zich moeilijk onttrekken aan een risicorelatie. Ook al zijn ze op de hoogte van de ontrouw van hun echtgenoot, toch durven ze het niet aan met hem te spreken over het besmettingsgevaar omdat het gezin economisch afhankelijk is van hem.

Seks tegen betaling kan eveneens een overlevingsstrategie zijn. Een moeder in Zambia verwoordde het als volgt: «Waarom honger lijden met een meisje in huis?»

3. Prostituees

33 % van de met het HIV-virus besmette vrouwen in Yaoundé is prostituee; in Cotonou, Kisumu en Ndola schommelt dat percentage tussen de 60 en 75 %.

In West-Europa is de situatie zeer verschillend: de besmetting bij prostituees houdt geen verband met hun seksuele activiteiten, maar is veeleer het gevolg van druggebruik via intraveneuze weg. In België gebruiken de prostituees — althans de Belgische prostituees — systematisch voorbehoedsmiddelen.

In Afrika zijn vele prostituees werkzaam op niet-professionele basis. Vaak zijn het weduwen of gescheiden vrouwen die geen andere keuze hebben dan hun lichaam te verkopen om te overleven. In Kisumu is dat het geval voor 60 % van de prostituees. Voor 83 % van hen is prostitutie de voornaamste bron van inkomsten. Voor de anderen is het een aanvulling op een karig loontje.

In Azië heeft men al vlug actie ondernomen ten aanzien van de prostituees, in Afrika is dit echter niet gebeurd. Het is weliswaar een lastige opgave om acties op te zetten omdat de prostituees niet georganiseerd zijn, zelden werken in een bordeel en dus

Une autre hypothèse a trait à la vulnérabilité d'un appareil génital immature, lorsque les filles commencent très jeunes leur vie sexuelle.

En ce qui concerne le contexte social, les femmes et *a fortiori* les jeunes filles ne sont pas en position de refuser des rapports sexuels. Dès lors, de très jeunes filles ont souvent des relations sexuelles avec des hommes plus âgés qui sont déjà séropositifs.

Autre facteur, les femmes «convenables» sont censées ne rien savoir de la sexualité et rester passives. Elles ne sont pas supposées avoir des condoms et ne peuvent pas davantage en demander l'utilisation.

Les femmes sont dépendantes sur le plan économique. À défaut de contrainte physique, l'argent et les cadeaux sont utilisés pour les convaincre d'avoir des rapports sexuels. D'un point de vue anthropologique, il s'agit là d'un schéma classique, même s'il prend des formes moins extrêmes chez nous.

Dépendantes de leur mari, il est aussi difficile pour les femmes mariées de se soustraire à une relation à risques. Même si elles savent que leur mari commet des infidélités, elles n'osent aborder le sujet du risque de contamination avec lui car la famille dépend économiquement de lui.

Le sexe pour de l'argent peut aussi être une stratégie de survie. En Zambie, une mère déclarait: «Pourquoi devrions-nous avoir faim alors qu'il y a une jeune fille dans la maison?»

3. Les prostituées

À Yaoundé, 33 % des femmes infectées par le virus sont des prostituées; à Cotonou, Kisumu et Ndola, ce pourcentage oscille entre 60 et 75 %.

En Europe occidentale, la situation est très différente: la contamination chez les prostituées n'est pas liée à leur activité sexuelle, mais plutôt associée à la consommation de drogue par voie intraveineuse. En Belgique, les prostituées — du moins les prostituées belges — utilisent systématiquement des préservatifs.

En Afrique, beaucoup de prostituées ne sont pas des professionnelles. Souvent veuves ou séparées, on peut supposer que ces femmes n'ont pas d'autre choix que de vendre leur corps pour survivre. À Kisumu, c'est le cas de 60 % des prostituées. Pour 83 % d'entre elles, la prostitution est la principale source de revenus. Pour les autres, c'est un supplément qui vient s'ajouter à un trop maigre revenu.

En Asie, on est intervenu assez rapidement auprès des prostituées, mais pas en Afrique. Il est vrai que l'action auprès des prostituées y est malaisée dans la mesure où elles ne sont pas organisées, travaillent rarement dans des maisons closes et sont par consé-

moeilijk te bereiken zijn. Al 10 jaar lang werkt het Instituut voor tropische geneeskunde mee aan een project in Ivoorkust. In 1992 bleek vrijwel 90 % van de vrouwen die zich aanboden in de kliniek voor prostituees, seropositief te zijn. Dat cijfer is thans gedaald tot 30 %. Vermoedelijk houdt dit direct verband met het feit dat het regelmatig gebruik van voorbehoedsmiddelen beduidend is toegenomen.

4. Huismoeders

In Afrika is de overdracht van het HIV-virus van moeder op kind heel wat frequenter dan in de geïndustrialiseerde landen. Zonder ingrijpen zou 25 tot 45 % van de vrouwen het virus overdragen op hun kind. Dat percentage schommelt tussen 10 en 30 % in de geïndustrialiseerde landen. Het verschil is te wijten aan enerzijds borstvoeding en anderzijds de zodanig sterke druk om kinderen te krijgen die maakt dat vrouwen in een vergevorderde ziektefase waarin het virus de hoogste concentratiegraad heeft, nog steeds zwanger worden. Hierdoor verliezen zij een of meerdere kinderen, waardoor ze opgezaald zitten met een groot schuldgevoel.

De overdracht van de ziekte van moeder op kind kan worden bestreden door de toediening van anti-retrovirale geneesmiddelen tijdens de zwangerschap, de bevalling en onmiddellijk na de geboorte, en door een keizersnede. Om die reden is de overdracht van het virus op het kind in de geïndustrialiseerde landen een zeldzaamheid geworden (2 % van de gevallen).

In de ontwikkelingslanden zijn onvoldoende middelen ter beschikking. Naar schatting kan minder dan 3 % vrouwen een programma ter preventie van de overdracht volgen. Daarnaast is het een lastige opgave om de seropositieve moeders ervan te weerhouden hun kinderen borstvoeding te geven, om te beginnen omdat ze ervan uitgaan dat het de beste manier is om de baby te voeden, en vooral omdat een vrouw die geen borstvoeding geeft, met de vinger zal worden gewezen en als seropositief zal worden bestempeld.

5. Op welke manier verhoogt de scheve machtsverhouding in de man-vrouwrelatie de kwetsbaarheid van de man?

Tijdens de wereldconferentie van 1998 betoogde dokter Geeta Rao Gupta in een uiteenzetting dat de scheve machtsverhouding tussen man en vrouw niet alleen vrouwen, maar ook mannen kwetsbaarder maakte voor aids: «... *the imbalance in power between women and men in gender relations curtails women's sexual autonomy and expands male sexual freedom, thereby increasing women's AND men's risk and vulnerability to HIV*»(1).

(1) Cf. uiteenzetting van dokter Geeta Rao Gupta (bijlage 1).

quent difficiles à atteindre. Depuis 10 ans, l'Institut de médecine tropicale participe à un projet en Côte d'Ivoire. En 1992, pratiquement 90 % des femmes qui venaient à la clinique pour prostituées étaient séropositives. Ce chiffre est tombé à 30 %. Comme l'usage régulier du préservatif s'est accru significativement, cela laisse supposer un lien direct entre les deux.

4. Les mères de famille.

En Afrique, la transmission du virus du sida de la mère à l'enfant est beaucoup plus importante que dans les pays industrialisés. Sans intervention, entre 25 et 45 % des femmes transmettraient le virus à leur enfant. Ce pourcentage varie entre 10 et 30 % dans les pays industrialisés. La différence s'explique d'une part par l'allaitement et aussi parce que la pression poussant à avoir des enfants est telle que même des femmes en phase avancée de la maladie, chez qui le virus présente un taux élevé de concentration, sont enceintes. Il en résulte la perte d'un ou plusieurs enfants, associée à un très fort sentiment de culpabilité.

Il existe des moyens pour lutter contre la transmission de mère à enfant. On peut administrer des médicaments antirétroviraux durant la grossesse, l'accouchement et juste après la naissance et procéder à une césarienne. C'est pourquoi dans les pays industrialisés, la transmission du virus à l'enfant est devenue rare (2 % des cas).

Dans les pays en voie de développement, les moyens à disposition sont insuffisants. On estime que moins de 3 % des femmes ont accès à un programme visant à prévenir la transmission. En outre, il est très difficile de dissuader les mères séropositives d'allaiter, d'abord parce qu'elles pensent que c'est la meilleure façon de nourrir leur bébé, et surtout parce qu'une femme qui n'allait pas sera tout de suite montrée du doigt et étiquetée séropositive.

5. En quoi le déséquilibre des forces dans les relations entre hommes et femmes augmente-t-il aussi la vulnérabilité des hommes?

Lors de la conférence mondiale sur le sida de 1998, le docteur Geeta Rao Gupta, avait fait un exposé centré sur l'idée que le déséquilibre des forces entre hommes et femmes ne menait pas seulement à une plus grande vulnérabilité des femmes face au sida, mais aussi des hommes: «... *the imbalance in power between women and men in gender relations curtails women's sexual autonomy and expands male sexual freedom, thereby increasing women's AND men's risk and vulnerability to HIV*»(1).

(1) Voir l'exposé du docteur Geeta Rao Gupta en annexe 1.

Aangezien de man verondersteld wordt alles te weten over seksualiteit, durft hij geen vragen te stellen en heeft hij soms verkeerde voorstellingen.

Jonge mannen voelen de sociale druk om er veelvuldig partners op na te houden. De idee dat mannen vele partners moeten hebben als bewijs van hun mannelijkheid, terwijl de vrouwen maagd of zo goed als maagd moeten blijven, heeft nog niets aan kracht ingeboet.

Een ander probleem is de stigmatisering van de homoseksualiteit binnen een samenleving waar de normen een zeker machogedrag opleggen aan de man. In de ontwikkelingslanden is homoseksualiteit taboe, en ook bij ons wordt ze niet geheel aanvaard. Het gevolg van die criminalisering is dat homoseksuele contacten in het geheim plaatsvinden en onveilig zijn.

6. Besluit

Dokter Rao Gupta wijst op de noodzaak van een open debat over gender en seksualiteit, het rollenpatroon van man en vrouw en hun onderlinge relaties.

Men moet er op zijn minst voor zorgen dat de preventiecampagnes de clichés niet nog versterken en dat ze aangepast zijn aan de specifieke noden van de mannen en vrouwen. De mannen moeten meer worden ingeschakeld in de programma's voor seksuele gezondheid en voortplantingsgezondheid. Er moeten initiatieven komen om het gedragspatroon van de jongeren te veranderen en hen te doordringen van opvattingen die de gelijkheid van man en vrouw propageren. Ten slotte moet de positie van de vrouw worden opgewaardeerd door de toegang tot vormingsprogramma's, economische middelen en politieke macht te vergemakkelijken en hen te beschermen tegen geweld.

II.1.2. Gedachtewisseling

Mevrouw de Bethune zegt dat ze tijdens de reis naar Kongo als lid van de onderzoekscommissie «Grote Meren» te horen kreeg dat in de oostelijke regio's, waar gevechten en verkrachtingen aan de orde van de dag zijn, de aidsprevalentie 30 tot zelfs 40 of 50 % bedroeg. Ze kan evenwel niet bevestigen of die informatiebronnen betrouwbaar zijn.

Mevrouw Buvé stelt dat Oost-Kongo thans hoogstwaarschijnlijk af te rekenen heeft met een wijdverspreide aidsepidemie als gevolg van de troepenbewegingen vanuit Oeganda, Burundi en Rwanda, landen met een hogere aidsprevalentie dan Kongo. Daarnaast hebben er op grote schaal verkrachtingen plaatsgevonden. Men kan niet genoeg benadrukken dat de vrouwen zich daar in een zeer kwetsbare situatie bevinden. Daarenboven dwingen oorlogssituaties vrouwen te leven in barre omstandigheden, zodat zij seks tegen betaling hebben om te kunnen overleven.

Les hommes étant présumés tout savoir dans le domaine de la sexualité, ils ne peuvent poser de questions et ont parfois des conceptions fausses.

Les jeunes hommes sentent sur eux la pression sociale les incitant à multiplier les partenaires. L'idée que les hommes doivent avoir beaucoup de partenaires pour prouver leur virilité tandis que les femmes doivent rester vierges ou presque, est toujours d'actualité.

Un autre problème est celui de la stigmatisation de l'homosexualité dans une société où les normes imposent à l'homme un certain comportement machiste. Dans tous les pays en voie de développement, l'homosexualité est un tabou, et même chez nous, elle n'est pas bien acceptée. Conséquence de cette criminalisation, les rapports homosexuels se font en cachette et dans l'insécurité.

6. Conclusion

Le docteur Rao Gupta insiste sur la nécessité d'un débat ouvert sur le genre et la sexualité, les rôles de l'homme et de la femme et leurs rapports entre eux.

Il faut au minimum veiller à ce que les campagnes de prévention ne renforcent pas les clichés et qu'elles soient adaptées aux besoins spécifiques des hommes et des femmes. Les hommes doivent être davantage impliqués dans les programmes de santé reproductive et sexuelle. Il faut intervenir pour modifier les comportements des jeunes, leur insuffler des conceptions reflétant un équilibre entre les sexes. Enfin, la position des femmes doit être améliorée, en leur facilitant l'accès aux formations, aux moyens économiques et au pouvoir politique et en les protégeant contre la violence.

II.1.2. Échange de vues

Mme de Bethune signale que lors du voyage au Congo de la commission d'enquête sur les Grands Lacs, on lui a affirmé que dans les régions de l'est où beaucoup de combats et de viols ont lieu, la prévalence du sida s'élevait à 30 %, voire 40 ou 50 %. Elle ignore toutefois si les sources de cette information sont fiables.

Mme Buvé déclare qu'il est tout à fait vraisemblable que le Congo oriental connaisse maintenant une grave épidémie de sida, vu les mouvements de troupes venant d'Ouganda, du Burundi, du Rwanda, où la prévalence de la maladie est supérieure à celle du Congo. En outre, il y a eu beaucoup de viols. Encore une fois, il s'agit d'une situation où les femmes sont extrêmement vulnérables. De plus, dans les situations de guerre où les conditions de vie sont précaires, les femmes se prêtent à des relations sexuelles contre rémunération, simplement pour une question de survie.

Mevrouw Pehlivan vraagt naar de verspreiding van de epidemie op wereldvlak, met name in Azië.

Mevrouw Buvé antwoordt dat de situatie in Azië zorgwekkend is. In Cambodja, Thailand en Myanmar is de aidsepidemie algemeen verspreid, dat wil zeggen dat meer dan één procent van de bevolking besmet is. In die landen heerst een grote ongelijkheid tussen man en vrouw. Seks met prostituees is daar een gangbare gewoonte. Er wordt zeer weinig over de vrouwelijke seksualiteit gesproken. Een bruid moet maagd zijn, terwijl de mannen soms reeds besmet zijn als gevolg van seks met prostituees. NGO's zijn thans actief in die landen om de vrouwen een grotere weerbaarheid te bezorgen in het licht van hun situatie. In Afrika is men tot de vaststelling gekomen dat men de vrouwen niet zozeer moest trachten uit het prostitutiemilieu te halen, maar dat men moest streven naar een professionalisering van het beroep en hen ertoe moest brengen zichzelf te beschermen.

Mevrouw Van Riet vraagt nadere uitleg over de situatie in België.

Volgens mevrouw Buvé telt ons land momenteel 10 tot 11 000 seropositieven. 45 tot 50 % van hen is afkomstig uit Afrika, waarbij het aantal mannen en vrouwen telkens 50 % bedraagt. Wat de Belgen betreft, vinden we nog steeds de meeste seropositieven bij de homoseksuelen en zijn er meer mannen seropositief.

In 2000 en 2001 is het aantal opgetekende seropositieve gevallen licht gestegen. Net als in alle geïndustrialiseerde landen valt er te vrezen dat die stijging te wijten is aan een verminderde gewoonte om zich te beschermen doordat aids niet langer als een dodelijke ziekte wordt beschouwd, maar als een chronische aandoening dankzij de geneesmiddelen die voor iedereen beschikbaar zijn. Men vergeet daarbij dat de therapie zeer zwaar is en strikt moet worden gevolgd tot aan het eind van zijn dagen, en dat ze nevenwerkingen heeft.

Mevrouw de Bethune vraagt welke beleidsstrategieën moeten worden gevolgd.

Mevrouw Buvé meent dat de prioriteit op het vlak van preventie moet worden gegeven aan het werken met jongeren. In de ontwikkelingslanden worden nu pas initiatieven gelanceerd. In België moeten de programma's rond seksuele voorlichting op school niet worden toegespitst op aids en de daarmee verbonden gevaren, maar veeleer op een evenwichtige benadering van de man-vrouwrelatie.

Vrouwenemancipatie houdt geen verzwakking van de mannelijke machtspositie in. Aan de hand van die basisidee moet aan de jongeren duidelijk worden gemaakt dat ze zich niet bedreigd hoeven te voelen door kordate vrouwen.

Mme Pehlivan aimerait avoir une idée de la répartition de l'épidémie dans le monde, notamment en Asie.

Mme Buvé répond que la situation de l'Asie est devenue préoccupante. Le Cambodge, la Thaïlande et le Myanmar connaissent une épidémie généralisée de sida, c'est-à-dire que plus d'un pour cent de la population est touchée. Ces pays sont caractérisés par une grande inégalité entre les sexes. Il y est tout à fait ordinaire de fréquenter les prostituées. On parle très peu de la sexualité féminine. La femme qui se marie doit être vierge, alors que les hommes sont parfois déjà contaminés vu leur fréquentation des prostituées. Des ONG sont maintenant actives dans ces pays afin de mieux armer les femmes dans leur situation. On a constaté en Afrique qu'il ne fallait pas forcément chercher à sortir les femmes de la prostitution mais essayer de professionnaliser leur travail et de leur apprendre à se protéger.

Mme Van Riet demande des précisions sur la situation en Belgique.

Selon Mme Buvé, il y aurait en ce moment en Belgique de 10 à 11 000 séropositifs. 45 à 50 % d'entre eux sont originaires d'Afrique, avec environ 50 % de femmes et 50 % d'hommes. Parmi les Belges, la population homosexuelle reste la plus touchée et davantage d'hommes sont séropositifs.

En 2000 et 2001, le nombre de cas de séropositivité recensés a légèrement augmenté. Il est à craindre, comme dans tous les pays industrialisés, que cette augmentation soit due à un certain relâchement dans les habitudes de se protéger à cause d'une nouvelle perception de la maladie: le sida n'est plus vu comme une affection mortelle, mais, grâce aux médicaments accessibles à tous, comme une maladie chronique. On oublie que la thérapie est très lourde, qu'elle doit être suivie de manière très scrupuleuse jusqu'à la fin de ses jours et qu'elle a des effets secondaires.

Mme de Bethune s'interroge sur les stratégies à suivre en termes de politique.

Mme Buvé est d'avis qu'en ce qui concerne la prévention, la priorité doit être donnée à des activités avec les jeunes. Dans les pays en voie de développement, des initiatives commencent seulement à se développer. En Belgique, dans les programmes d'éducation sexuelle à l'école, l'approche ne doit pas être centrée sur le sida et ses dangers, mais plutôt sur une conception plus équilibrée des rapports hommes-femmes.

Affranchir les femmes n'implique pas une diminution du pouvoir des hommes. Il faut partir de cette idée pour montrer aux jeunes gens qu'ils ne doivent pas se sentir menacés par des femmes qui s'affirment.

In opdracht van de directie-generaal Internationale Samenwerking heeft het Instituut voor tropische geneeskunde een studie verricht over een geïntegreerd aidsbeleid. De aanbeveling luidt om voor alle ontwikkelingsprojecten en -programma's na te gaan of ze ruimte laten voor de werking rond de aidsproblematiek, hetzij in het raam van preventie, hetzij ter verzachting van de gevolgen van de ziekte.

Mevrouw Kaçar vraagt of er op het terrein een coördinatie bestaat tussen UNAIDS en de projecten waarnaar mevrouw Buvé verwijst. Ook vraagt zij of er reeds vooruitgang is geboekt op het vlak van de toegang tot de geneesmiddelen, die overigens nog zeer duur zijn.

Mevrouw Buvé licht toe dat UNAIDS sinds 1995 de opvolger is van het «*Global Programme on Aids*». UNAIDS heeft zijn rol opnieuw afgebakend en is de feitelijke coördinator tussen de verschillende organisaties van de Verenigde Naties, wat geleid heeft tot een minder uitgesproken profilering op het terrein. Toch speelt UNAIDS ook een belangrijke rol op het vlak van *lobbying*. Een van zijn grote verdiensten is dat hij erin geslaagd is om de aidsproblematiek op de agenda van de Veiligheidsraad van de Verenigde Naties te plaatsen.

Wat betreft de toegang tot de geneesmiddelen, kan het voorbeeld van Brazilië worden aangehaald, waar de wet de overheid verplicht om antiretrovirale geneesmiddelen gratis ter beschikking van de patiënten te stellen. Wel dient te worden opgemerkt dat Brazilië een relatief hoog BNP heeft in vergelijking met de meeste ontwikkelingslanden, alsook een betrekkelijk laag aantal seropositieven ten aanzien van de totale bevolking.

In Thailand produceert een firma generische antiretrovirale geneesmiddelen voor een behandeling die minder dan 1 dollar per dag kost. Het land maakt zich op voor de invoering van grootschalige programma's.

In Afrika verschilt de situatie van land tot land, maar in het algemeen schat men het aantal mensen die een therapie volgen, op ongeveer 30 000 of minder dan 10 % van het aantal mensen die daaraan nood hebben. Het merendeel van die mensen zijn Zuid-Afrikanen, die over een redelijk inkomen beschikken.

In Kongo worden de antiretrovirale geneesmiddelen voorgeschreven door de geneesheer, maar moet de patiënt ze via allerhande kanalen zelf weten te bemachtigen. Er komt misschien een kentering in de toestand, want het ministerie van Volksgezondheid heeft beslist geneesmiddelen uit India in te voeren. Voor de gemiddelde bevolking zal de behandelingskost (57 dollar per maand) nog veel te hoog zijn, maar de middengroep zal zich die geneesmiddelen wel kunnen veroorloven.

L'Institut de médecine tropicale a réalisé une étude pour la direction générale de la Coopération internationale, sur une politique intégrée du sida. Il y recommande d'examiner tous les projets ou programmes de développement pour voir s'ils fournissent l'occasion de travailler à la problématique du sida, que ce soit dans une optique de prévention ou pour atténuer l'impact du sida.

Mme Kaçar demande s'il existe une coordination sur le terrain entre UNAIDS et les projets dont parle Mme Buvé. Par ailleurs, l'accès aux médicaments, très chers jusqu'à présent, s'est-il amélioré ?

Mme Buvé explique que UNAIDS est le successeur, depuis 1995, du «*Global Programme on Aids*». UNAIDS a redéfini son rôle et joue en fait un rôle de coordination entre différentes organisations des Nations-unies, avec pour conséquence une visibilité moindre sur le terrain. Cependant, UNAIDS joue aussi un rôle important de *lobbying*. C'est un de leurs grands mérites que d'avoir réussi à mettre la problématique du sida à l'agenda du Conseil de sécurité des Nations-unies.

En ce qui concerne l'accès aux médicaments, on peut citer l'exemple du Brésil où la loi oblige les autorités à mettre des médicaments antirétroviraux à la disposition gratuite des malades. Cependant, il faut noter que le Brésil a un PNB relativement élevé, comparé avec la plupart des pays en voie de développement, et un nombre relativement faible de séropositifs par rapport à la population totale.

En Thaïlande, une firme produit des antirétroviraux génériques pour un traitement d'un coût inférieur à 1 dollar par jour. Le pays s'achemine vers la mise sur pied de programmes à grande échelle.

En Afrique, la situation varie de pays à pays. Mais de manière générale, on estime qu'environ 30 000 personnes suivent une thérapie, soit moins de 10 % des gens qui en auraient besoin, et la plupart de ces gens sont des sud-africains, disposant d'un revenu raisonnable.

Au Congo, les médicaments antirétroviraux sont prescrits par les médecins, mais les patients doivent se les procurer par toutes sortes de canaux. La situation va peut-être changer car le ministère de la Santé publique a décidé d'importer des médicaments d'Inde. Le coût du traitement (57 dollars par mois) sera encore beaucoup trop élevé pour la moyenne des gens, mais une couche intermédiaire de la population pourra se l'offrir.

II.2. Hoorzitting van mevrouw M. Temmerman, gynaecologe, professor aan het departement gynaecologie van de Universiteit Gent

II.2.1. Uiteenzetting van mevrouw M. Temmerman

Mevrouw Temmerman heeft jarenlang in Afrika aidsonderzoek verricht en aidsbestrijdingsprojecten, vooral ten gunste van vrouwen, opgezet. Na haar terugkeer in Gent bleef ze verantwoordelijk voor verscheidene van die projecten, die hoofdzakelijk met geld van de Europese Commissie worden gefinancierd.

In het departement gynaecologie van de Universiteit Gent is het «*International Centre for Reproductive Health*» opgericht. Dit centrum groepeert geneesheren, sociologen, juristen en NGO-vertegenwoordigers die actief zijn in het domein van de gezondheid van vrouwen en kinderen.

1. De situatie op wereldvlak(1)

Thans zijn over de hele wereld 42 miljoen mensen met het HIV-virus besmet. In 2002 werden er 5 miljoen nieuwe gevallen en 3 miljoen overlijdens ten gevolge van de ziekte geregistreerd.

3 miljoen kinderen zijn seropositief en 1,5 miljoen kinderen zijn gestorven aan de gevolgen van aids. 90 % van hen zijn door hun moeder besmet tijdens de zwangerschap of via borstvoeding. Meer dan 90 % van die kinderen leeft in de ontwikkelingslanden.

2. In België

België telde in juni 2002 15 315 seropositieven die opgetekend werden door de 7 laboratoria die van het ministerie van Volksgezondheid een erkenning hebben gekregen. Elk Belgisch laboratorium mag een HIV-test uitvoeren, mits die test door één van de erkende laboratoria wordt bevestigd, hetgeen de registratie van de seropositieve gevallen een tamelijk betrouwbaar karakter geeft.

Daar de test anoniem is, kunnen de gevallen waarin eenzelfde persoon herhaalde malen de test ondergaat, echter niet worden onderscheiden. Rekening houdende met die mogelijke «dubbeltelling» kan men stellen dat er 14 239 à 15 315 seropositieven zijn.

Toen de epidemie zowel in België als in Europa uitbrak, trof de ziekte bijna uitsluitend de risicogroepen: homoseksuelen en drugsgebruikers, maar thans breidt zij zich stilaan uit tot de hele bevolking.

(1) De cijfers die mevrouw Temmerman voor België aanhaalt, komen hoofdzakelijk uit het halfjaarlijks verslag dat het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid in juni 2002 heeft gepubliceerd. Dit verslag gaat als bijlage 2 hierbij.

II.2. Audition de Mme M. Temmerman, gynécologue, professeur au département de gynécologie à l'Université de Gand

II.2.1. Exposé de Mme M. Temmerman

Mme Temmerman a travaillé plusieurs années en Afrique à la recherche et la mise en œuvre de projets de lutte contre le sida, surtout pour les femmes. De retour à Gand, elle est restée responsable de plusieurs de ces projets qui sont essentiellement financés par la Commission européenne.

Au sein du département de gynécologie de l'université de Gand a été créé l'«*International Centre for Reproductive Health*». Ce centre regroupe des médecins, des sociologues, des juristes et des représentants d'ONG actives dans le domaine de la santé des femmes et des enfants.

1. La situation au niveau mondial(1)

Actuellement, 42 millions de personnes dans le monde sont infectées par le virus du sida. En 2002, on a enregistré 5 millions de nouveaux cas et 3 millions de décès dus à la maladie.

3 millions d'enfants sont séropositifs et 1,5 million d'enfants sont décédés des suites du sida. 90 % d'entre eux ont été contaminés par leur mère, durant la grossesse ou via l'allaitement. Plus de 90 % vivent dans les pays en voie de développement.

2. En Belgique

La Belgique comptait en juin 2002 15 315 séropositifs enregistrés par les sept laboratoires agréés par le ministère de la Santé publique. Tout laboratoire en Belgique peut effectuer un test de dépistage du sida, mais ce test doit être confirmé par un des laboratoires agréés, ce qui permet un enregistrement assez fiable des cas de séropositivité.

Par contre, le test étant anonyme, on ne peut distinguer les cas où la même personne fait le test à plusieurs reprises. Si l'on tient compte de cette possibilité de «double comptage», il faut considérer que le nombre de séropositifs se situe entre 14 239 et 15 315.

Au début de l'épidémie en Belgique comme en Europe, la maladie touchait presque exclusivement les groupes à risque: homosexuels et drogués, mais elle s'étend aujourd'hui peu à peu à l'ensemble de la population.

(1) Les chiffres cités par Mme Temmerman pour la Belgique proviennent notamment du rapport semestriel publié en juin 2002 par l'Institut scientifique de santé publique. Ce rapport est repris en annexe 2.

Op wereldvlak ligt het aantal besmette vrouwen iets hoger dan het aantal besmette mannen, want de ziekte wordt hoofdzakelijk onder heteroseksuelen overgedragen. In België bedraagt het aantal besmette vrouwen naar schatting 5 100 tegenover 8 599 mannen. In die verhouding is de laatste tijd verandering gekomen en thans is 40 % van de vrouwen besmet.

Sinds 1986 tonen de cijfers 1,9 tot 2,7 nieuwe besmettingen per dag, met een lichte stijging vanaf 1997. In 2001 zijn er 965 nieuwe gevallen geregistreerd: 80 % zijn mannen, van wie 2/3 besmet is geraakt via homoseksuele contacten. De meeste vrouwen worden besmet via heteroseksuele contacten en een kleine minderheid (10 %) door drugsgebruik.

België telt 2 969 aidspatiënten. Terwijl het aantal seropositieven toeneemt, is er een forse daling van het aantal zieken ten gevolge van een therapie die sinds enkele jaren wordt toegepast. Het virus kan in toom worden gehouden, zodat de levensverwachting van de seropositieve patiënten hoger wordt, zonder dat er echter kans op genezing bestaat. Die boodschap dringt onvoldoende door. Daar er toegankelijke geneesmiddelen bestaan — de kostprijs ervan wordt deels ten laste genomen door de sociale zekerheid —, kan men in de veronderstelling verkeren dat de ziekte onder controle is, maar niets is minder waar.

Een seropositieve patiënt krijgt niet systematisch geneesmiddelen voorgeschreven. Zij worden voorbehouden aan individuen die de beginsymptomen van een deficiënte immuniteit vertonen.

3. In Europa

Europa telt 232 407 aidspatiënten, ofwel 21,8 op 1 miljoen inwoners. De uitsplitsing per land (*cf.* tabel op blz. 5 van bijlage 2) leert dat België de vijfde plaats bekleedt met 10,5 gevallen op 1 miljoen inwoners. In Portugal is de toestand zeer zorgwekkend met 105,8 gevallen op 1 miljoen inwoners. Dat kan vooral worden verklaard door het drugsgebruik.

4. De bijzondere toestand van de vrouwen en de overdracht van de ziekte van moeder op kind

Naast de klassieke weerslag op de gezondheid en het seksueel gedrag, zijn de gevolgen van aids groter voor de vrouwen dan voor de mannen. Er wordt hier uiteraard gedacht aan de voortplanting.

Vaak wordt het virus ontdekt tijdens een prenataal routineonderzoek.

Op 100 niet-behandelde seropositieve vrouwen zullen er 30 het virus op hun kinderen overdragen. Het spreekt vanzelf dat dit percentage lager is in Europa en hoger in Afrika; borstvoeding en andere bijkomende infecties zijn daarvan de oorzaken.

Au niveau mondial, le nombre de femmes atteintes est légèrement supérieur à celui des hommes parce que la transmission se fait essentiellement entre hétérosexuels. En Belgique, on évaluait le nombre de femmes touchées à 5 100 contre 8 599 hommes. Ce rapport vient cependant de se modifier ces derniers temps pour atteindre 40 % de femmes.

Depuis 1986, les chiffres montrent 1,9 à 2,7 nouvelles infections par jour, avec une légère augmentation depuis 1997. En 2001, on a enregistré 965 nouveaux cas: 80 % sont des hommes et 2/3 d'entre eux ont été contaminés par des rapports homosexuels. Les femmes sont en majorité infectées par des contacts hétérosexuels, et une faible minorité (10 %) par l'usage de drogues.

Il y a en Belgique 2 969 malades du sida. Alors que le nombre de séropositifs augmente, on constate une forte baisse du nombre de malades à cause de l'existence, depuis quelques années, d'une thérapie. Il est possible de maintenir le virus sous contrôle de sorte que l'espérance de vie des séropositifs est allongée, mais il n'y a pas encore de guérison. Ce message ne passe pas assez. Vu l'existence de médicaments et leur accessibilité — leur coût est partiellement pris en charge par la sécurité sociale —, on peut croire que la maladie est sous contrôle, mais ce n'est pas vrai.

On ne prescrit pas systématiquement des médicaments à un séropositif. Ils sont réservés aux individus qui commencent à montrer des symptômes d'une immunité déficiente.

3. En Europe

En Europe, on recense 232 407 cas de sida, soit 21,8 pour un million d'habitants. Si l'on observe la répartition selon les pays (voir tableau p. 5 de l'annexe 2), on constate que la Belgique figure en cinquième position, avec 10,5 cas pour 1 million d'habitants. Au Portugal, la situation est très préoccupante avec 105,8 cas pour 1 million d'habitants. Cela s'explique surtout par l'usage de la drogue.

4. La situation particulière des femmes et la transmission de mère à enfant

À côté des répercussions classiques sur la santé et les comportements sexuels, le sida a plus de conséquences pour les femmes que pour les hommes. On pense naturellement ici à la reproduction.

Il n'est pas rare que le virus soit détecté pendant un examen prénatal de routine.

Si l'on considère 100 femmes séropositives, sans traitement, 30 transmettront le virus à leur enfants. Ce pourcentage est évidemment inférieur en Europe et supérieur en Afrique à cause de l'allaitement et d'autres infections accessoires.

De meeste kinderen raken tijdens de bevalling besmet. Borstvoeding is een bijkomend risico.

Sedert een twintigtal jaar is er echter belangrijke vooruitgang geboekt op het vlak van de preventie van overdracht. Dankzij een preventieve behandeling en vervolgens de onthouding van borstvoeding wordt het virus blijkbaar nog slechts in 1 % van de gevallen overgedragen.

De Wereldgezondheidsorganisatie pleit voor een drievoudige strategie ter voorkoming van aids bij kinderen: primaire preventie waarbij jongeren worden aangespoord tot zelfbescherming; preventie van ongewenste zwangerschappen bij seropositieve vrouwen; preventie van de overdracht van het virus van moeder op kind door een behandeling tijdens de zwangerschap, de bevalling en door onthouding van borstvoeding.

In België vinden jaarlijks 600 000 aidstests plaats. Om uiteenlopende redenen (risicogedrag, begin van een nieuwe relatie, vertrek naar het buitenland waarvoor een attest is vereist) onderwerpt 50 % van de patiënten zich uit eigen beweging aan die test. 50 % van de patiënten heeft een risicogedrag vertoond(1). 20 % van de bevolking ouder dan 15 jaar heeft ooit een aidstest ondergaan. Uit dit betrekkelijk hoog cijfer kan worden afgeleid dat onze bevolking de aidstest als tamelijk natuurlijk ervaart.

20 % van de tests bij vrouwen vond echter plaats naar aanleiding van een zwangerschapsonderzoek. Dat is op zich een goede zaak: iedere gynaecoloog zou in het begin van de zwangerschap en liefst wanneer de patiënte nog vóór de bevruchting op raadpleging komt, de aidstest moeten voorstellen naast andere tests. Zeer dikwijls stelt de gynaecoloog zich gemakkelijks halve of wegens tijdgebrek tevreden met een bloedafname bij de patiënte, naar eigen zeggen «om te zien of alles goed gaat». Er wordt een rist tests uitgevoerd, zonder dat de patiënte beter wordt voorlicht.

Het slechtst denkbare scenario doet zich voor wanneer de aidstest positief blijkt en de dokter die met dat soort situatie weinig vertrouwd is, de patiënte daarvan onomwonden op de hoogte brengt.

De gynaecoloog moet aan de zwangere vrouw een aidstest voorstellen of haar ten minste zijn beoogde strategie uiteenzetten. Bovenop de andere tests voor het opsporen van toxoplasmose of rodehond, enz. neemt de uitleg over de risico's van aids aan elke patiënte veel tijd in beslag, terwijl die test uiteindelijk zeer zelden positief blijkt te zijn.

(1) Er kunnen verscheidene redenen worden aangehaald; dit verklaart waarom het totaal van de percentages boven 100 ligt.

La plupart des enfants sont contaminés au moment de l'accouchement. L'allaitement est un risque supplémentaire.

Depuis une vingtaine d'années toutefois, d'importants progrès ont été enregistrés sur le plan de la prévention de la transmission. Avec un traitement préventif combiné ensuite à l'absence d'allaitement, la transmission du virus n'apparaît plus que dans 1 % des cas.

L'Organisation mondiale de la santé plaide pour une triple stratégie afin de prévenir le sida chez les enfants: prévention primaire auprès des jeunes gens pour les inciter à se protéger; prévention des grossesses non désirées chez des femmes séropositives; prévention de la transmission de mère à enfant par un traitement pendant la grossesse, pendant l'accouchement et par l'absence d'allaitement.

En Belgique, 600 000 tests de dépistage ont lieu chaque année. 50 % des patients s'y soumettent de leur propre initiative pour diverses raisons (risque encouru, début d'une nouvelle relation, départ à l'étranger pour lequel une attestation est requise ...). 50 % des patients ont couru un risque(1). 20 % de la population de plus de 15 ans s'est soumise un jour à un test de dépistage. De ce chiffre relativement important, on peut inférer que la population chez nous accepte le dépistage assez naturellement.

Cependant, 20 % des tests auprès des femmes ont lieu à l'occasion d'un examen de grossesse. C'est en soi une bonne politique: tout gynécologue devrait, au début de la grossesse, voire avant si la patiente vient en consultation avant la conception, proposer le test de dépistage du sida au même titre que d'autres tests. Toutefois, très souvent, par facilité ou manque de temps, le gynécologue se contente de dire à la patiente qu'il va lui faire une prise de sang «pour vérifier si tout va bien». Une batterie de tests est effectuée, sans que la patiente soit mieux informée.

Le pire se passe quand un test fait à cette occasion se révèle positif et que le docteur, peu habitué à ce genre de situation, en informe la patiente sans ménagement.

Toutes les femmes enceintes devraient se voir proposer le test de dépistage du sida par leur gynécologue, ou, à tout le moins, être informées de la politique que pratique leur médecin à cet égard. Cela prend toutefois du temps d'expliquer à chaque patiente les risques du sida en plus des autres tests de toxoplasmose, rubéole, etc., alors que le test est finalement très rarement positif.

(1) Plusieurs raisons peuvent être données, ce qui explique que le total des pourcentages dépasse 100.

In het departement gynaecologie van de RUG ontvangt elke patiënte een informatiebrochure met een beschrijving van de tests die tijdens de zwangerschap worden uitgevoerd, en de reden waarom ze belangrijk zijn. De geneesheer overloopt snel met de patiënte de inhoud van de brochure, zodat ze weet welke test zij moet ondergaan en ze deze eventueel kan weigeren.

In tegenstelling tot wat men zou kunnen denken, wensen seropositieve vrouwen toch kinderen en kiezen zij doorgaans niet voor een abortus als ze eenmaal zwanger zijn geraakt. In de ontwikkelingslanden wordt deze houding verklaard door de heersende cultuur: seropositieve vrouwen uit die landen willen nog meer kinderen om er zeker van te zijn dat enkelen het zullen halen. Maar die kinderwens is ook duidelijk merkbaar bij ons. Gelukkig kunnen de geneesheren die vrouwen de keuze laten, voor zover er een therapie bestaat die de risico's op overdracht fors vermindert.

Seropositieve vrouwen moeten beseffen dat ze een groter gevaar lopen op vroeggeboorte en andere verwickelingen. De gynaecoloog moet ze aan frequente controles onderwerpen. Zij moeten geneesmiddelen innemen om overdracht tijdens de bevalling te voorkomen en bij voorkeur opteren voor een keizersnede, en geen borstvoeding geven.

Tot voor kort werd seropositiviteit als argument aangevoerd om *in vitro*-fertilisatie onmiddellijk uit te sluiten, want de geneesheren weigerden mee te werken aan een bevruchting omdat de zuigeling dan één kans op 3 had om met het virus besmet te raken. Nu het risico van overdracht tot 1 % kan worden teruggebracht door de bekende behandelingen, wordt aids op gelijke voet geplaatst met andere overdraagbare ziekten zoals mucoviscidosis of diabetes, en heeft een seropositieve vrouw toegang tot de technieken van ondersteunde voortplanting. Er kan als bezwaar worden opgeworpen dat die vrouwen een lagere levensverwachting hebben en dat hun kinderen vroegtijdig wees zullen zijn. Maar een dergelijke redenering geldt ook voor andere ziekten zoals diabetes. Dat is eigenlijk stof voor een breed ethisch debat.

5. Besluit

België kent een endemische situatie die gekenmerkt wordt door een toename van het aantal gevallen waarin de ziekte via heteroseksuele contacten wordt overgedragen.

Het preventiewerk moet in het bijzonder bij jongeren worden voortgezet. De aidstest en de behandeling moeten voor iedereen toegankelijk zijn; wel moet voor die test de geïnformeerde toestemming worden gegeven meer bepaald door de zwangere vrouw.

Het medisch en paramedisch personeel moet juist worden geïnformeerd en gesensibiliseerd, zodat elke paniecreactie ten aanzien van een geval van seroposi-

Au département de gynécologie de la RUG, chaque patiente reçoit une brochure d'information décrivant les tests pratiqués pendant la grossesse et leur raison d'être. Le médecin passe rapidement en revue avec elle le contenu de la brochure de sorte qu'elle sait quels tests elle va subir et qu'elle peut le cas échéant refuser.

Il faut noter que, contrairement à ce que l'on pourrait croire, les femmes séropositives veulent quand même des enfants et, si elles sont enceintes, n'optent généralement pas pour l'avortement. Dans les pays en voie de développement, cela s'explique par leur culture: les femmes séropositives veulent encore plus d'enfants pour être sûres que quelques-uns survivront. Mais la volonté d'avoir des enfants se manifeste chez nous aussi. Heureusement, les médecins peuvent laisser le choix à ces femmes, dans la mesure où il existe une thérapie réduisant fortement les risques de transmission.

Les femmes séropositives doivent savoir qu'elles courent plus de risques de naissance avant terme et autres complications. Le gynécologue doit les soumettre à des contrôles fréquents. Elles doivent prendre des médicaments afin d'éviter la transmission lors de l'accouchement, opter de préférence pour une césarienne et éviter d'allaiter.

Jusqu'il y a peu, la séropositivité était considérée comme excluant d'office toute fécondation *in vitro* car les médecins refusaient de collaborer à la mise en route d'une grossesse alors que l'enfant qui naîtrait avait une chance sur trois d'être contaminé par le virus. Maintenant que les traitements permettent de réduire à 1 % le risque de transmission, le sida est mis sur le même pied que les autres maladies transmissibles telles que la mucoviscidose ou le diabète et une femme séropositive peut avoir accès aux techniques de procréation assistée. Certes, l'on peut objecter que ces femmes ont une espérance de vie réduite et que les enfants qu'elles mettront au monde seront orphelins prématurément. Mais ce raisonnement vaut aussi pour d'autres maladies telles le diabète, par exemple. On s'engage alors dans un vaste débat éthique.

5. Conclusion

La situation en Belgique est endémique, avec une augmentation des cas de transmission par voie hétérosexuelle.

Le travail de prévention doit continuer, en particulier auprès des jeunes. Le dépistage et le traitement doivent être accessibles à tous, mais le test de dépistage du sida doit être subordonné au consentement informé, notamment dans le cas des femmes enceintes.

Il faut continuer d'informer et sensibiliser correctement le personnel médical et paramédical de manière à éviter toute panique face aux cas de séropositivité.

tiviteit vermeden wordt. De ziekenhuizen en de kraamafdelingen moeten duidelijke richtlijnen toepassen.

Terwijl België over een goed systeem beschikt voor de registratie van de uitgevoerde tests, ontbreekt het ons land daarentegen aan gegevens over de follow-up van de seropositieve gevallen. Het aantal tests dat bij de geboorte wordt uitgevoerd, is bijvoorbeeld bekend, maar wij weten niets over het verdere lot van de besmette kinderen.

In vergelijking met andere landen steunt België het onderzoek in geringe mate. Zo bijvoorbeeld komen de sociologische aspecten, het *gender* aspect, zelden aan bod.

België moet zowel het wetenschappelijk onderzoek als de initiatieven op het vlak van de voortplantingsgezondheid internationaal steunen.

II.2.2. Gedachtewisseling

Mevrouw Willame-Boonen vraagt verduidelijkingen over de manier waarop het risico van overdracht van het virus tijdens de bevalling wordt beperkt.

Mevrouw Temmerman verklaart dat vóór het begin van de weeën een keizersnede moet worden uitgevoerd om te voorkomen dat het virus overgedragen wordt bij het breken van de vliezen. Wanneer de concentratiegraad van het virus op het einde van de zwangerschap zeer laag is, kan eventueel een natuurlijke bevalling worden voorgesteld. Maar dat moet geval per geval worden beoordeeld.

Mevrouw de Bethune zou graag meer vernemen over de initiatieven die in de ontwikkelingslanden worden gelanceerd in samenwerking met het ministerie van Ontwikkelingssamenwerking.

Mevrouw Temmerman verwijst naar het werk dat de heer Boutmans, staatssecretaris voor Ontwikkelingssamenwerking, heeft verricht in de strijd tegen aids. Hij steunt vooral de multinationale organisaties bij de uitvoering van hun programma's. Wat zijn bijdrage tot die programma's betreft, houdt België alleszins gelijke tred met de andere landen.

Het is moeilijk om de reële impact van die programma's op het terrein te kennen. Een experiment in Oeganda dat in goed gecontroleerde omstandigheden is uitgevoerd, heeft aangetoond dat het risico op overdracht van het virus met 50 % daalt, wanneer een vrouw die normaal geen enkele behandeling zou hebben gekregen, een geneesmiddel krijgt dat de concentratie van het virus bij het begin van de bevalling doet afnemen. Hoe dat in de praktijk gebeurt, is nog een raadsel. Zwangere vrouwen komen naar de prenatale raadpleging en krijgen het geneesmiddel op voorhand, maar meestal bevallen ze thuis: hoeveel van hen nemen het geneesmiddel in? Hoeveel van hen nemen het geneesmiddel te vroeg of te laat in? Voor dergelijke onderzoeken is het moeilijk om fondsen te verwerven.

Les hôpitaux et maternités doivent appliquer des directives claires.

Si l'on dispose en Belgique d'un bon système d'enregistrement pour les tests effectués, on manque par contre de données sur le suivi des cas de séropositivité. On sait par exemple combien de tests sont réalisés à la naissance mais on ignore ce que deviennent les enfants contaminés.

Enfin, comparée à d'autres pays, la Belgique soutient peu la recherche. Les aspects sociologiques, l'aspect « *gender* », par exemple, ne sont pratiquement pas abordés.

La Belgique doit également soutenir la recherche et les initiatives en matière de santé reproductive au niveau international.

II.2.2. Échange de vues

Mme Willame-Boonen demande des précisions sur la manière de limiter le risque de transmission du virus lors de l'accouchement.

Mme Temmerman explique qu'il faut pratiquer une césarienne avant le début des contractions pour éviter que le virus ne se transmette avec la rupture des membranes. Lorsque le taux de concentration du virus à la fin de la grossesse est très bas, on peut éventuellement proposer un accouchement naturel. Mais c'est une question d'appréciation au cas par cas.

Mme de Bethune aimerait en savoir plus sur les initiatives prises dans les pays en voie de développement en partenariat avec le ministère de la Coopération au développement.

Mme Temmerman souligne le travail accompli par M. Boutmans, secrétaire d'État à la Coopération au développement, dans le domaine de la lutte contre le sida. Il soutient surtout les organisations multinationales dans la mise en œuvre de programmes. En ce qui concerne la contribution à ces programmes, la Belgique ne cède en rien devant les autres pays.

Le problème est de connaître l'impact réel de ces programmes sur le terrain. Une expérience en Ouganda, dans des circonstances bien contrôlées, a montré que, lorsqu'une femme qui n'aurait normalement reçu aucun traitement, reçoit juste un médicament destiné à faire chuter la concentration virale au début de l'accouchement, le risque de transmission du virus diminue de 50 %. Mais le problème est qu'on ne sait pas comment ça se passe en pratique. Les femmes enceintes viennent en consultation prénatale, elles reçoivent le médicament à l'avance, mais le plus souvent elles accouchent à la maison: combien d'entre elles exactement prennent le médicament? Combien le prennent trop tôt ou trop tard? Pour ce genre d'enquête, il est très difficile d'obtenir des fonds.

In Kenia bedraagt het sterftcijfer bij vrouwen ten gevolge van een zwangerschap 700 op 100 000. Op het vlak van aidsbestrijding zijn daarginds opmerkelijke resultaten behaald. Maar er wordt gemakkelijk voorbijgegaan aan het feit dat 20 % van de vrouwen aan syfilis lijdt, terwijl ook syfilis voor problemen zorgt tijdens de zwangerschap. 25 % van de vrouwen lijdt aan een ernstige vorm van bloedarmoede, wat het risico op overlijden tijdens de bevalling vergroot.

Het is dan ook van essentieel belang dat aidsonderzoek en aidspreventie opgenomen worden in ruimere programma's betreffende de voortplantingsgezondheid.

Mevrouw de Bethune vraagt welk werk UNAIDS op dat vlak verricht.

Mevrouw Temmerman antwoordt dat UNAIDS de rol vervult van «*big brother*». De «*division of transmission of sexual diseases*» is slechts een klein kantoor. De grote verdienste van UNAIDS is dat hij de aidsproblematiek onder de aandacht brengt. UNAIDS verstrekt heel wat informatie, maar jammer genoeg is de invalshoek te weinig geïntegreerd. Er zijn vanzelfsprekend verticale programma's nodig, maar op het terrein moet er meer steun worden gevonden voor de geïntegreerde programma's voor gezinsplanning, kinderverzorging, waarin specifieke aandacht moet gaan naar de vrouwen.

Er mag niet uit het oog worden verloren dat de vrouw nog geen enkel middel bezit om zich tegen aids te beschermen. Wanneer zij geen voorbehoedsmiddelen durft vragen of wanneer haar partner ze weigert, is ze aan zijn willekeur overgeleverd. Er bestaat wel degelijk een voorbehoedsmiddel voor vrouwen, maar naast de hoge prijs heeft het als nadeel dat het zichtbaar is. Het vrouwelijk voorbehoedsmiddel kan nuttig zijn voor vrouwen voor wie het gebruik ervan een *conditio sine qua non* is, zoals de prostituees met een zekere standing, maar dat geldt uiteraard niet voor de meeste jonge prostituees die al voor 0,50 euro seksueel contact aanvaardden en die een beetje meer krijgen wanneer zij instemmen met seks zonder voorbehoedsmiddel.

Het gebruik van een diafragma zou een oplossing kunnen bieden. Terwijl het diafragma in 85 % van de gevallen een zwangerschap voorkomt, worden er ook minder gevallen van gonorrhoe en chlamydia vastgesteld bij de vrouwelijke gebruikers. Het diafragma zou dus een nuttig instrument kunnen zijn om de overdracht van het virus te voorkomen, maar daarover is momenteel nog te weinig bekend om dit beschermingsmiddel naar eer en geweten aan de vrouwen aan te raden. Het is jammer genoeg uiterst moeilijk om fondsen bijeen te krijgen voor een meer diepgaande studie van dit probleem. Dat vraagstuk is in geen enkel UNAIDS-programma opgenomen en is dan ook geen prioriteit voor één van de centra voor wetenschappelijk onderzoek in België.

Au Kenya, le taux de mortalité des femmes des suites d'une grossesse est de 700 pour 100 000. Ce qu'on a réalisé là-bas dans le domaine de la lutte contre le sida est remarquable. Mais on ne prête pas assez attention par exemple au fait que 20 % des femmes ont la syphilis alors que la syphilis provoque aussi des problèmes pendant la grossesse. 25 % des femmes souffrent d'anémie lourde, ce qui entraîne un risque important de décès lors de l'accouchement.

Il est donc essentiel d'intégrer la recherche et la prévention du sida dans des programmes plus larges de santé reproductive.

Mme de Bethune demande comment fonctionne UNAIDS sur ce plan.

Mme Temmerman répond que UNAIDS est le «*big brother*». La «*division of transmission of sexual diseases*» ne représente qu'un petit bureau. Le grand mérite de UNAIDS est de donner beaucoup de visibilité à la problématique du sida, il réalise un grand travail d'information, mais malheureusement dans une optique trop peu intégrée. Certes, des programmes verticaux sont nécessaires mais il faudrait aussi sur le terrain plus de soutien pour les programmes intégrés de planning familial, de soins pour les enfants, et dans lesquels une attention spécifique doit être portée aux femmes.

Il ne faut pas perdre de vue que les femmes n'ont encore aucun moyen de protection contre le sida. Si elles n'osent pas demander l'usage du préservatif, ou si leur partenaire refuse, elles sont à sa merci. Il existe bien un préservatif féminin, mais outre son prix élevé, il présente l'inconvénient d'être visible. Le préservatif féminin peut être utile pour des femmes qui peuvent se permettre de l'imposer, comme les prostituées d'un certain niveau, mais il est évident que ce n'est pas le cas de la plupart des jeunes prostituées qui acceptent déjà un contact pour 0,50 euro et qui obtiennent un peu plus si elles acceptent le rapport sans préservatif.

L'usage du diaphragme pourrait apporter une solution. Si le diaphragme permet d'éviter la grossesse dans 85 % des cas, on constate aussi qu'il y a moins de cas de gonorrhée et de chlamydia chez les femmes qui l'utilisent. Celui-ci pourrait donc être un moyen utile pour éviter le passage du virus, mais on n'en sait pas suffisamment à l'heure actuelle pour pouvoir en âme et conscience conseiller ce moyen de protection aux femmes. Malheureusement, il est extrêmement difficile d'obtenir des fonds pour étudier cette question de façon plus approfondie. Cela ne s'intègre dans aucun programme de UNAIDS et ne constitue pas non plus une priorité pour un des centres de recherche scientifique en Belgique.

In Nederland is er binnen de fondsen voor wetenschappelijk onderzoek een afdeling voor onderzoek naar tropische ziekten. Die fondsen worden aangewend ter ondersteuning meer bepaald van het onderzoek naar malaria of naar de verbetering van de gezondheid van vrouwen en kinderen in het algemeen.

Mevrouw Van Riet vraagt of er bij het ministerie van Volksgezondheid richtlijnen bestaan betreffende de toegang tot de aidstests, de verplichte voorlichting van de patiënte, enz.

Mevrouw Temmerman antwoordt dat er terzake geen enkel wettelijk kader bestaat. De weinige richtlijnen zijn uit eigen beweging opgesteld door mensen van het beroep. Zelfs indien elk ziekenhuis zijn eigen strategie blijft voorstaan, heeft de patiënte minstens het recht om kennis te nemen van het beleid van de verplegingsinrichting.

Over sommige richtlijnen bestaat er eensgezindheid, andere leveren stof voor discussie. Dat is bijvoorbeeld het geval van de amniosynthese als techniek voor de opsporing van de risico's van mongolisme. In sommige gevallen kan een vruchtwaterpunctie verwickelingen veroorzaken. Sommige gynaecologen voeren die test systematisch uit, andere laten de keuze over aan de patiënte nadat ze van de risico's van de test op de hoogte is gebracht.

Als men de praktiserende artsen een duidelijke richtlijn wil geven in verband met de opsporing van aids, moeten ze de raad krijgen om de test aan de patiënte voor te stellen en de uitvoering ervan ondergeschikt te maken aan een schriftelijke toestemming van de vrouw («*written informed consent*»). Dit principe moet trouwens in alle omstandigheden (vóór een heelkundige ingreep, bijvoorbeeld) en niet alleen tijdens de zwangerschap worden toegepast op alle aidstests.

II.3. Hoorzitting met mevrouw B. Minne, verantwoordelijke voor de bilaterale samenwerking met Latijns-Amerika en Azië en genderconsultant, met de heer D. Van der Roost, adviseur inzake volksgezondheid en indirecte bilaterale samenwerking, beiden vertegenwoordigers van de heer E. Boutmans, staatssecretaris voor Ontwikkelingssamenwerking, en met de heer J. Labeeuw, aidsexpert bij de directie-generaal Ontwikkelingssamenwerking.

II.3.1. Uiteenzetting van mevrouw B. Minne, de heer D. Van der Roost en de heer J. Labeeuw

1. Huidige situatie

Wereldwijd zijn 11,8 miljoen jongeren van 15 tot 24 jaar het slachtoffer van aids. Binnen die leeftijdsklasse

Aux Pays-Bas, il existe au sein des fonds pour la recherche scientifique une section consacrée à la recherche sur les maladies tropicales. Ces fonds soutiennent notamment la recherche sur la malaria ou sur l'amélioration de la santé des femmes et des enfants en général.

Mme Van Riet aimerait savoir s'il existe des directives émanant du ministère de la Santé publique au sujet de l'accès aux tests de dépistage, l'obligation d'informer la patiente, etc.

Mme Temmerman répond qu'il n'existe aucun cadre légal en la matière. Les seules directives existantes ont été élaborées à sa propre initiative, au sein de sa profession. Même si chaque hôpital reste maître de sa propre politique, la patiente a au moins le droit de savoir quelle est la politique pratiquée par l'établissement.

Certaines directives font l'objet d'un accord unanime, d'autres suscitent des discussions. C'est le cas par exemple de l'amniosynthèse pour déceler les risques de mongolisme chez l'enfant. Dans certains cas, la ponction amniotique peut entraîner des complications. Certains gynécologues effectuent ce test systématiquement, d'autres laissent le choix à la patiente en lui exposant les risques du test.

En matière de dépistage du sida, si l'on veut donner aux praticiens une directive claire, il faut leur recommander de proposer le test à la patiente et de subordonner sa réalisation à son consentement informé écrit («*written informed consent*»). Ce principe doit d'ailleurs s'appliquer aux tests de dépistage du sida dans toutes les circonstances (avant une intervention chirurgicale, par exemple) et pas seulement pendant la grossesse.

II.3. Audition de Mme B. Minne, responsable de la coopération bilatérale avec l'Amérique latine et l'Asie et conseillère en matière de genre, M. D. Van der Roost, conseiller en santé publique et coopération bilatérale indirecte, représentants de M. E. Boutmans, secrétaire d'État à la Coopération au développement, et de M. J. Labeeuw, expert sida à la direction générale de la Coopération au développement

II.3.1. Exposé de Mme B. Minne, M. D. Van der Roost et M. J. Labeeuw

1. L'état de la situation

Au niveau mondial, 11,8 millions de jeunes gens âgés de 15 à 24 ans sont atteints du sida. Dans cette

is het aantal vrouwen veel groter dan het aantal mannen (7,3 miljoen, voornamelijk in Subsaharaans Afrika).

Meerdere factoren liggen aan de basis van die wanverhouding tussen mannen en vrouwen in Afrika:

- Fysiologische kwetsbaarheid die twee tot vier keer groter is;
- Discriminatie op sociaal, economisch en cultureel vlak;
- Armoede, een lager sociaal statuut van de vrouw en ongelijke rechten met dikwijls prostitutie tot gevolg;
- Lage scholingsgraad;
- Huwelijken op jonge leeftijd;
- Het maatschappelijk belang dat gehecht wordt aan vruchtbaarheid en moederschap;
- Seksueel geweld als gangbare praktijk.

Aids heeft een grotere impact op vrouwen dan op mannen:

- De moeder loopt het risico om de ziekte op het kind over te dragen;
- Vrouwen hebben minder gemakkelijk toegang tot de gezondheidszorg;
- Vrouwen hebben een zwaardere gezinslast;
- De ziekte leidt tot een verminderde productiviteit, de vrouwen hebben een lagere scholingsgraad en de vicieuze cirkel die leidt tot armoede, is weer rond.

2. Strategieën

De Belgische ontwikkelingssamenwerking streeft naar een duurzame ontwikkeling via armoedebestrijding. Het beleid is toegespitst op vijf draagvlakken: basisgezondheidszorg, vorming en onderwijs, landbouw en voedselzekerheid, basisinfrastructuur en maatschappelijke ontwikkeling. Het is geënt op drie transversale thema's: gelijke kansen, leefmilieu en sociale economie.

De strategie inzake volksgezondheid is gericht op de consolidatie van de basisgezondheidszorg, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar de reproductieve gezondheidszorg, de strijd tegen aids en malaria, tuberculose en andere verwaarloosde ziekten.

De acties vinden op alle niveaus plaats: van de internationale context tot de plaatselijke gemeenschappen. Het is de bedoeling om de plaatselijke gemeenschappen meer draagkracht te geven op het vlak van gezondheidszorg, jongerenclubs, vrouwenbewegingen, enz., om de beschikbare financiële

catégorie d'âge, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes (7,3 millions, essentiellement en Afrique subsaharienne).

Plusieurs facteurs expliquent ce déséquilibre entre les hommes et les femmes en Afrique:

- Une vulnérabilité deux à quatre fois plus grande sur le plan physiologique;
- Des discriminations sur le plan social, économique et culturel;
- La pauvreté, le statut social inférieur des femmes et l'inégalité des droits qui mène souvent au travail sexuel;
- Le faible niveau d'éducation;
- Le mariage précoce;
- L'importance sociale donnée à la fertilité et la maternité;
- Le fait que les violences sexuelles soient des pratiques courantes.

Or, l'impact du sida est plus grand sur les femmes que sur les hommes:

- La mère risque de transmettre la maladie à son enfant;
- Les femmes ont moins facilement accès aux soins de santé;
- Les femmes ont des charges familiales plus lourdes à assumer;
- La maladie entraîne une perte de productivité, les femmes sont moins scolarisées et le cercle vicieux menant à la pauvreté se réinstalle.

2. Les stratégies

La coopération au développement belge poursuit un objectif de développement durable en luttant contre la pauvreté. Son action se concentre sur cinq secteurs, à savoir les soins de santé de base, la formation et l'enseignement, l'agriculture et la sécurité alimentaire, l'infrastructure de base et le développement de la société. Elle s'articule autour de trois thèmes transversaux: l'égalité des chances, l'environnement et l'économie sociale.

La stratégie en matière de santé publique vise à consolider les soins de santé de base. L'accent est mis sur la santé reproductive, la lutte contre le sida et contre la malaria, la tuberculose et d'autres maladies négligées.

Les interventions ont lieu à tous les niveaux, depuis le niveau international jusqu'à l'échelon des communautés locales. Il s'agit notamment de renforcer les capacités des communautés locales en ce qui concerne les soins de santé, les clubs de jeunes, les mouvements de femmes, etc.; d'augmenter les moyens financiers

middelen te verhogen, op te komen voor de rechten van de vrouw en haar specifieke rol binnen de samenleving en ten slotte research te ondersteunen.

De aidsbestrijding is meer bepaald gericht op de terugdringing van de impact van zowel aids als de seksueel overdraagbare aandoeningen en de perinatale infecties. De vermindering van de risico's op overdracht, een betere gezondheidszorg, meer diensten voor geneeskundige verzorging en sociale diensten, een betere kennis van de ziekte en de strijd tegen discriminatie en stigmatisering zijn daartoe de noodzakelijke voorwaarden.

België steunt de partners, Staten, instellingen en verenigingen in hun inspanningen om de gelijke kansen voor mannen en vrouwen te realiseren. België ziet toe op de integratie van de genderdimensie in alle sectoren (transversale benadering), zowel binnen de vijf aangehaalde sectoren als binnen de sector van het leefmilieu of de sociale economie bijvoorbeeld. Tegelijk moet de genderdimensie vervat zijn in alle projecten en programma's (longitudinale benadering).

Daarnaast steunt België positieve acties binnen het raam van de reproductieve gezondheidszorg en de bestrijding van geweld tegen vrouwen.

Het specifieke beleid inzake gelijke kansen voor mannen en vrouwen blijft niet beperkt tot vier of vijf prioriteiten. Deze trend is het gevolg van het grotere belang dat gehecht wordt aan het partnerschap binnen de ontwikkelingssamenwerking: België steunt de prioriteiten van zijn partners en kan zich bijgevolg niet langer beperken tot enkele afgebakende thema's.

Welke principes liggen aan de basis van het Belgisch samenwerkingsbeleid op het vlak van aidsbestrijding?

1. Een integrale benadering met vele facetten: gezondheidszorg past niet alleen binnen de medische problematiek, maar is ook een economisch en sociaal vraagstuk;

2. Een betere verstandhouding tussen de seksuele partners om de taboesfeer te doorbreken en een eind te maken aan de moeilijkheden die vrouwen ondervinden om met de man te spreken en te onderhandelen over seksualiteit;

3. Een grotere participatie van de mannen in het preventiewerk.

Het Belgisch beleid inzake ontwikkelingssamenwerking bestrijdt de aidsproblematiek op de eerste plaats via de gezondheidszorg en dringt aan op de uitbouw van de basisdiensten voor de vrouw.

Vervolgens wordt in ons beleid de nadruk gelegd op het belang van de genderdimensie in de aidspreventie, wat betekent dat de machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen in vraag moeten worden gesteld.

disponibles; de défendre les droits des femmes et leur rôle spécifique dans la société; enfin de soutenir la recherche.

En ce qui concerne plus spécifiquement la lutte contre le sida, l'objectif est de réduire l'impact de la maladie, mais aussi celui des maladies sexuellement transmissibles et des infections périnatales. Il faut pour cela réduire les risques de transmission, améliorer les soins, renforcer les services de santé et services sociaux, développer la connaissance de la maladie et lutter contre les discriminations et la stigmatisation.

La Belgique soutient ses partenaires, États, institutions ou associations, dans leurs efforts pour développer l'égalité des chances entre les femmes et les hommes. Elle veille à ce que la dimension de genre soit prise en compte dans tous les secteurs (approche transversale), tant dans les cinq secteurs qui ont été énumérés que dans les secteurs de l'environnement ou de l'économie sociale, par exemple. De même, la dimension de genre doit être partie intégrante de tous les projets ou programmes (approche longitudinale).

Parallèlement, la Belgique soutient des actions positives dans le cadre des soins de santé reproductive et de la lutte contre la violence à l'égard des femmes.

La politique spécifique d'égalité entre hommes et femmes ne se limite plus comme auparavant à quatre ou cinq priorités. Cette évolution s'explique notamment par l'importance accrue du partenariat dans la coopération au développement: la Belgique soutient ses partenaires dans leurs priorités et ne peut donc plus se limiter à quelques thèmes déterminés.

Quels sont les principes qui sous-tendent la politique de coopération belge dans le domaine de la lutte contre le sida?

1. Une approche intégrale, multifacettes: les soins de santé ne sont pas seulement un problème médical, mais aussi économique et social;

2. Une amélioration de la communication entre les partenaires sexuels pour supprimer les tabous et répondre aux difficultés qu'ont les femmes pour parler et négocier avec les hommes en matière de sexe;

3. Une augmentation de la participation des hommes dans le travail de prévention.

La politique belge de coopération au développement aborde avant tout la problématique du sida à travers les soins de santé. Elle insiste sur la nécessité de développer les services de base pour les femmes.

Notre politique met ensuite l'accent sur l'importance d'une approche de genre dans la prévention du sida, ce qui implique une remise en question des rapports de force entre les hommes et les femmes.

Een betere gezondheidszorg voor de vrouw betekent ook goedkope of zelfs kosteloze raadplegingen en opsporingstests.

Ten slotte wordt er ook aandacht besteed aan de sociaal-culturele en institutionele aspecten, want het is belangrijk dat men de problemen in alle openheid kan bespreken. Het Belgisch samenwerkingsbeleid steunt derhalve de lokale netwerken die vragen omtrent aids aansnijden.

3. Acties

Eenzijds heeft België de mogelijkheid om in permanente dialoog te treden met de partnerlanden, de bi- of multilaterale donors, de NGO's en de wetenschappelijke instellingen.

Anderzijds kan ons land de «gender en aids» problematiek opnemen in tal van documenten, strategische nota's en rapporten waarvan de opmaak aan de wettelijke vereisten moet voldoen.

Ten slotte beschikt het Belgisch beleid inzake ontwikkelings-samenwerking over de klassieke instrumenten zoals begroting, research, *human-resources*-beleid, opleiding, *follow-up* en evaluatie.

De huidige staatssecretaris voor Ontwikkelings-samenwerking heeft reeds aanzienlijke inspanningen geleverd om het Belgisch beleid een belangrijk aandeel te bezorgen in de aidsbestrijding.

In december 1999 nam hij als enig westers regeeringslid deel aan de lancering van het «*International partnership against aids in Africa*» op initiatief van UNAIDS.

In juni 2001 vertegenwoordigde de heer Boutmans België op de buitengewone algemene vergadering van de Verenigde Naties te New York. Ons land speelde er een belangrijke rol zowel op het vlak van de invulling als van de logistieke en financiële steun voor de oprichting van een nieuw «*Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria*».

België heeft vervolgens een belangrijke bijdrage geleverd tot het Actieplan van de Europese Commissie. De heer Boutmans heeft met name de openingstoespraak gehouden ter gelegenheid van de lancering van de campagne ter bestrijding van aids; België speelt een actieve rol op alle domeinen die het plan bestrijkt, zoals bijvoorbeeld research en de vlottere toegang tot geneesmiddelen.

Ten slotte heeft België als voorzitter van de Europese Unie een conferentie georganiseerd in samenwerking met het Instituut voor tropische geneeskunde rond het thema «*Health care for all*».

Wat de beleidsdocumenten betreft, heeft de staatssecretaris voor Ontwikkelingssamenwerking aan het

Dans le cadre de la fourniture de meilleurs soins de santé aux femmes, il faut prévoir un accès à bas prix, voire gratuit, à des consultations et des tests de dépistage.

Enfin, les aspects socio-culturels et institutionnels ne sont pas négligés: il est important de pouvoir discuter ouvertement des problèmes. C'est pourquoi la coopération belge soutient les réseaux locaux qui abordent les questions liées au sida.

3. Les interventions

D'une part, la Belgique peut entretenir un dialogue permanent avec les États partenaires, les donateurs bi- ou multilatéraux, les ONG et les institutions scientifiques.

D'autre part, elle a la possibilité d'aborder la problématique «genre et sida» dans toute une série de documents, notes de stratégie, rapports, qui doivent être rédigés pour se conformer à des exigences légales.

Enfin, la politique belge de coopération au développement a à sa disposition tous les instruments classiques que sont le budget, la recherche, la politique des ressources humaines, la formation, le suivi et l'évaluation.

Le secrétaire d'État à la Coopération au développement actuel a fait de sérieux efforts pour faire jouer à la Belgique un rôle politique important dans la lutte contre le sida.

En décembre 1999, il était le seul membre d'un gouvernement occidental à participer au lancement de l'«*International partnership against aids in Africa*», à l'initiative de UNAIDS.

En juin 2001, M. Boutmans représentait la Belgique lors de l'assemblée générale extraordinaire des Nations unies à New York. Notre pays y a joué un rôle important, tant sur le plan du fond que de la logistique et de l'appui financier pour la création d'un nouveau «*Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria*».

La Belgique a ensuite fortement contribué au Plan d'action de la Commission européenne. M. Boutmans a notamment tenu le discours d'ouverture pour le lancement de la campagne de lutte contre le sida et la Belgique intervient dans tous les domaines repris dans le plan, que ce soit dans la recherche ou l'amélioration de l'accès aux médicaments, par exemple.

Enfin, pendant la présidence belge de l'Union européenne, la Belgique a organisé une conférence en collaboration avec l'Institut de médecine tropicale sur le thème «*Health care for all*».

Sur le plan des documents politiques, le secrétaire d'État à la Coopération au développement avait

Instituut voor tropische geneeskunde de opdracht gegeven om een studie te verrichten naar de toepassing van de mainstreaming in de problematiek van de aidsbestrijding. De eerste blauwdrukken zijn verspreid onder de verschillende actoren van de internationale samenwerking.

Er zijn inspanningen geleverd om de problematiek van de aidsbestrijding op te nemen in de verschillende kanalen van de Belgische ontwikkelings samenwerking.

Voor de multilaterale samenwerking, bijvoorbeeld, steeg de Belgische bijdrage aan UNAIDS tussen 1999 en 2002 van 1,6 miljoen euro naar 6,7 miljoen euro. Ook de bijdrage aan het UNFPA kende meer dan een verdubbeling over die periode. Daarenboven besliste België om zijn steun nog op te voeren naar aanleiding van de beslissing van de Amerikaanse regering om haar bijdrage tot de financiering van het Fonds te schrappen wegens de steun die het verleent aan China binnen het raam van zijn mondiale opdracht. Die 4,6 miljoen euro aan steun wordt met 1,7 miljoen opgetrokken voor 2003.

De multilaterale samenwerking concentreert zich ook op het «*Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria*», waar tweederde van de bijdragen besteed wordt aan de aidsbestrijding. Voor de periode 2002-2003 financiert België dit fonds voor een bedrag van 18 miljoen euro.

De belangrijkste partners bij de indirecte samenwerking zijn de NGO's en de wetenschappelijke instellingen. Bij de samenwerking met de NGO's werd aidsbestrijding weliswaar van bij het begin tot de beleidsprioriteiten gerekend, maar toch was het een nieuw thema voor de meeste organisaties en vooral voor degene die niet werkzaam waren in de medische sector, hetgeen geleid heeft tot een zekere inertie bij die organisaties. Elk jaar opnieuw is de nadruk gelegd op het feit dat de aidsproblematiek dringend deel moest uitmaken van het programma van alle organisaties; tussen 2001 en 2002 is de bijdrage van de NGO's in de aidsbestrijding gestegen van 1,9 miljoen euro naar 5,3 miljoen euro.

Eén van de wetenschappelijke instellingen waarmee een akkoord is gesloten, is het Instituut voor tropische geneeskunde. Dat akkoord heeft betrekking op de uitwerking van een «*Aids Impuls Programme*» voor aidsonderzoek, waarbij verschillende elementen uitgaan van de genderdimensie. Dat onderzoeksprogramma omvat onder meer de ontwikkeling van een microbicide in gelvorm die de vrouw bescherming biedt bij seksueel contact.

Het instituut verricht eveneens een onderzoek naar de impact van aids op de structuren voor gezondheidszorg.

Verschiedende projecten van het «*International Centre for Reproductive Health*» te Gent, met name

chargé l'Institut de médecine tropicale d'effectuer une étude sur l'application du *mainstreaming* dans la problématique de la lutte contre le sida. Les premiers drafts ont été diffusés auprès des différents acteurs de la coopération internationale.

Des efforts ont été faits pour intégrer la préoccupation de la lutte contre le sida dans les différents canaux de la coopération belge.

En ce qui concerne la coopération multilatérale, par exemple, la contribution de la Belgique à UNAIDS est passée, entre 1999 et 2002, de 1,6 million d'euros à 6,7 millions d'euros. La contribution au UNFPA a aussi plus que doublé pendant cette période. De plus, suite à la décision du gouvernement américain de supprimer sa contribution au financement du fonds à cause de l'appui qu'il accorde à la Chine dans le cadre de sa mission mondiale, la Belgique a décidé d'intensifier son aide. Cette aide qui s'élevait à 4,6 millions d'euros sera augmentée de 1,7 million d'euros pour l'année 2003.

La coopération multilatérale vise aussi le «*Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria*», dont 2/3 des contributions sont consacrées à la lutte contre le sida. Pour la période 2002-2003, la Belgique finance ce fonds à concurrence de 18 millions d'euros.

La coopération indirecte a pour principaux acteurs les ONG et les institutions scientifiques. Pour la coopération avec les ONG, la lutte contre le sida a fait partie des priorités politiques dès le début, mais c'était un thème nouveau pour la plupart d'entre elles, surtout celles ne travaillant pas dans le secteur médical, ce qui a donné lieu à une certaine inertie de ces organisations. L'accent a continué à être mis chaque année sur l'urgence que le sida soit repris dans les préoccupations de toutes les organisations et, entre 2001 et 2002, la contribution des ONG à la lutte contre le sida est passée de 1,9 million d'euros à 5,3 millions d'euros.

Parmi les institutions scientifiques, un accord a été conclu avec l'Institut de médecine tropicale pour la mise sur pied d'un «*Aids Impuls Programme*» de recherche sur le sida, dont beaucoup d'éléments sont axés sur la dimension de genre. Ce programme de recherche inclut par exemple la mise au point d'un gel microbicide qui permettrait à la femme de se protéger lors de rapports sexuels.

L'institut effectue également une enquête sur l'impact du sida sur les structures de soins de santé.

Plusieurs projets de l'*International Centre for Reproductive Health* de Gand, notamment au Kenya,

in Kenia, Mozambique en Nicaragua, worden gefinancierd via de interuniversitaire samenwerking. Er werd meer bepaald een overeenkomst gesloten voor een studie in samenwerking met de WHO in zes Afrikaanse landen. De studie bestaat in een evaluatie van de effecten van een intensieve antiretrovirale behandeling op de overdracht van het virus op het kind en op de gezondheid van de moeder.

Door de uitbreiding van de epidemie neemt de nood aan financiële middelen voor gezondheidszorg elk jaar toe. Ze zijn niet alleen noodzakelijk voor preventie, maar ook voor behandelingen en andere aspecten die verband houden met de impact van de ziekte (bijvoorbeeld, sociale of psychologische hulp). De bijdrage van het Belgisch samenwerkingsbeleid tot de strijd tegen aids zal in 2003 nog aanzienlijk toenemen via meer bepaald de NGO's en de bilaterale samenwerking.

De noden op het vlak van de gezondheid zijn legio; een realistische houding is daarom op haar plaats. Volgens de Wereldbank kost de behandeling van een aidspatiënt op jaarbasis evenveel als één jaar basisonderwijs voor tien kinderen. De scholing van meisjes wordt algemeen beschouwd als de meest renderende economische investering vanwege het nut ervan voor het gezin, de gemeenschap en het land zelf. Er moet dus worden gezocht naar een evenwicht tussen preventie, aidsbehandeling en de genderproblematiek in zijn geheel.

Ten slotte halen wij drie concrete voorbeelden van Belgische bilaterale samenwerking aan.

In Kongo werd een nieuw project gelanceerd voor de duur van drie jaar. Sommige provincies hebben in het kader van de structuren voor gezondheidszorg raadplegingen en aidstests georganiseerd. Verscheidene kraamklinieken zullen aandacht besteden aan preventie op het vlak van de overdracht van het virus van moeder op kind. Er zal ook worden getracht de veiligheid bij bloedtransfusies te verbeteren. Ten slotte zal een gedeelte van de begroting worden besteed aan de toediening van een antiretrovirale therapie aan 10% van de bevolking.

Vorig najaar is ook een grootschalig bilateraal project opgestart in de provincie Neder-Kongo, zodat men kan voortbouwen op een synergie tussen een allesomvattend project voor gezondheidszorg in de hele provincie en een project dat volledig in het teken staat van de aidsbestrijding.

In Kenia liep een tienjarenproject ten einde. Kenia werd zo het eerste Afrikaanse land waar richtlijnen werden uitgewerkt voor de behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen, die hoofdzakelijk de vrouwen treffen. De kwetsbare situatie van bepaalde groepen van vrouwen, waaronder de prostituees, werd volledig in kaart gebracht.

Mozambique et Nicaragua, sont financés via la coopération interuniversitaire. Plus spécifiquement un contrat a été conclu pour une étude en partenariat avec l'OMS dans six pays africains. L'étude vise à évaluer les effets d'un traitement antirétroviral hautement actif sur la transmission du virus à l'enfant et sur la santé de la mère.

Vu l'expansion de l'épidémie, les besoins en moyens financiers pour les soins de santé ne cessent d'augmenter chaque année, que ce soit pour la prévention, le traitement ou d'autres aspects liés à l'impact de la maladie (aide sociale ou psychologique par exemple). La contribution de la politique de coopération belge à la lutte contre le sida augmentera encore considérablement en 2003, en particulier via les ONG et la coopération bilatérale.

Les besoins dans le domaine de la santé sont infinis, c'est pourquoi il faut être réaliste. Selon la Banque mondiale, le traitement d'un patient atteint du sida durant un an coûte autant qu'une année d'enseignement de base à dix enfants. On dit généralement que la scolarisation des filles, vu le bénéfice pour leur famille, pour la communauté, et pour le pays lui-même, est l'investissement économiquement le plus rentable. Il convient donc de trouver un équilibre entre la prévention, le traitement du sida et la problématique de genre dans sa totalité.

Pour terminer, citons trois exemples concrets de coopération belge bilatérale.

Un nouveau projet a été lancé pour une durée de trois ans au Congo. Dans certaines provinces, des consultations et tests de dépistage ont été organisés dans le cadre des structures de soins de santé. Plusieurs maternités vont veiller à la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. On va tenter aussi d'améliorer la sécurité des transfusions sanguines. Enfin, une part du budget sera consacrée à l'administration d'une thérapie antirétrovirale pour 10% de la population.

Un grand projet bilatéral a aussi commencé à l'automne dernier dans la province du Bas-Congo. On peut ainsi profiter d'une synergie entre un projet global de soins de santé dans l'ensemble d'une province et le projet portant spécifiquement sur la lutte contre le sida.

Au Kenya, un projet d'une durée de dix ans est arrivé à sa fin. Le Kenya a été ainsi le premier pays africain dans lequel des directives ont été élaborées pour le traitement des maladies sexuellement transmissibles, dont sont particulièrement victimes les femmes. La vulnérabilité de certains groupes de femmes, dont les prostituées, a été appréhendée dans son ensemble.

De initiatiefnemers van het project hebben eveneens aandacht besteed aan de mannenbesnijdenis. Er werd immers vastgesteld dat aids minder voorkwam in Afrikaanse streken waar besnijdenis wordt toegepast. Door de verwijdering van de voorhuid wordt de huid van de eikel resistenter, zodat het virus minder gemakkelijk vat heeft. Bovendien zijn seksuele aandoeningen zichtbaarder en raadplegen besneden mannen gemakkelijker een geneesheer. Die ingreep kan echter niet verplicht worden gemaakt, omdat dit zou leiden tot de stigmatisering van bevolkingsgroepen die deze praktijk niet toepassen. Eén van de aspecten van het project in Kenia bestond in het zoeken naar een aanvaardbare manier om de besnijdenis ingang te doen vinden.

Ten slotte werd ten behoeve van de geneesheren en later ook van de verpleegkundigen een postgraduaat-cursus georganiseerd waarvan de genderproblematiek één van de onderdelen was. Deze interactieve cursus kende een groot succes. Alle handboeken werden opgesteld tijdens workshops waarin de aids-problematiek regelmatig benaderd werd vanuit de genderdimensie.

Er zou in Marokko een derde project moeten worden opgestart. Er werden condooms uitgedeeld, maar een vrouw die op het bezit ervan betrapt wordt, gaat door voor een prostituee en riskeert een straf. Het doel van dit project is meer bepaald de sensibilisatie van politieagenten door de organisatie van cursussen op hun maat. De genderdimensie is in dit project geïntegreerd.

Die drie projecten spitsen zich toe op de aidsbestrijding, maar idealiter zou die problematiek binnen vijf of tien jaar een wezenlijk deel moeten uitmaken van alle programma's en projecten.

Eén van de zwakke punten van het Belgisch samenwerkingsbeleid is het ontbreken van indicatoren en de beperkte metingen van de resultaten van die projecten. Deze tekortkoming manifesteert zich op wereldvlak; het wordt tijd dat er aanzienlijke middelen worden geïnvesteerd in de samenwerking, meer bepaald in de gezondheidszorg, waarbij niet alleen het goede verloop van het project, maar ook de concrete impact ervan moeten kunnen worden geëvalueerd.

II.3.2. Gedachtewisseling

Mevrouw Kaçar vraagt of men bij machte is om de culturele barrières te overstijgen, waardoor de signalen in verband met preventie en aidsbestrijding wel degelijk de bevolking bereiken. En wat met de religieuze aspecten?

De heer Labeeuw antwoordt dat men blijk moet geven van luisterbereidheid en geduld. Cultuur is geen statisch gegeven, sommige aspecten evolueren. Men moet de bevolking bij het proces betrekken en

Les auteurs du projet se sont également intéressés à la circoncision chez les hommes. On a en effet constaté que le sida était moins répandu dans les régions d'Afrique où l'on pratique la circoncision. Avec l'ablation du prépuce, la peau du gland devient plus résistante et le virus peut moins facilement s'infiltrer. De plus, les maladies sexuelles sont plus visibles et les hommes circoncis consultent plus rapidement un médecin. On ne peut cependant pas rendre cette intervention obligatoire car cela aurait pour conséquence de stigmatiser les ethnies qui ne la pratiquent pas. Un des aspects du projet au Kenya a consisté à chercher une manière acceptable d'introduire la circoncision.

Enfin, un cours de postgraduat incluant la problématique de genre a été instauré pour les médecins, puis étendu aux infirmières. Ce cours qui était organisé sur un mode participatif a rencontré un grand succès. Tous les livres étaient rédigés à partir d'ateliers de travail au sein desquels la problématique du sida était régulièrement abordée à travers la question de genre.

Un troisième projet devrait être lancé au Maroc. Des condoms y ont été distribués mais lorsqu'une femme est surprise à en avoir, elle est assimilée à une prostituée et passible de sanctions. Le projet vise notamment à sensibiliser les policiers en organisant des cours à leur intention. La dimension de genre est un élément fondamental de ce projet.

Ces trois projets visent spécifiquement la lutte contre le sida, mais l'idéal serait que dans cinq ou dix ans, cette problématique fasse partie intégrante de tous les programmes et projets.

Enfin, l'une des faiblesses de la politique de coopération belge est le manque d'indicateurs, le peu de mesure des résultats de ces projets. C'est en fait une faiblesse au niveau mondial : il est temps d'injecter des moyens importants dans la coopération, plus particulièrement dans les soins de santé, mais il faut pouvoir évaluer non seulement le bon déroulement du projet mais aussi son impact concret.

II.3.2. Échange de vues

Mme Kaçar demande si l'on parvient à surmonter les barrières culturelles pour faire passer les messages de prévention et de lutte contre le sida dans la population. Comment appréhende-t-on notamment les aspects religieux?

M. Labeeuw répond qu'il faut être à l'écoute et faire preuve de patience. La culture n'est pas statique, certains aspects sont susceptibles d'évolution. Il faut impliquer la population, amener les gens à trouver

zelf naar oplossingen laten zoeken. Toen het eerste aidsbestrijdingsproject in Kenia werd opgestart, waren voorbehoedsmiddelen taboe voor de Keniaanse cultuur. Enkele jaren later was de uitdeling van condooms de beste manier om voorbij een politieversperring te raken.

Mevrouw Minne voegt eraan toe dat systematisch wordt samengewerkt met de lokale partners die de cultuur en religie van dat land kennen en die zelf een aangepaste strategie uitwerken wat betreft de duur en de fasering.

De heer Labeeuw merkt op dat aids drama's veroorzaakt, maar dat die ziekte ook één van de eerste gelegenheden creëerde om tot een werkelijke dialoog te komen en naar eigen oplossingen te zoeken. Er was op dat vlak een enorm ontwikkelingspotentieel aanwezig.

Volgens de heer Van der Roost is voor de seropositieven een zeer belangrijke taak weggelegd op het vlak van de voorlichting inzake aidsproblematiek. Er is weliswaar nog steeds sprake van enige terughoudendheid, maar de cultuur moet leren omgaan met het fenomeen van de aidsepidemie. Seropositieven moeten de ogen van de mensen openen voor de realiteit van de ziekte en bruggen bouwen om de mentaliteit in dat verband te wijzigen.

Mevrouw Van Riet wil weten of het vrouwencondoom een oplossing biedt en of er mogelijke druk kan worden uitgeoefend om de prijs ervan te drukken.

De vergelijking tussen de kostprijs van een aidsbehandeling en die van één jaar basisonderwijs voor tien kinderen heeft de voorzitter overigens onaangenaam verrast. Houdt die hoge kostprijs verband met de prijs van de geneesmiddelen? Naar verluidt zou de farmaceutische nijverheid in het bijzonder in Afrika geneesmiddelen kunnen verstrekken tegen een betaalbare prijs, maar men ziet nauwelijks een doorbraak in die zin. Heeft de Belgische regering al iets ondernomen om die toestand te verbeteren?

De heer Van der Roost antwoordt op de eerste vraag dat er geen enkele algemene beschermingsmethode bestaat voor vrouwen. In de «*clinique de Confiance*» te Abidjan in Ivoorkust ging één van de onderzoeksprojecten over de invoering van het vrouwencondoom. De invoering ervan stuit op heel wat moeilijkheden, want het vrouwencondoom is onpraktisch, weinig gebruiksvriendelijk, duurder dan het pessarium en wordt slecht onthaald door de mannen. Daarom wordt er zowel antropologisch als technisch onderzoek verricht.

De microbicide in gelvorm zit nog in het experimenteerstadium.

Moet er voorrang worden verleend aan preventie boven een behandeling? Men neigt steeds meer naar een consensus voor een integrale benadering waarin alle aspecten van de strijd tegen aids aan bod komen.

eux-mêmes des solutions. Lorsque le premier projet de lutte contre le sida a démarré au Kenya, parler de préservatifs était étranger à la culture des Kenyans. Quelques années plus tard, le meilleur moyen de passer à un barrage de police consistait à distribuer des condoms.

Mme Minne ajoute que l'on veille systématiquement à travailler avec des partenaires locaux, qui connaissent la culture et la religion du pays, et qui élaborent eux-mêmes une stratégie adaptée, que ce soit au niveau de la durée ou des étapes.

M. Labeeuw fait remarquer que le sida est un drame, mais que c'est aussi l'une des premières situations dans lesquelles on a pu réellement apprendre à parler avec les gens et où ils ont appris à trouver leurs propres solutions. Il y eu là un énorme potentiel de développement.

Selon M. Van der Roost, les séropositifs ont un rôle important à jouer dans l'éducation concernant la problématique du sida. Il y a des réticences à surmonter, certes, mais la culture doit s'adapter sous la pression de la réalité de l'épidémie de sida. Les séropositifs contribuent à confronter les gens à la maladie et à jeter les ponts pour faire évoluer les mentalités.

Mme Van Riet aimerait savoir si le condom féminin constitue une solution et s'il est possible d'exercer une quelconque influence pour faire baisser son prix.

Par ailleurs, la présidente a été frappée par la comparaison entre le coût du traitement d'un malade du sida et celui d'une année d'enseignement de base pour dix enfants. Ce coût élevé est-il lié au prix des médicaments? On entend dire que l'industrie pharmaceutique pourrait fournir des médicaments à un prix plus abordable, spécialement en Afrique, mais on ne voit guère de percée en ce sens. Le gouvernement belge a-t-il déjà entrepris des efforts pour essayer d'améliorer la situation?

À la première question, M. Van der Roost répond qu'il n'existe encore aucune méthode de protection généralisée pour les femmes. À la clinique de Confiance, située à Abidjan en Côte d'Ivoire, l'une des recherches porte sur l'introduction du condom féminin. Cette introduction rencontre beaucoup de difficultés car le condom féminin n'est pas pratique, pas très agréable à utiliser, coûte plus cher que le préservatif et est mal accepté par les hommes. C'est pourquoi des recherches sont menées tant sur le plan anthropologique que technique.

Quant au gel microbicide, sa mise au point est encore au stade expérimental.

Faut-il privilégier la prévention par rapport au traitement? Il existe de plus en plus un consensus sur une approche intégrale, appréhendant tous les aspects de la lutte contre le sida. Il faut poser des jalons dans tous

In alle domeinen moet een koers worden uitgestippeld en moet worden gezocht naar een evenwicht tussen de middelen die in de verschillende sectoren worden aangewend. In een samenleving die het moet stellen zonder antiretrovirale therapie, steekt een zeker fatalisme de kop op. Wanneer de bevolking zich bewust is van de mogelijkheid van een therapie zelfs wanneer die niet voor iedereen toegankelijk is, wordt de motivering op het vlak van preventie terzelfder tijd groter.

De democratisering van de behandelingsprijzen is het onderwerp van heel wat debatten. Volgens de farmaceutische nijverheid is de prijs slechts één aspect van die problematiek, want in sommige landen die het geneesmiddel produceren, wordt het niet door de regering ter beschikking gesteld van de bevolking. Bovendien klagen de NGO's erover dat zij hun projecten niet tot een goed einde kunnen brengen, omdat zij de geneesmiddelen niet kunnen betalen. Er zijn dus geneesmiddelen nodig tegen een betaalbare prijs, enerzijds, en steeds meer centra die een ingewikkelde therapie kunnen toepassen, anderzijds.

De staatssecretaris voor Ontwikkelingssamenwerking fungeert in die sector als « stille diplomaat » van de bevoegde minister, met name mevrouw Neyts, toegevoegd aan de minister van Buitenlandse Zaken, en op Europees niveau. Tijdens de voorbereidende fase van het « *Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria* » was België één van de weinige landen die pleitten voor de financiering van de aankoop van antiretrovirale geneesmiddelen door het fonds. Sommige landen, meer bepaald de Verenigde Staten en Scandinavië, waren ertegen gekant dat die missie zou worden opgenomen in de raamtekst van het « *Global Fund* ».

De toegankelijkheid van de geneesmiddelen is uiteraard een zeer belangrijke kwestie. Het tij doen keren, is moeilijk, maar het weliswaar kleine België vervult alleszins een voorbeeldfunctie in dat domein.

III. AANBEVELINGEN

Het Adviescomité verzoekt de federale regering :

1. om verder te werken in het kader van internationale conventies en engagementen;
2. om in het Belgisch gezondheidsbeleid bijzondere aandacht te hebben voor vrouwen en AIDS door :
 - a. een doelgroepenbenadering te hanteren, toegepast op jongens, meisjes, mannen, vrouwen, prostituees, allochtonen en autochtonen ...;
 - b. een preventiebeleid voor te staan gericht op jongeren en toegespitst op een evenwichtige benadering van de man-vrouw relatie en een degelijke opvolging van de gevoerde preventiecampagnes;

les domaines et essayer de trouver un équilibre entre les moyens qu'on consacre dans les différents secteurs. Dans une société où la thérapie antirétrovirale n'est pas disponible, se développe un certain fatalisme. Par contre, si la population est consciente de la possibilité de suivre une thérapie, même si elle n'est pas accessible à tous, il y a parallèlement une motivation plus grande pour la prévention.

La démocratisation du prix des traitements est au centre de nombreux débats. Pour l'industrie pharmaceutique, le prix n'est qu'un des éléments de la problématique car dans certains pays où le médicament est produit, le gouvernement ne le met pas à la disposition de sa population. Par ailleurs, des ONG se plaignent de ne pouvoir mener à bien leurs projets parce qu'elles ne sont pas en mesure de payer les médicaments. Il faut donc, d'une part, des médicaments à un prix accessible, et d'autre part, de plus en plus de centres susceptibles d'appliquer une thérapie compliquée de façon convenablement.

Dans ce secteur, le secrétaire d'État à la Coopération au développement joue un rôle de « diplomatie silencieuse » auprès du ministre compétent, à savoir Mme Neyts, adjointe au ministre des Affaires étrangères, ainsi qu'au niveau européen. Lors de la phase préparatoire du « *Global Funds to fight Aids, Tuberculosis and Malaria* », la Belgique a été l'un des seuls pays à plaider pour que le fonds finance l'achat de médicaments antirétroviraux. Certains pays, notamment les États-Unis et les pays scandinaves s'opposaient à ce que cette mission soit inscrite dans le texte-cadre du Fonds global.

L'accessibilité des médicaments est évidemment une question très importante. Il est difficile de faire évoluer les choses, mais la Belgique, malgré sa petite taille, joue quand même un rôle exemplaire dans ce domaine.

III. RECOMMANDATIONS

Le Comité d'avis invite le gouvernement fédéral :

1. à poursuivre son travail dans le cadre de conventions et d'engagements internationaux;
2. à consacrer une attention particulière, dans le cadre de la politique belge en matière de santé, aux femmes et au sida :
 - a. en s'adressant à des groupes cibles, comme les garçons, les filles, les hommes, les femmes, les prostituées, les allochtones et les autochtones ...;
 - b. en défendant une politique de prévention axée sur les jeunes et fondée sur une approche équilibrée de la relation homme-femme et sur un suivi sérieux des campagnes de prévention menées;

c. het gelijkkansenbeleid inzake de machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen verder te zetten;

d. voorwaarden en nadere regels inzake prenataal onderzoek te creëren, zoals voorlichting door de arts en uitvoering van de AIDS-test mits schriftelijke toestemming van de zwangere vrouw;

e. specifieke vorming en begeleiding van de medische en paramedische zorgverstrekkers te ontwikkelen;

f. een efficiënte registratie van de seropositieven en een betere opvolging van de geregistreerden te verzekeren;

3. om via het beleid inzake ontwikkelingssamenwerking inzonderheid bij te dragen tot:

a. het stroomlijnen van de sensibilisering en de preventie van AIDS door ze in alle programma's voor ontwikkelingssamenwerking te integreren;

b. de systematische integratie van de genderdimensie in alle hulpprogramma's met ontwikkelingslanden, met bijzondere aandacht voor de specificiteit van doelgroepen;

c. het responsabiliseren van de betrokkenen en het organiseren van de sensibilisatie en preventie in samenspraak met hen;

d. het verhogen van de toegang tot medische zorg;

e. het verspreiden en verhogen van therapiën, waaronder de antiretrovirale tot het voorkomen van HIV-besmetting van moeder tot kind en het betrekken en responsabiliseren van vaders, mannen en jongens in de benadering van de moeder-kind besmetting;

f. het verhogen van de nodige middelen voor de meest getroffen regio's, inbegrepen de financiële steun voor lokale HIV/AIDS preventieprojecten, met bijzondere aandacht voor de kwetsbare kinderen en wezen ten gevolge van AIDS-besmetting;

4. om het wetenschappelijk onderzoek te ondersteunen naar onder meer zelfbeschermende middelen voor de vrouwen;

5. om het Instituut voor Tropische Geneeskunde verder te ondersteunen teneinde de expertise inzake AIDS verder uit te bouwen.

c. en poursuivant la politique d'égalité des chances en ce qui concerne le rapport de force entre les hommes et les femmes;

d. en définissant, pour ce qui de l'examen prénatal, des conditions et de nouvelles règles visant par exemple à l'information par le médecin et à l'exécution du test sida moyennant l'autorisation écrite de la femme enceinte;

e. en développant la formation et l'accompagnement spécifiques des prestataires de soins médicaux et paramédicaux;

f. en assurant un enregistrement efficace des séropositifs et un meilleur suivi des personnes enregistrées;

3. à contribuer, par le biais de la politique de coopération au développement, en particulier:

a. à la sensibilisation au problème du sida et à la prévention de celui-ci en y œuvrant de manière plus rationnelle dans le cadre de tous les programmes de coopération au développement;

b. à l'intégration systématique de la dimension du genre dans tous les programmes d'aide aux pays en développement, y compris une attention particulière pour la spécificité des groupes cibles;

c. à la responsabilisation des intéressés et à l'organisation de la sensibilisation et de la prévention en concertation avec eux;

d. à l'amélioration de l'accès aux soins médicaux;

e. à la diffusion et au renforcement des thérapies et, notamment, de la thérapie antirétrovirale visant à prévenir la transmission du sida de la mère à l'enfant et à associer les pères, les hommes et les garçons à l'approche du problème de l'infection de l'enfant par la mère et à les responsabiliser en la matière;

f. à l'augmentation des moyens nécessaires aux régions les plus touchées, y compris l'aide financière aux projets locaux de lutte préventive contre le sida consacrant une attention particulière aux enfants vulnérables et aux enfants devenus orphelins en raison des ravages dus au sida;

4. à soutenir la recherche scientifique relative aux moyens d'autoprotection pour les femmes;

5. à poursuivre son soutien à l'Institut de médecine tropicale en vue de poursuivre le développement de l'expertise en matière de sida.

IV. STEMMINGEN

De aanbevelingen worden eenparig aangenomen door de 8 aanwezige leden.

Dit verslag is eenparig goedgekeurd door de 8 aanwezige leden.

De rapporteurs,
Sabine de BETHUNE.
Meryem KAÇAR.

De voorzitter,
Iris VAN RIET.

IV. VOTES

Les recommandations sont adoptées à l'unanimité des 8 membres présents.

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité des 8 membres présents.

Les rapporteuses,
Sabine de BETHUNE.
Meryem KAÇAR.

La présidente,
Iris VAN RIET.

BIJLAGE 1

————

ANNEXE 1

————

Deze bijlagen, blz. 26 tot 47, zijn uitsluitend gedrukt beschikbaar.

Ces annexes, pp. 26 à 47, sont uniquement disponibles sur support papier.

BIJLAGE 2

|

ANNEXE 2

BIJLAGE 3

|

ANNEXE 3
